

# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

## TARTALOM:

## EREDETI KÖZLÉSEK.

- Avarffy Elek:** Közlés az egyetemi I. számú női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyet. ny. r. tanár.) A fogó alkalmazásáról farfekvés esetén. 576. l.
- Kelen Béla:** Közlés az egyetemi I. sz. női klinikáról. (Tanár: Bársony János dr.) A Röntgen-therapiái dosisok mérése. 577. lap.
- Bókay Zoltán:** Közlés a „Stefánia”-szegénygyermekkorházról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.) Hernia diaphragmatica újabb esete. 579. lap.
- Sarbó Artur és Kiss Gyula:** A Wassermann-féle seroreactio értékéről az ideg-bántalmak körében. 580. lap.
- Kollarits Jenő:** Közlés a budapesti egyet. II. számú belklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.) A reszketésről. 564. oldal.
- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Arthur Schlesinger:** Die Praxis der lokalen Anaesthesie. — **Leo Langstein und Ludwig F. Meyer:** Säuglingsernährung und

Säuglingsstoffwechsel. — **Lapszemle. Elmekörtan. Kafka:** A liquor cerebrospinalis cytologiás vizsgálatának technikájáról és jelentőségéről. — **Sebészet. Ruotte:** Új műtét a cirrhosis gyógyítására. — **Haertel:** Mellkasür szivódrainagea. — **Orthopaedia. Gebhardt:** A veleszületett kyphosistról. — **Veneréás bántalmak. H. Loeb:** Az Ehrlich-Hata-féle syphilisellenes gyógyszer. — **Bőrkörtan. W. J. Heimann:** A heg szöveti szerkezete. — **Fizikai és diatetikai gyógyításmódok. Kuttner:** A gyümölcs- és szőlőkúráról. — **Bessan és Schmidt:** A táplálóanyagok purintartalma. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Rosenthal:** Csúzos és gonorrhoeás ízületgyulladás kezelése. — **Hillebrecht:** Szer scarlatina ellen. 585—588. lap.

**Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság.** 588. lap.

**Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések.** 588. lap.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 589—591. lap.

**Melléklet. Gynaekologia. 2. szám. Szerkeszti: Tóth István egyetemi tanár és Scipiades Elemér egyetemi magántanár.**

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés az egyetemi I. sz. női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyet. ny. r. tanár.)

## A fogó alkalmazásáról farfekvés esetén.

Irta: **Avarffy Elek** dr., egyetemi tanársegéd.

A fogó alkalmazása a magzat farára *Levret*-től származik; ő volt az első, a ki 1772-ben a fogót így használta. Arra a tapasztalásra, hogy a farfekvésben lévő magzat medenczéje a fogó segítségével is a világra hozható, a véletlen vezetett. *Levret* ugyanis egy ízben a fartartást hibásan arcztartásnak diagnosztizálva, fogót vezetett fel s vele a fart fejtette ki: A téves diagnosis nyomán végzett műtéttel, merő véletlenségből, *Levret* egészen új, addig ismeretlen eljárásnak lett a kezdeményezője, a mely új eljárásnak csakhamar híre ment mindenfelé. Itt is, ott is megpróbálkoztak vele és a míg egyik-másik helyen, *Levret* methodusa sikert aratott és népszerűsége telt szert, addig más helyütt az ő módszerének hívős fogadtatás és ellenszenv jutott osztályrészül. Később, idők multán, a mikor a szüléssel foglalkozó orvosok és a szülészeti iskolák a farfekvéses fogóműtétet illetőleg már bővebb tapasztalásokkal, bővebb ismeretekkel rendelkeztek, a felfogások is tisztultak és kialakult egy általános vélemény, tehát a szülészek többségének a véleménye, a mely abban az értelemben nyert kifejezést, hogy a farfekvéses fogóműtét elfogadható bizonyos esetekben, megvan a jogosultsága olyankor, a mikor a használatban lévő régi eljárások az illető farfekvéses szülés megoldásában célhoz nem vezetnek, vagy pedig előreláthatólag csak nagy nehézségekkel volnának keresztülvihetőek. Ez az általános álláspont azután uralkodóvá lett és napjainkban is a szülészek túlnyomó része ezt a hitet vallja.

A szülészeti gyakorlattal is foglalkozó orvos, a kinek alkalma volt komplikált farfekvéses születeket észlelni s kezelni, ismeri azokat a nehézségeket, a melyekkel az ilyen szülés folyamán meg kell küzdenie; például a korai burokrepedés koponyafekvéses szülés-kor is egyike a legkomolyabb complicatióknak; ha ez medencze-

végű szüléskor következik be, akkor a rendellenesség hatványozott mértékben esik elbirálás alá. A prognosis kiváltképpen idős előszőr-szülőkre homályos. A míg a far a bemenetbe nincs beilleszkedve, elfolyhat minden viz s a méh üregébe könnyen levegő hatolhat; ha meg a magzat fara a medence bemenetébe szorosan beékelődött, a láb lehozása, a melylyel egyedül biztosíthatnók a szülés rendes lefolyását, ekkor már elkésett. Bizonytalanságban vagyunk ilyenkor a szülés további menetére, az anya és a magzat további sorsára és jövőjére nézve. Az orvos a nehéz kérdések egész sora elé kerül. Tisztában voltak ezzel már a legrégebb korban is s éppen ezért könnyen érthető a szülészeknek az a törekvése, hogy a farfekvéses szülés kezelése, ellátása, a kihúzás műtéte, a magzatnak pusztá kézzel vagy eszközökkel való világrahozása minél nagyobb tudományos és technikai kifejlesztést nyerjen s az elérhető tökélyig eljusson. A medencevégű fekvésben lévő magzatnak kézzel való kihúzása olyan régi műtét, a melynek eredése visszanyúlik a szülészeti tudományok már a bölesőjéig. *Hippokrates*, meg *Celsus* is foglalkozik ezzel a kérdéssel s az utóbbinak köszönhetjük azt a tanácsot is, hogy idejében hozzuk le a lábat. Az idők folyamán a farfekvéses születek kezelésére mind több és több új eljárást hoztak ajánlatba. Különböző módszereket javasoltak és különféle eszközöket szerkesztettek erre a célra. Az eljárások javarésze arra volna voltaképpen való, hogy velük a szülést be tudjuk fejezni abban az időben, a mikor a magzat fara még magasan, de már a medence bemenetében vagy az üregében be van ékelődve, a mikor tehát a lábat épségben lehozni teljesen lehetetlen. Ekkor ajánlották a far kihúzását a czombhajlatba akasztott ujjal, szalaggal, gummicsővel, tompa horoggal, végső szükségben a kranioklasztal is. E módok azonban korántsem tartoznak a magzatot kimélő operatiókhöz. A horog szakít és tör, a szalag, a gummicső bevág, a kranioklasia meg eo ipso a magzat életébe kerül. Az említett eljárások közül tehát csak a czombhajlatba akasztott ujjal való kifejtése a farnak az az egyedüli művi beavatkozás, a mely az élő magzat testi épségében nem tesz kárt. De a magzatnak e módon való kihúzása sem sikerül mindig s ezek azok az esetek, a melyekben a fogóműtét területére kerülünk. A helyesen alkalmazott és végrehajtott fogóműtéttel olyan operatio birtokában vagyunk,

a melylyel az élő magzat farát sértés veszedelme nélkül is kiméletesen világra hozhatjuk. Helyesen akkor alkalmazzuk a fogót, ha a kanalait úgy vezetjük fel a magzat testére, hogy az egyik kanál az egyik csipőtányér fölé, a másik a túlóldali csipőtányér fölé essék. Így járva el, a műszer a magzat medenczéjét a bisiliacális átmérőben fogja megragadni s ha durva erőszakoskodás nem történik, a magzatnak sem a medenczéje, sem a lágyrészei nem fognak megsérülni. A keresztcsontra és a czombokra helyezett kanalak a czombesontot könnyen eltörhetik.

A magzat farának fogó segítségével való kihúzását eleinte kivétel nélkül a közönséges fejfogóval végezték. Csak később készítették külön e célra szolgáló, úgynevezett farfogókat. A farfogók különféleképpen hajlított tompa kampókból állanak, vagy pedig hasonlítanak a fejfogókhoz, azzal a különbséggel, hogy csúcsaik erősebben tátonganak s ehhez képest „fejgömbölyűtűk“ csekélyebb, vagy teljes mértékben hiányzik. A műtétet sokan ma is a közönséges fejfogóval hajtják végre. Akár a farfogót, akár pedig a fejfogót használjuk, a műtét általában mégis a nehezebb szülészeti műtétek közé tartozik. Ritka eset az, hogy a farra alkalmazott fogó legalább egyszer, de többször is le ne csúszszik a farról; tudniillik a magzat puha farát semmiféle fogóval sem tudjuk olyan jól és szorosan megragadni, mint a kemény, mindenütt csontos, egyenletesen gömbölyű koponyát. Továbbá, minél magasabban áll a magzat fara a medenczében, annál nehezebb azt onnan lehozni. A műtétet könnyíthetünk expressióval és Suchard-bemetszéssel, a melylyel a hüvelyt jól megtághatjuk. Ez utóbbit azonban nem vehetjük mindig segítségül, például ha a szülő nő lázas, vagy pedig bűzös a magzatvíz s a hüvely evidenter be van már szennyezve. A felülről ható erőes expressio mellett a fogóval végzett kis kitérésű ingamozgásokkal a legtöbbször sikerül a fart a medenczekimenetbe hozni.

Ezek előrebocsátása után farfekvéses fogóműtét két esetét óhajtom leírni, a melyeket az utóbbi hónapokban az egyetemi I. sz. női klinikán volt alkalmunk végezni. Az egyik esetben a medence üregében, a másikban a medence kimenetében álló farra alkalmaztuk a fogót. Mind a két műtéthez úgy a szülő nő, valamint a magzat érdeke is szolgáltatta az indiciót. A két eset a következő:

I. V. P., a kinek magzatvíze már ujjnyi méhszájon át elfolyt és szülése a víz kiürülése után rendkívül lassan haladt előre. A szülés további folyamán az asszony hőmérséke 37.5<sup>o</sup>-ra emelkedett, a magzat szívhangjai pedig egyre arhythmiasabbak lettek. Az ekkor végzett vizsgálat alkalmával a magzat farát a medence üregében találtuk. Tekintettel a szülő nő kimerült voltára, emelkedőben lévő hőmérsékére, nem kevésbé a rossz magzati szívhangokra, a szülés befejezését határoztuk el. Megkíséreltük először expressióval és a czombhajlatba akasztott ujjal kifejtteni a fart, minthogy azonban ez nem sikerült, kénytelenek voltunk a fogó segítségét igénybe venni. A műtétet az egyszerű kis Naegele-féle kimeneti fejfogóval hajtottuk végre, megragadva vele a fart a bisiliacális átmérőben. A fogó egyszer lecsúszott; másodszor is felvezetve, sikerült vele expressio mellett a fart kifejtteni. A törzs és fej kifejtése ezután semmiféle nehézségbe sem ütközött. A magzat livid asphyxiában született, a melyből bőringerekkel felélesztettük. Méretei: hossza 53 cm., súlya 3760 gm., fejkerülete 35 cm. A gyermekágy lefolyása egészen rendes volt, az asszony kilencz nap mulva gyermekével hagyta el a klinikát.

II. A második esetben az eredmény már nem volt ilyen kedvező. Ebben az esetben ugyanis igen beteg asszonnyal volt dolgunk, a kit a vidékről szállítottak a klinikára. Az először szülő nő 32 éves, tehát idős primipara volt. Az intézetben kívül, otthon négy orvos és a baba vizsgálta. Az orvosok megpróbálták a farfekvésben lévő magzatot horoggal extrahálni. A sikertelen kísérletezések után szállították a szülő nőt a klinikára. Felvételkor az asszony hőmérséke 38.6<sup>o</sup>, vérverése 136. Arca és lábszárai vizenyősek, a csapolásra nyert 20 gm.-nyi vizeletben bőven van fehérje és vesealakelem. A medenczeméreték rendesek. A hüvelyfal be van vonva piszkos lepedékekkel, a méhszáj eltűnt, a magzatvíz már régen — 29 órával a felvétel előtt — elfolyt. Tympania uteri nem mutatható ki. A fájások elég erősek, a magzat fara a medence bemenetébe rögzített, a szívhangok jók. Minthogy az élő magzat farát a czombhajlatba akasztott ujjal a bemenetből lehúzni nem sikerült, azt határoztuk, hogy várakozunk, míg a far az

üregbe száll, a honnan azután, ha másképpen nem, fogóval könnyen kifejthetjük a nélkül, hogy a magzatban kárt tennénk. Valóban a jó fájások hatása alatt a far csakhamar a medence üregébe s onnan a kimenetbe jutott és ekkor felvezettük (expressio és czombhajlatba akasztott ujj kísérlete után) a Naegele-féle kimeneti fogót. A fogó egyszer lecsúszott, mire újból alkalmazzuk. Ingamozgásokkal expressio mellett fejtettük ki azután a magzat farát, majd extraháltuk szokott módon az egész magzatot. A magzat algid asphyxiában született, a melyből a sok bűzös nyálka kiszívása után sikerült öt életre kelteni. Méretei: hossza 49 cm., súlya 3100 gm., fejkerülete 34 cm. A magzat megszületése után a méh üregéből bűzös magzatvíz és gázbuborékok ürültek. A lepényidőszak rendes volt. Szülés után hidegrázás támadt, a mely után a hőmérsék 39.2 C<sup>o</sup>-ra, a pulsus 140-re emelkedett. A gyermekágy további folyamán a gyermekágyi láz typosus képe teljesen kibontakozott s az asszonyt a IV. napon sepsisben elvesztettük. (A vesebeteg asszonyon sem praeventive, sem a sepsis kezelése közben sublimate-t nem alkalmazhattunk!)

Az elmondott esetek a klinika anyagából valók. Az I. számú női klinika anyagában csak elvétve, szórványosan találunk farfekvéses fogóműtétet. Bővebb tapasztalataink e műtétre vonatkozóan éppen ezért alig is lehetnek. S ez általában így van mindenfelé. Ritkán kerül a sor a farfekvéses fogóműtétre, mert csak felette elvétve jutunk olyan körülmények közé, hogy a lábat le ne tudnók hozni; ezzel pedig a szülés további lefolyását mintegy biztosítani tudjuk. Ha meg a szülés befejezésének a szüksége abban az időben merül fel, a mikor a far már mélyen lent van, akkor szintén csak nagy ritkán szorulunk fogóra; ilyenkor expressio támogatásával majdnem mindig sikerül az élő magzat farát a czombhajlatba beakasztott ujjal is kihozni. Farra fogót ezek szerint akkor alkalmazunk, a mikor a far a bemenetben vagy valahol a medence üregben — voltaképpen tehát még magasabban — megáll, a lábat törés nélkül már nem lehet lehozni, az ujjaink pedig mint húzóinstrumentum nem elég erősek. Ilyenkor azonban a farfekvéses fogó jogosult, indikált és jótékony műtét.

Közlés az egyetemi I. sz. női klinikáról (Tanár: Bársony János dr.)

### A Röntgen-therapiai dosisok mérése.

Irta: **Kelen Béla** dr., klinikai gyakornok, a Röntgen-laboratorium vezetője.

Napjainkban, mióta kiderült, hogy a Röntgen-fény iránti érzékenység tekintetében számbavehető egyéni differentiak nincsenek, a Röntgen-therapia fordulóponthoz érkezett. Régebben esetről esetre apróbb dosisokban tapogatózva kellett a betegeket besugározni, mindig elvárva és bíráló mérlegelés tárgyává téve az egyes besugárzásokat követő reactiót. Ez a bíráló mérlegelés különös elővigyázatot igényel, mert a besugárzásokat kéthetes és hosszabb lappangási időszak követi, a melynek elteltével, ha a besugárzásokat rövidebb időközökben teljesítettük, a hatás mintegy kumulatív jelentkezik és olyan Röntgen-dermatitist okozhat, a mely kiterjedt nekrosisaival és minden kezeléssel dacoló, hónapokra, sőt évekre terjedhető lefolyásával a legkellemetlenebb therapiai balesetek közé tartozik. A ki óvatosan jár el és kevesebb fénynek teszi ki a beteget, az igen könnyen alul maradhat a gyógyító hatás küszöbértékén és egyébtől eltekintve, kiteszi magát annak, hogy a beteg a meddő eredmény után perrel támadja meg. Nem is tűntek el napjainkban még intézeteinkből a betegektől kivett permentesítő reverzálisok és a Röntgen-balesetek elleni biztosítások.

Mindezek szükségessé tették, hogy pontos Röntgen-sugármennyiséget mérő eszközök kerüljenek forgalomba. A sugárzásnak az a része, a mely a testen keresztül halad és abból kijut, gyógyszerhatástani szempontból irreleváns. Szerepel az átvilágításkor és a fotografálásakor, de a szervezetre hatása nincs. Hatástani szempontból mérni kell azt a részt, a melyet a test elnyel és a mely a testen oly energiafajokká alakul, a melyek a Röntgen-hatást létrehozzák. A Röntgen-energia két részét: az áthaladót és fennakadót tehát szigorúan szét kell egymástól választani. A nagy áthatolóképességű, úgynevezett kemény sugárzásról általánosan elfogadott nézet, hogy a szervezetre igen kevés befolyással van.

Kemény sugárzás ellen kevésbé szokás védekezni. Elegendőnek tartják, ha a sugárzás lágyabb részletét egy vastagabb bőrkeztű felhúzásával, vagy más efélével kizárják. Ez a nézet azon okoskodásból származott, hogy a kemény sugár a szervezetben kisebb energiavesztéséget szenved, tehát hatásának is kevesebbnek kell enni, minthogy a hatás az energiának csak abból a részletéből származhat, a mit a Röntgen-sugár a szervezetben lead.

Ezt az okoskodást a tankönyvek is további gondolkodás nélkül átveszik. Pedig van ennek egy olyan logikai bökkenője, a mi az orvostudományt megdönti. Ez irányban végzett és részben folyamatban levő kísérleteink minden egyes esetben a kemény sugárzás intenzívebb hatását igazolják. A kísérleti eredmények casuistikai felsorolását megelőzve, csak a fenti okoskodás elrejtett hibájára akarunk rámutatni. Azt, hogy a kemény sugárzásból aránylag kevesebb hatást kifejtő energia marad a szervezetben, mint a lágy sugárzásból, de a kemény sugárzás maga aránytalanul nagyobb energiaquantumot képvisel, úgy hogy abból végeredményben mégis sokkal több jut a fennakadó sugárzásra, éppen úgy, mint a hogy ezernek a tizedrésze is több, mint száznak a fele. Az okoskodás hibája tehát abban nyilvánul meg, hogy relatív mértéket fogad el abszolút gyanánt. A mérőeszköz nélküli, megbecsülgetés szerinti való Röntgen-kezelés gései seibeinél, vagy az egyéni „intolerantia“ látszólag frappans serteiben a fenti körülmény főszerepet játszik.

Ha a szervezetben létrejövő hatások vegyi változásokkal aznak karöltve, és ha másrészt az absorbeált Röntgen-sugár-quantum az általa létrehozott vegyi változásokkal arányos, akkor ezen vegyi változások mérése mértékét fogja szolgáltatni a sugárzás azon részletének, a mely a szervezetben a hatást kifejti.

Ezen az elven alapszanak a Röntgen-dosis-mérő eszközök. A Kollmann-féle chromoradiometer ma már kiment a forgalomból, de ez volt az első, melylyel kisebb dosisokat is lehetett megbízhatóan mérni. Egy fokozatosan sötétülő színűre festett papírskálából állott, a melynek egyes fokozataihoz kellett hasonlítani a reagens pastillát, a mely a Röntgen-sugár hatására színét fokozatosan változtatta. A skála egységét „1H“ képezi és 5H azon minimális nyquantum, a mely felnőtt emberen számbavehető hatást okoz (hyperaemia).

A legelterjedtebb ma a Sabouraud-Noire „dosimeter“-e. Apró iridiumplatinianür-tablettákból áll, melyek közül egyet besugárzás kalmával a Röntgen-fény hatásának teszünk ki, a mire eredeti sárga színét lassanként vörösbarnára változtatja. Ezt a színtablettákhoz mellékelt festett papírminta színéhez kell hasonlítani. Mivel a két szín teljesen egyezik, akkor a beteg annyi Röntgen-fényt kapott, a mennyi ép bőrön mulékony hyperaemiánál egyebet nem okoz. Méréskor a tablettát a Röntgen-lámpa focusától fele oly távra kell helyezni, mint a mennyire a bőr felszíne van. Ez a dózis 1 E. D. = 1 erythema-dosis. Megfelel körülbelül 5H-nak. A bőr elszíneződés diffúz napfény hatására visszaalakul az eredeti színebe, a mi egyrészt előny, mert a tablettát többször is lehet használni, másrészt azonban arra kényszerít, hogy a besugárzást sötétben, vagy legalább is gyér fényen eszközöljük, nehogy a sugárzás közben is visszamenjen. Estéli órákban a mérés nem megbízható, mert a színösszehasonlítás mesterséges fényen nem megy.

Ezek a hátrányok okozták, hogy a therapiával foglalkozó radiológusok módokat keresnek arra, hogy a Sabouraud-tablettákat legalább a therapiai ülés tartama alatt nélkülözhessek. Lábrajött a szokás, hogy a lámpa hatásfokát előre megméri, azaz kísérletileg meghatározzák, hogy adott távolságból adott terhelés mellett (a lámpa elé esatolt milliampère-meterrel nézve) mennyi idő alatt következik be az elszíneződés? Ha ezt előre tudjuk, akkor nem vagyunk kötve, mint az eredeti eljárásnál, ahhoz sem, hogy minden esetben éppen 1. E. D.-t adjunk a betegnek. Ezen mérési módszer gyakorlati alkalmazása elé azonban akadályok gördülnek. Mivel a sugárzás előzetes kísérleti mérésnél a lámpának esetleg félúg, sőt néha tovább is haszontalanul és időrabló módon sugároz, nem kell. Ezen idő alatt a lámpa keménysége a hosszas megterhelés alatt nem marad állandó. Mire tehát a lámpát meghatároztuk, az időmennyiség már nem illik rá, ha csak minden keménységváltozásra a sugárzást beszüntetve, pontosan vissza nem regulálunk, a mi természetesen is, nehéz is, meg időt rabló is.

Ezen bajokon segitendő, Walter a milliampèremeter-eljárás javaslatba. Táblázatokat dolgozott ki, a melyekből egyszerűen

kiolvasható, hogy az előzetesen megmért sugárzási keménység-fok mellett mindenféle távolságból, mindenféle megterhelés mellett hány percznyi besugárzás szükséges 1 E. D. létrehozására. A dosismeghatározásra mindenesetre ez a legegyszerűbb eszköz. A táblázatok a besugárzásra leggyakrabban használt keménységi fokokra aprólékos pontossággal vannak kiszámítva, a praxisban azonban ez idő szerint nem használhatók, mert ismertnek tételezik fel a lámpa üvegfalának a vastagságát, a mi pedig lámpánként igen nagy ingadozásnak van alávetve. Elhasznált lámpák üvegfalát mikrométerrel direkte megmérve, még egy és ugyanazon lámpa különböző helyein is olyan különbségeket találtunk, melyek a táblázatokat használhatatlanná teszik, legalább addig, míg a gyárosok Walter ajánlatának megfelelően a falvastagság méreteit esetrel esetre a lámpához nem mellékelik. Ha ez kivihető is, de azon technikai nehézségekkel egyetemben, a melyekkel a lámpák előállítására már amúgy is össze van kötve, azt hisszük, annyira meg fogja drágítani a különben is igen költséges felszerelést, hogy szívesebben folyamodnánk olcsóbb eszközökhöz.

Kienböck „quantimeter“-e tulajdonképpen arra szolgál, hogy a dosist, a mit a beteg kapott, utólagosan megmutassa. A következőképpen kell használni: Egy fekete papírosba takart fényérző fotografiai papírost besugárzás alatt a bőr felszínére teszünk és besugárzás után adott recipéjű előhívóban utasítás szerint előhívjuk. A papíros a besugárzás foka szerint többé vagy kevésbé megszürkül. A szürkülés fokát egy mellékelt összehasonlító skálán „x“-fokokban leolvassuk. 10 x felel meg 1 E. D.-nak. Kifogásolhatatlan pontosságú összehasonlító méréseket a Sabouraud-dosimeternél szükséges igen hosszú megvilágítási idő miatt nem végezhettünk ugyan, de kísérletileg úgy tapasztaltuk, hogy 1 E. D. 13—15 x-nek felel meg.

A quantimeter szürke színe nedves vagy száraz állapotban, nappali vagy lámpafényen egyaránt jól összehasonlítható. Úgy kell eljárni, hogy ülés közben a sugárzást félbeszakítjuk, a papírt előhívjuk és összehasonlítjuk. Mindez csupán néhány perczet vesz igénybe. Azután újabb mérő papír-csikot a bőrre téve folytatjuk a sugárzást, esetleg újabb mérés eszközözlésére újabb félbeszakítással. Tapasztalataink szerint a quantimeter jelenleg a legpontosabb eszköz, a melynek még az az előnye is megvan, hogy a próbapapíresik esetleg mint igazoló documentum szerepelhet.

A quantimeter mindennapi használata azonban mégis eléggé hosszadalmas, úgy hogy valami egyszerűsítés, kivált nagyobb forgalmú intézetekben kívánatos, annyival is inkább, mert a quantimeter nem jelzi előre az időt, a mely a kívánt hatás létrehozásához szükséges, hanem csak utólag mutatja a dosist.

Ezen kívánalmaknak megfelelőleg klinikánkon a quantimetert a milliampèremeter-eljárással kombinálva úgy alkalmazzuk, hogy a besugárzás időtartamáról előre tájékozva vagyunk. Eljárásunk a következő:

Kiválasztunk egy lámpát, a mely hosszú ideig nagyobb megterhelést tűr el keménységi fokának változása nélkül. Ezt úgy próbáljuk ki, hogy közvetlenül a lámpa elé milliampère-metert kapcsolunk és meghatározzuk azon milliampère-fokot, a melynél a lámpa se nem keményszik, se nem lágyul. Ha a lámpa lágyul, azt a milliampèremeter árulja el azáltal, hogy a kapcsolóasztal beállításának változtatása nélkül többet mutat: emelkedik. Ez túlterhelés következménye. Túlkeves terhelés mellett az ellenkező történik, ilyenkor tehát a bevezetett áramot fokozni kell. Minden lámpának megvan azon normális megterhelési foka, a melynél körülbelül állandó marad. A normális megterhelést egy lámpára elegendő egyszer és mindenkorra meghatározni. Időkimélés czéljából olyan lámpát választunk, a melynél a normális terhelés lehetőleg nagy. Legjobban felelt meg ennek a czélnek Gundelach intenziváramú lámpája, mely kitűnő levegőhűtésével igen hosszú ideig üzemben maradhat. Eltérőleg a rendes szokástól, therapiára mindig igen kemény lámpákat használunk: Wehnelt 8—10 fokosát (= 5—6<sup>0</sup> Benoist-Walter). Az erythemadosist így felényi, sőt negyedrésznyi idő alatt érjük el: a Gundelach fenti lámpájával 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> milliamp. mellett, 30 centimetryni távolságból 10—20 percz alatt. Ezen idő alatt a beteg egyszersmindkorra akkora mennyiséget kap, a mennyit szakaszonkénti ülésekben 2—3 heti rendes kezeléssel szokás elérni. A Bauer-féle lámpák úgy látszik vékonyabb faluak, hasonló hatást 8—15 percz alatt is elérnek, de kevésbé tökéletes hűtésük

következtében kevésbé terhelhetők és így az ülés végeredményben mégis hosszabb. Egy lány, 4<sup>o</sup>-os Wehnelt-keményiségű Müller lámpánk a kísérleti meghatározás szerint 2 óra és 15 perc alatt hozná létre ugyanazon adatok szerint ugyanazon dosist. Hogy kemény lámpákat használunk, annak ezenkívül nemesak az az oka, hogy többnyire mély abdominális terapiával lévén dolgunk, mélyebbre ható sugárzásra van szükségünk, hanem az is, hogy méréseink szerint már 1—2 centiméternyi bőr- és zsírpárna ennek a kemény sugárzásnak is felfogja majdnem a felét. Még mélyebbre sokkal kevesebb jut. És ha nagyobb dosist úgy sem adhatunk, mint a mennyit a bőr eltűr, indokolatlannak tartjuk az időt fecsérelni arra, hogy lány lámpával hosszasan dolgozzunk azért, hogy a különben is érzéketlenebb mély részleteket kiméljük. Ha mégis a mély részleteket különösen kimélni akarjuk (ovarium), akkor is csak ritkán szorulunk lány lámpára, többnyire elég, ha közelebb jövünk a kemény lámpával.

A Röntgen-fény mennyisége ugyanis a focustól mért távolság-differentiának *négyszetével* aránylik fordítva. Ha tehát a bőrt 15 cm.-nyire közelítjük meg, akkor a 20 cm.-nyire, vagyis 5 cm.-nyire a bőr alatt fekvő rész csupán a távolsági differentia miatt az eredeti sugárzásnak csak körülbelül a felét kapja. Ezt a kis részletet pedig teljesen semmitmondóvá csökkenti a szövetekben való elnyelés, a mi egy 8<sup>o</sup> Wehnelt-keményiségű sugárzással eszközölt mérésnél már 3 cm. mélyre is csak  $\frac{1}{8}$  részét engedte az eredeti fénynek. Őt cm. mélyre tehát kevesebb jut, mint a sugárzás felének a nyolczadrésze.

Mindezzel azonban nem akarjuk azt mondani, hogy oly esetekben, a melyek egészen felületes megbetegedéseket illetnek, lány lámpák használata ne lehetne indokolt.

Ha így a lámpát kiválasztottuk, a beteg bőrére helyezzünk egy Kienböck-féle quantimeter-próbacsíkot és az előzetes beállítás szerint megindítjuk a sugárzást, majd 2 perc múlva félbeszakítjuk és a csikon fotografiai előhívás által meghatározzuk a dosist x-ekben kifejezve. Ha a beteg 2 perc alatt kapott pl. 2 x-et, akkor még további 8 perc besugárzás szükséges ahhoz, hogy az előzetesen 10 x-re kiszabott dosist megkapja. Az előhívással járó idővesztés csökkentésére az e célra szolgáló előhívót készen összeöntve egy felül vattával lazán bedugott literes üvegben tartjuk, melynek alul gummicsovel összekötött kifolyó csöve van, mint az irrigatorüvegeknek. A hívó tetejére a levegőtől való pontos elzárásra 1 cm.-nyi paraffinolajréteget öntünk. Ebben az üvegben a hívó hónapokig változatlanul eláll s összeállítása is pontosabb, mint ha köbcentimétereket mérve esetenként apró dosisokban öntjük össze.

Ez a szabályos zavartalan kezelésmódunk sémája, mely annyira pontos dosismeghatározásokat eredményezett, hogy újabban a refracta dosisokkal való másod- vagy harmadnaponkénti kezelést teljesen elhagytuk. A beteg mindig egy ülésben megkapja a dosis totalist. A dosis kiszabásában *Holzknicht* ajánlatait követjük. A beteget 2 hét múlva inspectióra berendeljük s ha szükségesnek mutatkozik, a besugárzástól számított 3 hét múlva újra röntgenezünk.

Megtörténik, hogy a kezelés nem folyhat le zavartalanul: a lámpa kezelés közben mégis változtatja keménységét. Ennek gyakran az az oka, hogy a villamossági társulat az áramfeszültségben 15<sup>o</sup>-nyi (!) ingadozásokat is megenged s ezen indolentiájából ki nem mozdítható. Ha ebből, vagy más okból kifolyólag a milliampéremeter tűje számbavehetőleg kimozdul, akkor az áramot rögtön megszakítjuk, kiszámítjuk az eddig adott dosist és vagy újabb próbacsíkkal folytatjuk a terapiát, vagy várunk míg a lámpa lehül, vagy ha keményedett, esetleg regenerálunk.

Ha a lámpát kezelés közben a milliampéremeter teljesen állandónak mutatta, akkor a szükséghez képest a következő betegnek a besugárzására is használjuk külön próbacsíkmeghatározás nélkül. Semmiesetre sem kezelünk azonban oly lámpával, melynek hatásfokát nem közvetlen azelőtt határoztuk meg. A lámpák akár csak 1 napi állás után is számbavehetőleg megváltoztathatják hatásfokukat.

Ezen mérési eljárást 18 besugárzási ciklusban volt alkalmunk kipróbálni. 10 x-nyi dosisra egyszer sem támadt számbavehető hyperaemia, epilatio vagy egyéb objectív tünet. túlságos dosist tehát egy esetben sem adtunk. De kelletténél kevesebbet sem adtunk, mert a betegek direkt kérdésre majdnem kivétel nélkül bőrviszketést említettek. Egy gyorsan fejlődő inoperabilis carcinoma esetében 15 x-re hal-

ványbarnás pigmentatio támadt a hasfalán valamelyes fanszőr-ritkulással. Ugyanazon terület 3 hét múlva újabb 10 x-nyi besugárzásra még sötétebb lett és a beteg három hétig tartó viszketésről panaszkodott, a mi miatt bőrét helyenként felvakarta. A pigmentatio még ma is — 11 hét után — változatlanul fennáll. Ez az eset arra int, hogy óvakodjunk túllépni a *Holzknicht* ajánlotta maximális dosist, 8 H-t, a mi 16 x-nek felel meg.

Mindent összefoglalva: felületes és mély hatásokra egyaránt kemény lámpát használunk. Felületes hatást közelebbi, mélységi hatást távolabbi lámpa beállításával érünk el. Oly lámpát választunk, mely huzamosan és erősen terhelhető állandó keménységi fok mellett. A terapiát *Kienböck*-mérőpapírral kezdjük, két perc múlva meghatározzuk az addigi dosist és a hiányzó részt számítás szerint pótoljuk a milliampéremeter-eljárás szerint.

A Röntgen-hatás pontos megfigyelésére a lányabb sugarak hatásától a bőrt egy esetben sem védtük.

Közlés a „Stefánia“-szegénygyermekórházból. Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.

### Hernia diaphragmatica újabb esete.

Irta: *Bókay Zoltán* dr., v. egyetemi kórbonczolástani tanársegéd, a „Stefánia“-gyermekórház bonczoló orvosa.

Az „*Orvosi Hetilap*“ 1909. évi 42. számában számoltam be egy valódi, veleszületett rekeszsérvről, a mely esetet annak idején a XVI. nemzetközi orvosi congressusnak is bemutattam. Azóta egy második eset került szemünk elé, a melynek klinikai képe a rendestől annyira eltérő volt, hogy helyes diagnosist felállítani nem volt lehetséges. Az eset röviden a következő:

*W. Francziska* 11 hónapos csecsemőt október 31.-én szülei azzal hozták kórházunkba, hogy a gyermek két nap előtt *hirtelen* rosszul lett, *heves hányásinger* lepte meg; végtagjai azóta hűvösek, folytonos öklendezés kínozza, hányni azonban nem tud. Légzése nyögő; széke csak egyszer volt azóta, de akkor is csupán beöntésre. Lázat nem észleltek rajta, sőt bőrtapintata mindig inkább hűvös volt. *Ezelőtt sohasem volt beteg, jól szoptott, gástrikus zavarai, hányása sohasem voltak.*

*Jelenállapot.* A korához képest jól fejlett és táplált leánygyermek csontrétegei mérsékelten rachitises elváltozásokat mutat, a melynyiben a bordapozsokon és az epiphysiseken mérsékelt duzzanat mutatható ki. A fej rendes alkotású, az ajkak kissé sápadtak. A torok tiszta. *A légzés szapora, nyögő, száma percenként 66, a gyermek rendkívül elesett. Baloldalt a lapoczká csúcsától lefelé rövidebb a kopogtatási hang, hallgatódzaskor e hely fölött erősen gyengült a légzés.* A tompulat a középső hónaljvonalnál végződik. A szívtompulat kopogtatási viszonyai rendesek, a szív nincs elhelyeződve, a szívhangok tiszták. *A gyomortáj nem boltosul előre, de besüppednek sem mondható.* A has rendes, nem meteorismos. Láz nincs. A bal scapula alatt végzett próbapunctióra híg, fehéres, zavaros, tejszerű folyadék ürül, a mely chylothorax gyanúját kelti. A még aznap délután 4 órákor megejtett thoracoscisio alkalmával csak igen kevés, mintegy 20 cm<sup>3</sup> folyadék ürült.

Este 10 órákor a gyermek meghalt, alig egy napi észlelés után. A punctióval nyert folyadékban állás közben két réteg képződött; az alsó egészen híg savószzerű, a felső ellenben sűrű tejfelfszerű volt. Mikroskopi képe ez utóbbinak teljesen a tejjel azonosnak látszott, a mennyiben kisebb-nagyobb zsírtesteeskékből állónak bizonyult. A festett készítményeken immersiával kevés *Gram* szerint festődő különböző sarcina látható.

A másnap délelőtt megejtett bonczolás a következőket derítette ki: A jól fejlett és táplált leánygyermek hullájának bőre halvány, a hátán a nyomásnak kitett helyek kivételével térképszerű rajzolatot mutató, nyomásra eltűnő, livid hullafoltok. A hullamerevség lezajlófélben. A bal scapula alatt a 7. és 8. borda között az összes rétegeken áthatoló, drainezett műteti nyílás látható. A nyak részarányos, a mellkas domborad, a has nem puffadt, a gyomorgödör kitöltött, a végtagok mozgathatók.

A bőr és a bőr alatti kötőszövet, az izomzat közepes vastagságú, közepes vértartalmú. A mellkas megnyitásokor a szívet rendes helyén találjuk. A bal mellürben mintegy 150 cm<sup>3</sup> savós,

zsiros folyadék van, a melyben fehér, megalvadt caseinre emlékeztető pelyhek úszkálnak. A bal mellkasfélben a tüdő helyén fekszik a gyomor, úgy hogy nagy hajlata a cseplesztől fedve előre tekint, a pylorusos tája fenn, a cardia lenn foglal helyet, fundusa az alsó mellkasfélben van. A gyomor erősen ki van töltve megalvadt, félig emésztett tejjel. A gyomor dorsális felszínének a nagy hajlattól 3, a pylorustól 4 ujjnyira fekvő pontjához a nagy cseplesz lazán, felszínesen odatapadt. A letapadás feloldása után, a mi könnyen megy végbe, a gyomorfalat átfúró, mintegy lenesényi, kissé vérbővebb udvar-tól övezett szűrést látunk, a melyből a gyomor megnyomására gyomortartalom ürül. A bal mellürben fekszik még a duodenumnak egészen az ileumig terjedő részlete is. Ugy a cardia, mint a pylorus szögletbetörés folytán teljesen átjárhatatlan. A gyomornak és a duodenumnak a mellkasba jutása a rekesz ventrális és dorsális részének összenövésénél baloldalt, fejlődési rendellenesség folytán létrejött, egy ujjal bőven átértesztő nyílásán át történt. A feszesen megtelt gyomor a bal tüdőt erősen jobbra, a gerincoszlophoz szorította; ez a tüdőfél teljesen légtelen, halvány szürkés-rózsaszínű, helyenként kissé megemésztett. A jobb tüdő ellenben légpárnatapintatú, különösen a szélein rózsaszínű. A szív ökölnyi, halvány barnapiros, billentyűi, belhártyája épek. A máj széle körülbelül két ujjal haladja meg a bordaívet. A lép és a többi hasúri szerv rendes helyén fekszik. Az urogenitális szervek, a pankreas nem térnek el a rendestől.

A diagnosis ezek szerint: *Hernia diaphragmatica spuria congenita incarcerata lateris sinistri, ventriculum et duodenum continens. Atelectasia e compressione pulmonis sinistri. Emphysema vicarians pulmonis dextri.*

Az eset tehát az álrekeszsérvek csoportjába tartozó diaphragmasér, a melynek létrejöttét a rekesz ventrális és dorsális lemezének hiányos összenövéséből kell magyaráznunk, a mely nyílásba csak később türemkedett be a gyomor (a kórházba való behozatal előtt két nappal), valószínűleg valamely ok folytán megnövekedett hasúri nyomás behatására. A hasúri nyomás ezen megnövekedését okozhatta a hányásinger, vagy a székeléskor kifejtett erőfeszítés is. A mellkasba jutott erősen megtelt gyomor saját súlyánál fogva negyed fordulatot végzett, miáltal úgy a pylorus, mint a cardia is szögletbetörést szenvedvén, a gyomortartalom sem felfelé, sem lefelé ürülni nem tudott. A collapsust talán a vagusra ható izgalomnak kell betudnunk. A nehézlégzést és a tompulati viszonyok megváltozását a mellürbe került, erősen telt gyomor teljesen megmagyarázza.

## A Wassermann-féle seroreactio értékéről az idegbántalmak körében.

Irta: *Sarbo Artur* dr. egyetemi cz. rk. tanár és *Kiss Gyula* dr. (Folytatás.)

### Házastársak vizsgálata.

53 esetben végeztünk vizsgálatot házastársakon, még pedig paralysis progressiva 17 esetében, tabes 15 esetében, alkoholismus 6 esetében és különböző megbetegedésekben 15 esetben.

Ezen 53 házaspár között 22 esetben positiv Wassermann-féle reactiót kaptunk mind a két félnél, s ha a gyengén positiv reactiót nem vesszük számba, 16 eset marad, a mi 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-nak felel meg. E 16 eset következőképpen oszlik el:

Két házaspárnál mindkét fél tabes volt; egy házaspárnál az egyik fél paralysis progressivában, a másik tabesben szenvedett; négy esetben az egyik fél volt paralyses, négy esetben az egyik fél tabesben szenvedett; három esetben mindkét fél luesesen fertőzött volt, egy esetben a férjnek biztos luese volt.

Valamennyi kettős esetre nézve klinikailag is fennállott a lueses fertőzöttség lehetősége és így a Wassermann-féle reactio positivitása értékesíthető eredményeket adott. Érdekes, hogy e 16 eset közül két olyan házaspár volt, a kiknél semmiféle néven nevezendő bántalom klinikailag kimutatható nem volt, vizsgálatra az okot az szolgáltatta, hogy mindkét fél luesesen fertőzött volt; a négy paralysis- és négy tabesetben a másik fél klinikailag és subjective egészséges volt.

Ez utóbbi esetekre nézve merül fel a kérdés, vajjon kezelen-

dők volnának-e ezek vagy sem. E kérdés tárgyalását a következő fejezetben végezzük el.

*Van-e az antilueses kezelésnek befolyása az idegbántalmak folyamán talált positiv Wassermann-féle reactióra?*

Vizsgálati anyagul 25 eset szolgált és pedig 9 paralysis progressiva, 16 tabes, 5 lues cerebrosपालis, 2 hemiplegia, 2 paralyses megbetegedésre gyanús eset és nervositas egy esete.

A 9 paralysis-eset közül 6 esetben erős kénésőbedörzsölések alkalmaztattak, két esetben magas jodkali-adagok (4 gm. pro die), egy eset kezelés nélkül vettetett alá többszörös vizsgálatnak.

A kénésőbedörzsölésekkel kezelt esetek közül kettőben tünt el a positiv reactio, az egyik esetben gyengén positiv volt az; a jodkallal kezeltknél a positiv reactio változatlan maradt.

A kezelésben nem részesült esetben négy hónapon át havi időközökben végzett vizsgálatok azt mutatták, hogy a gyengén positiv (+) reactio váltakozott negativ reactióval. A bántalom tünettanára, lefolyására a kezelésnek semmi befolyása sem volt kimutatható; valamennyi esetben progressio mutatkozott.

A 16 tabes-eset közül 5 esetben az erélyes kezelés ellenére (90—150 gm. ungu. hydr. cin.) a positiv reactio változatlan maradt; egy esetben jodkali- és kénésőbedörzsölés után a ++ reactio kérdésessé vált; egy esetben a + reactio 120 gm. ungu. hydr. cin. bekenése után negativvá lett; egy esetben 90 gm. ungu. hydr. cin. bedörzsölése után a +++ reactio gyengén positivvá vált, két hét múlva kezelés nélkül ++ reactio volt kimutatható. Három esetben sok jodkali- adagoltatott, a reactio nem változott meg. Két esetben az első vizsgálat alkalmával negativ reactiót kaptunk, erős jodkali-kezelés ellenére a második vizsgálat ++ reactiót adott; egy esetben a ++ reactio erős jodkaliadagolás ellenére ++ maradt, majd 120 gm. ungu. hydr. cin. és jodkali- együttes adagolása ellenére +++-nek találtatott a 3. vizsgálatkor.

Egy esetben az egyén már az első vizsgálatot megelőzőleg erős antilueses kezelésen ment át, negativ Wassermann-reactiója a folytatólagos kezelés után sem változott.

Legérdekesebb viselkedést tanúsított végül egy tabes, a ki az első vizsgálatkor +++ reactiót mutatott, 6 héten át adagolt jodkallal (4 gm. pro die) a reactio ++ szállt le, ekkor 20 kénésőinjecciót és 3 gm. jodkalit pro die kapott, a reactio negativ lett; ekkor két héten át kezelés nélkül hagytuk és a reactio újra ++ lett.

A bántalom tüneteire nézve annyiban tapasztaltunk a kezeléstől befolyást, még pedig úgy a jodkali-, mint a kénésőkezeléstől, hogy egyes esetekben a fájdalmak alábbhagytak; egyéb befolyást nem észleltünk. Döntő fontosságúnak tartjuk az utóbb említett esetben tett azon tapasztalatunkat, hogy röviddel az erélyes kezelés után a negativ reactio újra ++ lett; ha ezt összevetjük azon paralyses esetünkben tett tapasztalásunkkal, a melyben kezelés nélkül a reactio ingadozása + és — között volt észlelhető, és ha mindezekhez hozzávesszük azt is, hogy az esetek túlnyomó részében a kezelésnek sem a tünetekre, sem a reactióra semmi-nemű befolyását sem észlelhetjük, úgy joggal mondhatjuk azt, hogy abbéli törekvésünk, hogy a positiv reactiót negativvá változtassuk, kellőleg nem indokolható. A paralysis és tabes kezelésében nézünk szerint továbbra is az antilueses kúra indicatiója a régi elvek alapján kell hogy felállítsák és ennek irányításában a Wassermann-féle reactio positivitása vagy negativ volta szerepet nem játszhatik.

*Lues cerebrosपालis* öt esete közül négyben a legerélyesebb antilueses kúra ellenére az erős reactio nem változott; klinikailag az esetek gyógyultak voltak. Egy esetben negativ volt a kezdeti reactio és az maradt a kezelés után is; klinikailag ez is gyógyult eset.

Egyéb bántalmak közül hemiplegia két esetében végeztettünk erélyes higanykúrát, az egyik esetben a ++ reactio gyengén positivvá vált, a másodikban a gyengén positiv reactio positivvá (++) két paralyses megbetegedésre gyanús esetben a ++ reactio 90 gm. ungu. hydr. cin. után negativ, illetve kérdéses lett.

Egy gyengén positiv reactiójú esetében az egyszerű nervositásnak hydrargyr. salic. pilulák szedése után — lett a reactio.

Ezen esetekből sem vonhatunk le a kénésőkezelésnek a

reactióra való hatására biztos következtetéseket; különösen a lues cerebrospinalis eseteiben tett tapasztalataink nem jogosítanak fel arra, hogy a Wassermann-féle reakcióban lássunk irányadást a kezelés tekintetében. Ezen esetek között volt olyan is, a melyben a lues cerebrospinalis már egy esztendeje klinikailag teljesen gyógyult volt és mégis erősen pozitív reakciót kaptunk, melyet újlagos erélyes kezelés sem tudott megváltoztatni. Ezek szerint, ha a Wassermann-féle reakcióra támaszkodunk a kezelés szempontjából, úgy be sem látható, mikor szüntessük be a kezelést.

Végkövetkeztetéseink tehát úgy szólnak, hogy az idegrendszeri megbetegedésekben az antilueses kezelés a pozitív Wassermann-féle reakciót csak igen kis százalékban tudja megváltoztatni; de ezen eredmény is elveszti jelentőségét azon tapasztalásunk alapján, hogy az így negatívvá vált reakció tovább folytatott kezelés ellenére pozitívvá válhat újra. Minden kezelés nélkül is észlelhetünk ingadozást a reakció pozitívása és negatív volta között; a klinikailag gyógyult cerebrospinalis lues esetekben a klinikailag nem indokolt erélyes kezelésnek a reakcióra semmi befolyását sem láttuk.

Mindezek alapján annak eldöntésénél, hogy paralueses vagy lueses idegrendszeri bántalomban az antilueses kúra indikált-e vagy sem, a Wassermann-féle reakció, akár pozitív az, akár negatív, irányító nem lehet; továbbra is az eddig érvényben volt, klinikai tünetek által javasolt indicatio kell, hogy ebbeli ténykedéseinket irányítsa.

## II. Részletes rész.

### 1. Paralysis progressiva.

34 esetben végeztünk vizsgálatot.

Ezen 34 esetben anamnestice a lues 11 esetben volt kimutatható, ezzel szemben a Wassermann-féle reakció 27 esetben volt pozitív, három esetben gyengén pozitív, egy esetben kérdéses, és háromban negatív. A negatív Wassermann-féle reakciót adó esetek közül kettőben anamnestice biztos volt a lues, úgy hogy a lueses fertőzöttséget, ha a gyengén pozitív eseteket is hozzászámítjuk, 32 esetben vehettük fel, a mi 94%-nak felel meg.

A Wassermann-féle reakció pozitívása az előző lues időpontjától teljes függetlennek bizonyult; erősen pozitív reakciót kaptunk oly esetben is, midőn a lueses infectio 28 évre visszamenőleg volt jelen, viszont csupán gyengén pozitív reakciót kaptunk oly esetekben, melyekben csak 6, 7 év telt el a primaer infectio óta.

A reakció erősségét a következő táblázat tünteti fel:

|                 |     |              |
|-----------------|-----|--------------|
| 3 esetben . . . | —   | reactio = 9% |
| 1 " . . .       | ?   | " = 3%       |
| 3 " . . .       | +   | " = 9%       |
| 7 " . . .       | ++  | " = 20%      |
| 20 " . . .      | +++ | " = 59%      |

szóval a paralysis progressiva legtöbb esetében erősen pozitív a Wassermann-féle reakció.

Az esetek közül klinikailag csupán egy eset érdemes a megemlítésre, a mely 20 esztendő virgóra vonatkozik, a ki a paralysis progressiva kifejezett tüneteit mutatta. Bővebben ez esetre a családok vizsgálatakor térünk ki.

A paralysesek házastársain 17 esetben végeztünk vizsgálatot és hat esetben találtunk pozitív Wassermann-féle reakciót = 35%. Egy esetben a házastárs tabesben szenvedő volt; egy esetben csak gyengén pozitív reakciót kaptunk; a fennmaradó négy esetben az egyének klinikailag egészségesek voltak, annak ellenére két esetben ++ és két esetben +++ Wassermann-féle reakciót adtak.

A reakciók erőssége nem volt minden esetben egyező a házastársaknál, így egyik esetben a paralyses férj csupán gyengén pozitív reakciót adott, míg tabeses felesége erősen pozitív; egy másik gyengén pozitív reakciót adó paralyses férj egészséges feleségénél pozitív (++) volt a reakció; két esetben mindkét fél erősen pozitív reakciót mutatott, ezek egyikében az asszony volt a paralyses fél és az egészséges férje is mutatta az erősen pozitív reakciót. Ezen házaspárnál a férfi negálta a lueses fertőzést, felesége is tagadta ugyan, azonban tekintettel arra, hogy házassága előtt már zajos multja volt, a lueses fertőzöttsége valószínű. Végül a hatodik házaspárnál a paralyses férj erősen pozitív reakciót adott, míg a nervosításban szenvedő felesége gyengén pozitív.

Oly esetünk is volt, melyben a paralyses férj negatív reakciót adott, míg az egészséges nő positive reagált. A férjnél az első vizsgálat negatív volt, a második gyengén pozitív, de a serum is haemolyzált, a harmadik vizsgálatkor újból negatív volt az eredmény; házasságuk steril volt.

A fent említett hat esetben a progenitura szempontjából a következőket találtuk. Az első esetben 2 abortus volt jelen, gyermek nem volt; két esetben steril volt a házasság; egy továbbiban 2 élő egészséges gyermek mellett abortus nem fordult elő; végül egyben egy élő gyermek volt és a nő a vizsgálatkor a negyedik hóban grávida volt.

### 2. Tabes.

100 esetben végeztünk Wassermann-féle vizsgálatot. Ezen 100 eset közül 12 kezdődő tabesetire vonatkozott. A 100 eset közül 78%-ban találtunk pozitív Wassermann-féle reakciót. Ha a pozitív reakciót a luesre nézve bizonyítónak vesszük és ehhez hozzáadjuk a kórelőzményileg biztos luesesen fertőzötteket, de negatív Wassermann-féle reakciót adók számát, mondhatjuk, hogy tabesnél 85%-ban találunk lueses infectiót; ha tovább megyünk és azon eseteket is lueseseknek vesszük, melyekben számos abortus fordult elő és azokat, a melyekben a házastársnak biztos lueses volt, e százalékszám 89-re rug. A reakció erősségét illetőleg már kisebb százalékban találjuk meg az erősen pozitív reakciót; közelebbi felvilágosítást e táblázat ad:

|                  |     |               |
|------------------|-----|---------------|
| 21 esetben . . . | —   | reactio = 21% |
| 1 " . . .        | ?   | " = 1%        |
| 5 " . . .        | +   | " = 5%        |
| 37 " . . .       | ++  | " = 37%       |
| 36 " . . .       | +++ | " = 36%       |

A 100 tabeses közül 20 nő és 80 férfi volt. A 20 nő közül 13-nál kaptunk pozitív Wassermann-féle reakciót = 65%; a 80 férfi közül 65-nél, vagyis 81%-ban.

16 házaspárt vizsgáltunk. Ezek közül hat esetben pozitív reakciót kaptunk mind a két félnél = 37%!

Egy házaspárra vonatkozó adatokat már a paralysis progressiva tárgyalásakor ismertettünk; ez azon eset, melyben a paralyses férj gyengén pozitív reakciót mutatott, a tabeses feleség erősen pozitív.

Két esetben a tabeses férj erős pozitív reakciója mellett az egészséges feleség szintén erősen pozitív reakciót mutatott; egy esetben a tabeses férj pozitív (++) reakciója volt, egészséges felesége szintén; egy esetben mindkét fél tabeses volt és pozitív reakciót adott. Ezen kettős megbetegedési eseten kívül még három esetben volt úgy a férjnek, mint a feleségnek tabese; két esetben (++) és (+++) pozitív Wassermann-féle reakció volt a férjnél, a feleségüknél negatív; egy esetben úgy a férjnél, mint a feleségnél negatív volt a Wassermann-féle reakció, azonban a férjnél pozitív volt a lues-anamnesis. Egy olyan esetet is észlelhetünk, a melyben a pozitív lueses kórelőzményű tabeses férj negatív reakciója volt, míg egyszerű idegességben szenvedő felesége gyengén pozitív reakciót adott.

A lueses fertőzöttség időpontja és a reakció jelenléte között összefüggést kimutatni nem lehetett; így például erősen pozitív reakciót kaptunk oly esetben, melyben 31 év telt el a primaer affectio óta, viszont negatív reakciót tíz éves fertőzöttségénél.

Gyakoriak az abortusok és halott magzatok. Így az egyik esetben 4 abortus, egy másikban 3 halott gyermek, egy harmadikban 1 abortus, 1 halott magzat és egy negyedik esetben 1 abortus és egy koraszülés volt; a többi esetben rendes szülés, egészséges gyermekek.

### 3. Lues cerebialis és cerebrospinalis, beleszámitva a paralysis spinalis spasticát.

24 lues cerebialis illetve cerebrospinalis esetet és 4 paralysis spinalis spastica esetet vizsgáltunk. Előbbiek közül 20, utóbbiak közül 3 esetben kaptunk pozitív Wassermann-féle reakciót, a mi 83%-ot, illetve 75%-nak felel meg.

Az addigi szerzők eredményeitől eltérőleg mi a Wassermann-féle reakciót nagyobb százalékban kaptuk; ha összehasonlítjuk az adatokat az első táblán foglalt összegezési adatokkal, úgy azt lát-

juk, hogy a lues cerebrospinalis Wassermann-százaléka a paralysis progressiva (91%) és tabes (79%) között foglal helyet.

A reactio erősségét illetőleg a paralysis spinalis spastica három pozitív esetében ++ volt; az alábbi táblázatban úgy ezek, mint a lues cerebri és cerebrospinalis adatai együtt foglalnak helyet:

|                 |      |               |
|-----------------|------|---------------|
| 4 esetben . . . | —    | reactio = 14% |
| 1 „ . . .       | ?    | „ = 3%        |
| 1 „ . . .       | +    | „ = 3%        |
| 11 „ . . .      | +++  | „ = 39%       |
| 11 „ . . .      | ++++ | „ = 39%       |

Egy +++ esetben a serum is kötött, de biztos volt a +++ reactio, ez esetben 120 gm. ung. hydr. bedörzsölés után is +++ maradt az.

#### 4. Paralueses megbetegedésre klinikailag gyanús esetek.

Összesen 29 oly esetet vizsgáltunk, a melyben klinikailag valamely paralueses megbetegedés (tabes, paralysis progressiva) kifejlődése volt várható.

Túlnyomó részt 30—40 év között levő egyének, a kikenél vagy a térdtünet, vagy az Achilles-inreflex egy vagy kétoldalt hiányzott, vagy a kikenél az Argyll Robertson-jel volt az egyedüli tünet stb.

14 tabesre gyanús esetben ötször kaptunk pozitív Wassermann-féle reactiót.

Öt oly esetben, melyben klinikailag a paralysis progressiva kifejlődése várható volt, két esetben kaptunk pozitív Wassermann-féle reactiót.

Végül 10 esetben az Argyll Robertson-jel volt a kimagasló és csaknem egyedüli objectív tünet. Ezen 10 esetet is mint tabesre vagy paralysis progressivára gyanusat kell tekintenünk, minthogy kizártuk az alkoholismussal kapcsolatos „Signe d'Argyll“ eseteket.

Ezen 10 eset közül kilenc adta a pozitív reactiót = 90%.

Összefoglalva mondhatjuk tehát, hogy 29 oly esetben, melyben klinikailag tabes vagy paralysis progressiva kifejlődése várható volt, a Wassermann-féle reactiót 16 esetben, vagyis 55%-ban találtuk pozitívnak; ha a gyengén pozitív reactiót kizárjuk, még 38% pozitív eset marad.

A reactio erősségét illetőleg a következő táblázat világosít fel:

|                  |      |               |
|------------------|------|---------------|
| 12 esetben . . . | —    | reactio = 42% |
| 1 „ . . .        | +    | „ = 3%        |
| 5 „ . . .        | +    | „ = 17%       |
| 7 „ . . .        | +++  | „ = 24%       |
| 4 „ . . .        | ++++ | „ = 14%       |

A jövő fogja megmutatni, hogy ezen esetekben van-e a Wassermann-féle reactionak prognostikai jelentősége.

#### 5. Alkoholismus chronicus.

44 esetet vizsgáltunk meg.

Ezek közül 22 esetben kaptunk pozitív Wassermann-féle reactiót = 50%. 14 esetben kórelőzményileg biztosan vagy némi valószínűséggel felvehető volt a lueses fertőzöttség; ezeket leszámítva nyolcz eset marad. Ezen nyolcz esetből még további kettőt kirekesztve, mivel csak gyengén pozitív reactiót adtak, még mindig marad hat oly eset, a melyben a legszigorúbb anamnestikus felvétel ellenére luest felvenni nem lehetett és a Wassermann-féle reactio pozitív (++ és +++) volt. 14% az összes esetekre vonatkozólag és 24% a nem lueses kórelőzményű alkoholismus eseteire számítva.

A reactio erősségét illetőleg a következőképpen oszlik el:

|                  |      |               |
|------------------|------|---------------|
| 21 esetben . . . | —    | reactio = 48% |
| 1 „ . . .        | +    | „ = 2%        |
| 3 „ . . .        | +    | „ = 6%        |
| 13 „ . . .       | +++  | „ = 29%       |
| 6 „ . . .        | ++++ | „ = 14%       |

Tekintettel a Wassermann-féle reactio pozitív voltának, alkoholismussal relatív gyakori voltára, különbözőzeti kórjelzési jelül nézeztünk szerint a reactio a paralueses bántalmakban (tabes, paralysis progressiva) nem használható.

Hat házaspárnál is végeztünk vizsgálatokat.

Ezek közül három esetben mindkét félnél pozitív Wassermann-féle reactiót kaptunk; valamennyi esetben azonban a lueses fertőzöttségre utaló jeleket találtunk. Az egyik esetben egy alkoholista férj feleségénél gyengén pozitív volt a reactio, de a nő keratitis parenchymatosában szenvedett (ezért is a férj mint luesre gyanús szerepel a fenti kimutatásban és nincs a 6 negatív lueses anamnesisű, de pozitív Wassermann-reactiót mutató esetek között); a másik két esetben az alkoholista férjnek anamnestice biztos luese is volt. Szóval mind a három pozitív reactiójú esetben joggal felvehetjük a lueses fertőzöttséget.

(Vége következik.)

Közlés a budapesti egyet. II. sz. belklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.)

### A reszketésről.

Irta: Kollarits Jenő dr., egyetemi magántanár.

(Folytatás.)

#### III. Más irányban végbevitt mozgások.

Mindenki könnyű szerrel meggyőződhetik önmagán arról, hogy általában a hajlításfeszítés irányában történő mozgás végbevitelére legkönnyebb és leggyorsabb. Az alkaron ezenkívül a pronatio és supinatio is gyorsan végezhető. Az ujj és kéz mozgásai közül sokkal lassabb az oldali irányú mozgás. Érdekes, hogy a reszketés sokszor ugyanígy viselkedik. Így például:

|                        |          |                  |           |
|------------------------|----------|------------------|-----------|
| H. F. mutatóujj oldalt | 8-szor   | hajlító irányban | 10-szer   |
| J. M. „ „              | 3·5-szer | „ „              | 4·5-szer  |
| D. J. „ „              | 8·7-szer | „ „              | 10·4-szer |
| B. M. „ „              | 5·5-szer | „ „              | 8·1-szer  |
| N. B. „ „              | 7·6-szer | „ „              | 11-szer   |

mozog stb.

Sajátságos tünetet találtam számtalan olyan esetben, a melyben a reszketés nagyobb fokú volt. A kilengések többnyire a hajlítás feszítés irányában történnek. Ha a mozgó végtagot úgy megterheljük, hogy a mozgás lehetetlenné válik, rövid szünet után a megterhelt végtagrészt más irányú mozgásba fogott. Például, ha a kezét tenyerével lefelé tartotta a beteg és a mutatóujj fel- és lefelé mozgott, a megterhelés után az ilyen irányú reszketés megszűnt és a mutatóujj jobbra-balra reszketett. Vagy a mikor a beteg alkarja fel- és lefelé végzett kilengést, 1 kgm. súlyt adtam a beteg kezébe. Ekkor a reszketés egynehány másodpercze szünetelt és azután pronatio és supinatio irányában folytatódott. Úgy látszik tehát, hogy a nagyobb fokú reszketésnél a végtag valamennyi izma bizonyos feszességben van és hogy a hajlító- és feszítő-izmok nagyobb ereje és az ízületi berendezés könnyebbége ez irányban az, a mi a reszketést ebbe az irányba tereli. Ha ezeket a súly megköti, a többi, más irányban működő, már megfelelő feszességben levő izom mozgása előtérbe léphet.

#### IV. Lábloncus.

Hypertonia-eseteimben a valódi lábloncus másodpercenként 5—6·4 között (átlag 5·88) ingadozott. Ehhez hasonlítottam azt a mozgást, a melyet láblonushoz hasonlóan alsó végtagunkon akaratlagos úton tudunk létesíteni. Az egészséges rendes izomtonusú emberen ez a szám 5·5 és 8·5 között ingadozott, 6·2 átlaggal. Ez az akaratlagos mozgás, a melyet akaratlagos lábloncusnak nevezhetünk, sokszor lassúbb lesz kóros állapotban. Így hypertoniában lassúbb, mint a valódi lábloncus. Hypertoniás eseteimben ez a szám 13·7 (átlag 4·1) között, tabeses hypertoniában 3—6·5 között (átlag 4·3), béna betegekben 4—5 között (átlag 4·52), hysteriás betegekben 4·2—6·7 között (átlag 5) ingadozott. A hysteriás lábloncus jellege a hysteriás reszketéshez hasonlóan szabálytalan (l. 9. ábra), míg a valódi lábloncus igen szabályos (l. 10. ábra). Ezt a körülményt Babinski figyelte meg legelőször. Újabban Ettore Levi<sup>1</sup> tett ez irányban vizsgálatokat az ő clonographjával. Vizsgálataim nem engednek

<sup>1</sup> Ettore Levi: L'encephale, 1909.

végleges következtetést arra vonatkozólag, hogy graphikai úton minden pseudoclonust meg lehet-e különböztetni a valóditól. Kifejezett esetekben a különbség feltűnő.

V. A súly befolyása a reszketésre.

A reszkető tagrésze súlyt erősítettem, és így vizsgáltam a remegés számát. Például:

|           |                   |        |             |        |
|-----------|-------------------|--------|-------------|--------|
| Mutatóujj | 11.4; 100 gm.-mal | = 7.9, | 200 gm.-mal | = 7.9  |
| "         | 14                | " "    | " "         | = 8    |
| "         | 0                 | " "    | " "         | = 10   |
| "         | 13                | " "    | " "         | = 9    |
| "         | 0                 | " "    | " "         | = 12   |
| "         | 0                 | " "    | " "         | = 8    |
| Kisujj    | 12 50             | " "    | " "         | = 11   |
| "         | 12                | " "    | " "         | = 12   |
| "         | 0                 | " "    | " "         | = 12.1 |
| "         | 0                 | " "    | " "         | = 10.5 |

A szándékos mozgások számát is meghatároztam különféle súlyok mellett. Például:

|           |                  |        |             |       |
|-----------|------------------|--------|-------------|-------|
| Mutatóujj | 7.8; 100 gm.-mal | = 8.8, | 200 gm.-mal | = 8.2 |
| "         | 6.2              | " "    | " "         | = 7.3 |
| Kisujj    | 4.3 50           | " "    | " "         | = 6.3 |
| "         | 4                | " "    | " "         | = 5   |
| Kéz       | 8.5 500          | " "    | 1 kgm.-mal  | = 7.5 |
| "         | 7.5              | " "    | " "         | = 5.7 |
| Alkar     | 11 1 kgm.-mal    | = 8.2  | 2 kgm.-mal  | = 4.7 |
| "         | 10               | " "    | " "         | = 7   |
| Felkar    | 6 2              | " "    | 5           | = 3.7 |
| "         | 4                | " "    | " "         | = 3   |

E szerint a súly a reszketés számát csökkenti, tehát lassítja a mozgást. Olyan esetben, a melyben súly nélkül reszketés alig van, a súly alkalmazásakor reszketés lesz kimutatható.

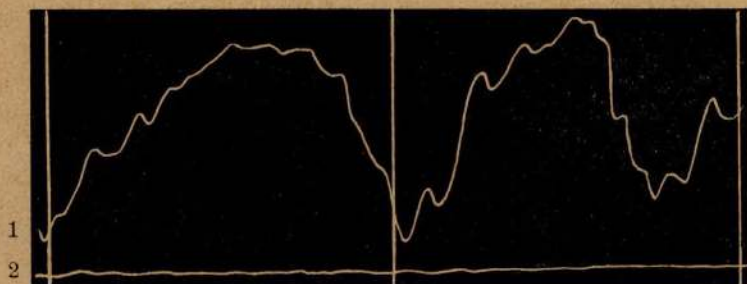
Ugyanez áll a szándékos mozgásra is a legtöbb tagrészen. Másképpen áll a dolog a mutatóujj és kisujj szándékos mozgásai-



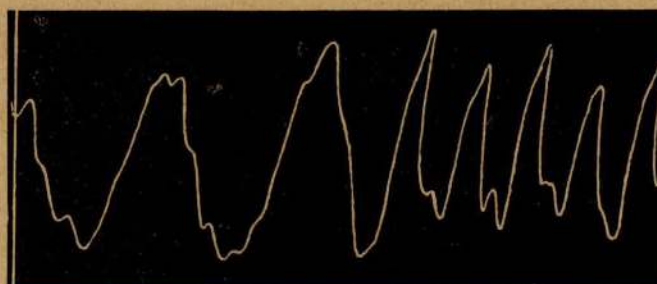
9. ábra. Valódi lábelonus hemiplegiában (szabályos).



10. ábra. Hysteriás pseudoclonus (szabálytalan).



11. ábra. Nephritisben szenvedő beteg mutatóujjának reszketése. 1 két szándékos hajlítás és feszítés görbéjén a reszketés superponálva van. 2 ugyanazon ujj reszketése nyugodt kifeszített tartásban.



12. ábra. Egészséges asszony mutatóujjának szándékos lassú és gyors mozgása.

|        |      |             |       |              |       |
|--------|------|-------------|-------|--------------|-------|
| Kéz    | 10.5 | 500 gm.-mal | = 9.8 | 1000 gm.-mal | = 8.8 |
| "      | 8.5  | " "         | = 11  | " "          | = 10  |
| "      | 8.5  | " "         | = 7.5 | " "          | = 7.5 |
| "      | 12   | " "         | = 8   | " "          | = 0   |
| "      | 8    | " "         | = 5   | " "          | = 3   |
| "      | 6    | " "         | = 2.8 | " "          | = 2.2 |
| "      | 9.5  | " "         | = 8.3 | " "          | = 8   |
| Alkar  | 5.4; | 1 kgm.-mal  | = 4.2 | 2 kgm.-mal   | = 3.1 |
| "      | 4    | " "         | = 2   | " "          | = 2   |
| "      | 8.2  | " "         | = 7.2 | " "          | = 4.9 |
| Felkar | 5.6  | 2           | = 4.2 | 5            | = 4.2 |
| "      | 2.2  | " "         | = 1.6 | " "          | = 1.4 |
| "      | 1.6  | " "         | = 1.3 | " "          | = 1.1 |
| "      | 2.7  | " "         | = 1.5 | " "          | = 0   |

ban. Itt azt látjuk, hogy kisebb, körülbelül 100—200 gm.-nyi megterheléssel gyorsabb mozgást lehet elérni. Érezni is lehet, hogy így a mozgás könnyebb, a kisebb súly mintegy támasztékot ad az izomnak. Nagyobb súlyllyal a mozgás ellenben természetesen nehezebb lesz.

VI. Reszketés akarallagos mozgás alatt.

Ha ujjunkat lassan hajlítás-feszítés irányában mozgatjuk, a felvett görbén a reszketés kis fokozódását látjuk; a mennyiben az egyes kilengések magasabbak lesznek, sőt olyan esetben, a melyben a fent leírt módszerrel a vizsgált ujj csak néha végez egy-egy kilengést, a lassú mozgás alatt reszketés látszik, úgyannyira, hogy lassú mozgást alig lehet reszketéstől mentesen végbevinni. Ez a reszketés a szándékos mozgás gyorsításakor is észrevehető



és csak nagyon gyors mozgáskor tűnik el. Gyorsabb mozgásról felvett görbén a reszketést a görbe az által árulja el, hogy lépcsőzetes módon emelkedik és csak az izomösszehúzódás gyorsaságának bizonyos fokán változik egyenletesen görbülő ívvé. A lassú mozgásban a reszketés visszaesést okoz, a gyorsabb mozgásban ez ritkább. Ilyenkor többnyire csak fennakadást látni.

A reszketés száma az egyenes végtagtartásban megfeszült izmon ugyanaz, mint a mozgás alatt.

### VII. A reszketés elmélete.

Dolgozatom eddigi folyamán az észlelt jelenségeket adtam elő. A következőkben pedig az elmélet bizonytalanabb talajára lépek feltevéseimmel, a melyeknek azonban van valami valószínűségük.

Keletkezés mód szempontjából kétféle reszketést szokás egymástól megkülönböztetni, olyat, a mely már *nyugalomban* is megvan és olyat, a mely csak *szándékos beidegzés közben* nyilvánul, például a kéz egyenesen megfeszített tartásakor vagy mozgás alatt. Ez utóbbihoz tartozik a sokfoltú keményedés intenciós tremora.

*Egészséges emberen nyugalomban* reszketés nincs. Ellenben már az ujjak kifeszítésekor majdnem minden emberen lehet graphikai úton kisfokú tremort feljegyezni, a mely felvételeimben talán azért annyira állandó, mert a kilengéseket kétszeres nagyságban irtam le. Ez az észlelet megegyezik *Busquet*<sup>1</sup> közlésével, a ki nyolczszoros nagyítással írta le a kilengéseket és ez eljárással ugyancsak minden emberen talált reszketést. Minthogy e reszketés a nyomás alatt kitérő rudacska gyenge nyomásakor jön létre, mozgás-reszketésnek tekinthető. *Ez az élettani mozgás-reszketés.* Az izom nyugalmi állapota és mozgása között azonban nincs áthidalhatatlan szakadék, mert helyesen mondja *Busquet*,<sup>1</sup> hogy az izom teljes nyugalomban soha sincs, mert a míg a középponti idegrendszerrel össze van kapcsolva, mindig bizonyos tonusban van, a mi mégis csekély foka az izomműködésnek, az izom beidegzett voltának. Az a kóros reszketés, mely csak *intenciós mozgáskor* jelentkezik, nem egyéb, mint az élettani mozgás-reszketésnek fokozott válfaja. *Az élettani koordinatorképtelenség ilyenkor koordinatorképtelenség hibává lesz. Az a reszketés, a melyet intenciós reszketésnek mondunk, talán csak a hypertoniás alakja a mozgás-reszketésnek.* Az a reszketés, a mely nem mozgás alatt, hanem az izom mérsékelt egyenletes összehúzótt volta alatt, például a kéz *egyenes kinyújtásakor* jön létre, ugyancsak tartozik. Ez szintén megvan élettani viszonyok között. A kóros alakja csak fokozódása az élettaninak. Ha pedig az a beidegzés, a mely a tonust fenntartja, megbomlik, nyugalmi reszketés áll elő. Ilyen *nyugalmi reszketést* okozhat az agyvelő kérégt érő valamely külső inger.

E felfogás alapján hamar eldől az a kérdés is, hogy az idegrendszer mely részére kell a reszketést *lokalizálni*. Tekintve, hogy a mozgás kiinduló pontja az agyvelőkéreg mozgató mezeje, a reszketést okozó mozgásimpulsusnak is innét kell kiindulnia. Senki sem kételkedik, hogy ez áll a Jackson-epilepsia mozgásaira, vagy a kérgi hemiplegia mozgásaira, a mikor a mozgató mezőt erőművi inger éri. Éppen e felvétel alapján szokás ily esetekben a mozgásokból a hemiplegia okát a kéregben körjelezni. A pszichikai okból, ijedségből vagy félelemből származó remegés kérgi eredete kétségbe vonva nincs. Azok a kóros elváltozások (például daganatok), a melyek a pyramispályát további alsó lefutásában izgatják, okoznak ugyan rángásokat, de nem reszketést. *Massalongo*,<sup>2</sup> a ki a reszketés kérgi eredetét legerélyesebben hangsúlyozza, azt írja, hogy ha a mozgatórostok lefutásában bárhol sérülést találtak a kérgen kívül és a beteg reszketett, fel kell vennünk, hogy a sérülés a kérgi mozgatósejtek befolyásolása útján és nem a mozgatórostoknak kérgen kívül való izgatásával okozott reszketést. Leginkább a scleroses en plaques intenciós reszketésének eredete volt vita tárgya. *Stephan*<sup>3</sup> szerint *Ordenstein* volt az első, a ki a

sclerosis-gócnak az agyvelőben való helyfoglalásától tette függővé ezt a tünetet. *Stephan* hasonló nézethez csatlakozik, feltűnőnek mondja, hogy olyan esetekben, a melyekben csak a gerincvelőben vannak góczok, nincs intenciós tremor. *Erb*<sup>1</sup> is hangsúlyozza, hogy myelitisben nincs intenciós tremor még akkor sem, ha több gócz van, és jelenlétéből a hid, nyultvelő, vagy pedunculus sérülésére következtet. *Stephan* felveti azt a kérdést is, hogy e jelenség nem vall-e a kisagyvelő megbetegedésére, de átnézve a közölt esetek kórtörténeteit, arra a következtetésre jut, hogy a kisagyvelő megbetegedésének távolhatás, összerendezészavar és szédülés felel meg, míg a tremor szövődés, mint a hogy ezt már *Nothnagel* (*Topische Diagnostik*) megállapította. A hid megbetegedéseiben, a melyeket az irodalomban feljegyezve találni és két saját esetében *Stephan* szintén nem talált intenciós remegést. Szerinte ezért csak az a sclerosisgócz okozza ezt a reszketést, a mely a hid magassága fölött, legvalószínűbben a thalamus opticusban fekszik.

Ezzel szemben *Greiff*<sup>2</sup> a gyrus centrális és paracentrális megbetegedéséből magyarázza az intenciós reszketést és arra is hivatkozik, hogy e tünet a dementia paralytica eseteiben is előfordul, habár ennek a bajnak nem olyan szabályszerű tünete, mint a sokfoltú keményedésnek. A reszketés kiindulópontjának keresésekor meg kell említenem *Freusberg*<sup>3</sup> egy munkáját. Ez a szerző kutyák gerinczelejét az utolsó háti csigolya magasságában átvágta és az így megoperált állatok hátulsó testrészeiben ismételt észlelt reszketést és ebből azt a következtetést vonja le, hogy a reszketés a középponti idegrendszerből indul ki. Azt lehet e kísérletből következtetni, hogy reszketés — legalább kutyán — az agyvelő hozzájárulása nélkül is létrejöhet. Kifejtettem, hogy a reszketésingerületének a kéregből kell kiindulnia.

Kissé más megítélés alá esik *Freusberg* kísérlete. Ha a pyramispálya lefutásának valamely pontján teljesen át van metszve, a mi a kóros esetekben elég ritka és a mint az e kísérletekben történt, természetesen semmi mozgásinger és így a reszketést okozó sem veheti útját a kéregből az izmokhoz. Ha ilyenkor mégis reszket a kérgi összeköttetéstől elmetszett végtag, más magyarázatot kell keresnünk. Ismeretesek a gerincvelő teljes harántsérülésének ama esetei, a melyekben semmi vezetés sem lehetett a gerincvelőn át (*Jendrassik*<sup>4</sup> stb.) és az inreflexek fokozottak voltak. Az így élő izomban szándékos mozgás nem lehetséges, az izomösszehúzódás csak reflectoros eredetű lehet, és a reszketésnek sem lehet más eredete. *Freusberg* egyik így operált kutyájáról azt írja, hogy rajta a reflexműködések igen nagy mértékben fejlődtek ki és 22 C<sup>0</sup> vízben való fürösztés közben hátulsó testrészeiben reszketett.

Egy második esetben az operált állatnak úgy elülső, mint hátulsó testfele reszketett és minden reflexmozgás után fokozódott a reszketés. A harmadik állaton a hátulsó lábak csipése után reflexrángások támadtak, a melyek erős reszketéssel jártak és a reszketés a reflexmozgások után is megmaradt. A negyedik állaton a has nyomásakor clonusus rángások támadtak és ha az állatot felemelték, lelógó hátulsó lábai remegtek. Három állaton strychninmérgezés után támadt reszketés a hátulsó testfele, ellenére annak, hogy a gerincvelő át volt vágva. Ezek az esetek arra vallanak, hogy bennük a reszketés külső ingerekre reflektoros úton állott elő és így talán leginkább a lábclonusus analog jelenségnek vehető.

A környéki bénulásban ismert nagyobb reszketés okát szintén nem kell a környéken keresni. Az ilyen esetek alkohol-, ólommérgezés következményei. E kórokok pedig nemcsak a környéki ideget, hanem a középponti idegrendszert is megtámadják (*Korsakow-psychois*, *encephalopathia saturnina*) és így az élettani reszketés fokozódása itt is a középpont megbetegedésének tudható be.

(Folytatása következik.)

<sup>1</sup> *Erb*: Krankheiten des Rückenmarks. 1878. 507. lap.

<sup>2</sup> *Greiff*: Über die diffuse und disseminierte Sclerose des Centralnervensystems und über fleckweise glasartige Entartung der Hirnrinde. Arch. f. Psych., 1883. 14. kötet, 286. lap.

<sup>3</sup> *Freusberg*: Über das Zittern. Archiv für Psychiatrie. 1876. 6. kötet, 57. lap.

<sup>4</sup> *Jendrassik*: Az inreflexek természetéről. Orvosi Hetilap, 1900.

<sup>1</sup> *Busquet*: Le tremblement physiologique. Thèse de Paris, 1904.

<sup>2</sup> *Massalongo*: Contribution à l'origine corticale des tremblements. Revue Neurol., 1903. 455. lap.

<sup>3</sup> *Stephan*: Zur Genese des Intentionstremors. Archiv für Psych., 1887. 18. kötet, 734. lap és 1888. 19. kötet, 18. lap.

## IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

**Arthur Schlesinger: Die Praxis der lokalen Anaesthesie.**  
Urban u. Schwarzenberg, Wien u. Berlin, 1910.

Ha a lokális anaesthesiának meg is vannak a maga határai, bizonyos, hogy tere a methodusok fejlődése folytán napról napra nő és az is bizonyos, hogy a localanaesthesia ezen tökéletesedése és térfoglalása nagy vívmánya a chirurgiának, a mennyiben mind több és több műtétet szabadít meg a narcosis veszedelmétől. Különösen hasznos pedig a localanaesthesia ezen haladása azon kartársakra nézve, a kik csekély, a narcosisban járatlan vagy éppen laikus assistentiával kénytelenek dolgozni s azért éppen ő nekik kell különösen tisztában lenniök az e téren felmerült újabb vívmányokkal. Ezeket pedig igen jól, röviden és áttekinthetően összefoglalva megtalálják *Schlesinger* könyvecskéjében, mely a localanaestheticumoknak és azok segédeszközeinek ismertetése után behatóan tárgyalja a localanaesthesia különféle módjait (ideszámitva a vezetési és gyűjtőeres anaesthesiát is) és pontosan leírja ezek technikáját úgy általánosságban, mint részletezve a különféle műtétekre nézve s egyszersmind az iránt is ad tanácsokat, hogy a különféle műtétek alkalmával minő helybelileg érzéstelenítő eljárást lehet a legegyszerűbben alkalmazni. A könyv kiválóan praktikus irányú; az irodalmi adatok közül csak a leglényegesebbeket nyújtja és az ajánlott sokféle eljárás közül többnyire csak azokat írja le, melyeket a szerző maga is kipróbált és jónak, követésre méltónak talált. A leírások igen világosak és érthetők, s megértésüket 22 ábra is előmozdítja. Az igen ügyesen összeállított és a mindennapi gyakorlat szempontjából számos hasznos útmutatást nyújtó könyvet melegen ajánljuk olvasóink figyelmébe.

*Pólya.*

**Leo Langstein und Ludwig F. Meyer: Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel.** Ein Grundriss für den praktischen Arzt. Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden. 1910. 214 oldal.

Az utolsó két évtized kutatásainak és sok irányú észleleteinek köszönhetjük, hogy a csecsemő-táplálás bonyolult kérdéseiben mind biztosabb és biztosabb tudományos alaphoz jutottunk. Be kell azonban e mellett azt is vallanunk, hogy a végeztől, az eszmék tökéletes tisztázásától még nagyon távol állunk: sok kérdés még csak erjed, forrong, iskolák állnak szemben iskolákkal, újak a régiakkal s újak a legújabbakkal.

Ezen kutató, építő munkásságból kiválóan kivette részét *Finkelstein* és iskolája, különösen *L. F. Meyer*, kik kétségtelenül sok-sok alapfogalommal gazdagították tudásunkat, eddig is ismert tünetsoportozatokat, kóralakokat helyeztek más megvilágításba és nagyszabású anyagcsere- és klinikai vizsgálatokkal és észleletekkel derítették fel e kórformák lényegét. Ezen vizsgálatok és észleletek szolgálnak alapul a *Langstein* és *Meyer* tollából megjelent könyvnek.

A szerzők előbb vázolják a csecsemőkori anyagcsere élet-tanát: vegyi, physikális és energetikai szempontból. A második fejezetben a normális csecsemő fejlődését tárgyalják. A harmadikban a természetes táplálással foglalkoznak és ezt követőleg a negyedikben hosszabb fejezetet szentelnek egy a tankönyvekben meglehetősen elhanyagolt kérdésnek: a szopós csecsemők emésztési zavarainak. Az ötödik fejezetben a mesterséges táplálásnál felmerülő viszonyokat fejtegetik, a hatodikban az allaitement mixte-et s a hetedikben a koraszülöttek táplálását. A nyolczadik, leghosszabb fejezetben tárgyalják nagyon részletesen, természetesen teljesen a *Finkelstein*-iskola alapelveinek, beosztásának megfelelően, a mesterségesen táplált csecsemők emésztési zavarait. Majd részletezik az infectiók esetén követendő táplálási elveket s végül a csecsemők hányásának kérdését, a spasmophil diathesist, a Barlow-féle betegséget és az angolkórt tárgyalják.

A könyv tagadhatatlanul nagy tudományos apparátussal, az irodalomnak legtökéletesebb figyelembe vételével és kellő kritikai méltatásával készült. A therapiás részt is mindenhol lelkiismeretes gondossággal, minden finom részletre kiterjedő nagy pontossággal dolgozták ki. Stylusa folyékony, könnyen érthető, élvezetes. Kételkedem azonban abban, hogy a szerzők intenióinak megfelelően a gyakorló orvosok a könyv minden részét nagy haszonnal for-

gassák: ahhoz a munka mégis teljesen szakszerű és az emésztési zavaroknak *Finkelstein*-féle beosztása sem vert még ehhez elegendő mély gyökeret. A szakemberre nézve azonban olvasása sok élvezettel és gazdag tanulással jár s a gyermekorvosi irodalom benne igen értékes munkával gazdagodott.

A kiállítás mintaszerű, az ábrák nagyon szépek.

*Flesch Armin dr.*

## Lapszemle.

## Ehnekörtan.

A liquor cerebrospinalis cytologiás vizsgálatának technikájáról és jelentőségéről ír *Kaffka*. A Fuchs-Rosenthal-féle számolási eljárásról kiderült, hogy a liquor oly gyorsan pusztítja el a sejteket, hogy már akkor is tönkre teszi, ha a punctio és a melangeurban való hígítás között csak rövid idő mulott el. E hiba mellőzésére a szerző a következő saját eljárását ajánlja. 10 csepp liquort bocsát (a punctiós túból) egy csúcsos üvegesébe, ehhez egy csepp methylibolyával megfestett 2—5% eczetsavat cseppent és azután jól összerázza. A számolást az Elzholtz-féle kamarában végzi, a melynek köbtartalma 0.9 mm<sup>3</sup>. Ha tehát „a” sejtet találunk, akkor  $\frac{11a}{9}$  adja egy mm<sup>3</sup> liquor sejtszámát. E vizsgálati mód előnye, hogy a számolást nem kell azonnal meg-ejteni és hosszabb állás után is csak ritkán fordul elő, hogy a liquor által el nem pusztított vörösvérsejtek is kékre festődnek. E számolási eljárás mellett a sejtek számának normális határa öt.\*

E vizsgálati módszert mindenkor ellenőrizte a festett száraz készítményeken végzett számolással. A festett száraz készítményeket oly módon készíti, hogy 3 cm<sup>3</sup> liquort önt egy csöves üveg-esébe, melyhez azután 3 csepp szűrt formolt tesz és azután 20—30 percig centrifugálja. A centrifugálás után a liquort leönti, az üle-déket pedig egyenlő részben két fedő-üvegre keni és pedig mind-egyiken 1—1 cm<sup>3</sup> területen. A sejteket haematoxylin Delafield-del festi meg és sósavas alkohollal közömbösíti, majd pedig eosinnal utána festi. Ezen eljárás a régebbi eljárás egyes hibáit kiküszöböli. A festett száraz készítményeken a sejtek normális határa kettő.

A szerző szerint mindkét eljárást összehasonlítva kell alkalmaznunk. Ha a kamaraszámításnál ötnél, a festett száraz készítmény-nél kettőnél több sejtet talált, akkor pozitívnek, ellenkező esetben negatívnek veszi a leukocytás leletet.

Dementia paralytica eseteiben gyakran találunk a cytologiás leletben nagyobb ingadozást, sőt elég gyakori, hogy egy és ugyanazon beteg liquorja egyszer pozitív, máskor negatív leletet ad és azért a negatív eredményt csak ismételt vizsgálat után mondhatjuk megbízhatónak. Ezen ingadozások nem függenek össze semmiféle klinikai tünettől. A paralysis keretében előforduló exacerbatiókat nem szokta a liquor cerebrospinalis leukocytosisa követni vagy kísérni. Másrészt az utóbbi jelentkezhetik, a nélkül, hogy a betegség keretében bármilyen változást is észlelnénk. A dementia paralytica differentialis diagnosására csak a többszörös és ismételt vizsgálat esetén talált negatív eredmény nyújthat némi alapot; természetesen az erős pozitív lelet paralysis mellett szól. Annak megítélésére, hogy valamely szervi megbetegedés lueses alapon fejlődött-e vagy sem, a pozitív eredmény jó szolgálatot tehet. A dementia paralyticában a szerző kissejtű leukocytákat, plasma-sejteket és polynucleáris leukocytákat talált és pedig legnagyobb számban az elsőket, legkisebben pedig az utolsókat. A nagy hólyagú, erősen szemcsézett sejteket degeneratiós termékeknek tartja. (Monatschr. für Psychologie und Neurologie, 1910. XXVII. kötet. 414. lap.)

*Goldberger Márk dr.*

## Sebészet.

Új műtétel a cirrhosis gyógyítására. A Talma-műtétel (omentopexia) eredményei általában nem igen feleltek meg a vára-kozásnak; a legtöbb esetben ez a műtétel eredménytelennek bizonyult. A Tansini ajánlotta műtétel: Eck-féle fistulának, vagyis a vena portae és vena cava inferior közti közvetlen anastomosisnak léte-sítése se vált be; két esetben végezték eddig (Thierry de Martel és Vidal esete), de a beteg mind a két esetben meghalt. Ez az eljárás már eleve is igen veszedelmesnek látszik nemcsak a nagy

kai nehézségek miatt, hanem az alimentáris intoxicatio s a kiinduló fertőzések veszedelme miatt is. Sikertelen volt az eljárás is, a mit Villard és Tavernier próbált meg egyszer, tudniillik anastomosist hoztak létre egy vena mesenterica s a vena ovarica dextra közt. Ruotte új módszert ajánl most a vena mesenterica ascites gyógyítására: a hashártyaüreg drainezését a vena saphena interna bevarrása által. Eljárása a következő. Először a subinguinális tájékon hosszabb darabon feltárja s körülbelül 8 cm.-nyire a vena femoralisba való benyílása alatt átvágja a hashártya csonk lekötése után. Ezután a 8 cm.-nyi darabot feladitja az esetleges benyúló oldalágak lekötése és átvágása mellett. A hosszanti metszést azután folytatja a hasfalra a Poupart-ag fölé s itt behatol egész a hasüregig, a hashártyának 1—2 timeternyi terjedelemben való megnyitásával. Az ascites-folyadék lecsátása után a felhajtott vena szélét odavarrja a hashártyasebhez catguttal vagy selyemmel s felette drainezés nélkül egy-egy lágyszövetet. Ruotte eddig öt esetet operált ily módon, közülük egyet fényes, kettőt elég jó eredménnyel, kettőt sikertelenül. A módszerét már megpróbálta két japáni sebész, Ito és Soyosina is. Az első eset közül egyben szép sikerrel. (La presse médicale, 1910. 25. szám.)

**A mellkasür szívódrainageát** ismerteti *Haertel* Bier nikájáról. Empyemák műtéti megnyitása után a visszahúzódott pleura kitérítése s a megnyílt mellhártyaür záródása néha igen képtelen. Készüléket konstruált, melylyel a geny bevezetését és a pleuraüreg kitérítését a szívóerő felhasználásával lényegesen elősegíti. A készülék a pleuraür elzárását a fogászatban a kitömendő fogak izolálására használt rendkívül finom és nyúlékony kaucsukszövettel, az úgynevezett cofferdammal vagy rubberdammal eszközi, melyből egy 0—15 cm<sup>2</sup> nagyságú lemezt illeszt a sebre. A lemezbe vágott cső nyíláson át légmentesen illeszhető be egy hüvelykvastag drainageső; ha a drainagesővön át a pleuraürben negatív nyomást létesítünk, akkor a lemez csaknem tökéletesen légmentesen tapad a pleuraüreg környékéhez. A kiszívandó geny felfogására egy lapos, s a pleuraür környékéhez alkalmazkodó (80—200 cm<sup>3</sup>-t befogadó) üveg-edény szolgál, melynek egyik végére a drainagesövet, a másik végére pedig a Klapp-féle szívókon alkalmazott gummi-ballont erősítjük rá egy gummicső közvetítésével. A gummiballonnal úgy szívjuk meg a mellkasürt, hogy a beteg erős szúrást érezzen ugyan, de a procedura fájdalmas ne legyen. Az eljárás a szokásos bordaresectio után igen megkönnyíti és megrövidíti az utókezelést, a második, correctiv műtétet, a thoracoplasticát pedig vagy korlátozza, vagy feleslegessé is teheti. (Berliner klinische Wochenschrift, 1910. 25. szám.)

*Makai.*

### Orthopaedia.

**A veleszületett kyphosisról** értekezik *Gebhardt* (München). Az utolsó 65 év irodalmában mindössze 5 congenitális kyphosis-eset van leírva. E kórképet legelőször Rokitansky ismertette 1844-ben. Ő rajta kívül még Bernhard, Dienufé, Gilles, Schulthess és Oehlecker ismertetett eseteket. Érdekes, hogy valamennyi esetben a gerincoszlop nyaki vagy háti részletét foglalta el a kyphosis. A szerző jelen értekezésében 2 esetet ismertet. Az első eset rendezettség után született, egészséges családból származó 17 éves nőbeteg. A nagyfokú kyphosis a gerincoszlop egész háti részletét foglalta el. A gerincoszlop a kyphosisos helyen majdnem teljesen merev. A második esetben a terhesség és a szülés rendezettség volt, de mindjárt feltűnt a magzatvíz kevés volta és az újszülött kyphosisa. Ez esetben a púp a nyaki gerincoszloprészlet alsó részét és az egész háti gerincoszlopot foglalta el. A kyphosis nagysága már azon körülményből is megítélhető, hogy a midőn a csecsemő ül, a fülek a vállakat, az áll pedig a mellkast érintik. A púpos gerincoszloprészlet merev. A szerző észleléseit jó fényképekkel kíséri, melyeken a leírt kyphosisok jól láthatók. Oehlecker ezen kórkép aetiológiáját kutatva azon eredményre jutott, hogy az elferdülés oka „helyszűke” a magzati életben, mely valószínűleg az amnion szűk volta és a magzatvíz csekélyisége által van feltételezve. A therapia szakas a korai életévokban vezet észlelhető és passiv testgyógyászati gyakorlatokból, valamint jó fekvőkészülékekből áll. Esetleg a fejbizcentrízmok tenotomiája is szóba jöhet. (Archiv für Orthopädie, Mechanothérapie und Unfallchirurgie, 1910. 4. füzet.)

*Dollinger Béla dr.*

### Venereás bántalmak.

**Az Ehrlich-Hata-féle syphilisellenes gyógyszer.** Az *Ehrlich*-féle 606-ról legújabbán *H. Loeb* (Mannheim) is nyilatkozik. (Erfahrungen mit *Ehrlich's* Dioxy-diamido-arsenobenzol [606]. Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 30. szám.) Közleményében újabb adatokra alig akadunk. A hőemelkedést és a fájdalmat, mely az injectio nyomán támad, úgy írja le, mint előtte a többi szerző. Mérgező tüneteket nem észlelt. Toxikus erythemák sem jelentkeztek. Meglepő erős azonban olykor a roseolás esetekben a *Herxheimer*-féle reactio. Erősebb adag alkalmazásakor azonban ez a reactio elmarad. Az injectiók gyógyító hatása igen gyorsan mutatkozik. A sclerosisok és a nedvező papulák hámosodása rendszeresen már a 2—3. napon megindul. Az infiltratiók és mirigyek kissé lassabban fejlődnek vissza. De azért a mirigyduzzanatok csökkenése gyorsabban áll be, mint a kénesős kezelés alkalmával. Az alkalmazott adag a testsúly kilogrammjaként 0.005—0.008 gm. között váltakozott. A legfiatalabb beteg 8 éves volt, a legidősebb 45. Egy esetben (roseola, plaqueok a torokban) recidiva állott be a 17. napon. Ezt *Loeb* úgy magyarázza, hogy az adag túl alacsony volt (intravenásan 0.14 gm.). A 606-tal való kezelés nem contraindikálja az utána alkalmazott kénesős vagy jodos therapiát, a mint erről a szerző meggyőződhetett. Az eddigi tapasztalatokból különösen az világlik ki, hogy a 606-nak a gyógyító hatása felette gyors és prompt. A lueses tünetek gyors visszafejlődésének pedig az az óriási jelentősége, hogy a fertőzés tovavitelének a veszedelme ez által lényegesen csökken. Minden további kommentár nélkül felemlítjük, hogy az injectio nyomán *Loeb* egy-egy esetben a véletlenül fennálló neurodermitis chronicának, illetőleg több verruca plana juvenilisnek spontan, gyors és teljes visszafejlődését észlelte.

Az *Ehrlich-Hata*-féle gyógyszerrel való kezelés hátrányairól és káros mellékhatásairól tesz jelentést *Bohač* és *Sobotka* Prágából (Ueber unerwünschte Nebenerscheinungen nach Anwendung von Dioxydiamidoarsenobenzol [606] *Ehrlich-Hata*. Wiener klinische Wochenschrift, 1910. 30. sz.). A két vizsgáló összesen 14 esetben alkalmazta az *Ehrlich*-féle szert. Lueses volt köztük 11. Az elég súlyos melléktünetek 3 lueses esetben fordultak elő. Az első eset 24 éves férfira vonatkozik, a kinek a luese körülbelül  $\frac{3}{4}$  éves volt. A 606-os injectiót július 11.-én szabályszerűen végezték. Az adag 0.65 gm. volt és 53 cm<sup>3</sup>-ben volt elosztva. Az injectio nyomán fájdalom és lázon kívül csakhamar nausea és hányás jelentkezett. A legszembetűnőbb tünet azonban az volt, hogy teljes vizeletretentio állott be, mely álló 7 napig tartott. Ugyanannyi ideig rendszeres katheterizációra volt szükség. Július 21.-én megvizsgálták az idegrendszerét is, a mikor kiderült, hogy hiányzik a patella- és az Achilles-inreflex.

A második esetben a 40 éves férfi friss luesben szenvedett. Az injectiót július 13.-án kapta (0.5 gm. 29 cm<sup>3</sup>-nyi oldatban). A fájdalomhoz és lázhoz csakhamar teljes vizelet-retentio is csatlakozott, mely eddig változatlanul már 9 napja áll fenn. A retentiohoz utóbb még végbélténusmus is csatlakozott. Július 16.-án az idegrendszeri vizsgálat megállapította, hogy a patella-, cremaster- és has-reflex hiányzik. A harmadik eset 21 éves nőre vonatkozik. Friss syphilises exanthemája ellenében 0.3 gm.-nyi 606-ot kapott 35 cm<sup>3</sup> oldatban elosztva. Az injectio után csakhamar végbélténusmus és ugyancsak vizelet-retentio állott be. A vizelet csak katheterrel távolítható el. A 6. napon a baloldali patellareflex gyengült, a jobboldali teljesen hiányzik, a hasreflex mindkét oldalon hiányzik.

Mindezekből látható, hogy a 3 esetben a jelentkezett kellemetlen melléktünetek meglehetősen mélyre ható elváltozások eredményei. A teljes vizeletretentio valószínűleg detrusor-bénuláson alapszik, bár nem zárható ki teljesen a sphinctergöres sem. *Bohač* és *Sobotka* arra is figyelmeztetnek, hogy hasonló kellemetlen mellékhatásokat az atoxyl is tud kifejteni. Ilyen eseteket ismertetett *Brenning* is, meg *Wälsch* is. A tünetek hasonló voltát talán azzal a körülménnyel lehet magyarázni, hogy az atoxyl is tartalmaz aminobenzolos és arsenes csoportokat. A feltűnő az imént ismertetett tünetekben csak az, hogy az eddigi vizsgálok egy szóval sem említették hasonló súlyos tüneteket. A szerzők ezt azzal a felvétellel próbálják magyarázni, hogy a szer talán még nem állandó vegyület. Bizonyos fokú kémiai változásra talán abból is lehet következtetni, hogy nem minden adag egyforma sárga színű.

Az Ehrlich-Hata-féle szerrel való kezelés technikájához nyújt újabb adatot L. Michaelis (Ueber die Anwendung des Ehrlich-Hata'schen Syphilismittels in neutraler Suspension, Berlin. klin. Wochenschrift, 1910. 30. szám.), a kinek most már sikerült egy fájdalomtalan injectió eljárását kidolgoznia. Ha a sósavas sónak vizes oldatát natronlúggal egyszerűen közömbösítjük, akkor a 606 vastagon kiesapódik. Ha azonban az anyagot előbb fölös natronlúgban feloldjuk s ezután savval ismét közömbösítjük, akkor finom szemcséjű suspensio keletkezik, mely teljesen alkalmas az injectióra. A szerző ilyen suspensióban a szert 31 esetben adta sikerrel.

Michaelis nyomdokain halad ugyanebben a kérdésben Wechselmann és Lange (Ueber die Technik der Injection des Dioxydiamo-arsenobenzol, Deutsche med. Wochenschrift, 1910. 30. sz.), a kik szintén egy fájdalomtalan injectió eljárását ismertetnek. Wechselmann-nak és Lange-nek ez a legújabb fájdalomtalan eljárása az alkalmazott oldat közömbös voltán alapul. Az alkaliás oldatok heves fájdalmat okoznak, ezért jobb a neutrális emulsió. Az ilyen emulsióknak a hatása éppen olyan kiadós, mint az oldaté. Az eljárás rövid leírása a következő. A 606-nak megfelelő adagát mozsárban 1—2 cm<sup>3</sup> natronlúgban feloldjuk s azután cseppenként jégezetet adunk hozzá, a mire az oldatból finom, sárgás iszapszerű anyag válik ki. Ezt a csapadékot savval ezután steril destillált vízzel kell felhígítani. Végül a keveréket 1/10 normallúggal, illetőleg 10/0-os ecetsavval lakmus segélyével közömbösítjük. A szerzők újabb inkább a scapula tájékát ajánlják injectióra alkalmas helynek. Ezen a helyen subcutan adva az injectiót, esetleges mérgező tünetek jelentkezésekor mindenkor könnyebb lesz az arsendepót-f a szervezetből kiküszöbölni, mint például a farizomzatból.

Guszman dr.

### Börkörtán.

A heg szöveti szerkezetét vizsgálta W. J. Heimann (Bern). Jóllehet a heges bőrreszek elég könnyen hozzáférhető vizsgálati anyagot képeznek, a heg pontos szerkezete fölött még meglehetősen szétágazók a nézetek. A szerző a kérdést Jadassohn klinikáján 28 esetben vizsgálta. A kimetszett heges bőrreszletek különböző okból és a testnek különböző helyeiről származtak. A heges részlet kora 6 hónap és 28 év között váltakozott. A terjedelmes vizsgálat lényeges adatai a következők. A legtöbb hegen előbb-utóbb többé-kevésbé typosus corpus papillare található. A hegek az epidermise nem jellemző, lehet normális, de lehet megvastagodott és hyperkeratosisos is. Rugalmas rostok már igen fiatal, néhány hónapos hegen is kimutathatók. A régi rostok maradványain kívül, a melyek gomolyokban és csomókban jelentkeznek, igen finom újonnan képződött rugalmas rostok is találhatóak. Elacint a szerző csak 2 esetben tudott kimutatni, mind a 2 esetben a heg öreg egyénektől származott. A kollagenrostok az irhának a felsőbb részében sűrű fonatot alkotnak, mely a felszínhez képest párhuzamosan helyezkedik el. Nem szokatlan az a lelet, hogy a hámban valamint az irhában pigmentet találunk. A tengerimalacz hegyében a rugalmas rostoknak túlproductiója észlelhető; ezt a leletet különben már Passarge is közölte. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 102. kötet. 1. füzet.)

Guszman.

### Fizikai és diaetetikai gyógyításmódok.

A gyümölcs- és szőlőkúráról ír Kuttner (Berlin). A gyümölcsfélék legfontosabb alkotórésze a cukor (laevulose, nád- és szőlőcukor), a melyből 5—20/0-ot tartalmaznak. Annak ellenére, hogy egyes gyümölcsfajták meglehetősen nagy cukortartalmuk által némi táplálóértékkel is bírnak, a gyümölcs általában mégis csak mint élvezeti cikk szerepel. Savtartalma (alma-, citrom- és borsav) ugyanis hűsítően hat és a szomjúságot oltja. A gyümölcsfélék ezenkívül még dextróset, keményítőt, cellulóset és pectinanyagokat (növényi nyálkát vagy gummit) is tartalmaznak, fehérjetartalmuk elenyészően csekély, zsíranyag pedig úgyszólván egyáltalán nincs bennük.

Az ember szervezete a gyümölcs táplálóanyagait mind igen jól használja ki, az egyes gyümölcsfélék emészthetősége azonban igen különböző. A főtt gyümölcs könnyebben emészthető, mint a nyers. Utóbbi érzékeny gyomornak egyáltalán nem tesz jót, ennek

csak gyümölcsíz (szilva-, málnaiz stb.) és gyümölcsnedv (limonádé, must, almálé stb.) való.

A gyümölcsfélék sav-, cukor- és cellulósetartalmuknál fogva hashajtó hatásúak. Egyes gyümölcsfajtákat, főképpen a szőlőt, részben ezen okból kúráként is szokás rendelni. Kizárólagos szőlődiéta azonban nem alkalmazható, mivel 100 gm. szőlő táplálóértéke csak körülbelül 69 caloria, egy felnőtt embernek tehát napi szükségletének fedezése céljából a szőlőből 3—4 kgm.-ot kellene elfogyasztania. Ily nagy mennyiséget pedig nem lehet naponként hosszabb időn át fogyasztani, mert ez emésztési zavarokat okozna. Kizárólagos szőlődiéta tehát nem alkalmazható, de az olyan étrend, a melyben a szőlőnek más ételek mellett fontos szerepe van, bizonyos esetekben előnnyel rendelhető. A szőlőkúrával erősítés céljából akkor érjük el a legjobb eredményt, ha vele együtt tojás és húskéteket is adunk. Ez az étrend kivált anaemia és neurasthenia eseteiben válik be. Ezekben másfajta gyümölcskúrával is célt érhetünk, ha a betegeket e mellett még nitrogéntartalmú anyagokkal is tápláljuk. Fogyasztás céljából is rendelhetünk szőlőkúrát, de ez esetben több szőlőt kell fogyasztanunk, hogy ennek hashajtó hatása is érvényesüljön s hogy az illető más táplálóanyagokat, főképpen pedig fehérjéket csak csekély mennyiségben bírjon fogyasztani. Ily módon azt is elérhetjük, hogy a szervezet jelentékeny mennyiségű fehérjeanyagokat veszítsen. A szőlőkúrának ezen módzata éppen ez okból csak rövid időn át alkalmazható.

Idősült bélrenyheség esetén a szőlőkúrát újabban csak más gyógyítóalkalmazások támogatására alkalmazzuk. Hogy ez esetekben enyhe hashajtó hatást érjünk el, az illetőket fürdő- és ivókúrákkal stb. kezeljük és a szőlőt más, erre alkalmas gyümölcsessel együtt a különben is tanácsos étrend keretébe illesztjük be.

Májbjaj, kivált pedig májzsugorodás esetén a szőlőkúrát sokan azért is rendelik, mert azt tapasztalták, hogy ez által a vizelet-kiválasztás fokozódik. A szőlőnek ezen hatása azonban oly jelentéktelen, hogy a szőlőkúra ezen esetekben legfeljebb csak mint a többi célszerű alkalmazást támogató másodrendű tényező szerepelhet. Vízkór esetén pedig manapság már egyáltalán nem alkalmazzuk. Kősvényes betegeknek régebben gyakran rendeltek kizárólagos szőlőkúrát; mivel az édes szőlőnek túlságosan nagy mennyiségei azonban emésztési zavarokat okoznak, ez is idejét multa már.

A szőlőkúra leginkább akkor alkalmazható, a mikor a szőlő frissen érett, tehát szeptember és október hónapokban. Ezt olyképpen szokás rendelni, hogy a napi adag fele reggel éhgyomorral, egy órával a reggeli előtt fogyasztassék, a második adag — a napi mennyiség 1/4 része — egy órával az ebéd előtt, és a még hátra levő rész egy órával a vacsora előtt. Tanácsos a szőlő napi mennyiségét csak fokozatosan emelni és belőle napjára legfeljebb 1.5—2 kgm.-ot rendelni. Ennél nagyobb mennyiséget csak az esetben szabad megengedni, ha arról győződünk meg, hogy az illető a szőlő nagyobb adagjait is jól tűri. Némely esetben a szőlőt csak az étkezések után adjuk. A szőlőszemeket héjuk és magjuk nélkül kell elfogyasztani, mert a hashajtó hatás különben a legtöbb esetben elmarad. Ez Laquer szerint annak tulajdonítható, hogy a szőlő héja csersavtartalmú. Hogy a szőlőt a beteg meg ne unja és hogy a sok elfogyasztott borsav a fogaknak meg ne ártson és stomatitist ne okozzon, jól teszi a beteg, ha a szőlőevés közben egy-egy körtét vagy füget is elfogyaszt. Jót tesz az is, ha az illető közben pár falat kenyert eszik, mert a rágás közben nagyobb mennyiségben kiválasztott alkalis nyál a savat legnagyobb részben közömbösíti. Ha stomatitis mégis jelentkezne, a kúrát abba kell hagyni. Gyomor- és bélizgalom esetén szőlőkúra egyáltalán nem alkalmazható.

A többi gyümölcsfélések közül kúra szempontjából még a földieper, a cseresznye és a citrom jöhet szóba. Ezek kivált a kősvény kezelésében játszanak szerepet. Mialthe szerint az ivókúrák kősvény esetén hatásosabbak, ha a beteggel az alkalis vizeken kívül szőlőt, epret s kivált cseresznyét fogyasztatunk. A kősvény és csúsz kezelésében azonban ezeknél sokkal nagyobb elterjedésnek örvend a citromkúra. A citromsav (a melyből a novemberben érő citrom 9.75/0-ot, az áprilisban és májusban érő pedig csak 5/0-ot tartalmaz) nem válik ki a vizelettel és utóbbinak reakcióját nem változtatja meg. De Noorden és His vizsgálásainak eredménye szerint a citromkúra a kiválasztott húgysav mennyiségére sincsen hatással. Annak ellenére, hogy ezen tudományos vizs-

gálások e tekintetben tagadó eredménnyel jártak, maga Noorden is elég kedvező hatást látott a citromkúrától idősült izületi csúsz eseteiben. De az eredmény azért egy esetben sem volt teljesen elégitő. Viszont káros mellékhatás sem mutatkozott. Laikusoktól gyakran hallani, hogy a citromkúra meglepő eredményekre vezetett. A szerző azonban azon esetekben, a melyekben maga rendezte el ezt a kúrát — akár csak Noorden — csak múlt eredményt látott. Mérsékelt citromkúra (naponta 3—6 darab) főképpen psychés okokból megengedhető, de túlzott (naponta 20—30 darab) nem, mert ez már nagyon kellemetlen emésztési zavarokat okoz. (Meg kell jegyezni, hogy a laikusok éppen csak a nagyon is erélyes citromkúra hatását dicsérik. Ref.)

A gyümölcskúrák — mindezeket fontolóra véve — alkalom adtán rendelkezhetők, bár az a nagy jelentőségük nincsen, a melyet nekik régebben általánosan tulajdonítottak, s a melyet nekik egyes, úgynevezett természetgyógyászok még ma is tulajdonítanak. A gyümölcskúra minden esetben csak egy részét teheti azon gyógyító alkalmazásoknak, a melyek az említett betegségek kezelésére szükségesek. Óvakodnunk kell a megdöntetlen általánosítástól és nem szabad szem elől téveszteni, hogy túlzásokkal bajt is okozhatunk. (Zeitschrift für Balneologie etc., 1910. 6. füzet.)

Lenkei V. D. dr.

**A táplálóanyagok purintartalma.** Bessan és Schmidt (Breslau) számos vizsgálatot végeztek arra nézve, hogy mekkora a gyakrabban fogyasztott élelmiszereknek a purintartalma. Eredményeikből kitűnik, hogy a húsfélékből — mint az már eddig is tudva volt — a thymus, tüdő, máj, vese és velő tartalmazzák aránylag a legtöbb purinanyagot. Érdekes, hogy a konzerv alakjában forgalomban levő kisebb fajta tengerihalakban (sardinia, anchovis, hering, sardella stb.) is aránylag sok van belőle. De a növényi ételek sem mentesek mind tőle. Például a parajban, a kalarábéban, a gombafélékben és a hüvelyes veteményekben is aránylag sok purinanyagot találtak. (Therapeutische Monatshefte, 1910. 3. f.)

Lenkei V. D. dr.

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Csúszos és gonorrhoeás izületgyulladás** eseteiben Rosenthal jó eredménnyel használta a natrium salicylicum-befecskendezést, a melyet Bouchard ajánlott volt először. A megbetegedett izület (vagy izületek) körül levő kötőszövetbe 1—2 cm<sup>3</sup> 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os natrium salicylicum-oldatot fecskendezünk, a melyet sterilizálni kell. A befecskendezés helyén égető érzés szokott jelentkezni, a mely azonban 15—20 perc alatt megszűnik s el is kerülhető, ha 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-nyi cocaint adunk a natrium salicylicum oldatához. Heveny esetekben többnyire 1—2 befecskendezés elegendő, idült esetekben azonban akár 30 befecskendezés is szükséges, a melyet naponként vagy kétnaponként végzünk. (Thèse de Paris, 1910.)

**Scarlatina** súlyos eseteiben a berlini egyetem gyermek-klinikáján jó eredménnyel használják a collargolt, a mint azt Hillebrecht a berlini Hufeland-társaság ez évi május 12.-én tartott ülésén kifejtette. Legjobb az intravenás befecskendezés, de ha ez nem végezhető, a végbélen átadás is használható. A collargol nagyon megnehezíti a streptococcus általános fertőzés kifejlődését. (Berliner klinische Wochenschrift, 1910. 23. szám.)

#### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1910. 31. szám. Bauer Lajos: Az újszülöttek és csecsemők pyodermiájáról. Pfeifer Gyula: Az Ehrlich-Hata 606 mint a habituális koraszülés ellenszere. Pertik Tamás: A Sahli-féle pantoponról.

**Orvosok lapja**, 1910. 31. szám. Láng Kornél: A solitaer choanalis polypusok eredési helye és eltávolításuknak egy új egyszerű módja.

**Budapesti orvosi ujság**, 1910. 31. szám. Tornai József: Momburg módszerének a szivre és a vérkeringésre való hatásáról. Goldner Viktor: Staphylococcus okozta cystitis gonorrhoea után. Pogány Ödön: Idült dobhártyagyulladás esete.

#### Vegyes hírek.

**Kitüntetés.** A király Steiner József dr.-nak, Pápa város tisztii főorvosának a közegészségügy terén tett szolgálatai elismerésül a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

**Új egyetemi magántanár.** Juba Adolf dr.-nak a budapesti egyetem orvosi karán az iskolaegészségtanból magántanárrá történt kinevezését a vallás- és közoktatásügyi minster megerősítette.

**Kinevezés.** Berzsenyi Zoltán dr.-t Selmező-Béla-bánya sz. kir. város tiszteletbeli főorvosává, Udvarhelyi Károly dr.-t a székesfővárosi államrendőrséghez rendőrorvosává, Piller Ernő dr.-t a vrniki állami közszékbányahivatalhoz bányarvosává, Kiss Béla dr.-t a hőmezővásárhelyi kórházhoz alorvosává és Somló László dr.-t Békés vármegye közkórháza elmebeteg-osztályához segédorvosává nevezték ki.

**Választás.** Ullrich Ferencz dr. t Fertőmeggyesen községi orvosává választották.

**Elhunyt.** Ochs József dr. fehértemplomi kir. törvényszéki orvos 72 éves korában július 27.-én.

**A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum** júliusban 103 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 88 volt.

**A budapesti önkéntes mentő-egyesület** júniusban 1628 esetben nyújtott első segítséget. Ezenkívül 951 szállítást végzett, 310 esetben mint mozgóország szerepelt és 26-szor vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A június havi működési főösszeg tehát 2915.

**Kisebb hírek külföldről.** Krönlein tanár utódává a zürichi egyetem sebészeti tanszékén primo et aequo loco K. Brunn-t (Minderlingen) és Payr-t (Greifswald), secundo loco Perthes-t (Leipzig) terjesztették fel. — A berlini Charité gynaeologiai tanszékére K. Franz kieli tanárt hívták meg, a ki a meghívást elfogadta; utódjává Stoeckel (Marburg), Jung (Göttingen) és Walther (Frankfurt) tanárokat hozták javaslatba. — A jeni szemészeti tanszékére W. Stock freiburgi rendkívüli tanárt hívták meg. — Tanári ezimet kapott J. Meinertz (Rostock, belorvostan), H. Winterstein (Rostock, physiologia), W. Noetzel (Völklingen, sebészet) és W. Berghaus (Frankfurt, kísérletes gyógytan). — E. Fuchs, a hírneves bécsi szemészettanár, július 30.-án érte meg rendes tanárságának 25. évfordulóját.

**Lysochlor**, a chlor-meta-kresol 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os oldata. Dr. Laubenheimer vizsgálatai szerint, a mely vizsgálatok újabban Magyarországon is meglettek erősítve, a lysochlornak ugyanazon töménységű oldata, másfélszeresen mulja felül a sublimat oldatát bakteriumölő hatására nézve, a nélkül, hogy mérgező hatást fejtené ki. Eredeti 50, 100, 250, 500 és 1000 gm.-os üvegekben kerül forgalomba és alkalmazása 0.5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os oldatban történik.

### Dr. Jakob-féle Ligetsanatorium

Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diatétis, diagnostikus, physikotherapiás sanatorium.

### Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalatok: Idült gyomorbelátónia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegzsábák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bénulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerincelgöbbségek.

**Justus Dr. bőrbajosokat** gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógymódok.

**Orvosi laboratorium:** Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Teréz-körút 27.

### Tamássy Park-sanatoriuma

DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézeti orvos: Somosi Lajos dr. Alkohol-, morphium-, nicotinelvonás.

### Ujtátrafüred Sanatorium

légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospectus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr. Egész éven át nyitva

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

**Elektromágneses intézet** Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javalatok: álmatlanság, neurasthenia, neuralgiák, ischias, neurosisok, migraine, arteriosclerosis, csúsz stb. Prospectus. Vezető orvos: RÉH BÉLA dr.

**Epileptikus betegek intézete** BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál Wosinski István dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

**ERDEY Dr. sanatoriuma.** Budapest, IX., Bakács-fér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK

**TARTALOM.** A Magyar Sebésztársaság harmadik nagygyűlése. (Budapest, 1910 május 27—29.) 589. l. — Közkórházi Orvostársulat. (I. bemutató szakülés 1910 január 26.-án.) (II. bemutató szakülés 1910 február 9.-én.) 590. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (III. szakülés 1910 február 15.-én.) 591. l.

## A Magyar Sebésztársaság harmadik nagygyűlése.

(Budapest, 1910 május 27—29.)

Ismerteti: *Gergő Imre dr.*

(Folytatás.)

Harmadik nap.

Következett a *végtagok sebészetének* tárgyalása.

*Alapy* (Budapest) a *gümőkóros coxitis és gonitis conservativ gyógyításának végeredményéről* értekezett.

51 utólag megvizsgált *coxitis* esetében *Alapy* kitűnő végeredményt az esetek 24<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ában talált, jó végeredményt az eseteknek 29<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ában, elég jót 14<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ban és rosszat 33<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ban. Az utólagos revisio alkalmával a végtag átlag 2.82 cm. rövidülést mutatott. A czomb átlag 3.8, a lábszár átlag 1.35 cm.-rel *sorvadt*. A *járóképességet* illetőleg: kifogástalanul járt 21.6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, jól 35<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, elég jól 19.6<sup>o</sup>/<sub>o</sub> és rosszul 23.7<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Az *összmortalitás* 20.5<sup>o</sup>/<sub>o</sub> volt, a sipolyos eseteknek halálózása közel kétszer akkora, mint a nem genyedő eseteké.

Az utólag megvizsgált 67 *gonitis* esetében *Alapy* úgy találta, hogy a nem genyedő esetek 82.2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-a, a tályogos esetek 70<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-a és a sipolyos esetek 53.8<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-a gyógyult. A nem genyes esetek *mortalitása* 11.1<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, a sipolyos esetek *mortalitása* 23<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, az *összmortalitás* pedig 14.9<sup>o</sup>/<sub>o</sub> volt. A czomb átlagos *sorvadása* 3.6 cm.-t, a lábszáré 1.92 cm.-t tett ki. Ideális állapotban az eseteknek 37.5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-a, jó állapotban az eseteknek 18.75<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-a, elég jól az eseteknek 18.75<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-a és rosszul 25<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-a gyógyult. Az utólag megállapított *járóképesség* a betegeknek 53.7<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ában kifogástalan, 21.2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ban jó, 3.7<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ban elég jó és 20<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ban rossz volt.

*Dollinger Gyula* *hozzászólásában* a *coxitis conservativ* kezelésében elért jó eredményeket nem a véletlennek, hanem a helyes módszernek tulajdonítja. Helyteleníti *Lorenz* módszerét a *coxitis* kezelésében, felesleges műtéttel jár és a végtagot meg is rövidíti. Határozottan állást foglal a gümős ízületeknek *primaer resectioja* ellen; ily resectióval számos oly ízületet pusztítunk el, a mely különben conservativ kezeléssel meggyógyult volna. Különben is a *primaer resectio* eredményei rosszak. Nem siet gyermekeknél a műtéttel azért sem (főleg *gonitisnél*), nehogy a növesi porckorong megsértésével növesi zavarokat okozzon.

A kötések helyettesítésére annak idején gépeket is ajánlott, melyek az ízület revisióját bármikor megengedik.

*Widder* (Budapest) a korai rögzítés fontosságát hangoztatja; *Steiner* (Kolozsvár) pedig az x-sugaras kontrollt ajánlja annak eldöntésére, hogy nincs-e elsődleges esontgóc.

*Ifj. Genersich Antal* (Hódmezővásárhely) kérde, hogy *Alapy* mennyi idővel a kezelés befejezése után vizsgálta azon állapotot, a melyről beszámolt. Szerinte legalább öt évet kellene felvennünk, hogy végeredményről beszélhessünk.

*Alapy* *zárszavában* *Genersich* kérdésére megjegyzi, hogy statistikájában az utolsó három év eseteit nem vette fel. *Dollinger*-nek módszereit teljesen elfogadja és eljárásainak feltétlen híve.

*Dollinger Gyula* (Budapest) a *felkarcsont idült ficzamáinak helyreállításáról* tartott előadást és ismertette módszerét, mely a *musculus subscapularis* nyílt tenotomiájából áll.

A véres repositiót ezen módszerrel 36 esetben kísérlette meg, a ficzam részben *subcoracoideális*, részben *praecoracoideális* volt.

31 esetben eljárása szerint a *repositio* könnyen sikerült, 4 esetben, a midőn a ficzamat a *felkarcsontnyak törése* is komplikálta, *reszekálnia* kellett, egyszer pedig *lineáris osteotomiát* végzett.

A ficzamat komplikálhatják a *felkarcsont nyakának törésén* kívül a *tuberculum majus* leszakadása, a *musculus subscapularis* inának leszakadása és *interpositioja*, a *musculus biceps* hosszú

fejének kiszakadása a *canalis intertubercularisból*, a *musculus subscapularisnak* szakadása *hosszirányban* és a *felkarcsont* fejének átcsúszása, végezetül a *felkarcsont* fejcsének elhelyezkedése a nagy vér- és idegpamat alatt és ezeknek összenövése a *musculus subscapularissal*.

*Dollinger* egyenkint ismertette azon műfogásokat, melyekkel ezen *complicatio*kat kezeli. A *tuberculum majus* törésekor először a rendes módon vágja át a *musculus subscapularis* inát, azután pedig hátulról hatol be a *musculus deltoideus* szélén a *nervus axillaris* megkimélésével a *fovea glenoidealis*hoz, reponálja a felkart és végül a *tuberculumot* eredeti helyére varrja vissza.

*Hevesi* (Kolozsvár) a *spasmusos bémulások gyógyítását* a *gerinczagy hátulsó gyökeinek átmetszésével* (*Förster-féle* műtét) kísérlette meg. Fejtegette előbb a *Förster-féle* műtét *bonczolástani* alapját; ismertette a műtét technikáját és azután 4 sikerrel operált betegéről számolt be.

Az egyik betegét, kit körülbelül fél éve operált, be is mutatta, a 11 éves leányka *paraplegia cerebialis* congenitában szenvedett, a műtét óta egyes tagrészeit önkéntesen és izoláltan is mozgatni tudja és javulása folytonosan halad.

Hibás volna azonban, ha a műtéttel a *spasmusos bémulások* gyógymódját be is fejeznék; ellenkezőleg, a műtét csak kezdete egy hosszadalmas és nagy türelmet igénylő kezelésnek, melynek további feladata a szabatos mozgásokhoz szükséges beidegzés és *coordinatio* begyakorlása és a zsugorodások kiegyenlítése. A *corrigáló* rendszabályokat helyesen csak a műtét után alkalmazhatjuk, mert előzetesen azoknak szükséges mértékét megszabni nem tudjuk.

*Hevesi* előadását élénk eszmecsere követte. *Manninger* (Budapest) 2 esetben végezte a műtétet. Egyik beteget másnapra *acut hydrocephalusban* elpusztult, másik betegénél pedig a helyes gyökök meghatározása teljes bizonyossággal nem volt megejthető. A *Hevesi-féle* esetet sokkal szebbnek tartja mint mindazon eseteket, melyeket *Förster* az idén a német sebésztársaság nagygyűlésén bemutatót.

*Herczel* (Budapest) *súlyos crises gastriques* miatt végezte a *Förster-féle* műtétet; a VI—X. csigolyáit *reszekálta* és a VII—X. hátulsó gyököt kiirtotta; a hányás és a *crise-ek* egyszerre megszűntek, a beteg zavartalanul gyógyult.

*Winternitz* (Budapest) 6 esetben végezte a műtétet. *Idiotismus* esetében nem látott eredményt.

*Verebély* (Budapest) *crises gastriques* esetében kétszer végezte a *Förster-féle* átmetszéseket. Egyik betegét 13 hónap előtt operálta; a pillanatnyi eredmény kitűnő volt, de fél év óta a *crise-ek* visszatérnek. Második beteget 36 órával a műtét után meghalt, a *bonczolást* teljesen negatív volt; halálát a *gerinczagy* útján közvetített reflex *szívbémulás* okozta. *Verebélyi* szerint kellő *indicatiók* betartása mellett további kísérletekre a műtét érdemes.

*Dollinger* (Budapest) az *érvő gyökök elkülönítésére* a *mozgató gyökerektől* a *Krause-féle* *sterilizhető* *agyelektrodákat* ajánlotta.

*Lobmayer* és *Manninger* (Budapest) a műtét technikájához *szóltak* és *útbaigazítást* adtak az *átvágandó gyökök* tekintetében.

*Bakay* (Budapest) 3-szor végezte a műtétet és arra a véleményre jutott, hogy a műtét nagy nyereség a sebészetre. Az egy időben végzett műtét híve; a gyökök izolálásakor úgy az *anatomiai helyzetet*, mint a *szinbeli eltérést*, valamint a *mechanikai és elektromos* izgatást figyelembe veszi.

*Hevesi* *zárszavában* utal arra, hogy a *hátulsó gyökök* jelentékenyen szélesebbek és fehérebbek és *laterálisan* fekszenek. Ha az izolált *hátulsó gyököt* megfogjuk, *rángást* nem kapunk, holott a közös gyök megemelése, vagy a *motoros gyök* még oly kiméletes megérintése is *rángást* vált ki.

*Hevesi* műtéteit egy szakaszban végezte és a sebet mindig *drainezte*.

(Folytatása következik.)

## Közkórházi Orvostársulat.

(I. bemutató szakülés 1910 január 26.-án.)

Elnök: **Juba Adolf.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

(Folytatás.)

### A syphilis első nyilvánulása a tonsillán.

**Gutfreund Ferencz:** I. A beteg előadja, hogy körülbelül négy hét előtt kezdett fájni a torka, kikérte egy orvos tanácsát, ki angina catarrhalisnak vette a baját s szájvizet rendelt. Ugyanakkor subfebrilis volt. Két napi gyógykezelés után ugyanaz az orvos súlyosnak találta a mandulalobot, mire a beteg kórházba vétette fel magát. A kórházban első alkalommal tonsillitis follicularis ellen kezelték öt napig, mivel az állapot nem akart javulni, Vincent-féle anginára gondoltak. A bakteriologiai vizsgálat negatív volta után, tekintve, hogy a folyamat a jobb oldalra is ráterjedt, diphtheria-ellenes szerumkezelést ajánlottak. Ennek foganatosítása előtt került a beteg Róna osztályára. A nyak mindkét oldalán kis almányi, porczkemény, fájdalommentes mirigy tapintható. Az állon nyolecz, részben varral fedett, részben nedvező, sonkabarna, infiltrált babnyi papula. A köztakarón itt-ott keratosis pilaris s elszórva kezdődő kis papulák syphilid. Az uvula, a tonsillák s a garat hátulsi fala halvány rózsaszínű, infiltrált, az uvula kivételével egyenetlen felületű, a tonsillák közepén éles határú szennyes detritussal fedett anyaghiánnyal, melynek szélei kemények. A nemi szerveken elváltozás nincs, az inguinális mirigyek nem nagyobbak. Az állon lévő papulák, a köztakarón lévő kezdődő kis göcsös syphilidek kétségtelenné teszik a lues-diagnosist, a torokbeli idősült beszűrődéssel járó lobos folyamat pedig a regionális mirigyduzzanatokkal bizonyítják, hogy jelen esetben a lues első nyilvánulásának helye a torok volt.

II. A 21 éves mázoló f. hó 14.-én vétette fel magát Róna osztályára. Körülbelül egy hó óta fáj a torka, dagadt a nyaka, s két hét óta kiütéseket vesz észre a testén. Kankón kívül semmiféle nemi baja nem volt. A penisen egy condyloma accuminatum, az inguinális mirigyek nem nagyobbak. A nyak baloldalán mintegy gyermekököllyi, fájdalommentes porczkemény mirigy tapinthatunk. A felső végtagok hajlító oldalain részben visszafelődő, hámló, részben pedig friss papulák vannak, a törzs oldalain pedig kezdődő foltos syphilid látható. A mennyiben kétségtelen, hogy a bőrön lévő elváltozás lueses, kerestük a primaer behatolás kapuját. A bal tonsilla megnagyobbodott, halvány rózsaszínű, egyenetlen felületű, közepén körülbelül krajcárnyi, bemélyedő, szürkés detritussal fedett folytonossághiánnyal, melynek szélei köröskörül kemények. Ennek megfelelőleg a nyak baloldalán lévő legközelebbi regionális mirigy körülbelül gyermekököllyi nagyságban megnagyobbodott s porczkemény.

### Meggyógyított súlyos acne vulgaris.

**Csillag Jakab:** 30 éves bonnet mutat be, ki nyolecz év óta szenvedett szakadatlanul az arczát tömötten borító, mély, nagy elgenyedő csomókból álló acne vulgarisban. A bántalom a nő arczát annyira kivette a formájából, hogy e miatt nem tudott foglalkozásának megfelelő álláshoz jutni.

Bemutató ez esetben csupán medicamentosus kezelést alkalmazott, mely mult év november 3.-ától december elejéig, összesen egy hóig tartott; azóta a nő arca azon gyógyult állapotban van, a melyben most másfél hó múlva látható. Csupán a mély, elgenyedő acne-csomók nyomán maradni szokott még friss, halvány livid-hegecskék láthatók acne-csomók nélkül. Az egyik ok, a miért e különben gyakori bántalomban szenvedett esetet bemutatja, az, hogy rámutasson az acne vulgarisnak szociális jelentőségére a szegényebb sorban lévő nőknél, a kik e baj miatt, melyet különben csak kozmetikai hibaként szokás értékelni, a bemutató tapasztalata szerint gyakran nem tudnak hivatásuknak megfelelő álláshoz jutni. A midőn tehát e nőket acne vulgarisuktól megszabadítjuk, nem ritkán — mint a bemutatott esetben is — kényerüket adjuk vissza.

A bemutatás másik oka, hogy különösen a fiatalabb karsársaknak demonstrálhassa, miszerint — a ma divatban lévő, de drágaságuk miatt csak keveseknek hozzáférhető fénytherapia nélkül —

a minden orvos rendelkezésére álló medicamentosus eljárással is mily jó eredményt lehet a szóban lévő bántalomban elérni.

Ez az acne vulgarisra a talajt minden esetben előkészítő seborrhoeának kénkészítményekkel való befolyásolásából, a seborrhoeás bőr faggyúfőlségének gyöngye lugokkal, lugos szappanokkal való elszappanosításából, végül az acne vulgarist okozó bakteriumoknak az acne-csomókból megnyitással és kiürítéssel, az acnés bőr felületéről pedig keratolysises szerekkel (naphtol, resorcin, salicylsav stb.) való eltávolításából áll.

Mind e műveleteket — kivéve az acne-csomók megnyitását, mely a többit megelőzi — együtt és egyidejűleg végzik az említett szerek combinatiójából álló készítmények, melyek paszták alakjában ismeretesek. A bemutatott esetben a Lassar-féle hámlasztó paszta volt alkalmazva három nappól álló turnusokban, napi 1/2 órán át négy ízben, egy-egy turnus között három napi szünettel.

A kezelés befejezte után az újabb bakterium-invasio megakadályozására — minthogy a seborrhoeás állapotot véglegesen megszüntetni nem áll módunkban — a fenti szerekből álló, de igen enyhe pasztát kapott a beteg, melyet hetenként egy-kétszer kell alkalmaznia. Ennek a kívánt hatása megvan, a nélkül, hogy szemmel látható elváltozást okozna a bőrön.

(II. bemutató szakülés 1910 február 9.-én.)

Elnök: **Horváth Ákos.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

### Szokatlan nagyságú csecstyúlványüregrendszer esete.

**Krepuska Géza:** Idült sziklaesontgyenedésben szenvedő betegen a nagyterjedelmű csecstyúlvány ürege a nyakszirtesont pikkelyének hasonló üregével közlekedvén, a nyakszirt felé terjedő, 8 cm. hosszú, kb. 2 cm. magas esatornaszerű üreget alkotott, mely kb. a haránt gyűjtőeres öböl lefutásával párhuzamosan haladt és a mely sarjakkal, bűzös törmelékkel volt kitöltve. A „spina ventosa“-szerűen elváltozott csont és a sarjak eltávolításával a kagyló mögött levő, 3 cm. átmérőjű, heges szélű régi sipolynylást plasticával zárta el. Úgy a hangvezetőn át reflektorral, valamint Röntgen-kepeken a szokatlan nagyságú üreg jól kivehető.

### A gerincezatornából laminectomiával eltávolított löveg.

**Herczel Manó:** D. K.-né, 36 éves asszonyt 1909 áprilisában revolverrel hátba lötték. Paraplegia. A jobb felső végtag monoplegiája hat hét alatt nagyrészt visszafelődött, de jobb karját nem tudja kellőképpen használni és nehezen jár a jobb lábával.

Felvételkor a beteg hátán a IV. hátesigolya processus spinosusának jobb oldalán fillérnyi heg. Jobb karjának és mindkét alsó végtagjának izomereje csökkent, ezen végtagok lesóványodtak. A jobb lábszár mozgása renyhébb, járáskor maga után húzza. Az V. hátesigolyától lefelé a bőrérzékenység, ú. m. a fájdalom-, a tapintás-, de legkifejezettebben a hőérzés csökkent. Valamennyi reflex fokozott. A jobb alsó végtagban hangyamaszás és zsibbadás.

A Röntgen-vizsgálat szerint a löveg a IV. hátesigolya testében van.

1910 január 16.-án laminectomia. A IV. hátesigolya processus spinosusát és iverit eltávolítva eltűnik a csigolyatest hátulsi jobb oldalába ékelt löveg, mely csontszilánkokat nyom a durába. A csontnyílás tágítása, a szilánkok eltávolítása, a granulációs üregek kikaparása után izom- és bőrvarrat drainage nélkül.

Per primam gyógyulás. A beteg paraesthesiái teljesen visszafelődtek és végtagjainak mozgatóképessége teljesen visszatért.

A gerincezatornából történő sérüléseinek jelentősége a sérülés kiterjedésétől és a szövődmények súlyosságától függ. A modern hadsebeszet arra tanít, hogy a legtöbb esetben expectative járjunk el. A löveget vagy csonttöredéket csak akkor távolítjuk el, ha a löveg helyzetét megállapítottuk s ha a gerincezatornáról nyomástünetek vannak. De túlságos sokáig várni nem szabad, a mint bemutatott egy esete bizonyítja, midőn a beteg csak két évvel a sérülés után egyezett bele a gölyő eltávolításába. Ekkor már oly súlyos el-fajulásos folyamatok állottak fenn, hogy vissza nem fejlődhetek.

(Folytatása következik.)

## Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(III. szakülés 1910 február 15.-én.)

Elnök: Purjesz Zsigmond. Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Veszprémy Dezső ruptura uteri érdekesebb esetét mutatja be.

II. Borbély Samu (Torda) a feregnyújtvány tájékán lezajló kórfolyamatok két érdekes esetét mutatja be. Két kórformát ismert, a melyek megjelenésükkel, tüneteikkel az appendicitis kórképét teljesen fedik s csak műtétkor derül ki, hogy valamilyen pseudoappendicitissel van dolgunk.

1. B. J., 37 éves, a belklinikán appendicitis körjelzéssel feküdt, de az ajánlott műtétnek nem akarta magát alávetni. Később a tordai kórházban jelentkezett, hogy régi feregnyújtványgyulladását megoperáltassa. Megvizsgáláskor találtatott: a lefogyott férfi mellkasi szervei épek; a has, a jobb csipőtáji területet kivéve, besüppedt, a jobb csipőtáj kissé elődomborodó, tapintva resistens képlet, mely per rectum is tapintható. A MacBurney-pont érzékeny. Megfigyelés: a beteg láztalan, állandó obstipatio, a mely ellen magas beöntéseket alkalmaztak, s ha a beöntés elmaradt, a has puffadni kezdett, hányás és olykor erős csuklás gyötörte a beteget. Diagnózis: appendicitis erős lenövésekkel. Műtét: oxygen-chloroform-morphinbódulatban a hasüreget a MacBurney-ponton 20 cm. hosszúságban megnyitja, a cseplesz kissé belövelt. Felhajtva: a caecum, valamint a vermiformis ép, a feregnyújtvány kissé hátracsapott, az ileum coecumba való beszájadásánál kb. férfököl terjedelmű daganat, melynek tapintása puha, tézstapintatú, még könnyű nyomásra is enged, s ekkor kitűnik, hogy a képlet a bél ürében van, s abból eseresznye- és szilvamagalakú testek válnak ki. Valószínűnek látszott, hogy a bélben levő képlet bélsártömeg, mely idegen anyagokra (szilvماغ, cseresznyemag) rakódott föl. Fölmerült az enterotomia eszméje, azonban mégis a kevésbé veszélyes eljárásához fordult és ujjával az egész képletet felszorította a felhágó vastagbélbe. A hasfal zárása után a műtét bevégeztetett. A műtét után a második napon ricinust kap a beteg s az ezt követő hó székletében láthatunk 20—24 darab cseresznyemagot, négy szilvماغot, több gömbölyű és lapos kódarabot, melyek közül egy 4 cm. hosszú, 1 cm. széles és 3 cm. vastag, azután gidó (kecske) lábainak a középsontjaiból hármat. Ezeket be is mutatja s megjegyzi, hogy a beteg, saját elmondása szerint, 12 éves koráig porondot is evett, azóta meg gyümölcsöt nem ehetik.

2. J. S., 32 éves, bágyoni lakos 1909 nyarán betegedik meg heves vakbélfájdalmak között. Hasa annyira fáj, hogy takarót sem tudott tűrni. Csuklott, hányt, székszorulása volt. Kezelő orvosa feregnyújtványgyulladás miatt gyógyította s négy hét alatt jobban lett. Nagyon lefogyott, munkaképességét nem nyerte vissza, mert mozgáskor hányással járó nagy görcsei vannak a caecum tájékán. Lelet: a teljesen lefogyott beteg súlya 39.5 kg.; a tüdők felett eltérés nincs; a has jobb oldala a csipőtányérnak megfelelően kissé tompa kopogtatási hangot ad, tapintásra a MacBurney-pont nagyon érzékeny, innen kiindulva mutatoujnyi, hegyben végződő képlet érezhető ki, melynek hossza, hasfalon keresztül bírálva, 6—8 cm. Műtét: morphiom-chloroformnarcosisban, ferde metszéssel nyitván meg a hasüreget, a fali hashártyához tapadt cseplesz lefejtése után a csepleszszel ileumkacs huzatik ki, mely a csepleszkaecscsal is összenőtt, azt mintegy gyűrűalakban körülfogja: mindezt óvatosan lefejtve, az ileum concavitasán diónyi solitaer gümös göb látható, a mely a caecum coli beszájadásától 5 cm.-nyire ül; caecum, veriformis épek. Ileum max. 1 cm. hosszúságban reszekáltatik, a bél elsüllyesztése után három étageban hasfalvarrat. Lefolyás teljesen sima, a legnagyobb hő 37 C<sup>0</sup>, leggyorsabb érverés perenzenként 66. Canalisatio tökéletesen helyreáll, fájalmak egy csapásra megszűnnek, a beteg, a kit be is mutat, hizásnak indult s a műtét után a 75. napon 15 kgm. súlyszaporodást mutat. A reszekált béldarabot szintén bemutatja.

Az egyik betegben tehát a 12 éves korában lenyelt kövek, szilvماغ stb., a másikban egy gümös göb vált ki olyan tüneteket, melyek typosos appendicitisrohamoknak felelnek meg s csak műtét után tűnik ki a betegség igazi lényege.

3. A most bemutatandó nőbeteg kevésbé a műtétért, mint inkább munkásbalesetbiztosítási szempontból érdekes. Ez az ötven

éves asszony a múlt év október 25.-én meszelés közben mennyezetmagasságból leesett a kétlábú lajtorjáról s eszméletét veszítette. Ily állapotban szállítják kórodámra. Lelet: jól fejlett nő, teljes collapsus, facies, hideg végtagok, filiformis, irreguláris, alig számolható érverés. A has bal oldalán két emberfejnyi daganat, a mely puha, dobos kopogtatási hangot ad, nyomásra kisebbedik, de ilyenkor a beteg védekező mozdulatot tesz. Beavatkozásról a beteg állapota miatt szó sem lehetett, az egész kezelés coffein-injectiók alkalmazásában és meleg pakolásokban merült ki. Fáradozásainkat siker kísérte, mert egy hét alatt betegünk magához tért, ekkor a has egész bal oldala a czombra terjedőleg kékes-szedes elszíneződést mutat, a bal rectus közepén gyermekfej nagyságú, puha daganat, mely nyomásra korgás kíséretében a hasüregbe tűnik. Ekkor tisztán állott, hogy lebukáskor a beteg a rectus repedését szenvedte s az így támadt nyíláson szenvedte hasfali herniáját. A műtét a múlt év november 26.-án aethernarcosisban történt. Húsz cm. hosszú bőrmetszéssel hatolt be, a bőr alatti kötőszövetben gyermekfej nagyságú ür, a mely peritoneummal nem bélelt s benne pár vékonybélkaec, kevesebb vastagbél; ezek visszahelyezése után kitűnik, hogy a rectuson 5 cm. hosszú, 3 cm. széles, kissé ferde nyílás van, ennek széleihez a csipkézett szélű hashártya tapad s felső részén cseplesz nő be, ennek lefejtése s visszahelyezése után a benőtt hashártyát felszabadítja, csomós selyemöltésekkel egyesíti s ezzel zárja a peritoneális ürt. Izomvarrat. Minthogy a mutatkozó nagyholt-ürt elvarni nem lehetett, üvegdrain, a mely felett a bőr egyesítették. Sima lefolyás. A beteg most teljesen jól érzi magát.

Ezután magas metszéssel eltávolított hólyagköveket mutat be. Egy 56 gm. súlyú phosphat-, egy 30 gm. súlyú urat- és egy beteg-től származó három, ugyancsak phosphat-kő, melyek egyike egy szalmaszál két végén épült fel, melyet a beteg kintöz vizelesingereit csökkentendő, vezetett be a hólyagjába. Bemutat még egy 11 éves fiútól származó gyönyörű, 19 gm. súlyú oxalatot.

III. Makara Lajos 3 beteget mutat be:

1. Aneurysma venosum spurium traumaticum esete.

B. T., 10 éves fiú, a kit november 1.-jén a jobb térdárokban vasvillával megszurkáltak; a keletkezett erős vérzést szoros kendőkötéssel szüntették meg. Azóta a térdhajlás tája mind jobban dagadt és térde összehúzódott. November 29.-én a klinikára jött. Felvételtkor a beteg jobb térde 90<sup>0</sup>-os contracturában van. A térdhajlásban egy nagy, elmosódó határú, a czomb alsó harmadára és a lábszár felső negyedére terjedő daganat van, mely felett a bőr feszült, kékesen elszínesedett, de lüktetés nem tapintható. Az egész daganat egy sarkoma képét mutatta s csak a pontosabb vizsgálat derítette ki, hogy aneurysma spurium traumaticummal állanak szemben.

A műtét december 1.-én történt meg, a mikor a térdárokba behatolva, egy gyermekfejnyi, véralvadékkal és fibrinnel telt üreg találtatott. Azóta a beteg alsó végtagjának használhatóságát kezdi visszanyerni.

Ez eset rendkívül szokatlan, a mennyiben ily fokozatosan növekedő, áttöréssel fenyegető nagy vérömlések csak az arteriás törzsek egyidejű sérülése után támadnak. Itt pedig az art. poplitea és ágai teljesen épek voltak, miért is aneurysma venosum traumaticum spurium a helyes elnevezése. A műtét leletét a térdhajlási vena különleges anatómiai viszonyaiból, falának rendkívül merevségéből stb. magyarázhatjuk.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK

A Pozsonyi M. Kir. Bábaképezdében az 1000 korona évi jutalomdíjjal, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **gyakornoki állás** betöltendő. Kötelező egyévi kórházi gyakorlatukkal elkészült orvosok pályázatukat minél előbb küldjék be a bábaképezde igazgatóságához.

A tót nyelv ismerete szükséges.

Pozsony, 1910. évi július hó 25.-én.

Velits Dezső dr., igazgató-tanár.

5063/1910. kig. sz.

Csenta (Torontál vármegye) községben üresedésbe jött **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek; felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy pályázati kérvényüket, eddigi előéletüket, működésüket orvosi igazolva, hozzám **1. évi szeptember hó 1.-éig** nyújtsák be.

Az orvos javadalmazása:

1600 korona törzsfizetés az állampénztárból, 400 korona Csenta község pénztárából, 1 korona nappali, 2 korona éjjeli látogatási díj, 120 korona hűsvizsgálati díj, halottkémi díj 40 fillér, két ül kemény tűzifa és modern 4 szobás lakás. Kilátása lehet az orvosnak kézi gyógytár engedélyre. A szegények ingyen gyógykezelhetnek. A lakosság száma 3000, nemzetisége szerb.

Antalfalva, 1910. évi július hó 27.-én.

Zsíros, főszolgabíró.



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markosovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

## TARTALOM:

## EREDETI KÖZLÉSEK.

**Braunstein Gábor:** Közlés a kolozsvári magy. kir. tudomány-egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos.) A Cammidge-féle pankreasreactio klinikai értékesíthetőségéről. 593. l.

**Sarbó Artur és Kiss Gyula:** A Wassermann-féle seroreactio értékéről az ideg-bántalmak körében. 595. lap.

**Kollarits Jenő:** Közlés a budapesti egyet. II. számú belklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.) A reszketésről. 597. lap.

**Ungár Gyula:** Az Ehrlich-féle syphilis elleni szerről. 601. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Anton:** Über krankhafte moralische Abar-

tung im Kindesalter und über den Heilwert der Affekte. — *Lapszemle. Általános kórtan. Günther:* A bilirubin kimutatása. — *Belorvostan. H. Vincent:* A typhus abdominalis ellen való vaccinatio. — *Michalovic:* A gerincoszlop kopogtatásának értéke a tracheobronchialis mirigyek gümőkórjának megállapításakor. — *Sedészet. A. O. Whiting:* A typhusperforatio felismerésének nehézségeiről. — *Lucembourg:* Bronchiectasiának extrapleurális thoracoplasticával gyógyított esete. — *Pohl:* Traumás eredetű appendicitis. — *E. L. Fieber:* Novojodinnal szerzett tapasztalatok. — *Gyermekorvostan. Rosenstern:* A csukamájolaj hatása az angolkórra és spasmophil diathesisre. — *Fülörvostan. Tiefenthal:* A bulbus venae jugularis műtéti technikájáról. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Mindes:* A cukor kimutatása a vizeletben. — *Müllern-Asperren.* 602—606. lap.

*Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság.* 606. lap.

**Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések.** 606. lap.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 607—610. lap.

**Melléklet. E Merck vegyszeti gyár „Perhydrol“ prospektusa.**

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a kolozsvári magy. kir. tudomány-egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

## A Cammidge-féle pankreasreactio klinikai értékesíthetőségéről.<sup>1</sup>

Irta: **Braunstein Gábor** dr., klinikai gyakornok.

*Cammidge* a *Lancet* 1904 márciusi, majd a *Brit. med. journ.* 1906 májusi számában egy általa már harmadizben módosított, „C“-nek nevezett reactiót ír le, mely szerint a hasnyálmirigy megbetegedéseiben a vizeletben bizonyos eljárások után kristályok keletkeznek.

A reactio lényege abban áll, hogy tömény sósavval kezelt, fehérje- és cukormentes vizeletet plumb. carbonattal közömbösítve, majd plumb. acet. tribasicummal és natriumsulfattal kezelve, a rendes osazon-próbával, positiv esetekben a reactio befejezése után 2—24 óra alatt, sárga színű pelyhes csapadék keletkezik, mely finom tűalakú, sárga színű, nagyjában rosettaelrendeződést mutató jegecekből áll. A jegecek 33%-os kénsavban 5 percen belül feloldódnak.

*Cammidge* első közleményében 200 esetről számol be, melyek közül 75 izben kapott positiv reactiót és pedig 2-szer acut pankreatitissnél zsirnekrossissal, 65-ször chronikus pankreatitissnél és 4-szer a hasnyálmirigyre ráterjedő gyomor- és bélráknál. 16 hasnyálmirigyrák esetében ellenben csak 4-szer kapott positiv reactiót. A többi 125 olyan esetben, a hol a hasnyálmirigy ép volt, a reactio negativ eredménnyel végződött.

*Cammidge* ezen dolgozatának a közlésével természetesen hamar magára vonta a kutatók figyelmét annál is inkább, minthogy a hasnyálmirigymegbetegedések felismerése a diagnostikának még ma is a legnehezebb kérdései közé tartozik.

<sup>1</sup> Előadatott az „Erdélyi Muzeum-Egylet“ 1910. évi február 19.-én tartott ülésén.

Könnyen érthető, hogy a szervezetre nézve oly nagy fontosságú szerv, mint a hasnyálmirigy, mely a mindennapi fizikális vizsgálati módszerekkel már elhelyezésénél fogva is oly nehezen hozzáférhető és a melynek komplikált functiója ma sincsen teljesen tisztázva, kóros elváltozásai, functiójának nem egységes volta miatt, a megbetegedések oly tünetcomplexumaival járnak, melyeket eddig még nem sikerült egységesen csoportosítani. És részben innét van az, hogy az in vivo körjelzett hasnyálmirigymegbetegedés egy-egy esetét ma is a szaklapokban való közlésre érdemesnek tartják. Másrészt pedig, mint *Cammidge* és *Mayo-Robson*<sup>1</sup> mondja, eltekintve a szigorúan körülírt hasnyálmirigymegbetegedés ritka előfordulásától, azért halljuk ezeket oly ritkán biztosan körjelezni, mert kevés oly eset van, hol a hasnyálmirigy egyedül volna beteg, hanem rendszerint a szomszédos szervek is bele vannak vonva a betegségfolyamatba és gyakran ez utóbbiak tünetei lépnek előtérbe.

Ha még mérlegeljük azon körülményt, hogy a gyomor- és bélnedvek, az epe és talán a bélbakteriumok is tudják a hasnyálmirigy működését bizonyos mértékben pótolni és hogy a hasnyálmirigy nagyfokú elváltozásai mellett is egy esetleg épségben maradt csekély részlet elegendőképpen tud functionálni: megérthetjük ama nehézségeket, melyekkel a hasnyálmirigy betegségeinek körjelzésekor találkozunk.

A hasnyálmirigy megbetegedéseinek körjelzése főleg a szerv működésének a vizsgálatára van alapítva. Újabban sok eddig felderítetlen működését egyes szerveknek a belső secretio theoriájával igyekeztek magyarázni. A hasnyálmirigy kiesésének egyes tüneteit is a hasnyálmirigy belső secretiójának megváltozására vezették vissza, a minek a felemlítését azért tartjuk helyénvalónak, minthogy a *Cammidge* észlelte reactiót is egyesek a hasnyálmirigy belső secretiójának kóros megváltozásával gondolták összefüggésbe hozhatni.

Sokkal tisztázottabb ma már a hasnyálmirigy külső secretiója, vagyis a hasnyálmirigy által produkált, különböző élettani tulajdonságokkal bíró fermentumok vizsgálata, melyeknek jelenlétéből avagy hiányából következtethetünk a hasnyálmirigy működésbeli állapotára. Csak röviden említem a *Sahl* glutoid-tokooska próbáját, a *Schmidt* magpróbáját, a *Boldyreff* olajsavas eljárását, a *Müller*

*Joachim* serumlemez- és a *Fuld-Gross* casein-methodusát, mely utóbbira később még rátértek és a melyek mind a hasnyálmirigy legfontosabb fermentjének, a trypsin hatásának a vizsgálatára vannak alapítva.

Mielőtt a *Cambridge*-reactio irodalmára és a mi eredményeinkre áttérnénk, röviden ismertetni fogom azon nézeteket, melyek a *Cambridge*-reactio chemismusának a magyarázása körül keletkeztek.

*Cambridge* maga abból indul ki, hogy a hasnyálmirigymegbetegedésekben zsírnekrovisz folytatán a zsír zsírsavra és glicerinnre hasad; a zsírsav a szervezet alkáliához kötve helyben marad, míg a glicerint az általános nedvkeringésbe való jutása után a vizeletben jelenik meg. És éppen ezen glicerint jelenlétének tulajdonítja *Cambridge* a reactióban szereplő kristályok keletkezését.

A legtöbb szerző azonban, kevesek kivételével (például *Eloesser*,<sup>2</sup> a ki három kutyán glicerinfecskendés után pozitív eredményt kapott), nem volt *Cambridge* véleményén, úgy hogy később maga *Cambridge* is, belátva hypothesisének tarthatatlanságát, elejtette ezen úgynevezett glicerinnelmeletét.

A reactio chemismus ma sincsen tulajdonképpen tisztázva. Egyesek, mint *Schum* és *Hegler*,<sup>3</sup> azt állítják, hogy a vizelet normális, vagy csak nagyon kis mértékben megszorodott cukortartalmú elegendő a pozitív reactio keletkezéséhez. Kísérleteik szerint a dextroseból kell a legkevesebb a pozitív reactio létrejöttéhez és a pentoseval azért nem sikerül minden esetben a *Cambridge*-féle kristályokat előállítani, mert a *Cambridge*-féle eljárással a plumb. acet. tribasicum a pentosék nagy részét kicsapja. Szerintük a véletlen nagymértékben befolyásolja a reactiót, a minnek oka valószínűleg a plumb. acet. tribasicum viselkedése a különböző szénhidratokkal szemben.

*Ham* és *Cleland*<sup>4</sup> az ólomnak a sósavas-phenylhydrazinnal való összekeverésének tartja a reactionál keletkezett jegeceket. Vannak észlelők (*Caro* és *Wörner*<sup>5</sup>), kik hivatkozással arra, hogy nem csupán zsírkroviszissal járó pankreatitist, hanem egyszerű pankreas atrophianál is kapnak pozitív reactiót, a pankreas-megbetegedésekben a vizeletben nagyobb mennyiségben jelenlevő glycuronsavnak tulajdonítanak a kristályok keletkezésében fontos szerepet. Minthogy több észlelő hasnyálmirigykiirtás után sem kapott pozitív reactiót, ebből *Schmidt*<sup>6</sup> arra következtet, hogy a reactio nem kiesési tünet, hanem a pentosetartalmú szervek szétesésekor a szervezetbe jutott és a vizelettel kiválasztott nucleoproteidek adnak a pozitív reactiót, a mi pedig főleg a szervezetben lefolyó nagyfokú sejtmagszéteséssel járó megbetegedésekben állhat elő. Innét érhetők azon pozitív reactiót adó esetek, melyekben a hasnyálmirigy laesiójára gyanú nem volt ugyan, de a szervezet nagyfokú sejtmagszéteséssel járó megbetegedéseknek volt a székelye. *Eloesser* a jegeceket a hasnyálmirigy egyenes származékának tartja, minthogy neki ép hasnyálmirigykivonattal is sikerült hasonló jegeceket előállítani. *Smolensky*<sup>7</sup> a saccharosenak tulajdonít fontos szerepet, szerinte ugyanis alimentarius saccharosuriánál is pozitív a reactio. Ugyanezt kíséreltük meg mi egy esetben nagyobb mennyiségű dextrosebevitellel negatív eredménnyel.

A minthogy nincsenek egyöntetű véleményen a reactio chemismusát illetőleg, ugyancsak eltérő nézetek nyilvánítását halljuk a reactio klinikai értékesíthetőségéről. Annnyit azonban már is előrebocsáthatunk, hogy a reactio használhatósága mellett szóló is többé-kevésbé egyetértenek abban, hogy a hasnyálmirigy chronikus folyamataiban sok esetben cserben hagy a reactio.

*Agabekow*<sup>8</sup>, *Barker*<sup>9</sup> és *Maas*<sup>10</sup> szerint a reactio hiánya kizárja a hasnyálmirigy megbetegedését. *Kehr*<sup>11</sup> nagyszámú sebészi tapasztalatára hivatkozva, az epeutak megbetegedéseiben a latens stadiumban is ajánlja az operatiót, ha a vizelet többszöri vizsgálata állandóan pozitív reactiót ad.

*Eloesser*, *Schmidt*, *Krienitz*,<sup>12</sup> *Klauber*,<sup>15</sup> *Fiori* és *Zambelli*,<sup>14</sup> *Caro* és *Wörner*, *Schwartz*,<sup>13</sup> *Dos Santos*<sup>16</sup> és *Hagen*<sup>17</sup> vizsgálataik alapján diagnosztikai jelentőséget tulajdonítanak a reactionnak, habár sokszor kapnak pozitív reactiót olyan esetekben is, a mikor a hasnyálmirigy nem volt beteg és viszont a negatív reactio nem egy esetben vezette őket félre a helyes diagnosis felállításában.

Ezekkel szemben *Orlowsky*,<sup>18</sup> *Róth*,<sup>19</sup> *Schum* és *Hegler*, *Haldane*,<sup>20</sup> *Ham* és *Cleland*, *Hess*<sup>21</sup> és mások teljesen használhatatlannak és értéktelennak deklarálják a reactiót, mert míg egyrészt sectio, operatio és állatkísérelt által bizonyított biztos

hasnyálmirigylaesióban sem kaptak pozitív reactiót, másrészt teljesen egészséges emberek vizeletéből is tudtak hasonló kristályokat előállítani.

Mindezek után, a midőn látjuk azt, hogy a *Cambridge*-féle reactio klinikai értelmezése körül mennyire ellentétesek a vizsgálati adatok (hogy joggal-e vagy sem, annak részletezésébe jelen alkalommal nem bocsátkozhatunk), a midőn látjuk, hogy a reactio létrejötténél szereplő anyagnak kémiai körvonaloza hiányzik, csak természetesen, hogy a további vizsgálatok a különböző intézetekben folytatálagosan folyamatban vannak.

A midőn *Purjesz* tanár megbizásából a *Cambridge*-féle reactio klinikai értékesíthetőségét tanulmányozni kezdtünk, csakhamar azon meggyőződésre jutottunk, hogy a reactio pontosabb megítéléséhez első sorban is szükséges az ezen reactióban szereplő anyagnak mint kémiai individuumnak a körvonaloza. Ezért igyekeztünk a reactio klinikai értékesítésén kívül a reactio végeredményében előttünk álló oszonszerű testnek egyik-mások fizikai és kémiai tulajdonságáról meggyőződést szerezni. A pentose-csoportba tartozó szénhidratok qualitativ reactióiban leginkább használt Bial-reactióval igyekeztünk az izolált anyag természetéről esetleges felvilágosítást nyerni és nem is említve a jegecek különböző oldódási viszonyait, főképpen, a mennyire ezen ilyen módon előállított oszontesteken lehetséges, pontos olvadáspont-meghatározásokat végeztünk. Az olvadáspont meghatározásakor, egyrészt a keletkezett jegecek kiesiny mennyiségénél fogva a többszöri tisztítási műveletet el kellett ejtenünk, másrészt az ilyen testeknek a tisztítása a szervezetből való előállítása mellett meglehetősen nehézségekbe ütközik, tehát megelégedtünk anyagainknak vízben való többszöri mosásával.

Három egymásutáni meghatározást végeztünk, melyeknek középértéke adta az általunk felvett olvadáspont nagyságát.

Mi 61 betegen összesen 70-szer végeztünk vizsgálatot, kezdetben teljesen az eredeti előírásához tartva magunkat, később azonban, minthogy ezen eljárással kevés anyagot lehetett készítenünk, hogy a kémiai feldolgozásra elégtelennék tartottuk, ötszörös, sőt némely esetben tízszeres mennyiségű vizeletet használtunk fel. Sajnos, hogy a szigorúan vett hasnyálmirigymegbetegedés nagyon is kevés számmal van képviselve statistikánkban, sőt ezek is a hasnyálmirigy chronikus megbetegedéseire vonatkoznak; acnt pankreatitis-esetünk egy sem volt. Igyekeztünk azonban mégis lehetőleg azon betegségi formákat vizsgálatunkba nagyobb számmal belevonni, melyek a hasnyálmirigygyel részben szomszédsági viszonyuknál, részben pedig funkciójuknál fogva szorosabb összeköttetésben állanak. Ezzel első sorban a máj- és epeutak, azután a gyomor és bél megbetegedéseire gondoltunk. Hiszen ismeretes a főleg sebészek által (*Kehr* és *Mayo-Robson*) hangoztatott azon állítás, hogy például epeköbetegekben az esetek 16—24%-ában a hasnyálmirigy is bele van vonva a megbetegedési folyamatba és pedig legtöbbször a chronikus pankreatitis képében, nem is szólva a gyomor és bél rosszindulatú állképeleiről, melyek a hasnyálmirigyre ráterjednek.

A *Cambridge*-féle reactio klinikai értékesítésében biztosabb menetet óhajtvá választani, czélszerűnek tartottuk a hasnyálmirigy működési zavaraira irányuló más természetű diagnosztikai segéd-eszközök igénybevételét, melyek talán az eddigi tapasztalatok szerint inkább kifejezői is annak. Így választottuk részben kiegészítő vizsgálatul, részben pedig tájékoztatóul, a *Fuld* és *Gross*<sup>22</sup> által ajánlott, a bélsár trypsin-értékének meghatározására irányuló casein-methodust. Minthogy a bélsár normális viszonyok mellett mindig tartalmaz bizonyos mennyiségű trypsin, feltéve, hogy a hasnyálmirigy secretiója zavartalanul történik, ajánlották ezen eljárást a bélsár trypsin-értékének meghatározására.

Azon körülmény, hogy *Cambridge*-féle reactiót oly sok bizonytalan tényező befolyásolhatja és mégis oly sokan foglalkoznak véle, mutatja, hogy a hasnyálmirigy megbetegedéseinek körjelzése ma még mily ingatag alapon áll. A functio laesának bizonyítása természetesen nem azonos a betegség természetének a felderítésével, de azt sem lehet kétségbe vonni, hogy a hasnyálmirigy működési zavarait bizonyító eljárásokkal oly segéd-eszköz áll rendelkezésünkre, melyek a körülmények kellő értékelése mellett előnyösen felhasználhatók.

Tekintettel arra, hogy a fentemlített eljárás újabb keletű és az irodalma is alig pár közleményre terjed ki, helyén valónak

tartjuk az eljárás részletesebb leírását, míg a *Cammidge*-féle reactio részletezését éppen a nagyobb irodalmára való tekintettel, hol több helyen is megtaláljuk pontos ismertetését, feleslegesnek tartottuk.

A reactio lényege abban áll, hogy a trypsin a lúgos közegben megemészteti a caseint, ellentétben a pepsinnel, mely csak savanyú közegben képes erre.

Egy liternyi 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>-s szóda-oldatban 1 gramm tiszta caseint mérsékelt melegítés közben feloldva, 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>-s lúgos casein-oldatot kapunk, melyhez pár csepp chloroformot téve, jégsekreányban tartva 3—4 napig használható állapotban marad. A bélsár-extractumot pedig úgy nyerjük, hogy 1 gramm bélsarat 10 cm<sup>3</sup>-nyi 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> szódaoldatban finoman szétdörzsölve, filtráljuk mindaddig, míg a szüredék teljesen átlátszó lesz. Az így nyert filtratumból kémlősősorozatba fokozatosan emelkedő mennyiséget, például 0.1, 0.3, 0.5, 1.0 és 2.0 cm<sup>3</sup>-t téve, hozzáadunk 5—5 cm<sup>3</sup>-nyi szűrt caseinoldatot, s a különbségeket destillált vízzel kiegyenlítve, az egészet 37 C<sup>0</sup> thermostatba állítjuk 12 óráig. Ez idő leteltével a kémlősövekbe pár csepp 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>-os eczetsavat cseppentve zavarodást kapunk akkor, ha még emésztetlen casein van a kémlősövekben, még pedig annál nagyobb, minél kisebb fokú az emésztés; míg, ha az emésztés tökéletes: eczetsav hozzáadására nem kapunk csapadékot.

Nagyon természetes, hogy egy ilyen meglehetősen egyszerű eljárásnál sok hibával dolgozunk, éppen ezért ilyenfajta eljárással, mint azt *Döblin*<sup>23</sup> tette, quantitativ meghatározásokat nem végeztünk. A sorozatokat is csupán azért készítettük, mert így mégis meglehetősen állandó technikai eljárás mellett megközelítő összehasonlítást tehetünk a különböző emésztési fokozatok között.

Nem czélunk ezuttal ezen eljárás hibáinak bővebb ismertetése, mert mint csaknem minden hasonló klinikai eljárás, ez sem hibamentes, csupán az eljárás lényegének reálisabb volta miatt vettük fel azon czélból, hogy ezzel a *Cammidge*-féle reactionál nyert eredményeinket összehasonlíthassuk.

(Vége következik.)

## A Wassermann-féle seroreactio értékéről az idegbántalmak körében.

Irta: *Sarbo Artur* dr. egyetemi cz. rk. tanár és *Kiss Gyula* dr.

(Vége.)

### 6. Functionális idegbajok.

Összesen 72 esetben végeztünk vizsgálatot és pedig a következő kórformáknál: neurasthenia (33), hysteria (5), hypochondria (2), kephalalgia (6), egyszerű nervositas (15), neuralgia (4), kimerülés (7).

34 esetben negatív lueses kórelőzmény mellett negatív volt a Wassermann-féle reactio.

36 oly esetben, melyben biztos (30) vagy valószínű (6) volt az előzetes lueses fertőzöttség, 22 esetben pozitív Wassermann-féle reactiót kaptunk, a mi 61<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-nak felel meg; ha negatívnak vesszük a gyengén pozitív eseteket, úgy 52<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Két esetben negatív lueses kórelőzmény mellett is pozitív volt a Wassermann-féle reactio.

E két eset a következő:

Az egyik 25 éves egyénre vonatkozik, a ki egyszerű idegességi tünetekről panaszkodott, objectiv vizsgálata normális idegrendszeri tünetet fel, alkoholos szív kivonattal ++ Wassermann-féle reactio volt nyerhető, lueses májkivonattal gyengén pozitív volt a reactio.

A második eset 24 éves egyént illet, a kinél az objectiv vizsgálat negatív eredményt adott, a legszorgosabb anamnestikai felvétel mellett sem lehetett luesre gyanús körülményt kideríteni; a Wassermann-féle reactio +++ volt.

A reactio erősségét illetőleg a következő táblázat világosít fel:

|                  |     |                |
|------------------|-----|----------------|
| 47 esetben . . . | —   | reactio = 65 % |
| 1 „ . . .        | ?   | „ = 1 %        |
| 4 „ . . .        | +   | „ = 5.5 %      |
| 11 „ . . .       | ++  | „ = 15 %       |
| 9 „ . . .        | +++ | „ = 12 %       |

Erős reactiót a lueses kórelőzményű esetekben olyanoknál is kaptunk, a kiknél a lueses infectio ideje évtizedekre visszanyúlt.

A teljesség kedvéért felemlítjük, hogy egy negatív lueses anamnesissel bíró esetben az első vizsgálatkor pozitív (++) eredményt kaptunk alkoholos szív kivonattal, míg a lueses májkivonattal negatív eredményt adott; a második ellenőrző kísérletnél az alkoholos szív kivonattal kérdéses, a lueses májkivonattal ekkor is negatív eredményt adott; ezen eseteket tehát a negatívek közé számítottuk.

A lueses vagy luesre gyanús kórelőzménnyel bíró esetek nagy százalékban (61<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) adtak pozitív Wassermann-féle reactiót. Az esetek klinikailag a luesnek semmi jelét sem mutatták többé, organikus idegbaj fennforgása is kizárható volt, úgy hogy a Wassermann-féle reactio pozitív volta csak azt jelentheti, hogy az illető egyénnek luese volt.

Semmiesetre sem szabad azonban a Wassermann-féle reactio pozitív voltából arra következtetni, hogy az idegrendszeri megbetegedés lueses természetű, valamint nem áll az sem, hogy a functionális idegbajok esetében fellelhető pozitív Wassermann-féle reactio a bekövetkezendő organikus bántalomnak volna előhírnöke. Elismerjük, hogy a luesen átesett egyének sajátosságához tartozik az, hogy pozitív Wassermann-féle reactiót tüntetnek fel elég nagy százalékban, de ezen adatnak semmiesetre sem tulajdoníthatunk diagnostikai jelentőséget.

### 7. Arteriosclerosis cerebri.

18 eset került vizsgálat alá. Ezek közül hat esetben kaptunk pozitív Wassermann-féle reactiót.

Ezen hat pozitív eset közül kettőben kórelőzményileg is volt lues, kettőben 3 illetve 2 abortus volt kimutatható, egy esetben kérdéses volt, kórelőzményileg nem volt-e luese és végül a hatodik eset oly nőre vonatkozott, a kinek leánya paralysis progressivában szenvedett és úgy ez, mint még két más gyermeke is pozitív Wassermann-féle reactiót mutatott.

Ezek szeriut minden esetben, melyben pozitív volt a Wassermann-féle reactio, megtaláljuk kórelőzményileg a luest vagy a reál utaló gyanúkokokat.

A reactio erősségét illetőleg így alakulnak a viszonyok:

|                  |     |                |
|------------------|-----|----------------|
| 12 esetben . . . | —   | reactio = 66 % |
| 4 „ . . .        | +   | „ = 22 %       |
| 1 „ . . .        | ++  | „ = 5.5 %      |
| 1 „ . . .        | +++ | „ = 5.5 %      |

A két pozitív (++ és +++ ) eset közül az egyikben 10 év előtt volt lues; ebben az esetben a májkivonattal ++ reactiót adott, az alkoholos szív kivonattal — volt; a másik eset azon anyára vonatkozik, kinek paralysis progressivában szenvedő leánya volt; az illető úgy luest, mint extramatrimonialis coitust tagadott.

Vizsgálataink tehát azt mutatják, hogy az arteriosclerosis cerebrinél a Wassermann-féle reactio csak azon esetekben ad pozitív eredményt, melyekben kórelőzményileg lues vagy luesre gyanú volt jelen — ez azt mutatná, hogy ezen kórkép létrehozásakor nincsen oly nagy szerepe a luesnek, mint eddig hittük; viszont azonban ott, a hol arteriosclerosisban a vérsavóval erős Wasserreactiót kapunk, nagy valószínűséggel felvehetjük a lueses fertőzöttséget.

8. *Intoxicatio saturnina* 17 esete közül egyikben sem kaptunk pozitív Wassermann-féle reactiót; két esetben lues ment előre.

Egy esetben, melyben a serum is kötött, alkoholos szív kivonattal kérdéses volt a reactio, lueses májkivonattal negatív.

### 9. Epilepsia genuina.

30 esete került vizsgálat alá. Négy esetben kaptunk pozitív Wassermann-féle reactiót, ezek közül kettőben biztos lues ment előre. A másik két esetben negatív volt a lues az anamnesisben.

Ezek közül az egyik esetben sajátos viselkedését észlelhettük a serumnak, az első vizsgálatkor a serum is kötött, ekkor +++ volt a reactio az alkoholos szív kivonattal, a második vizsgálat alkalmával a serum nem kötött, a Wassermann-féle reactio ++ volt. E két esetre talán elfogadhatjuk a lues occulta vagy hereditaria lehetőségét (lásd *Nonne* vizsgálatait). Feltűnő gyakran találtuk epilepsziásokon a kétséges reactiót, összesen négy esetben.

A reactio erösségét illetőleg így viselkedett:

|                      |     |  |
|----------------------|-----|--|
| 22 esetben . . . . . | —   | reactio = 73 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> |
| 4 " . . . . .        | ?   | " = 13 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>       |
| 3 " . . . . .        | ++  | " = 10 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>       |
| 1 " . . . . .        | +++ | " = 3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>        |

\* \* \*

Átnézetes táblázat a reactio erösségének szempontjából:

| Kórforma                    | —                         | ?  | +  | ++  | +++ | +++ és<br>++++ |
|-----------------------------|---------------------------|----|----|-----|-----|----------------|
|                             | s z á z a l é k o k b a n |    |    |     |     |                |
| Paralysis progr. . . . .    | 9                         | 3  | 9  | 20  | 59  | 79             |
| Lues cerebroszp. . . . .    | 14                        | 3  | 3  | 39  | 39  | 78             |
| Tabes . . . . .             | 21                        | 1  | 5  | 37  | 36  | 73             |
| Alkoholismus . . . . .      | 48                        | 2  | 6  | 29  | 14  | 43             |
| Paralues. megb. ? . . . . . | 42                        | 3  | 17 | 24  | 14  | 38             |
| Neurosis . . . . .          | 65                        | 1  | 5  | 15  | 12  | 27             |
| Arteriosclerosis . . . . .  | 66                        | —  | 22 | 5·5 | 5·5 | 11             |
| Epilepsia . . . . .         | 73                        | 13 | —  | 10  | 3   | 13             |

Kiviláglik ez összehasonlító táblázatból, hogy a paralysis progressiva, lues cerebrospinalis és tabes csaknem egyforma gyakoriságban mutat ++ és +++ Wassermann-féle reactiót, utánuk az alkoholismus és a paralueses megbetegedésre gyanús esetek következnek. Legtöbb kérdéses reactiót az epilepsiában nyertünk. A gyengén positiv reactio legnagyobb százalékát az arteriosclerosis és a paralueses megbetegedésre gyanús esetek adják. Erős positiv reactio dolgában a paralysis progressiva vezet.

10. Vegyes.

A következő táblázat foglalja magában az összes különböző kórformákat.

| Diagnosis                       | Esetek szám | Wassermann | Lues   |
|---------------------------------|-------------|------------|--|
| Ataxia paraplegica . . . . .    | 1           | —          | —  |
| Dementia praecox . . . . .      | 1           | —          | —  |
| Diplegia facialis . . . . .     | 1           | +          | +  |
| Dystrophia musc. progr. . . . . | 1           | —          | —  |
| Hemiplegia . . . . .            | 3           | —          | —  |
| Imbecillitas . . . . .          | 2           | —; +       | szülők +   |
| Ischias . . . . .               | 2           | —; +       | +  |
| Ménière . . . . .               | 2           | —          | —  |
| Meningitis serosa . . . . .     | 1           | —          | —  |
| Migraine . . . . .              | 2           | ++; +      | a) férj: paralysis progr.<br>b) chanere, IV. hüdés |
| M. Basedow . . . . .            | 3           | — — +      | +  |
| Neuritis . . . . .              | 1           | —          | —  |
| Nicotinismus . . . . .          | 1           | —          | —  |
| Paralysis agitans . . . . .     | 3           | —          | —  |
| Par. n. facialis . . . . .      | 1           | —          | —  |
| Par. n. abducentis . . . . .    | 1           | +          | —  |
| Paranoia . . . . .              | 1           | —          | —  |
| Plexus neuritis . . . . .       | 2           | —; +       | +  |
| Poliomyelitis . . . . .         | 1           | —          | —  |
| Sclerosis mltp. . . . .         | 6           | 5 — 1 +    | +  |
| Syringomyelia . . . . .         | 2           | —          | —  |
| Tetania chron. . . . .          | 2           | —          | —  |
| Tumor cerebri . . . . .         | 3           | —          | —  |
| Tumor med. spin. . . . .        | 2           | —          | —  |
|                                 | 46          | 9          |  |

E táblázat élénken demonstrálja, hogy positiv Wassermann-féle reactiót egy esettől eltekintve csupán oly esetben kaptunk, melyben vagy kórelőzményileg biztos vagy igen valószínű volt a lueses fertőzöttség. Ezen eset paralysis n. abducentisre vonatkozik; tekintettel, hogy ezen szemizomhüdés kóroktanában a lues

lényeges szerepet játszik, valószínűnek kell tartanunk a lues occulta lehetőségét.

11. Családok vizsgálata.

Összesen hat családot vizsgáltunk meg.

A következő táblázat tünteti fel a viszonyokat:

|            | Kor | Diagnosis                | Lues              | Wassermann |                    |
|------------|-----|--------------------------|-------------------|------------|--------------------|
| Anya       | 53  | Arteriosclerosis         | —                 | +++        | I.                 |
| Dóra       | 24  | Egészséges               | Kerat. parenchym. | ++         |                    |
| Francziska | 23  | "                        | —                 | —          |                    |
| Aranka     | 20  | Paralysis progr.         | —                 | +++        |                    |
| Gyula      | 15  | Tdt. nehezen váltható ki | —                 | +          |                    |
| Apa        | 42  | Egészséges               | +                 | +          | Serum is köt       |
| Anya       | 38  | "                        | +                 | +++        |                    |
| László     | 17  | "                        | —                 | +++        |                    |
| Béla       | 15  | "                        | —                 | +++        |                    |
| Olga       | 14  | Psychopathia             | —                 | +++        | 2 éves korban fráz |
| Ludmilla   | 11  | Keratit. parench.        | ?                 | ++         |                    |
| Apa        | 45  | Egészséges               | —                 | +++        | 1 abortus          |
| Anya       | 34  | "                        | —                 | +          |                    |
| Géza       | 14  | "                        | —                 | —          |                    |
| Mariska    | 12  | "                        | —                 | —          |                    |
| Iren       | 10  | Morbus sacer             | —                 | —          | 3 éves korban fráz |
| Apa        | 46  | Lues cerebri             | —                 | —          | 2 év előtt chorea  |
| Anya       | 44  | Egészséges               | —                 | +          |                    |
| Vilma      | 18  | Idiotismus               | —                 | —          |                    |
| Juliska    | 16  | Egészséges               | —                 | —          |                    |
| Giza       | 14  | "                        | —                 | —          |                    |
| Honka      | 12  | "                        | —                 | —          |                    |
| Karolin    | 9   | Chorea                   | —                 | —          |                    |
| Apa        | 46  | Paralysis progr.         | —                 | ++         | V.                 |
| Anya       | 48  | Egészséges               | —                 | —          |                    |
| Lajos      | 22  | "                        | —                 | —          |                    |
| Anya       | 53  | Egészséges               | —                 | —          | VI.                |
| József     | 12  | Morbus sacer             | —                 | —          |                    |
| Béla       | 12  | Egészséges               | —                 | —          |                    |

Az első családnál a vizsgálatra indító ok az volt, hogy egy 20 esztendőös virgo a paralysis progressiva classikus képét mutatta; minthogy ez esetben a priori is valószínűnek kellett tartanunk a lues hereditaria fennforgását, érdekelt a lues szempontjából az egész család vizsgálata. Az apa korán halt el. Az anya, ki legintenzívebb kérdezősködésünkre sem concedálta a lueses fertőzést, az arteriosclerosisnak asszonyánál szokatlanul tiszta képét mutatta. Wassermann-reactiója erősen positiv volt, ugyancsak erős positiv reactiót adott a 20 esztendőös, paralysis progressivában szenvedő leánya; a legidősebb leány hét éves korában keratitis parenchymatosában szenvedett és akkor kenőkúrával kezelve is lett, ennél a vizsgálatkor sem luesnek, sem egyéb megbetegedésnek semmi jelét sem találtuk, a Wassermann-féle reactio positiv (+ +) volt; az ez után következő leány sem subjectiv, sem objectiv beteg nem volt, a Wassermann-féle reactio negativ; a legfiatalabb gyermek, egy 15 éves fiú objective jobb szemén maculae corneae-t és nehezen kiváltható térdtüneteket tüntetett fel; subjective semmi panasza sem volt, Wassermann-reactiója gyengén positiv.

A következő családnál (II.) a vizsgálatra az szolgáltatott okot, hogy úgy az apa, mint az anya luesesen fertőzött volt. Az apánál a serum is kötött, a Wassermann-féle reactio gyengén positiv volt, míg az anyánál erősen positivnak bizonyult ez. Mindkettő subjective és objective egészséges volt. Négy gyermek közül három erősen positiv, egy positiv (+ +) reactiót adott. Kettő az erősen positiv reagálók közül úgy subjective, mint objective teljesen egészséges

volt. A harmadik erősen positive reagáló psychopathiás; végül a positiv (+ +) reactiót adó legfiatalabb gyermeknél keratitis parenchymatosa volt jelen.

Mindkét eset élénken szól a Wassermann-féle reactionnak leust jelző volta mellett.

A következő négy esetben a progenitura szempontjából teljesen negativ eredményt kaptunk. Ezek közül a III. családnál a legfiatalabb gyermek epilepsiája készített a vizsgálatra, úgy ez mint két idősebb testvére negativ reactiót mutatott, míg apjuk erősen positiv, anyjuk gyengén positiv reactiót adott. Mindkettő tagadta a leust és klinikailag egészséges volt.

A IV. családnál az apa recens cerebrius lues (oculomotorius-, trigeminushűdés, mely kezelés alatt javult) tüneteit mutatta negativ Wassermann-féle reactióval, míg felesége, ki egészségesnek találtott, gyengén positiv reactiót adott; öt gyermekük, kik közül egy idiota volt, negativ reactiót adott.

Az ötödik családnál az apa paralysises volt, positiv (+ +) Wassermann-féle reactióval, az anya és egyetlen gyermekük, kik egészségesek voltak, negativ reactiót adtak.

Végül a VI. családban az ikertestvérek egyikének epilepsiája volt a vizsgálat kiindulási pontja. Úgy a testvérek, mint anyjuk negativ Wassermann-féle reactiót adtak.

Messzebb menő következtetéseket eseteink csekély számánál fogva le nem vonhatunk, azonban az első két családnál tett tapasztalataink, egybevetve *Nonne* tapasztalásaival, feljogosítanak annak kijelentésére, hogy tudományos szempontból az ily családi vizsgálatok jogosultak; a therapeutikai következtetéseket azonban ez idő szerint még nem tarthatom jogosítottnak. Az ily családokat, mint a mi I. és II. családunk, figyelemmel kell követni és évek, évtizedek tapasztalásaira van szükség, hogy tisztán lássunk abban a kérdésben, hogy a syphiliticus vagy paralueses megbetegedésben szenvedő szülők gyermekeinél tapasztalható positiv Wassermann-féle reactio bir-e valamelyes prognostikai jelentőséggel?

\* \* \*

Végkövetkeztetéseink tehát a következők:

1. A vérsavóval eszközölt Wassermann-féle reactio kifejezett positivitása nagy valószínűséggel szól a mellett, hogy az egyén luesesen fertőzött.

2. A positiv Wassermann-féle reactio nem tekinthető specifikus reactionnak, feltalálható az az idült szeszmergezésben is; ennél fogva különbözeti körjelzési szempontból az alkoholos pseudotabes és pseudoparalysis eseteiben fel nem használható.

3. A positiv Wassermann-féle reactio oly klinikailag lueses vagy paralueses megbetegedésre gyanús esetben, melyben negativ a kórelőzmény a lues szempontjából, ebbeli gyanunkat megerősíti.

4. Úgy paralueses megbetegedésekben szenvedők, mint syphiliticus szülők hozzátartozói illetve leszármazottai feltűnő gyakran adják a vérsavóban a positiv reactiót, anélkül, hogy valamelyes klinikailag kimutatható megbetegedés volna jelen. Ezen tény egyszerű konstatálásánál tovább nem mehetünk. Minthogy csak évek, évtizedekre terjedő tapasztalás döntheti el azt, vajjon van-e prognostikai jelentősége e ténynek.

5. Idegrendszeri bántalomban szenvedő egyének, valamint idegrendszeresek is, a kik luesesen fertőzöttek, feltűnő nagy százalékban adják a vérsavóval a Wassermann-féle positiv reactiót. A reactióból magából sem prognostikai, sem therapiás következtetéseket levonnunk ez idő szerint nem szabad. Továbbra is a klinikai észlelés szolgáltatja javallatok szerint alkalmazandó ily esetekben az antilueses kúra.

6. Az antilueses kezelésnek idegrendszeri bántalmakban a reactio positivitására számbavehető befolyása nem mutatható ki; sőt azt mutatja a tapasztalat, hogy a negativvá vált reactio erőlyes kezelés után is újból positivvá válhat. Az idegrendszeri bántalmakban alkalmazandó antilueses kezelés irányításában a reactio positiv vagy negativ volta szerepet nem játszhatik. Sőt óva intünk azon mindinkább tért hódító egyoldalú felfogástól, mely egész tevékenységét a positiv reactio megváltoztatására irányítja és a melynek folyományaként a beteg klinikai vizsgálata elhanyagoltatik.

7. Összefoglalva mondhatjuk, hogy a Wassermann-féle reactio az idegkórban szempontjából az eddigi vizsgálatok alapján kétség-

telen értékes szolgálatot teljesített abban, hogy a már eddig is a statistikai és klinikai alapon paralueses bántalomnak (tabes, paralysis progressiva) felismert kóralakok syphiliticus eredetét a valószínűség legmagasabb fokára emelte.

A gyakorlati idegrovostan szempontjából tisztán a vérsavóra szorító vizsgálati mód diagnostikai tekintetből csupán a negativ lueses kórelőzménnyel bíró lueses vagy paralueses megbetegedésre gyanús esetekben ad értékelhető eredményt, míg prognostikai és therapiás következtetésekre nem alkalmas. A módszer segélyével nyerhető eredmények a családok vizsgálatokor annak kijelentésére jogosítanak fel, hogy ily vizsgálatok a jövőben is joggal folytatandók, de egyelőre csupán tudományos szempontból.

Közlés a budapesti egyet. II. sz. belklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. ny. r. tanár.)

## A reszketésről.

Irta: *Kollarits Jenő* dr., egyetemi magántanár.

(Vége.)

A megelőzőkben megállapítottuk, hogy a kóros reszketés a *Freusberg-féle reflektoros reszketéstől* eltekintve éppen úgy agyvelőkérgi eredetű tünet, mint az élettani reszketés. Most arra kell megfelelnünk, hogy az agykéreg miképpen hoz létre akár élettani, akár kóros tremort és hogy mi okozza azt a különbséget, a mely a kétféle jelenség között fennáll: kóros körülmények között ugyanis magasabb és lassúbb lesz az egyes kilengés. A két tényező közül a kilengések nagyobb volta a fontosabb. A nagyobb kilengésnek több időre van szüksége és így a kilengés ritkulása egyrészt következménye a magasság növekedésének. De e mellett egyenlő ideig tartó kilengésekben a kóros valamivel magasabb.

A kérdés megbeszélésekor meg kell gondolnunk azt, hogy miképpen tartja fenn a középpont a normális izomtonust, a mivel a nyugalmi reszketés kiinduló pontjához jutunk, és miképpen hozza létre az élettani mozgást, a mi az intentiós reszketés magyarázatához vezet.

A tonus fenntartására bizonyos beidegzésre van szükség, éppen úgy, mint az izomösszehúzódnak létrehozására. Az élettan tanítja, hogy ez az inger nem lehet egyszeri behatás, mely ilyen csak a galvánáramhoz hasonlóan, zárása pillanatában okozna egy rángást, hanem a farados áramhoz hasonlóan másodpercenként több ingernek kell kiindulnia a kéregből, hogy egyenletes tetanus jöhessen létre. Ennek száma *Helmholtz* szerint<sup>1</sup> 18—20 körül lehet. Ha tekintetbe vesszük, hogy az izom összehúzódnak fokát a farados árammal való izgatáskor az áramerő szabja meg, míg a másodpercenként történő ingerek száma ezalatt változatlan lehet, másfelől pedig hogy az összehúzódnak erősebb működés, mint a tonusban tartás: valószínű, hogy a tonus megtartását ugyanolyan fajú, de gyengébb idegáram végezi, mint a mely a tetanust létrehozza. Gyenge farados árammal lassú és kis izomösszehúzódnak érhetünk el, a mely azután egy fokozat megmarad, a míg az árambehatás tart. Erős farados árammal hirtelen emelkedő nagyfokú összehúzódnak jön létre. Lassú, de nagyfokú összehúzódnak, mint a milyen például az alkar lassú teljes behajlítása, úgy érhetünk el farados árammal, ha azt gyengén kezdjük alkalmazni, azután erejét mindinkább, de lassan növeljük. Bizonyára ugyanilyen, erejében lassan fokozódó ideginger hozza létre valamely végtagunknak lassú de kiadó mozgását is.

*Marey* és később *Fernet*<sup>2</sup> azt gondolták, hogy az izomtonus a reszketésben felbomlik alkotóelemeire, a melyek összefoiyasából keletkezett. *Marey* azt mondja, hogy a felbomlást az inger gyengülése okozza. Az imént mondottak értelmében ez nem lehetséges, mert az inger gyengülése legfeljebb az izomtetanus gyengülését okozhatja. Elméletileg, ha a rendes nyugalmi tonust fentartó inger csökken, hypotonia volna az eredmény, míg fokozódása hypertoniát okozhatna. Az inger fokának csökkenése tehát reszketést sehogyszem csinál. A mesterségesen létrehozott tetanus simaságának meg-

<sup>1</sup> *Helmholtz*: Ueber den Muskeltonus. Verhandl. des naturwiss.-mediz. Vereins zu Heidelberg, 1886. 4. kötet, július 20., újból lenyomatva. H. *Helmholtz*: Wissenschaftliche Abhandlungen, 2. kötet, 928 l.

<sup>2</sup> L. *Busquet* thesisében 48. és 49. l.

bolmlását mesterségesen csak az ingerszám csökkenésével lehet elérni. Ennek megfelelőleg elképzelhető volna, hogy a tonus fenntartására szükséges gyenge inger alatt az izom mozdulatlanul bizonyos tonusban van, ha pedig ez a szám csökken, akkor a nyugalomban reszketés áll elő, a melynek foka az idegáram fokától függ, tehát csekély, ha az idegáram csekély, és erősebb, ha az áram erős.

Mozgáskor, ha az nem történik nagyon gyorsan, mindig találni élettani kismértékű reszketést, a melynek fokozódása a kóros remegés. Hogy a mozgás alatt meglevő remegés feltűnő legyen, nem az inger gyengülésére, nem is a reszketés számcsökkenésére van szükség, hanem ellenkezőleg, az egyes ingerek erejének fokozott voltára. Adataim azt mutatják, hogy a kóros reszketés kilengésszáma átlag kisebb 1 másodperczben, mint a milyen az élettani reszketésben. Ezen a tényen alapulhatna az a felvétel, hogy kóros esetekben ritkább a középpontból kifutó inger. De ez csak akkor volna elfogadható, ha felvennők, hogy minden egyes ingernek egy kilengés felel meg. Munkám elején közölt vizsgálataim szerint azonban minden egyes végtagrésznek más-más lengésszám felel meg és a lengésszám inkább a végtagrész súlyától és környéki mechanikai tényezőktől függ. *W. Salamonson*<sup>1</sup> egy kísérletében 8·3 lengés 1 kgm. súlymegterheléskor 7·7-re, és 2 kgm. megterheléskor 7-re szállott alá. Hasonló észleleteimet a VI. fejezetben adtam elő. A középpontok állandó saját ritmusának felvétele ellen *Biedermann*<sup>2</sup> felszólalt, hivatkozva *Limbeck* tapasztalatára. E szerző azt írja, hogy állatkísérletben tág határok közt lehet változtatni a kéregre ható villamos ingerlések mp.-enként való számát, a nélkül, hogy az izom lengésszámában változás állana be. Ennek a szabálynak az élettani idegingerre is állania kell. Nehezen is volna elképzelhető, hogy a mikor felső végtagomat egyenesen kinyújtom, akkor az agyvelőkéregből egyszerre másodperczenként 13 inger menne mutatóujjamba, 9·7 a kezembe, 5 az alkaromba, 4 a felkaromba. Azt is nehéz elképzelni, hogy az agyvelőkéreg más ingergyorsaságot alkalmazzon a súly nélküli végtag és a súlylyal megterhelt végtag felémelésére. Megfontolandó azonkívül, hogy ezek a számok egyáltalában nem egyeznek meg azokkal, a melyeket *Helmholtz* nyert, a ki az izomtétanusban 18—20 lengést határozott meg más módszerrel. Fel kell vennünk, hogy a reszketésben az általam észlelt és szabad szemmel látható lengések mellett *Helmholtz* 18—20 lengése mintegy superponálva van, mint az pl. a 2. ábrán látható, a hol némely intenciós reszketés magasabb lengésén megakadások, vagy mint az akaratlagos mozgások közber visszaesések is láthatók. A reszketés egyes kilengése nem galván rángás, hanem egy-egy külön tetanus. *Volkman*<sup>3</sup> kísérlete, a mely szerint bizonyos ritmusban megszakadó áramot alkalmazva a gerincezvelőre vagy környéki idegre olyan ritmusú kilengésszámot kapunk, mint a milyen reszketésben látni, nem ezáfolja meg a főntebbi ellentétéseket.

*Monakow*<sup>4</sup> azon gyanujának ad kifejezést, hogy az inger száma, a melyet a környéki neuron kap, azért csökken az intenciós reszketésben, mert a vezetés elé akadály gördül a pyramispálya elfajult rostjaiban. De ennek is ellentmondanak mindama körülmények, a melyek a középponttól kiinduló ingerszám csökkenésének ellentmondanak.

Így hát mindama felvételek, a melyek a kóros reszketést a központból kiinduló inger csökkenéséből vagy az inger ritkulásából magyarázzák, dugába dőlnek. A lengésszám csökkenése csak a kilengés nagyobbodásának következtése.

Ezzel a másik nézet felé kell fordulnunk, a melyet talán *Spiess*<sup>5</sup> hangoztatott először, a mikor azt írta, hogy a reszketésben egy izom vagy izomcsoport működése lehetne az ok, a melynek következtében az antagonisták izmok vagy izomcsoportok közvetlenül ezután működésbe jönnek. *Freusberg* e nézet mellett felhozta, hogy a clonusos rángások és a reszketés egymásba átmennek. Ugyancsak *Freusberg*<sup>6</sup> egy másik dolgozatában állatkísérlettel

bizonyította, hogy a ciklusos végtagmozgásokban az egyik működés reflektoros úton hozza létre az ellenkezőt. A feszítő izom meghúzása okozza az antagonisták hajlítók összehúzódását és ezek ismét a feszítőket. Ezt a kísérletet a reszketésre általában átvinni nem lehet, mert hiszen emberen valamely izomcsoport megrántása következtében az antagonisták nem húzódnak össze.

Rendes viszonyok között a nyugalomban az agonista és antagonisták izmok egyensúlyban vannak. Ha ez az egyensúly megbomlik, a nyugalomban reszketés áll be. Mozgás alatt egészséges emberen sincsen teljes egyensúlyban a két izomcsoport. Mindenki, a ki *Frenkel*-féle gyakorlatokat végeztet betegeivel, e működése kezdetén esodálkozva veszi észre, hogy a mikor betegének a saját lábával akarja a mozdulat sima és nem szakadozott voltát demonstrálni, ez nem sikerül kifogástalanul. A graphikai felvétel alatt pedig szembeötlő, hogy a legegyszerűbb ujjmozgást a teljesen egészséges ember sem tudja teljesen egyenletesen végbevinni. A szándékos hajlításról és feszítésről készült felvételeim mind azt mutatják, hogy az ujj hajlítása és feszítése szakadozottan megy, sőt gyakran az előhaladó mozgásból visszaesés is van. E megakadások száma megegyezik a nyugodtan megfeszítve tartott ujjreszketés számával. Ez a folyamat élettani coordinációs tökéletlenség.

*Duchenne*<sup>1</sup> azt állította, hogy minden mozgásban az agonista izmokon kívül egyszersmind az antagonisták is mindig összehúzódásban vannak és hivatkozott arra, hogy a mikor az alkarfeszítők bénák, az alkarhajlítók mozgásán kivehető az antagonisták izmok működésének hiánya, a mennyiben ilyenkor a mozgás nem lassú, hanem gyors és nem áll meg a kívánt ponton, hanem túllő a célpontra. Állításának bizonyítására a tabesos ataxiát is felhozta. Szerinte e bajban az ataxia oka az, hogy az antagonisták, ha nem is bénák, de nem működnek és így ugyanaz a mozgás-zavar jön létre. *Duchenne*-nel szemben *Sherrington* és követői azt hiszik, hogy ellenkezőleg, mozgás közben az antagonisták izmok ellazulnak. *Richer* fényképei között van olyan, a melyben a mozgás (kar-emelés) a nehézségerő ellen, vagy más erő ellen működik, ezeken az antagonisták elernyedtek, ellenben azokon a képeken, a melyeket lassú mozgáskor vagy hirtelen megálláskor szereztek, az antagonisták izmok megfeszülése látszik. Ha e tételeket arra a coordinatiohibára alkalmazzuk, a mely a reszketésben nyilvánul, a következő eredményre jutunk. A mikor a végtagot az egészséges ember egyenesen tartja kifeszítve és a reszketés fel- és lefelé megy végbe, a kinyújtott végtagot azok az izmok tartják meg, a melyek azt felemelik. Ha ezek az izmok engednek valamit feszességükből, a végtag kissé süllyed. Erről a süllyedésről tudomást szerezve, a végtagot felemelő izmokat újból erősebben idegezzük be, s így azt visszahozzuk vízszintes helyzetébe. Ez a szabályozás nem történik öntudatosan, hanem öntudatlanul, mint járás közben az alsó végtag célszerű szabályozása. Az így létrejövő lengés vagy reszketés tehát nem az antagonisták váltakozó beidegzésében, hanem a nehézség ellen ható izomcsoport különböző fokú beidegzésében leli magyarázatát. Ugyancsak azt kell gondolni arról a reszketésről, a melyet *Busquet* a m. cremasterről szándékos beidegzés alatt vett fel görbe (l. 13. ábra) alakjában, a melyen a reszketés nyolcszoros nagyításban van visszaadva, tehát olyan izomról, a melynek antagonistája nincs. Nagyon valószínű azonban, hogy ezt az izmot egymagában beidegezni akaratlagosan nem jól lehet. Ha pedig több izom működik egyszerre, emiatt is létrejöhet egyenletlenség. *Volkman* fentemlített kísérletében ugyanilyen értelmű reszketést láthatunk, a mikor megszakított árammal a reszketéshez hasonló jelenség állott elő az izmon. Hasonló eredményre jutottam *Leduc* interruptorával megszakított galván árammal végzett vizsgálatokban. Ilyenkor ugyanis nem egészen sima tetanus volt az eredmény, hanem a tetanus egyenes vonala helyett hullámos görbét kaptam. Nevezetes, hogy e hullámok száma az ingerek számával nem egyezik meg, a mennyiben kevesebb hullám van, mint a mennyi inger. A 14. ábrán a m. tibialis anticus tetanusa van felvéve. Az ingerek száma másodperczenként 50 volt, míg a tetanus apró kilengéseiből csak 10—11 jut ugyanez időre. Ugyanilyen lengésszámot kaptam ez esetben másodperczenként 160 ingerrel is.

<sup>1</sup> *Duchenne*, citálva *Förster* munkájából: Die Physiologie und Pathologie der Coordination. Jena, 1902. Ebben a coordinatio élet- és kórtana összefoglalva olvasható.

<sup>1</sup> *W. Salamonson*: Beitrag zum Studium des Zitterns. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1897. 10. k. 243. l.

<sup>2</sup> *Biedermann*: Elektrophysiologie. I. r. 121. l. 1895.

<sup>3</sup> Citálva *Freusberg* cikkében.

<sup>4</sup> *Monakow*: Gehirnpathologie. 2. kiadás 1905. 566. l.

<sup>5</sup> *Spiess*: Physiologie des Nervensystems. Braunschweig, 1844. 218. l. citálva *Freusberg* munkájában.

<sup>6</sup> *Freusberg*: Archiv f. Physiologie. IX. 375. l.

Ezekből az adatokból kiviláglik, hogy létezik olyan reszketés vagy lengés, a melyhez az antagonista izomnak nincs köze. Az egyik egészséges emberen történik, a mikor a kinyújtott végtagrész a nehézség ellen küzd és a másik a megszakított árammal létrehozott tetanus egyenetlenségében áll. Nevezetesen, hogy az utóbbiban az ingerszám nem egyezik a lengésszámmal. Ebből az következik, hogy a lengésszám ettől független és magának az izomnak fizikai sajátja. Ugyanezt feltételezhetjük a szándékos beidegéstől létrehozott tetanusról is. Meg kell azonban jegyezni, hogy a tetanus emez egyenetlenségei mindig csak kis kilengéseket adnak, a mely az izomösszehúzódnak fokának csak egy kisebb töredékét adja. Ha tehát ezt a kísérletet a reszketésre átvisszszük, csak olyan reszketésre gondolhatunk, a mikor az izom összehúzódnak bizonyos fokára érve, ezen foknak csak egy kis töredéke nagyságában végez kilengéseket. Ez leginkább az erősen megfeszített izom kilengésére áll. Hasonlít ehhez *Busquet* thesisének mása a 13. ábrán.

Az a reszketés azonban, a mely nagyobb fokú, a mikor például a végtagrész reszketése oly fokú lehet, hogy a lehető ki-

ban ennek ellenkezője derül ki, a mennyiben a kilengés két szárának időtartama egyenlő. A kisebb görbékre ez a következtetés nem vonatkoztatható. A megszakadó galvánárammal készült felvételeimben ugyanis az egynéhány cm. magas összehúzódnak tetanusának tetőpontján 1 mm. magas rövid lengések vannak, a melyeken a fel- és lehágó szár egyenlő, annak ellenére, hogy itt csak egy izom működésében vannak az egyenetlenségek az antagonisták résztvevése nélkül.

Megállapítottuk tehát, hogy a végtag lengése kétféleképpen jöhet létre, egy izom ingadozó erejű beidegzése következtében egyrészt, másrészt az agonista és antagonista izmok váltakozó beidegzése folytán. *Strümpell*,<sup>1</sup> *Bruns*,<sup>2</sup> *Goldscheider*<sup>3</sup> az intentiós reszketést az antagonisták zavaró összehúzódnakának tulajdonítják és az ataxiához hasonlítják. A reszketésben az élettani coordinatíotökéletlenségéből coordinatiozavar lesz, a reszketés származására nézve a tabeshez hasonlít. A kisebb fokú tabeses ataxia a kézen alig különböztethető meg az intentiós reszketéstől. A kóros intentiós reszketés a hypertonia által különbözik leginkább a tabeses ataxiától. Az utóbbiban a mozgás kevésbé rythmusos és hirtelenebb.

A hypertonia sokszor jár intentiós reszketéssel, ez a hemiplegiában is gyakran megvan. Az esetek egy része azonban nem vizsgálható. A mikor ugyanis a hemiplegia teljes és semmi mozgás sincs, vagy a mikor a contractura oly nagyfokú, hogy merev a felső végtag, nem lehet intentiós reszketést várni. Noha a reszketés a beteg panaszai közé tartozott és olyan kifejezett volt, hogy pontosabb vizsgálat előtt selérose en plaques-ra kellett gondolni, máskor kisebb fokban volt jelen. Hasonló észleletről számol be *Oppenheim*<sup>4</sup>, a mikor azt írja, hogy agyvelői gyermekbénulásban és közönséges vérzésen illetve lágyuláson alapuló agyvelői hemiplegiában „félreismerhetetlen“ intentiós tremort látott. Hasonlót látott *Strümpell*<sup>5</sup> is, a ki azt írja, hogy azokon a hemiplegiásokon, a kik alkarukat mozgatni tudják, és a kiknek m. tricepsében a reflexingerlékenység fokozott, sokszor látni a hajlításkor a mozgás megszakadását úgy, hogy a mozgás reszkető lesz. *Raymond*<sup>6</sup> a posthemiplegiás mozgások közt említést tesz a mozgás közben támadó rythmusos lengésekről. *Brissaud*<sup>7</sup> szerint minden posthemiplegiás coordinatiozavar, úgy mint lábelenus, reszketés, hemichorea, hemiathetosis, mint a contractura, a pyramispálya sérülésének következménye a nyúltvelő és a kéreg közt. Hemiplegiában intentiós reszketésről említést tesz még *Bernheim* és egy bonczolt esetről referál *Demange*.<sup>8</sup> A hypertonia tehát egyike ama tényezőknek, a melyek az élettani intentiós reszketést kórossá fokozzák.

A hypertoniás izomállapot környéki tényező; a mint a környéki tényezők megváltoztatásával, például súlyt rakva a végtagra, valóban lehet a lengésszámot ritkítani, ugyanezt éri el az izom merevgörösös állapota.

Ezek után áttérhetek a reszketés mechanikájára. A reszketést többen hasonlították már az inga mozgásához. Rendesen azonban a remegő végtag nem egy síkban mozog. Csak ha az egyes tagrészeket külön vizsgáljuk úgy, hogy az eredő pont fixálva van, akkor a hasonlat annyiban fennáll, hogy a mozgás egy pont

körül történik. A csekély nyomás, melyet kísérleteimben a vizsgált végtagrész kifejt, ezenkívül egy síkba is tereli a kilengéseket. Ha e két pontban így hasonló viszonyokat lehet létrehozni, mint a milyenek az ingamozgáskor megvannak, más irányban a reszketés viszont eltér az ingamozgástól. Az ingát ugyanis saját súlya, illetve a föld vonzóereje mozgatja. Ezek ugyanazon ingán állandó ténye-

<sup>1</sup> *Strümpell*: Zur Pathologie der multiplen Sclerose. Neurologisches Zentralblatt, 1896. 964. lap.

<sup>2</sup> *Bruns*: Zur Differentialdiagnose zwischen den Tumoren des Kleinhirns und der Vierhügel. Neurologisches Zentralblatt, 1894. 47. lap.

<sup>3</sup> *Goldscheider*: Ueber den anatomischen Prozess im Anfangstadium der multiplen Sclerose. Zeitschrift für klinische Medizin.

<sup>4</sup> *Oppenheim*: Die Geschwülste des Gehirns.

<sup>5</sup> *Strümpell*: Zur Kenntniss der Schein-Reflexe. Deutsches Archiv für klinische Medizin, 1879. 24. kötet, 186. lap.

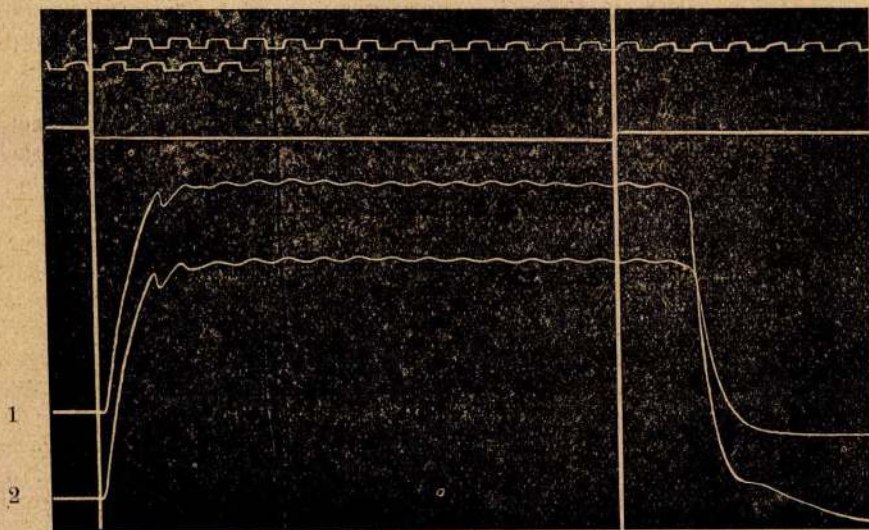
<sup>6</sup> *Raymond*: Étude sur l'hémianesthésie, l'hémichoré et tremblement symptomatique. Thèse de Paris, 1876.

<sup>7</sup> *Brissaud*: Recherches anatomopathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémipléiques. Paris, 1880.

<sup>8</sup> Citalva *Stephan* nyomán.



13. ábra. *Busquet* thesiséből. Reszketés a musculus eremaster két szándékos összehúzódnak és elernyedése közben és állandó összehúzódnak alatt nyolezszor nagyítva.



14. ábra. Izomtétanus. Leduc interruptorával megszakított galvánárammal, 1 50, 2 160 inger 1" alatt.

lengésmagasság határát majdnem eléri, már nem lehet egy izom különféle erejű beállításának következménye, még akkor sem, ha a mozgás fel és lefele, tehát a nehézség ellen történik, hanem az agonisták és antagonisták váltakozó összehúzódnakának eredménye. *Richer* szerint a lassú mozgásban vagy az izom hirtelen megállításakor az antagonisták szerepelnek. E szerint a lassú mozgás közben támadó reszketésben is, mint a milyen az intentiós reszketés, a két antagonista izomsoport harezát kell látnunk. De itt sem azt kell gondolnunk, hogy az egyes kilengés egy-egy ingernek következése, hanem azt, hogy váltakozó tetanusokról van szó.

Görbéim is bizonyítják, hogy a nagyobb fokú reszketésben az agonista és antagonista izmok küzdenek egymással. Ha ugyanis egy izom összehúzódnak és elernyed, akkor az elernyedés mindig hosszabb ideig tart, mint az összehúzódnak. E szerint, ha a reszketés az agonisták összehúzódnakából és elernyedéséből állana, akkor a reszketés görbéin az egyik szárnak hosszabbnak kellene lenni, tudniillik annak, a mely az összehúzódnaknak felel meg, míg az elernyedésnek megfelelő rövidebb volna. A nagyobb görbékből azon-

zók. A reszketésben ellenben ugyanazt a végtagot a két ellentétes izomcsoport hol nagyobb, hol kisebb erővel mozgathatja.

Az inga-törvény szerint ugyanazon inga kis kilengéseinek ideje független a kilengés fokától, azaz a kilengés ideje egyenlő, akár nagy volt a kilengés, akár kicsi. Ez az esetek többségében nem áll a reszketésre. Többnyire a magas kilengés hosszabb, a rövidebb rövidebb ideig tart. A fenti táblák átnézése, valamennyi átlagszámítás ezt mutatja. Ugyanazon egyén egy tagrészén is lehet más-más napokon más-más számot kapni. Az 5. ábra hysteriás reszketésében a nagyobb kilengések időtartama hosszabb. A 2. ábrán levő görbe Friedreich-kórról van felvéve. Ebben az intentiós remegésben az egész rövid, 1—2 mm. magas lengések jóval rövidebb ideig tartanak, mint a magasabb kilengések. E mellett az egyenlő magas lengések sem egyenlő hosszúak. Így például a 2. sor legmagasabb lengése rövidebb ideig tart, mint a mellette levő, kissé alacsonyabb. Ugyanez a jelenség a 4. ábrán is látszik. Egynehány intentiós tremoresetben a kilengések gyakoribbak lesznek, a mikor megnagyobbodnak. Ez csak úgy lehetséges, ha felveszszük, hogy a gyorsabb reszketés egyszersmind nagyobb erővel történik.

A görbékről leolvasható, hogy a mozgás egy görbén belül eleinte lassúbb, azután fokozódik és a kilengések végén ismét lassúbb lesz. Ugyanilyen a visszafelé haladó lengés is. Ennek képe a görbe hegyének letompulása. Az ingalengés is ezen változásoknak van alávetve. Lefelé menéskor fokozódik a gyorsaság, felfelé haladáskor lassúbbodik.

A különböző hosszú ingák lengésideje úgy viszonylik egymáshoz, mint az inga hosszúságának négyzetgyökere. Ha az inga hossza 1, 4, 9, a lengésidő 1, 2, 3 lesz. A többségre nem áll ez, de kivételesen beválhatik. Például:

Ujj hossza 8 cm., 1 kilengés 0.077"

Felkar hossza 33 cm., 1 kilengés 0.166"

Felső végtag 60 cm., 1 kilengés ideje 0.5"

A felkar hossza ez esetben körülbelül négyszerese az ujjnak. A lengésidőnek tehát az inga törvénye szerint kétszeresnek kell lennie. Ez ebben az esetben meg is van. Többször nem így van. Sőt az egyenlő hosszú tagrészek reszketése különféle lehet. Különféle lehet ugyanazon egyén ugyanazon tagrészein is, más-más alkalommal, éppen úgy más-más egyéneken is, a kiken a méretek egyenlők. Így például a 3., 5. és 6. sz. eset a fent közölt ép sorozatban körülbelül egyenlő méretű végtagokkal bír és az egyes reszketés-számok mégis elütők.

Ezek szerint Boeri<sup>1</sup> állítása, mely szerint a kilengések magassága és hossza egymástól független és a durva meg finom kilengéseknek egyenlő az ideje, nem egyezik meg az én észleleteimmel, és ellent kell mondanom amaz állításának is, hogy a reszketés az inga törvényeinek van alávetve. Csak a magasság tekintetében kisebb fokban eltérő kilengések szoktak egyenlő hosszú ideig tartani.

Steinhausen<sup>2</sup> munkája eddig csak kivonatossan jelent meg. Eredményei több tekintetben egyeznek az enyémekkel, így például, mint már említettem, az a megfigyelése, hogy az ujjak szándékos oldalt mozgása kisebb mint a hajlítás és feszítés. Továbbá az a kijelentése, hogy a reszketés számát a tehetetlenségi momentum illetve a masszák elosztása a forgástengely körül határozza meg és hogy a különféle végtagrészek lengésszámainak különböző volta tisztán mechanikai okokon alapul, szintén megfelel felfogásomnak.

#### Összefoglalás.

A nagyon érzékeny berendezéssel történt grafikai felvételekből kiderül, hogy majdnem minden egészséges emberen lehet csekély reszketést, illetve ingadozást napfényre hozni az egyenesen tartott végtagon. *Egészséges emberen* a hosszabb és súlyosabb tagrészek lengése lassúbb, mint a rövid és könnyű tagrészeké. A kilengések száma egy másodperczenben a mutatóujjon 10—15, a kézen 9—13, az alkaron 4—8, a kifeszített egész felső végtagon 1.1—3, a hajlított alkarú felkaron 2.3—6, a kinyújtott alsó végtagon 1.5—3.2, a lábszáron 2—4, a lábon 10—12. A hosszabb ideig tartó lengés átlag magasabb, de egyenlő idő alatt is különféle magasak a ki-

lengések még ugyanazon emberen is. *Kóros esetben* eltérést leginkább az ujjon, kézen, alkaron találni, minthogy leginkább ezek reszketnek. A többi rész inkább leng. Ezekben az ép és kóros esetben nem igen van különbség. Ilyenkor a lengésszám egy másodperczen alatt átlag csökkent, azaz a lengés lassúbb rhythmusú. Az intentiós tremor hypertoniás görbéje hegyében legömbölyített, míg a többi magaslengésű tremoré hegyes. Ez volt észlelhető a vizsgált hypo- és hypertoniás esetekben, a petyhüdt bénulásban, Parkinson-kórban, alkoholismusban, dementia paralyticában, hysteriában és neurastheniában. Az egyes adatok nagyon különbözők ugyanazon bajban is, úgyannyira, hogy a nyert számok felső határa a rendes számig emelkedik, az átlagok különbségét az alsó számhatár alacsony volta adja. A kilengés magassága a hypotoniában és petyhüdt bénulásban körülbelül rendes, míg a többi esetben jóval magasabb. A hysteriás tremort a kilengések szabálytalansága jellemzi. A reszketés többnyire hajlító és feszítő irányban történik, ha azonban súlyok alkalmazásával a reszketést ez irányban lehetetlenné tesszük, a reszketés sok esetben más irányba csap át, például az alkaron a pronatio és supinatio irányába. Az ízületek és izmok berendezése a hajlítás-feszítés irányának kedvez leginkább és az ez irányú mozgás lehetetlenné teszi a más irányút. A hysteriás reszketést nagyfokú szabálytalanság jellemzi. Az egyik hysteriás beteg írása igen érdekes, a menyinyiben a nagy reszketés ellenére teljesen olvasható a négyoldalas levél. A toll vezetése tehát biztosnak mondható, a beteg annyi reszketést produkál, a mennyi kell, hogy a betűt kiczifrázza, de nem engedi annyira jutni, hogy levelét meg ne tudná írni, a mikor levelet írni akar.

*Akaratlagos mozgással* többnyire csak kisebb lengésszámot lehet elérni mint reszketéssel. A bal felső végtag ilyenkor lassabban mozog, mint a jobb, míg a reszketésben a két oldal közt ilyen különbség nincs. A szándékos mozgás egy irányban gyorsabban sikerül, mint a másikban, például az ujj oldalt mozgása lassúbb, mint a hajlítás-feszítés. Egészséges emberek lábclonus-utánzata percenként 5.5—8.5 mozgást végeztet, a valódi lábclonus 5—6.4 között ingadozik. Hyper- és hypotoniában, petyhüdt bénulásban a szándékos ily irányú mozgás átlag lassúbb. A valódi lábclonus igen szabályos, a szándékos és hysteriás inkább szabálytalan. Minthogy a pseudoclonus is szabálytalan, ez a körjelzőskor felhasználható. Súlylyal való megterhelés lassítja úgy a reszketést, mint az akaratlagos mozgást. Kivétel ez alól az ujj. Így a mutatóujj csekély súlylyal megterhelve gyorsabban mozgatható, mint súly nélkül, mert a csekély súly mintegy támasztást ad. Olyan esetben, a melyben reszketés nincs, sokszor a súlylyal való megterhelés reszketést vált ki. Ha a végtagrészt egy irányban lassan halad, körülbelül ugyanolyan számú reszketést találja rajta, mint a végtagrészt egyenes kinyújtásakor.

*Az egészséges emberen beidegzett izmon észlelhető csekély remegés a coordinatio élettani tökéletlenségéből származik.* Ez az élettani mozgástremor. A betegségben támadó nyugalmi reszketést az izomtonust fenntartó ideg ingerület megváltozása okozza; *a betegségben beidegzés alatt támadó reszketés (mozgástremor) coordinatio-hiba. A reszketés, melyet intentiósnek mondunk, hypertoniás alakja a mozgásreszketésnek.* A reszketés általában agykérgi eredetű, mert a mozgás impulzusai az agykéregtől származnak. Máshol székelő göczök esetén nem e göczökből indul ki a reszketés, hanem ezek a göczök okozzák az élettani reszketés olyan megváltozását, hogy a remegés a kilengések nagyobbodása folytán feltünővé válik. A Freusberg-féle reszketés átvágott gerincezelejű állaton reflectoros úton támad, mint a lábclonus. A reszketés és a kinyújtott végtagrészek ingása általában az agonista és antagonista izmok váltakozó összehúzódásából származik. Bizonyos speciális esetekben, például a felső végtag egyenes kinyújtása alatt, az egyik izomcsoport munkáját a nehézségerő helyettesítheti. Megszakított (Leduc) galvánárammal létrehozott izomtetanus görbéjén másodperczenként több (eddiggi kísérleteimben 10—11) apró kilengés van superponálva, a melyek száma az ingerek számától független. Ezen apró lengések létrehozásában az antagonista izmoknak nem lehet szerepük. A reszketés kilengéseinek száma nem származik az ideg inger gyengülésétől és nem áll összefüggésben a tetanust okozó egyes ingerek számával vagy e szám csökkenésével és az egyes kilengések nem egy-egy inger okozta rángásnak, hanem egy-egy tetanusnak felelnek meg. A kilengések száma leginkább a ki-

<sup>1</sup> Boeri: Riforma med., 1903. Ref. Mendels Jahresbericht. 350. I.

<sup>2</sup> Steinhausen: Zur Mechanik des Zitterns. Ref. Neurol. Centralbl., 1907. 927.



# Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst M./m.

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>Alumol.<br/>Antipyrin.<br/>Antistreptococcus-serum.<br/>Argonin.</p> | <h2>Novocain</h2> <p>egy új, minden izgató tünet nélkül ható helyi érzéstelenítő.</p> <h3>Legjobb cocainpótló szer.</h3> <p><b>Novocain</b> legalább 7-szer kevésbé mérgező mint annak pótlószerei. Sem a vérkeringést, légzést, sem pedig a szív-működést nem befolyásolja.<br/><b>Novocain</b> vízben könnyen oldható, oldatai forralás által sterilizálhatók és jól resorbálódnak.<br/><b>Novocain</b> nem okoz sem intoxiciót, sem szöveti pusztításokat, sem utófájdalmat.<br/><b>Novocain</b> kitűnő sikerrel alkalmaztatik medullaris anaesthesiánál és a helyi érzéstelenítés minden alakjánál.</p> | <p>Benzonaphtol.<br/>Benzosol.<br/>Dermatol.<br/>Diphtheria-gyógyserum.</p> |
|---|---|---|

## Syntheticus Suprarenin

a mellékvese ható elvének vegyi úton való előállítására.

A syntheticus suprarenin kitűnő teljes tisztasága, megbízható és állandó hatása, valamint oldatainak kiváló tartóssága által. Az esetről esetre szükségelt mennyiség melegítés által sterilizálható a nélkül, hogy hatásából veszítene. A syntheticus suprarenin tehát minden esetben az organikus mellékvese előtt előnyben részesül.

Rp.: Solut. Suprarenin. hydrochloric. synthetic.  
(1:1000) 5 és 10 cm.-es üvegcsekben.

## Trigemin

a közvetlen agyidegek fájdalmas izgalmainál kitűnően bevált analgetikum,

így trigeminus és occipitalis neuralgiáknál, fül-, fej- és fogfájásoknál. Specifikum periosztitis, pulpitis, neuritis, valamint ama fájdalomaknál, melyek a pulpa feltárására vagy étető pasták alkalmazása után szoktak fellépni.

Adagja: 2—3 gelatincapsula à 0.25 gm.

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>Bujasanol.<br/>Holocain.<br/>Hypnal.</p> | <h2>Valyl-gyöngyök</h2> <p>à 0.125 gm. Valyl csak a bélben oldódnak, s így a gyomorra, még a legérzékenyebb betegnél sincsen kellemetlen hatással. A Valyl fokozott mértékben bírja a gyökönke jellegzetes hatását és ideges zavaroknál mint kiváló ideg- és csillapítószer vált be. Különösen javalva van: hysteria, neurasthenia, szív- és idegneurosisok, zsábák, hőszámi zavarok, migraine, hypochondria, álmatlanság és asthma nervosum eseteiben.<br/>Kitűnően bevált mint antidysmenorrhoeicum; továbbá a terhesség és a klimakteriumban jelentkező panaszoknál. — Adagja: 2—3 Valyl-gyöngy 2—3-szor napjában. Minden eredeti üvegcsé 25 drb piros Valyl-gyöngyöt tartalmaz.</p> | <p>Lagtophenin.<br/>Lysidin.<br/>Meningococcus-Serum.</p> |
|---|---|---|

## Sajodin

kitűnően bevált jódkészítmény belső használatra.

A jódkáliák teljes értékű pótlószere, íztelen és szagtalan; még a jódkáliák iránt viseltetett idiosyncrasiánál is igen jól tűrik. Eredményesen használják arteriosclerosis, lues- és postsyphilitikus megbetegedéseknél, asthma bronchiale, chron. bronchitis stb.

Adagja: 2—4-szer napjában 2 tablettá, egy órával az étkezés után.  
Eredeti üvegcsek: 20 tablettá à 0.5 gm.

## Tumenol-Ammonium

pótolhatatlan szer az ekzemattherapiánál, valamint a viszkető bőrlöbök kezelésénél.

Mindennemű bőrbajnál sikeresen alkalmaztatott.

Tumenol-Ammonium vízben könnyen oldódik, nem mérgező, neutrálisan reagál, izgatási tünetet nem okoz.

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>Migraenin.<br/>Orthoform.<br/>Oxaphor.<br/>Pegnin.</p> | <h2>Pyramidon</h2> <p>legmegbízhatóbb antipyretikum és antineuralgikum; mindennemű lázak leküzdésénél, különösen gümőkóránál, typhusnál, influenzánál stb. alkalmaztatik. Adagja: 0.2—0.3 gm.<br/>Specificum fejfájások, idegzsábák, különösen trigeminuszsábák és hátgerinczbajosok lancináló fájdalmainál; sikerrel alkalmaztatott asthmás rohamok megszüntetésére és hőszámi zavarok ellen.<br/>Adagja: 0.3—0.5 gm.<br/><b>Salicylsavas Pyramidon,</b> kiváló fájdalomcsillapító zsábáknál, csúzos és köszvényes bajoknál. Adag: 0.5—0.75 gm.<br/><b>Savanyú kámforsavas Pyramidon,</b> (Pyramidon bicamphoric.) kitűnő eredménnyel használják phthisikusoknál a láz és izzadságelválasztás leküzdésére. Adag: 0.75—1.0 gm.</p> | <p>Sabromin.<br/>Tetanus-Antitoxin.<br/>Tuberkulin.<br/>Tussol.</p> |
|---|--|---|

## Anaesthesin

helybeli anaesthetikum, biztos, hosszantartó hatással, absolute nem izgató és nem mérgező, külső és belső használatra. Javalt mindennemű fájdalmas sebekenél és bőrlöbökönél, gümős és bujakóros gége- és légesőfekélyeknél, ulcus és carcinoma ventriculi, vomitus gravidarum, gyomorhyperaesthesia, tengeri betegség stb. eseteiben.

Adagja: 0.3—0.5 gm. napjában 1—3-szor.

## Albargin

(Gelatose és arg. nitricum vegyülete.)

Absolut biztos, erősen baktericid, de még sem izgató antigonorrhoeicum.

Sikeresen bevált a gonorrhoea heveny és idült alakjánál; hólyagosásnál, idült Highmorüreg-genyedéseknél, a vastagbél megbetegedésénél, a szemészeti gyakorlatban és mint prophylacticum 0.1—2.0% vizes oldatban.

Használata olcsó.

Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak.

A

**CHEMISCHE FABRIK**  
**DR. R. SCHEUBLE UND**  
**DR. A. HOCHSTETTER**  
 IN TRIBUSWINKEL BEI BADEN, NIEDER-OESTERR.

A jodoform  
 legújabb  
 legkitünőbb  
 pótszere

## NOVOJODIN

lényegében a **jod** és **formaldehyd** condensációs terméke, tartalmaz **32%** könnyen leválasztható jodot. Alkalmazható hintőpor, gaze, suspensio, valamint páczikák, suppositoriak és globuli alakjában. — Klinikailag többszörösen bevált sebtantisepicum mindenemlé genyes folyamatoknál, égési sebeknél, luetikus és venerikus daganatoknál, gümös sipolyoknál, gonorrhoeánál, endometritisnél.

Forgalomba kerül poralakban a receptura részére és 10 és 25 gm.-os hintődobozokban, valamint 20 és 33%-os gaze alakjában.

Ingermentes,  
 szagtalan,  
 olcsóbb a  
 jodoformnál

### Salimenthol

Legjobban bevált salicylkészítmény, antirheumaticum, antineuralgicum, béldesinficiens.

### Samol

15%-os Salimenthol-kenőes tubusokban. Kitünő antirheumaticum és antineuralgicum.

### Kurin

Mellékhatásoktól mentes hashajtószertablettákban. Szedése kellemes.

Irodalom és minták az orvos uraknak díjmentesen.

## DIGESTOL GLÜCK a legtokéletesebb emésztőpor!

Összetételénél fogva elősegíti az emésztést (natrium, carbonat, magn.-carbonat, natriumsulphat, kis mennyiségű phenolphalein, cetrarin stb.), de egyszersmind fokozza a bélműködést és cetrarin-tartalmánál fogva étvágyjavítólag is hat. Javalva van a gyomor és bél legkülönbözőbb bántalmainál, nehéz emésztés esetében, bélrenyheségnél, erjedési savak képződésénél, étvágytalanságnál stb. Adagja étkezés után egy késhegynyi, egész egy kávéskanálig.

## LIQUOR HYPNOBROMID comp. GLÜCK

tartalmazza az idegrendszerre csillapítólag ható megbízhatóbb szereket (paraldehyd, bromidok, opiumalkaloidok stb.), de a mellett semmi olyasmj benne nem foglalatik, mi a szívre káros lenne, vagy pedig még hosszabb alkalmazás mellett is a szervezetet károsan befolyásolná. Összhangzó vélemények szerint a legmegbízhatóbb, minden kellemetlen mellékhatástól ment, a betegek által szívesen vett specificum neurasthenia és hysteria eseteiben. E mellett kitünő altatószer és javalva van az idegrendszer izgalmi jelenségekkel összekötött bántalmainál. Adagja naponta három kávéskanálról három evőkanálig. Egy nagy üveg ára 5 korona. Kórházi csomagolás (orvos által expeditio simplex rendelendő) ára 2 korona.

Neuralgia, ischias, migrain, köszvény és rheumatikus megbetegedések különböző alakjainál modern orvosi szer a

## MENFOR

mely bedörzsölésre szolgáló, zsírtalan, száraz krém. Ható anyagai: Menthol 15%, Camphor 15%, Menthylium salicylicum 10%.

Ezen orvosi körökben különösen azon tulajdonságánál fogva lett kedvelté, mert vivő anyaga a ható szerek felszívódását gyorsan és biztosan elősegíti s hogy épen ezen oknál fogva oly betegeknek, a kiknél az izzasztó belső adagolása valamely oknál fogva contra-indikált, fenti tulajdonságánál fogva gyors és biztos lokális izzadást vált ki.

Rendelési módja: Rp. Menfor sec. Ursits tub. majorem vel minorem  
 D. S. külsőleg.

Egy nagy tubus 2 korona, egy kis tubus 1 korona. — Orvosi rendelre minden gyógyszerárban kapható.

Irodalommal és mintával készséggel szolgál:

**GLÜCK REZSŐ** GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA  
 „SZENT PÉTER” gyógyszerár.  
**BUDAPEST, VIII., RÁKÓCZI-TÉR 2. SZ.**

lengés magasságától függ, a mennyiben a magas kilengés hosszabb ideig tart. Minthogy az izom hypertoniás állapota (rugalmasságának megváltozása) a mozgást lassítja, ez által az élettani intenciós tremor lassabb rhythmusú és nagyobb kilengésű változata támad. A hypertonia tehát magában is okozhat kóros intenciós tremort. Ennek megfelelően hemiplegiában és más hypertoniás bajokban, ha a bénulás vagy merevgöres nagy foka nem teszi leletetlenné a mozgást, sokszor igen kifejezett intenciós reszketés található. Az intenciós tremor annyiban hasonlít a tabesos ataxiához, a mennyiben mind a kettő coordinatiozavar, de az utóbbi rhythmusosabb és a czélon túllövő mozgás benne sokkal kisebb fokú. A reszketés törvényei nem egyeznek meg az inga törvényeivel.

### Az Ehrlich-féle syphilis ellenes szerről.

A hely színén való tapasztalatszerzés vágya engem is arra készítetett, hogy Németországba utazzam. Első állomásom Breslau volt, a hol Neisser klinikáján elég alkalmam volt az új szerrel való bánásmódot megtanulni és hatását észlelni. Neisser, ez a komoly és nagy tudású ember, valamint segédje Kuznitsky dr., a legnagyobb higadtságú és a komoly tudás által korlátozott elővigyázattal végezték kísérleteiket, a legnagyobb gonddal válogatva össze eseteiket a „606“-tal való kezelésre.

Minden egyes esetben a legnagyobb pontossággal felvett kórtörténet, vérvizsgálat, a vizelet és az összes szervek gondos ellenőrzése előzte meg a kezelést.

1910 július 29.-én számolt be Neisser tapasztalatairól a „Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur“ orvosi szakosztályában, a hol az előadást a nagy számban megjelent orvosok döngő tapsal fogadták.

Az Ehrlich felfedezését megelőző eseményeket röviden vázolván, Schaudinn, Metschnikoff, Roux és Wassermann érdemeit felemlítve, megemlítette az atoxylyt, az arsacetint, a „418“-czal jelzett „arsenophenylglycin“-t, a melyek közül az utolsó már jelentékeny haladást mutatott hatás tekintetében, a nélkül, hogy káros mellékhatásai lettek volna.

Az a bámulatos kitaratás, melylyel Ehrlich kutatásait folytatta, hozta meg a „606“-os szer felfedezését, mely évtizedek óta folytatott tervszerű vizsgálatoknak és lépésről lépésre követett határozott elvnek az eredménye, megállapítva ez által a chemotherapiának diadalát.

A szer tudvalevőleg a „dioxydiamidoarsenobenzol“-nak chlorhydratja. Míg az arsenophenylglycin a trypanosomák iránt viselkedik nagy affinitással, addig a „606“ olyan vegyület, mely kiválóan a „spirillumokra“ és a „spirochaetákra“ hat; a szer tehát „spirillotrop“ és mint a tapasztalatok mutatják, csak kis fokban „organotrop“.

Ehrlich maga mondja, hogy nagy reménye van arra, miszerint sikerülni fog neki a szer toxicitását még lejjebb szállítani, úgy hogy esetleg egy adaggal az összes parasitákat el tudjuk ölni. Neisser több mint 100 esetben alkalmazta a szert, melyek közül a legrégibbi esetek 13—14 hetesek voltak. Természetes, hogy a végleges gyógyíthatásról eddig még nem lehet nyilatkozni, már csak azért sem, mert eleinte csak kis adagokkal mertek dolgozni; de a tapasztalatok úgy mutatják, hogy a szer adagait fokozni lehet majd, és akkor közelebb jutunk a szervezet „sterilizéséhez“.

A szer hatása bámulatos a látható lueses elváltozásokra. Az elsődleges affectiók gyorsan gyógyulnak, induratiójuk kisebb lesz, és spirochaeták gyakran már 24 óra múlva eltűnnek; a maculosus és papulosus syphilidek elhalványodnak és sorvadnak; a plaque muqueuse-ök eltűnnek; a beszűrődött mirigyek megpuhulnak és kisebbek lesznek; a gummák megkisebbednek és fájdalomtalanok lesznek; a rosszindulatú fekélyek pár nap alatt megtisztulva gyógyulásnak indulnak, sőt az agysyphilis tünetei is csakhamar tisztulnak. Így tehát a szer magára a pathologia-anatomiai folyamatra van behatással. Kivételek azonban már eddig is mutatkoztak, így némely esetben a spirochaeták a 10. napon még jelen voltak; tertiar esetek néha nagyon nehezen indultak javulásnak és a gyógyulás igen lassan haladt előre; keratitis parenchymatosa ellen pedig a szer nem hatott. Tekintetbe veendőik ilyen esetekben az adag esetleg kicsiny volta, és a megtámadt hely

vérkeringési viszonyai; nem szabad arról sem megfeledkezni, hogy fontos, vajjon a szert oldott vagy oldatlan állapotban alkalmaztuk-e, vagy pedig, hogy a szert hol vittük be a szervezetbe. Recidivák is mutatkoztak, de ezen esetekben még kis adagokat alkalmaztak.

A Wassermann-reactio változása Neisser-nél nem oly kedvező, mint másoknál, átlag 44<sup>o</sup>/<sub>o</sub>; legtöbbször 3—4 hét múlva lett a reactio negativ, persze ez esetekben is az adag nagysága még 0·3 vagy 0·4 volt. A reactio negativvá való változása csak akkor mérvadó, ha állandó; mert való, hogy kénesekezelésnél még hónapok múlva is újra positivvá válhatik a Wassermann. Ilyen szempontból Neisser-nek 3 esete van, melyekben feltételezhető, hogy a szer egyszeri alkalmazása után a gyógyulás bekövetkezett. Átlag legtöbb remény van a gyógyulásra, minél korábban jut a beteg az infectio után kezelés alá. A szer bevétele vagy intravenásan, vagy az izmok közé történik. Neisser a gluteális tájba fecskendezi be a szert, lehetőleg felül és kívül, nehogy az üldőideg mellé jusson az esetleges infiltratio.

Sok függ attól, hogy a folyadékot pontosan és jól készítsük el, a mennyiben a közömbös vegyhatású és finom suspensio befecskendezése kevésbé fájdalmas. A szer nagy és jó hatása mellett az esetleges helyi kellemetlenségek alig bírnak fontossággal, és a néha jelentkező láz stb. csakhamar elmúlik. Lehet, hogy a lázat, vagy esetleges hányást a szer bevétele következtében képződött „endotoxinok“ okozzák. E felfogás mellett szól az is, hogy néha a befecskendezés után roseolák mutatkoznak és hogy maculosus vagy papulosus folyamatok meglóbosodnak.

Neisser más szervekre gyakorolt rossz hatást nem látott, sőt elmondja, hogy a betegek általános subjectiv jóérzése gyakran javult és hogy a testsúly gyarapodott. Az általános reaction — a spirochaeták elhalásán és elpusztításán — kívül a szer egyes esetekben a gerinczagyra is hat, mint azt egy tabes-esetben látták, a midőn az incontinentia urinae megszűnt, sőt az addig már régóta hiányzott erectio is mutatkozott. A szernek a parasitákra való közvetlen hatását állatkísérletek is igazolták. Ezek az állatkísérletek még az okból is fontosak, mert feltehető, hogy a szernek a farizomzatba való bevétele esetén a suspendált folyadékból nagy rész beraktározva maradván, az esetleg még életképes spirochaeták szaporodását megakadályozza és így a recidivák keletkezését is meggátolja egy ideig. A befecskendezés helyén visszamaradó arsen mennyisége tekintetbe jöhet akkor, ha a szernek új beviteléről van szó. A tapasztalatok szerint bizonyos idő — 3—4 hét — múlva, ha szükséges, a szernek újlag való bevitelétől a szervezetbe nem kell félni.

Összefoglalva az elmondottakat, Neisser szerint, ha valamely különös contraindicatio, például valamely szerv parenchymatösus elváltozása nincs jelen, akkor minden syphilisnek ajánlható a „606“-tal való kezelés.

Az úgynevezett „latens“ esetek is alkalmasak a „606“-tal való kezelésre, annál inkább, mert az ellenőrzést a vér vizsgálatával megejthetjük, sőt a nem teljesen biztos esetekben sem árthatunk az Ehrlich szerével való kezeléssel; ott pedig, a hol idiosyncrasia van a kénesevel szemben, a „606“-ot alkalmazni kell.

A tabesre és paralysisre nézve a dolog természeténél fogva nem lehet nyilatkozni; de nincs kizárva, hogy a paralysis keletkezése korlátozva lesz. Tabes esetében, a hol a degenerativ elváltozások minden antilueses kezelés mellett is előhaladnak, az új szer sem fog változást létrehozni; ha azonban a degenerativ folyamat még nem kezdődött meg, megkísérlendő a 606-tal való kezelés. Úgyelni kell azonban arra, hogy vajjon a már elfajult idegállománynak az arsen bevitelével nem ártunk-e.

A „606“-tal való kezeléskor az eddigi antilueses szerek használata is igénybe vehető, főleg ha gyors gyógyításra van okvetlenül szükségünk; éppen úgy gyakran ajánlatos a helyi lueses elváltozások lokális kezelése.

Neisser eddig eleinte kisebb, az én otlétem ideje alatt már 0·5 és 0·6-es, sőt az utolsó napokban már 0·7-es adagot használt, a nélkül, hogy valamely kellemetlen mellékhatást észlelt volna. Egy eset megemlítését érdemesnek tartom: 42 éves nő, a homlok jobb felén kis gyermektenyérynnyi, mély, piszkos lepedékkel bevont lueses fekélylyel. Július 16.-án kapott intravenásan 0·6-et 20 cm<sup>3</sup> oldatban. A beteg állítása szerint az addig állandó nagy fejfájás az injectio után 1 órával teljesen megszűnt. Maga a

fekély harmadnapra már tisztulni kezdett, szélei lelaposodtak és környékének lobos volta visszafejlődött.

Psoriasis, neurodermitis chronica és leukaemia ellen a szer nem hatott.

A gyökeres és abortív-kezelés lehetősége nem teszi lehetővé olyan egyéneknek a „606“-tal való időközönkénti kezelését, akik a lueses fertőzés eshetőségének gyakran és könnyen teszik ki magukat. Ez a lehetőség nagy horderejű lehet a puella publicánál.

Ugyancsak nagyfontosságú lesz az Ehrlich-féle szer az életbiztosítás terén, a hol tudvalevőleg a szerzett syphilis erősen gátló körülmény. Közel fekvő gondolat az, hogy ha valaki ezzel a szerrel alapos kezelésnek veti magát alá, akkor a biztosító társaságok esetleg simán, vagy kisebb megszorításokkal fogják a biztosítást elfogadni.

Berlinben Wechslemanál ugyancsak sok „606“-tal kezelt esetet láttam. Nagyon szépen gyógyuló esetek mellett néhány recidivált esetet is volt alkalmam látni. Wechselmann most a scapula csúcsa alatt a bőr alá fecskendezi be a 8—10 cm<sup>3</sup>-re redukált suspensiót, de az injectio helyén még napok múlva is marad meglehetősen nagy infiltratio, a mely sok esetben fájdalmas. Maga Wechselmann a szerrel szemben sokkal nagyobb optimista, mint Neisser és azt mondja, hogy a szert most már mindenki kezébe lehet adni. Ezt nagyon liberális felfogásnak tartom, és legalább is annyira redukálnám, hogy csak az vállalhatja a szerrel való kezelést, aki a lues körjelzésében alapos gyakorlattal bírván, a szernek a használatra való elkészítésében és alkalmazásában is megszerezte a kellő jártasságot és e mellett betegeit kellő módon észlelheti és ellenőrizheti.

Végül Ehrlich-hel értekeztem Frankfurt-ban. A nagy tudós a legszivesebb ember, aki hihetetlen módon van elfoglalva. A sok személyesen, a világ minden részéből jelentkező orvosok a rengeteg sok átirat és levél, alig engednek időt neki, hogy munkásságát zavartalanul folytathassa; és mind e nagy elfoglaltsága mellett minden orvossal személyesen tárgyal, és iparkodik az illetőt szerezni annak hatása felől felvilágosítani; egyúttal, a hol lehet, a szer hatása felől igyekszik értesülést szerezni. Úgy mondta, hogy célszerű volna hosszú tüvel ellátott fecskendőt használni és lassanként a tűt visszahúzva, lépcsőzetesen befecskendezni a szert és az egész befecskendezés helyét erősen masszálni, hogy a szerből minél több és minél gyorsabban jusson a szervezetbe.

Habár a szernek a befecskendezésre való elkészítését már sokszor tárgyalták, ennek a pontos eszközlezését talán nem felesleges elmondani:

1. A „606“ port 15%-os natronlúggal porcelláncsészében addig dörzsöljük el, míg minden részecskéje oldódott. A natronlúgot cseppenként adjuk folytonosan hozzá. 2. Azután cseppenként jégcseppet adunk hozzá, folytonos eldörzsölés közben, míg világossárga pép keletkezik. 3. Ezt a pépet steril, destillált vízzel hígítjuk fel, szintén folytonos dörzsölés közepette, a míg egyöntetű, finom suspensio (emulsio) keletkezik. E célra átlag 4—5 cm<sup>3</sup> víz elegendő. Vigyázni kell arra, hogy mindannyiszor valamennyi részecske pontosan el legyen használva. 4. Ezt a finom emulsiót kis széles steril hengertüvegbe öntjük, a visszamaradt tapadó részecskéket steril destillált vízzel leöblítve (úgy hogy legfeljebb még 1—3 cm<sup>3</sup> vizet használjunk el) utána töltjük. 5. Hegyes, steril kis üvegbottal a vegyhatást kémleljük reagenspáron. Normális ecetsavat vagy normális natronlúgot cseppentünk hozzá szükség szerint addig, a míg a folyadék nagyon gyengén alkaliás vagy éppen közömbös lesz. Az ilyen gyengén alkaliás állapotban a szer befecskendezése kevésbé fájdalmas és gyorsabb hatású. A folyadék illetve suspensio közömbösítése phenolphthalein-oldattal esetleg gyorsabban sikerül.

Minden egyes esetben az emulsiót külön kell készíteni és azonnal befecskendezni.

A szükséges üvegek, a csészék stb. mind a legnagyobb fokban tiszták és sterilek legyenek.

Ha a befecskendezéskor még a köteles sebészeti tisztaságot is alkalmazzuk, akkor baj nem lesz a befecskendezés helyén.

Neisser intézetében egy jeligét olvastam, mely jellemző a német alapos munkásságra:

„Spare. lerne, leiste was,  
Dann hast du, kannst du,  
Bist du was“.

Valóban úgy van, a komoly munkásság, a kitartó szorgalom és mértékletes életmód mindig meghozza a jó gyümölcsöt. Reméljük, hogy Ehrlich olyan szerrel ajándékozta meg az emberiséget, melynek óriási szociális fontosságát talán mi orvosok sem tudjuk még ma eléggé méltányolni.

Ungár Gyula dr.

## IRODALOM-SZEMLÉ.

### Könyvismertetés.

Anton: *Über krankhafte moralische Abartung im Kindesalter und über den Heilwert der Affekte.* Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. 30 lap.

A kóros erkölcsi elfajulás már közel száz esztendeje élénk vita tárgya, a nélkül, hogy a szerzők egyöntetű megállapodásra jutottak volna. Többféle elmélet és rendellenes fejlődést ismerünk, a hol főképpen azon érzelmek és kedélyizgalmakkóros elfajulása vagy hiánya praedominál, melyek feltétlenül szükségesek az emberi együttéléshez, vagy a melyek ezen együttélés folytán fejlődnek ki.

Ezen állapotot Prichard (1835) „moral insanity“-nek nevezte el, mások különböző elnevezést ajánlottak, de egy sem vált közülük általánossá. A moral insanity tárgyalásakor a vita tárgya főképpen a szellemi fejlődés volt. Míg egyes neves szerzők azon nézetet vallották, hogy a kóros erkölcsi elfajulást mindenkor bizonyos gyengeelméjűség kíséri és azért a kóros elmeegyensúly sorába osztották, addig mások azt hangoztatták, hogy súlyosabb természetű erkölcsi elfajulás is lehetséges, a nélkül, hogy kimutatható elmeegyensúly lépne előtérbe. A szerző nézete szerint a gyengeelméjűség egyes esetekben alig mutatható ki és e fogalom körét nagyon ki kellene tágítani, ha minden ilyen esetet ide akarnánk sorozni, holott mostanában Ziehen nyomán a dementia határát szűkebbre vonjuk.

Érdekes megfigyelés, hogy e betegség egyes szellemi képességeket erősebben támad meg mint másokat. Így például az optikai emlékezés és optikai fantázia külön-külön is megbetegedhet. Hasonlóképpen észlelhetjük, hogy a reproductio zavara mellett a következtetés és deductio még elég könnyen sikerülhet. Egész sereg betegséget ismerünk, melyben a régebbi idő óta fennálló jellemváltozást csak hosszabb idő múlva követi a felfogás és emlékezőképesség zavara. E jelenségeket mutatják a mania enyhébb alakjai, az aggsági megbetegedések, a paralysis kezdeti szakai, az epilepsia, az alkoholos és más mérgezések alapján fejlődő elmezavarok és a koponyasérüléseket követő elmebajok.

Az erkölcsi elfajulás e szerzett alakjai könnyebben ismerhetők fel, mint a gyermekkori óta fennálló. Ugyanis az előbbi megbetegedések megítélésére kellő alapot nyújt a jelenlegi és régebbi állapot összehasonlítása és a jellemváltozás foka a betegség fokára is rámutat. Ezzel szemben a veleszületett erkölcsi elfajulás megítélése sok nehézségbe ütközik. Tagadhatatlan ugyan, hogy a rossz nevelés és kedvezőtlen viszonyok korai és kóros erkölcsi züllést, bűnösségi hajlamot és aggressív viselkedést váltanak ki, de viszont kétségtelen, hogy vannak olyan gyermekek is, akiknek a legjobb nevelés ellenére a szociális és etikai érzésük és az „emberi együttérzésük“ (vagyis hogy embertársaik örömeivel, bajával együtt érezzenek) elfajul.

E gyermekek többnyire szellemileg beteg, iszákos vagy epilepsziás szülőktől származnak és e terheltség többnyire mindkét születtől ered (cumulativ jellegű). Tagadhatatlan azonban, hogy egészséges szülők gyermekei is lehetnek elfajultak. E gyermekek fékezhetetlenek, aggressívek, ingerlékenyek, javíthatatlanok, kóborlásra, lopásra, hazudozásra hajlamosok. „Magasabb érzelmek“ iránt fogékotlanok, nem tudnak az emberi együttérzés magaslátára emelkedni. Kóros impulzivitás fékezhetetlen ösztönökkel, affectusok gyors és indokolatlan változása és nagyfokú suggestibilitás jellemzi

ez egyéneket. Az iskola, illetve társadalmi élet rémei és különösen a pubertas idejében, az „élet április szakában“ jelentkeznek e tünetek. Ilyen egyének csak saját társaságukban érzik jól magukat és csakhamar titkos társaságot alakítanak. A szellemi képességük többé-kevésbé fogyatékos, de ez nem minden esetben mutatható ki, sőt gyakran feltűnő ügyeskedés, ravaszság és rutinosság jellemzi őket. Egyik-másik irányban esetleg talentumok, de az általános ismeretek elsajátítására képtelenek, a velük történekből nem vonnak le helyes következtetést és úgyszólván „szellemi rövidlátók“, a kik csak a közeli czélokot látják. Gyakran már kora ifjúságtól inerciálisak, minthogy teljesen képtelenek az önfékezésre és affectusok irányítására. Minthogy az erősebb színezetű affectusokat más színezetű affectusok kedvezően befolyásolhatják vagy kiegyenlíthetik, azért a psychés gyógykezeléskor az affectusok egymásra való hatását tekintetbe kell venni. Ilyen értelemben beszélhetünk az affectusok gyógyító befolyásáról, melyet e betegekben is megkísérlelhetünk.

Az imént elősorolt tünetek nagy része fellelhető a katatonia enyhébb alakjaiban is és valószínűleg régebben a moral insanity neve alá sorolt esetek egy része a katatoniahhoz tartozik. Annyi mindenesetre bizonyos, hogy e betegség ugyanolyan, vagy legalább hasonló tüneteket vonhat maga után.

Anton végeredményben azon következtetésre jut, hogy bár a moral insanity néven különböző kórformákat foglaltak össze, mégis kétségtelen, hogy vannak oly megbetegedések, melyek főképpen és electív módon az érzelem és kedélyvilág körét és az azokból eredő cselekedeteket érintik.

Goldberger Márk dr.

**Új könyvek.** *M. Lewandowsky*: Handbuch der Neurologie. I. Band. Allgemeine Neurologie. Berlin, J. Springer. 68 m. — *Steinhausen*: Nervensystem und Insolation. Berlin, A. Hirschwald. 4 m. — *A. Laqueur*: Die Praxis der Hydrotherapie und verwandter Heilmethoden. Berlin, J. Springer. 8 m. — *M. Kahane*: Die Arztheilung der Gegenwart. Wien, Urban und Schwarzenberg. 9 m. — *F. Scholz*: Grundriss der Mechanotherapie (Massage und Gymnastik). Jena, G. Fischer. 4 m. — *Klassiker der Medizin. Bd. I. William Harvey*: Die Bewegung des Herzens und des Blutes. 3.20 m. Bd. II. *Joh. Christ. Reil*: Von der Lebenskraft. 2.80 m. Bd. III. *Jacob Henle*: Von den Miasmen und contagiis und von den miasmatisch-contagiösen Krankheiten. 2.40 m. Bd. IV. *Helmholtz*: Beschreibung eines Augenspiegels zur Untersuchung der Netzhaut im lebenden Auge. 1.20 m. Leipzig, J. A. Barth. — *A. Brandweiner*: Die Hautkrankheiten des Kindesalters. Wien, F. Deuticke. 8 m. — *R. Gaupp*: Psychologie des Kindes. 2. Auflage. Leipzig, B. G. Teubner. 1.25 m. — *E. Laurent*: Das Virulenzproblem der pathogenen Bakterien. Jena, G. Fischer. 30 m. — *R. Bernert*: Kardiale Dispnoe. Wien, F. Deuticke. 3 m. — *M. Mühlmann*: Das Altern und der physiologische Tod. Jena, G. Fischer. 1.20 m. — *R. Oppenheimer*: Urologische Operationslehre. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 24 m. — *E. Ehrhardt*: Die in der Chirurgie gebräuchlichen Nichte und Knoten in historischer Darstellung. Leipzig, J. A. Barth. 1.50 m. — *F. Pinkus*: Haut- und Geschlechtskrankheiten. Leipzig, W. Klinkhardt. 7 m. — *K. Bonhoeffer*: Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen. Wien, F. Deuticke. 3.60 m. — *E. Schultze*: Chronische progressive Chorea. Leipzig, J. A. Barth. 1.50 m. — *Bischoff, Hoffmann und Schwicning*: Lehrbuch der Militärhygiene. Berlin, A. Hirschwald. 14 m. — *Fr. Veronesi*: Versuch einer Physiologie des Schlafes und des Traumes. Wien, F. Deuticke. 2 m. — *H. Schall und A. Heisler*: Die Praxis der Ernährungstherapie der Zuckerkrankheit. Würzburg, C. Kabitzsch. 1.70 m. — *Th. Rosenheim*: Die Erkrankungen der Flexura sigmoidea. Halle, C. Marhold. 1.80 m. — *D. Rothschild*: Das Tuberculin in der Hand des praktischen Arztes. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1.20 m. — *O. Ringleb*: Das Kystoskop. Eine Studie seiner optischen und mechanischen Einrichtung und seiner Geschichte. Leipzig, W. Klinkhardt. 7.50 m. — *A. Haig*: Harnsäure als ein Faktor bei der Entstehung von Krankheiten. 2. deutsche Ausgabe. Berlin, O. Salle. 12 m. — *F. Buttersack*: Die Elastizität eine Grundfunktion des Lebens. Stuttgart, F. Enke. 5.40 m. — *St. Leduc*: Théorie physico-chimique de la vie et générations spontanées. Paris, A. Poinat. 5 fr. — *J. Rennes*: Traité de l'inspection des viandes de boucherie. Paris, Masson et comp. 15 fr. — *J. Lucas-Championnière*: Précis du traitement des fractures par le massage et la mobilisation. Paris, G. Steinheil. 3.50 fr.

**Lapszemle.**

**Általános kortan.**

A bilirubin kimutatására új próbát ajánl Günther, a bonni egyetemi poliklinika segédje. Ezen próba sokkal érzékenyebb, mint az eddig használatosak, a mennyiben 1:100,000 hígítású bilirubinnal még kifejezetten pozitív eredményt ad. Következésképpen végzendő: mintegy 5 cm<sup>3</sup> jégvizet kevés Merck-féle magnesium-

perhydrolal (legfeljebb 5 milligramm) összekeverve, kémlecsőben felforralunk s most beléteszszük a vizsgálandó vizeletet, még pedig sötét, icterusos vizeletből natronlúggal erősen alkálissá tevés után néhány cseppet, világos, alkális vizeletből 5—10 cm<sup>3</sup>-t. Bilirubin jelenlétében vagy tüstént, vagy újból rövid fölhevítés után smaragd-zöld színeződés áll be. Nagyon kevés bilirubin jelenléte esetén is felismerhető a zöld szín, ha a kémlecsőbe felülről nézünk be. Minthogy ez a zöld festék chloroformban oldódik, kevés bilirubin jelenléte esetén 1—2 cm<sup>3</sup> chloroformmal való extractióval feltűnőbbé tehető a zöld szín. (Medizinische Klinik, 1910. 27. szám.)

**Belorvostan.**

A typhus abdominalis ellen való vaccinatio. *H. Vincent* számos kísérlet eredményeképpen mutatta be a párisi orvosi akadémiának a javaslatba hozott legkülönbözőbb oltóanyagokkal elért eredményeit; arra a végkövetkeztetésre jutott, hogy a leghatékonyabb a meg nem ölt typhusbacillusokból álló vaccina. Az 53—55°-on előlt tenyészet vagy a typhusbacillusok autolysatumata egyforma hatásfokkal bír.

Az élő bacillusok azonban, még ha virulentiájuk gyengített is, veszélyesek, mert praedisponált egyéneket typhus abdominalist okozhatnak, vagy a velük oltott egyének a bacillushordozó kellemetlen tulajdonságait vehetik fel. Az előlt bacillusokból készült vaccinák (*Wright, Leishman, Pfeiffer, Kolle*) bár ártalmatlanok, mégis igen erős helyi, vagy kellemetlen általános reactiót válthatnak ki.

Ez okból *Vincent* azt ajánlja, hogy élő bacillusok autolysatumat (physiologias konyhasóoldatban) használjuk, az autolysatumot centrifugálással és kirázással tisztítva és csirtalanítva, aetherrel keverve kell eltartani, mely utóbbitól az oldat használatkor pár percnyi 37 C°-on való párologtatással könnyen megszabadítható. Az ily módon készült vaccina állatokon igen hathatósan bizonyult. *Vincent* erre az ember immunizálását kísérte meg. Egy polyvalens, 8 typhus- és paratyphus törzsből készült vaccinnal 13 felnőttnél egyénnél oltott be az oldal bőre alatt. Az oltások csak csekély helyi érzékenységgel jártak, láz egyáltalán nem jelentkezett. 8—10 napi időközökben végzett, összesen négy oltásból állott a kezelés. Minthogy a vaccina a jelenölt typhus- és paratyphusbacillusok endo- és exotoxinjait, tehát a biologiailag legfontosabb és leghatékonyabb részeit tartalmazta, könnyen érthető, hogy az oltott állatok és emberek testnedveiben a védő- és ellenanyagok igen felszaporodtak, ideértve a vérsavó agglutináló képességét is, noha ez utóbbi az immunitás fokával nem áll arányban.

A vérnek bakteriolyticus tulajdonsága szintén igen nagyfokúvá lesz. Ha az ilyen módon vaccinált ember vérsavóját typhusbacillus tenyésztéssel hozzuk össze, rövid időn belül a bacillusok megvékonyodnak, majd szemcséssé lesznek és végül teljesen felismerhetetlenné válnak. A vaccináltak vére 1/1000 hígításban mindig teljes lysist mutat; de oldást még 1/2000, sőt 1/5000 hígításban is lehet látni nyomokban. Ez tehát azt bizonyítja, hogy ez eljárással a szervezet, illetve a vérsavó specifikus védőanyagai rendkívüli módon szaporíthatók.

E vaccina előnyei: 1. hogy nem bír negativ phassissal, 2. készítésekor hevítésnek nincs kitéve, 3. antisepticumokat nem tartalmaz, így hatékonysága mindig azonos marad, 4. tiszta, 5. könnyen szivódik fel és lázat vagy fájdalmat nem okoz. Mivel polyvalens, a paratyphusfertőzésekkel szemben is immunitást ad.

Tekintetbe véve az alkalmazása után jelentkező rendkívül bőséges antitestképződést, a typhus megelőzésére rendkívül hasznos szolgálatokat tehet. (La Clinique Infantile, 1910. 14. szám.)

Bókay Zoltán dr.

A gerincoszlop kopogtatásának értékét a tracheobronchialis mirigyek gümőkórjának megállapítására *Michalovics* is vizsgálta Escherich tanár klinikáján. Vizsgálatait egyrészt bonczolással, másrészt Röntgen-vizsgálattal ellenőrizte és tapasztalatait a következőkben foglalja össze: Egészséges gyermekek gerincoszlopa felett a 7. nyakcsigolyától kezdve teljesen éles, az V.—VI. hátszigolyától kezdve tompult a kopogtatási hang. A tracheobronchialis mirigyek gümőkórja esetén leggyakrabban az 1—5. hátszigolya felett kapott tompulatot. A gerincoszlop kopogtatási lelete szinte matematikai pontossággal egyezik a bonczolás alkalmával

láthatóval. A tompulat nagysága s élénksége megfelel a boncsolás-tani elváltozásnak. A gerincoszlop tompulata csak pozitív Pirquet-vagy Escherich-reactio esetén szól a mirigyek gümőkóros megnagyobbodása mellett. A bronchialis mirigyek gümőkórjának diagnózisában a gerincoszlop kopogtatása egyike a legbiztosabb eljárásoknak. A tompulat nem állandó, nagyobbodhatik, elmulhatik. A vizsgálat a hörgőmirigyek megnagyobbodásának korai diagnózisát teheti lehetővé, oly esetekben is, melyekben a Röntgen-vizsgálat nem ad pozitív eredményt. A szív tágult volta, cor bovinum nem okoz a hörgőmirigyek táján tompulatot, mérsékelt fokú skoliosis és kyphosis a esigolyatetek épsége esetén szintén nem csökkenti a gerincoszlop kopogtatásának értékét. (Jahrb. f. Kinderheilkunde, 1910. I. füzet.)

Ország.

### Sebészet.

**A typhusperforatio felismerésének nehézségeiről** ír *A. O. Whiting*. A legállandóbb symptoma, a fájdalom, sokszor hiányzik, az apathiás beteg nem jelzi vagy localisatiója egész különös (például penis, here); a hányás is, melyet *Murphy* állandó jelnek mond, sokszor hiányzik. A hőmérsék leesése sem észleltetett állandóan, különben is csak közvetlen a perforatio után van jelen, később a kezdődő peritonitis folytán inkább emelkedik mint süllyed. Collapsus és izzadás elég sokszor van jelen, de nem az esetek többségében. Érzékenység és merevség a hasizomzatban rendszerint jelen van perforatio esetén, de perforatio nélkül is akárhányszor van érzékenység és rigiditás is a hasfalon, az utóbbi különösen durvább palpatio esetén szokott jelentkezni. A pulszszám rendszerint emelkedik, maga a pulsus gyengül, fonalszerű lesz, de nem minden esetben következik ez be közvetlen a perforatio után. Az arezkifejezés megváltozása perforatio esetén, különösen súlyosan toxikus betegeken, szintén nem észlelhető. A leukocytosis sem ad megbízható támpontot. Általában egy symptoma sines, mely teljesen megbízható volna, mindazonáltal a typhus szabályos menetének minden megzavarása alkalmával perforatióra kell gyanakodnunk, és ha a zavarnak más okát kimutatni nem tudjuk, perforatiót kell felvinnünk. Kora operációval sok elveszett élet volna megmenthető. A philadelphiai német kórházban 18 műtét történt typhusperforatio gyanuja miatt, 2-ben nem találtak perforatiót. Az operáltak közül 11 meghalt, 7 gyógyult. (Annals of surgery, 1910. május.) *P.*

**Bronchiectasiának extrapleurális thoracoplasticával gyógyított esetéről** ír *Luxembourg*. A fiatal és különben erőteljes nő 2 év óta fennálló baloldali kiterjedt bronchiectasiában szenved, melyek kinzó, folytonos köhögéssel, bő köpettel és lázzal járnak. Nitrogenbefúvás után a mellüregbe a láz elmarad, azonban a többi tünet nem. Az 1—7. borda extrapleurális resectiója kombinálva a kulcsont osteotomiájával és apicolysis-sal, a bal tüdő úgyszólván teljes collapsusára vezettek és ez gyógyulást hozott, a subjectív tünetek jelentékenyen megjavultak, alig van pár köbcentiméter köpet. A kulcsont eltörését és az apicolysist lényeges momentumnak tartja, éppen úgy a bordaperiost visszahagyását, a mi a mellkas utólagos megszilárdulása szempontjából előnyös és fontos. (Mittheilungen a. d. Grenzgeb., XXI. kötet.) *P.*

**Traumás eredetű appendicitis esetét** közli *Pohl* (Warnbrunn). Esetében egy gázmotor a beteg jobb hypochondriumát megsértette. Az óriási fájdalom, a beteg elesettsége, a szopora pulsus korai műtétet javalt. A trauma után körülbelül 20 órával végzett műtét kiderítette, hogy a  $8\frac{1}{2}$  cm. hosszú appendix kb.  $1\frac{1}{2}$  cm.-re eredése alatt perforált és az appendix végét genyes fibrinlepedék fedte. Az appendix végének nyálkahártyája lobosan duzzadt. A leletet *Pohl* úgy értelmezi, hogy a trauma folytán az appendix tapadásához közel megrepedt; az appendix tartalmát a külső behatás az appendix csücske felé szorította, a nyálkahártya ott berepedt és így keletkezett az appendix csücske körül a genyes fibrosus gyuladás. A beteg a műtét után gyógyult. (Centralblatt für Chirurgie, 1910. 13. szám.)

Gergő.

**Novojodinnal szerzett tapasztalatait** közli *E. L. Fieber* (Wien). A készítmény lényeges alkotórésze jod és formaldehyd, világosbarna, teljesen szagtalan por, a mely csak oliva- vagy paraffinolaj, glycerin vagy collodium hozzáadásával suspendálható, de fel nem oldható. A készítmény fractionálás útján sterilizálható bomlás

veszélye nélkül és így sterilizálva kerül már forgalomba. Nagyobb számú kísérletek *Fieber*-t a novojodin következő előnyeiről győzték meg: a készítmény erősen baktericid, a mellett nem mérgező; jól desodorál, erősen szárit és izgató hatása nincsen. A készítmény részben hintőpor, részben gaze vagy emulsió alakjában alkalmazható; *Fieber* szerint tehát a novojodin a jodoformnak igen használható pótszere. (Centralblatt für Chirurgie, 1910. 19. szám.)

Gergő.

### Gyermekorvostan.

**A csukamájolaj hatását az angolkőrre és spasmophiliathesisre** vizsgálta *Rosenstern* Finkelstein berlini intézetében. A gyermekkori gyógyszeres és diatés beavatkozások közül alkalmazásának gyakoriságát illetőleg ma talán az összes készítmények közt a csukamájolajot illeti meg az első hely. Mint népies szer régóta ismeretes, 1822-ben vették be a német gyógyszercikkek közé, *Trousseau* már melegen ajánlja angolkőr ellen s mégis soká kellett küzdenie az exact tudományosság scepticismusával, mely benne csak zsirt látott, míg *Kassowitz* phosphorral kombinálva igen kiterjedt megfigyelések alapján az angolkőr és tetania ellen mint specificumot ajánlotta és így a szélesebb gyermekorvosi körökbe is bevezette. Azóta a phosphoros csukamájolaj annyira közkedveltségnek örvend, hogy igen kevés gyermek akad, a ki életében legalább egy ideig ne használt volna csukamájolajat.

Ennek ellenére végleges egyöntetű vélemény a hatását illetőleg mégsem alakult ki s a gyermekorvosi tankönyvekben is a legkülönbözőbb véleményekkel találkozunk. Ez vezette *Rosenstern*-t arra, hogy lehetőleg exact klinikai alapon bírálja el a kérdést. Csukamájolajot adott ezért olyan 6—12 hó közti gyermekeknek, kik súlyosabb táplálkozási zavaroktól mentesek voltak. A gyermekek a csukamájolajot szívesen vették és emésztési zavarok utána nem mutatkoztak. Az adag naponta ötször 5 gm volt. Megfigyelés alapjául csak olyan csecsemőket választott, kikén kifejezett craniotabes volt. Pontos méréseket eszközölt ezeken a craniotabes nagyságát illetőleg és pedig úgy, hogy vékony vászonteljesen a koponyára simuló sapkát készítettett s színes írónnal megjelölte ezen az elpöhült helyek határait. Eleinte nem adta a gyógyszert, hogy így a néhány héten át eszközölt mérésekkel megállapítsa, hogy mennyire észlelhető spontán javulás. Majd ilyen előperiodus után megkezdte a csukamájolaj adagolását és ismételt fel-felrajzolta a craniotabes határait. Később ezen megjelölt területeket kivágta, milliméterpapírra felrajzolta és megszámlálta a négyzetek számát. Igaz, hogy ezen módszer sem teljesen pontos, mégis megközelítő pontossággal lehet megfigyelni a mutatkozó különbségeket. Őt esetet vizsgált ilyen módszerrel és ezek eredményéből levonja, hogy kifejezett craniotabesben 25 gm. csukamájolaj napi adagolásával 3—6 héten át jelentős javulást, olykor a puha koponyarészleteknek csaknem teljes consolidálását és a kutacsákának a normálisra való megkisebbedését érte el. Minthogy a kezelés előtti megfigyelés mutatta, hogy spontán ilyen rövid idő alatt nevezetesebb javulás nem állott be, minthogy továbbá a gyógyulás minden esetben teljesen egybeesett a csukamájolaj adagolásával, a véletlen játékának szerepe kizárható.

Majd vizsgálta a csukamájolaj hatását a spasmophilára. Irányadó volt a kathodnyitási rángás viselkedése. Ezen vizsgálatait összegezve az intézetükben phosphoros csukamájolajjal eszközölt kísérletekkel, belőlük a következőket vonja le:

1. Phosphoros csukamájolaj, kétszer napjában 5·0 gm. a szokásos oldatból, az esetek többségében meggyógyítja a spasmophiliát.
2. Phosphor olajban vagy emulsióban a spasmophilia ellen hatástalan.
3. Ellenben csukamájolaj phosphor nélkül nagy adagban ötször 5·0 gm. pro die a spasmophilia ellen körülbelül ugyanazon hatást fejt ki, mint a phosphoros csukamájolaj kétszer 5·0 gm. napi mennyiségben.

Ezen klinikai úton nyert eredményei teljesen meggyeznek *Birk*-nek és *Schabad*-nak érdekes anyagcsere-vizsgálati eredményeivel (Ref. Orv. Hetil. 1909. és 1910. évf.-ban) és így a phosphor nélküli csukamájolajnak hatása az angolkőrre és spasmophilára klinikai úton is be van bizonyítva. Súlyosabb esetekben ajánlja ezért a csukamájolaj adagát növelni és a szokásos rendelés (Phosphor 0·01, Öl. Jecor. Aselli 100·0 2 kk. nap.) helyett követ-

kezőkép rendelni: Phosphor 0.01, Ol. Jecoris Asell. 250.0, ötször nap. 1 kk. (Berlin klin. Wochenschr. 1910. 822. 1.) *Fleisch.*

### Fülorvostan.

A **bulbus venae jugularis műteti technikájáról** értekezik *Tiefenthal dr.* (Freiburg). Sokszor megesik, hogy a középfülgyulladásoknak életveszélyes szövődménye, a sinus-thrombosis, az eddigi módszerek szerint végrehajtott műtétek után sem mutat gyógyulási hajlamot, hanem a láz tovább tart, sőt a rázó hidegek is újból megjelenhetnek, dacára annak, hogy a jugularis le van kötve, s a thrombusnak felfelé folytatását nem találjuk. Ilyenkor a vena jugularis bulbusában van thrombus, melyből az a sinus petrosus inferiorra terjedhet át. A bulbus-thrombosisnak — mely a sinus sigmoideus thrombosisából átterjedés útján keletkezik legtöbbször, de a középfülgyulladás genyje által való direkt fertőzés következtében is létrejöhet — egyedüli therapiája a bulbusnak műteti úton való szabadbátétele és meguyitása. Ezen műtét a fülsébszet legújabb vívmányai közé tartozik. Egyike a legnehezebb, nagy sebészi jártaságot és alapos bonczolástani ismereteket igénylő beavatkozásoknak.

*Jansen* volt az első, a ki a bulbust, a csecsnyúlványban szabadbátétele tett sinust követve, elérte, azonban módszerét nem írta le, úgy hogy a bulbus-műtét megalapítójául *Grunert*-et kell tekintenünk, ki után azután egész sora keletkezett a többé-kevésbé sikerült módszereknek.

Mielőtt a különböző módszereket ismertetnénk, pár szóval a bonczolástani viszonyokat vázoljuk. A bulbus a koponyaalapon, közvetlen a foramen jugularénál fekszik. Nagysága változatos, néha kis mogyorónyi tágasságú s a sziklaesontban magasan felyomul, máskor kisebb firtartalmú. *Zuckerkanndt*, *Trautmann* és *Stenger* azt konstatálta, hogy a meredeken lefutó sinusnak nagy bulbus, a laposan futó sinusnak kis bulbus felel meg. A bulbus felső részét a dobüreg alsó csontos fala fedi, melyet a nagy vagy a magasan fekvő bulbus felemel. Elülről a canalis caroticus vékony csontfala határolja. Hátról és belülről a processus mastoideusnak mélyen, a labyrinthus (hátsó ivjárat) közelében levő csonttömege, laterálisan a külső hallójárat alsó fala és az ahhoz tapadó lágyrészek fekszenek a szomszédságában. Mögötte vannak még a szintén a foramen jugularén, de annak a processus interjugularison belül fekvő részén kilépő agyidegek, és pedig hozzá legközelebb az accessorius, azon belül és előre a vagus, azon belül a glossopharyngeus. Azonkívül a facialis is csak pár millimetryre fekszik a bulbustól, úgy a csecsnyúlvány csonttömegében, mint a kilépési helyénél. Az accessorius pedig a foramen jugularén való kilépése alatt, a vena jugularis felső szakaszánál, még szétágazása előtt, a jugularis laterális oldalán keresztül halad. A műtét területébe esik az atlas processus transversusa, ha erősen van kifejlődve. Kifelé, laterálisan fekszik a biventer hátulsó hasa, hátrább az arteria occipitalis, s ezektől kifelé a sternocleidomastoideus elülső széle stb. Ezen komplikált viszonyok között az idegek megsértésének a veszélye igen nagy a bulbusműtétknél, kivált ha periphlebitises összenövések és kötőszöveti duzzadások a tájékozódást megnehezítik.

A különböző szerzők műteti módszereit fel lehet osztani olyanokra, melyek a bulbust a koponyaalapról iparkodnak elérni, ezek közé tartozik *Grunert*, *Laurens*, *Piff*, *Panse*, *Winkler* és *Tandler* módszere. Továbbá olyanokra, melyek a hátulsó koponyagyüregből jutnak el a bulbushoz, ide tartozik a *Voss* és a *Kramm* módszere. Végre egy harmadik módszerre, melyet egyedül *Neumann* képvisel.

*Grunert* műteti módszere a következő: A lege artis végrehajtott *Schwarze*-féle felvésés, vagy a *Zaufal*-féle radikális műtét után a sinust egészen az alsó térdéig szabadbátétele teszi; azután a retroauricularis metszést összeköti a már előzőleg eszközölt jugularis-lekötés alkalmával készített metszéssel. Most a processus mastoideust a rátapadó lágyrészekről megsabadiatva reszekálja, melynek megtörténtével a lágyrészeket előre, illetőleg hátrafelé huzatja erősen tompa kampók segítségével. Tovább haladva, a nyakszirtesontnak a műtét területébe eső részét tompa eszközzel megsabadiatja a lágyrészekről, mely alkalommal különösen a rectus capitis laterális választandó le; közben az útba eső arteria occipitalis leköti. Ha most az atlas processus lateralis erősen kiáll, akkor annak az elülső szélét eltávolítja, mert csak így juthat a foramen jugularehoz, mely most már ujjal tapintható; ennek a

laterális szélét csontesipövel és vésővel szintén eltávolítja. Ilyen módon szabadbátétele lesz a bulbus, továbbá fölötte a sinus és alatta a jugularis interna. Ezeknek a laterális falát most eltávolítva, belőlök a thrombust kiszedi. Így jól áttekinthető és jól kezelhető félesatornát nyer. Ezen módszer, bár sebészileg a legtekélyesebb, mégis a kampóval való erős vengálás miatt veszélyeztetve van a facialis, a jugularis felhasításakor az accessorius alig védhető meg, a mellett az atlas processus transversalisának a reszekálása alkalmával megsérülhet az arteria vertebralis is, a mi pedig a műtétnek azonnal való abbahagyását vonja maga után.

*Piff* módszere a radikális műtétből indul ki, mely után a hallójárat alsó csontos fala a lágyrészekről egészen a fissa Glaseri-ig megsabadiatandó, a porczos és a hártvás hallójárat felemelése után pedig az egész alsó hallójáratcsont a recessus hypotympanicusig eltávolítandó a dobüreg alsó falával együtt. Ha útban van, a processus styloideust is reszekálja *Piff*. A bulbus most a vena jugularissal együtt nyitható meg, míg a sinus sigmoideus felé a facialis védelmére egy csonthidat hagy. Ezen módszer acut megbetegedésekben nem alkalmas, mert a hallócsontocskák áldozatul esnek. Nagy veszedelemben van a carotis a hallójárat alsó falának az eltávolításakor.

*Panse* módszere a *Grunert*-étől abban különbözik, hogy ő a facialist annak vertikális lefutásában kiproeparálja, hogy így könnyebben megvédhesse. A tapasztalás azonban azt mutatja, hogy a facialist legjobban védi az ő csontburka. *Winkler* a facialist a megtörés és a vengálás veszedelmétől az által óvja, hogy a parotisan is felkeresi és kiproeparálja. Ez a módszer sem czél szerű, mert könnyen genyes parotitis keletkezik. *Laurens* a *Grunert*-féle methodust úgy módosította, hogy a bulbust inkább hátulról, mint oldalról keresi fel. Reszekálja a csecsnyúlvány hátulsó felét, miáltal szerinte a facialis jobban megvédhető. *Tandler* a facialist és az accessorius úgy védi, hogy a sternocleidomastoideus leválasztása és a processus mastoideus reszekálása után a biventer hátulsó hasát is leválasztja tapadási helyéről, a fossa digastricáról, s ekkor láthatóvá válik a foramen stylo-mastoideum a rajta kilépő facialissal együtt; ezt és a felkeresett accessorius azután állandóan szem előtt tartja.

A második csoportba tartozó módszerek a bulbust a hátulsó koponyagyüregből kiindulva keresik fel; így elesik az accessorius, a carotis, az arteria vertebralis megsérülésének a veszélye. Ezen typus legjelesebbje az *O. Voss* módszere, mely abban áll, hogy a szélesen felvessett csecsnyúlványban a sinust szabadbátétele teszük, azután a sinus laterális és alsó csontfalát egészen annak a legmélyebb pontjáig eltávolítjuk. E mellett a processus mastoideus megmaradhat. Most elszedjük rétegenként a közvetlenül a sinus fölött levő csontrészeket, alulról felfelé haladva. Így elérjük a hátulsó bulbusfalat és a bulbustétőt a műteti üregről; ezeket a megfelelő nagyságban eltávolítjuk, a sinusnak a bulbusba való éles szögletű átmeneti helyével együtt. Ezen eljárással elérjük a sinusnak és a bulbusnak a szabadbátétele, melyeknek a megnyitása által félesatornát nyerünk. A *Voss* módszerének az előnye, hogy 1. nem olyan nagy beavatkozás, 2. az agyidegeknek a megsértése a koponyaalapon ki van zárva, 3. azon akadályok, melyek az atlas és a koponyaalap különféle fejlődésével beállhatnak, itt elesnek, 4. a kozmetikai defectus itt nem nagyobb, mint a közönséges felvéséskor, 5. úgy a nagy, mint a kicsiny bulbus felkeresésére alkalmas. Hátránya, hogy 1. a facialis itt is veszélyben forog, 2. a bulbus szomszédságában a hátulsó ivjárat is könnyen megsérülhet és 3. hogy a proc. mast. meghagyásával igen mélyen, sokszor 4—5 cm. mélyen kell dolgozni. Ezen utóbbi nehézséget *Grossmann* az által kerüli el, hogy a processus mastoideust reszekálja. *Ivanoff* pedig az ivjáratsérülés veszélyét az által véli elkerülhetőnek, hogy azon csontteket, a mely a sinust a bulbustól elválasztja, nem alulról fölfelé, hanem felülről lefelé szedi el. Ez azonban éppen úgy veszélyezteteti az ivjáratot. *Kramm* a facialis és sinus közötti csontot, ha puha, éles kanállal szedi el.

Harmadik csoportját a módszereknek a *Neumann*-é alkotja, ő a sinus és a jugularis feltárása után, egy Nelaton-katheterben elrejtett *Gigli*-féle fűrész vizet keresztül a jugularison, úgy hogy az a bulbuson át a sinusban jön ki. Ezzel aztán a fossa jugularis laterális falát átfűrészeli. Ezen módszer ugyan a legegyszerűbb, de nem tudjuk, hogy mit vágnak át.

Valamennyi módszer között a *Grossmann* által módosított *Voss-féle* eljárás a legezészerűbb. Két esetet közöl *Tiefenthal*, melyek közül az egyiket a *Voss-féle* módszer szerint operálta meg igen jó eredménnyel; a másik esetben a sinus és a dura granulatiókkal úgy körül volt véve, hogy a kettő között a megkülönböztetés lehetetlen volt, úgy hogy az *Ivanoff* ajánlotta módon felülről vette el a esontéket, de bizony az ivjárat minden elővigyázat mellett is megsérült s a beteg meningitisben elpusztult. (Archiv für Ohrenheilkunde. 80. kötet, 3—4. füzet.) *Udvarhelyi* dr.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A cukor kimutatására a vizeletben *Mindes* szerint jól használhatók a Merck-tabletták. Kétféle van: réztabletta és alkali-tabletta. Mindegyikből egyet-egyet kémlecsőbe téve, 2-3 cm<sup>3</sup> vizet öntünk rájuk és forrásig hevitjük, míg feloldódtak. Ekkor a vizsgálódó, esetleges fehérjetartalmától megszabadított vizeletből 2 cm<sup>3</sup>-t bocsátunk hozzá és az egészet körülbelül 1 perczig forraljuk. Ha van cukor a vizeletben, sárga vagy sárgavörös színeződés áll be; ha ellenben a folyadék megtartja a kék színét és hosszabb állás után sem látunk a kémlecső fenekén sárgavörös vagy vörös üledéket, cukor jelenléte biztosan kizárható. Nagyon tömény vizeletet a próba megejtése előtt higitani kell. Az alkali-tabletták nagyon mérgezőek a nedvességet s azért az őket tartalmazó üveg mindig zárva tartandó. A réztabletták ellenben korlátlan ideig változatlanul maradnak. (Pharm. Post, 1910.)

A lágyfekélyt *Müllern-Aspegren* következőképpen kezeli: zincum chloratummal való alapos edzés után vastagon behinti a fekélyt zinkperhydrollal és vattát, esetleg kötéléket is tesz reá. Valamennyi antisepsis oldattal maga a beteg tisztogatja azután naponként 2—3-szor a fekélyt és hinti be mindannyiszor zinkperhydrollal. Szükség esetén a fekély ismételtet is edzendő. A szerző ezt az eljárást összehasonlította más szokásos eljárásokkal és azt tapasztalta, hogy a zinkperhydrol legalább is olyan jó jodoformpótszer, mint az europen, a jodoformogen stb. Előnye, hogy szintelen, szagtalan és nem izgató; úgy látszik az epidermisképződést is tetemesen gyorsítja, a mennyiben igen nagy fekélyek néha bámulatossá gyorsan gyógyultak. (Dermatologisches Centralblatt, 1910. 7. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

*Gyógyászat*, 1910. 32. szám. *Spatz Elek*: A therapia sterilisans magnával kezelt luetikus esetekről. *Bauer Lajos*: Az újszülöttek és csecsemők pyodermiájáról.

*Orvosok lapja*, 1910. 32. szám. *Borszékly Károly*: A lumbális anaesthesia kérdésének mai állása.

*Budapesti orvosi újság*, 1910. 32. szám. *Cukor Miklós*: Adatok a lobos adnextumorok therapiájának mai állásához. *Márter József*: Férfin észlelt eklampsia vagy epilepsia. *Hajós Lajos*: A neurolin mint tonico-sedativum.

### Vegyes hírek.

*Kinevezés*. *Morvay Lajos* dr.-t a huszt—bereszászi vonalra vasúti orvosává, *Arkenberg Béla* dr.-t a vágújhelyi járás orvosává, *Kemény Antal* dr.-t a marosvásárhelyi állami kórház másodorvosává nevezték ki.

*Választás*. *Mester Attila* dr.-t Zsadány község orvosává választották.

A legközelebbi tisztviselői vizsgák Kolozsvárt október 7-én, Budapesten pedig október 16-án kezdődnek.

A tisztviselői vizsgára előkészítő tanfolyam Kolozsvárt szeptember 15-én kezdődik. Kurzus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágosítást nyújt *Jakabházy Zsigmond* dr. (Kolozsvár, Trefort-u. 8.)

Zemplén vármegye sátorlajuhelyi „Erzsébet“-közkórházának 1909. évi működését ismertető jelentést a napokban bocsátotta közzé *Chudovszky Móricz* dr. kórházigazgató. A kórházban az elmúlt évben 866 belbetegét 16,911 ápolási napon, 1073 sebészeti beteget 24,005 ápolási napon, 86 szemeteget 2703 ápolási napon, 40 fülbeteget 1214 ápolási napon, 96 nőbeteget 1748 ápolási napon, 49 szülészeti esetet 602 ápolási napon és 362 ideg- és elmebeteget 61,419 ápolási napon, összesen tehát 2572 beteget 108,602 ápolási napon orvosoltak. A belbetegek halálzási százaléka 7-4, a sebészeti betegeké 3, az elme- és idegbetegeké pedig 19-6 volt. A napi átlagos beteglétszám 297 volt. A 125 lapra terjedő füzet, úgy mint az előző években is, számos érdekes eset leírását hozza.

Nyitra vármegye érsekújvári közkórházában *Hückl Ernő* dr. igazgató-főorvos kimutatása szerint az elmúlt évben 566 férfit és 330 nőt,

összesen tehát 896 beteget ápoltak; a halálzási százaléka 6-36 volt. Műtétet 297 esetben végeztek.

*Meghalt*. *Beck Gusztáv* dr., Sopron városi tisztviselő főorvosa. — *M. Dufour*, a szemészet tanára a lausanne-i egyetemen.

Kisebb hírek külföldről. *Marfan* dr.-t a párisi egyetemen a therapia tanárává nevezték ki. A bordeaux-i egyetemen *Lagrange* a szemészet, *Auché* a hygiene tanára lett. A nancy-i egyetem kórboncolás-tani tanszékét *Hoche* dr. nyerte el. — *K. Pelman*, a pszichiatria tanára a bonni egyetemen, augusztus 10-én érte meg doktorrá avatásának 50. évfordulóját. — *B. Riedel* tanár, a jeni sebészeti klinika igazgatója nyugalomba vonult. — *J. Heller* (dermatologus, Berlin) és *E. Baum* (sebész, Kiel) a tanári címet kapta. — A „Bayer és társa“ elberfeldi vegyészeti gyár 5 1/2 millió márkáért erdőségeket vett meg, a melyekben hivatalnokai és munkásai számára üdülőházakat épít.

A strassburgi új gyermekklinika néhány nap előtt adták át rendeltetésének. A klinikának 320 betegágya van, azonkívül 30 ágyas külön osztálya csecsemők részére. A klinika költségei 2,208,000 márkára rúgtak.

Jelen számunkhoz *E. Merck* vegyészeti gyár Darmstadt „Veronal-Natrium“ című prospektusa van mellékelve.

Az idegrendszer anyagcserejének emelése az idegszövetekre, közzetve az egész test táplálására kedvezően hat vissza. Ez alapon magyarázható a természetes glycerophosphatnak, a lecithinnek antineuresis és testsúlyt gyarapító hatása. Gyermekeken rachitis és scrophulos ellen télen a lecithines csukamájolaj, oleum jec. as. c. lecithino Richter, nyáron a lecithin granulé Richter, felnőttek idegessége és lesóványodása ellen a Richter-féle lecithin- és bromlecithin-tabletták ajánlhatók.

## Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium

Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz.  
(A Városliget közvetlen szomszédságában.)

Diaetás, diagnosztikus, physikotherapiás sanatorium.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium“ Magán-sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.

**Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.**  
Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógymódotok.

Consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak és izzádmányok eseteiben. Részleges göngyölés. **FANGO** Erzsébet-körút 51. sz. (Körúti fürdő.) Kezelő orvos vulcanikus radioactiv iszap Dr. VÁNDOR DEZSŐ.

**Kopits Jenő dr.** orthopaediai intézete VIII., Gyöngyútcza. 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van.

**Tamássy Park-sanatoriuma**  
DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézeti orvos: **Somossi Lajos** dr. Alkohol-, morphiun-, nicotinelvonás.

**Ujtátrafüred Sanatorium**  
légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr. Egész éven át nyitva.

**Orvosi laboratórium:** Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Teréz-körút 27.

**Széchenyi-telepi sanatorium** az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. Igazgató-főorvos *Schnier György* dr. Felvételnek ideg- és kedélybetegek, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morphinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79—72. — Prospectus. 6318

**Siemens és Halske R.-T. Röntgen- és elektromedikai berendezések.**  
Budapest, V., Lipót-körút 5. szám.

**Epileptikus betegek intézete** BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál *Wosinski István* dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

**ERDEY Dr. sanatoriuma.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

**Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA.** VII., Rákóczi-út 26. földsz. I. Telefon 112—95.

## MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhoz.

„LÁPSÓ“  
száraz kivonat  
ládákban á 1 kiló

LÁPLÚG  
folyékony kivonat  
üvegekben á 2 kiló



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** A Magyar Sebésztársaság harmadik nagygyűlése. (Budapest, 1910 május 27—29.) 607. l. — Közkórházi Orvostársulat. (II. bemutató szakülés 1910 február 9.-én.) 608. l. — Erdélyi Muzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (III. szakülés 1910 február 15.-én.) (1910 február 9.-én tartott IV. szakülés.) 609. l.

## A Magyar Sebésztársaság harmadik nagygyűlése.

(Budapest, 1910 május 27—29.)

Ismerteti: *Gergő Imre dr.*

(Vége.)

*Schüller* (Budapest) *arthritis deformans coxae post-typhosa* esetét mutatta be.

39 éves férfibeteg 7 éves korában súlyos typhust állott ki, ennek lefolyása súlyos genyes jobboldali csípőizületi lobbal volt komplikálva, a mi miatt 7 hónapig az ágyban feküdt. A beteg hátán, glutealis és jobboldali trochanter-tájékan bőrhegek láthatók, a melyek egyrészt bőrfekélyesedési processusnak, másrészt a genyes typhosus izületlob gyógyult sipolyainak következményei. Lassanként teljes izületi merevség, typusos osteoarthritis deformans jött létre, a kórismét az x-sugaras fényképek is megerősítették.

*Balás* (Budapest) *polyarthritiss ossificans műtét esetét demonstrálta*. A 28 éves férfibeteg rheumás alapon jobboldali flexiós-abductiós csípőizületi ankylosis és mindkét térdizületnek olyan fokú flexiós contracturája fejlődött, hogy a lábszárak hátulsó felületükkel csaknem a czombokra feküdtek és a beteg 4 év 7 hó óta az ágyat elhagyni nem tudta. *Balás* előbb osteotomia subtrochantericával a jobb végtagot állította egyenessé s redressement-nal mindkét térdizületi contracturát némileg korrigálta, majd mindkét czombesonton *Mac Ewen*-féle osteotómiával a térdizületi szögelhajlást a törésvégek megfelelő szögelhajlásával kompenzálta; ezen módon a végtagok teljesen egyenes vonalba voltak állíthatók. Ezen eljárással egyrészt megmaradt a térdizületnek, bár korlátolt, mozgékonyága, másrészt a sokkal nagyobb veszéllyel járó térdizületi resectio vált elkerülhetővé.

A functionális eredmény igen jó. Miután mindkét oldalon történt a műtét, részaránytalán rövidülés nincsen; tekintettel a bal csípőizület szabad voltára, a beteg jól tud ülni, s bevallása szerint naponta 6—7 óráig minden nehézség nélkül fennjár.

*Borszék*y (Budapest) *szokatlan nagyságú izegeret talált 27 éves férfi térdizületében*. A beteget semmiféle traumás behatás nem érte. A kiirtott izegér szilva alakú és 37 gm. súlyú volt. *Borszék*y az izegeret másképpen magyarázni nem tudja, mint hogy egy túltengett izületi boholy levált és kötőszövetesen átalakult.

*Dollinger* Gyula (Budapest) szerint az izületi egerek kóroktana meglehetősen homályos, főleg kétoldali izületiegerekre áll ez. Két oly esetet operált az I. sz. sebészeti klinikán, hol trauma nélkül mindkét izületben fejlődtek izületi egerek és ezek a megfelelő condylusok ugyanazon helyéről váltak le.

*Kuzmík* (Budapest) egy esete szintén a mellett bizonyít, hogy az izegerek a tokszalag egyes bolyhaiból keletkezve leválnak és szabaddá lesznek. Említett esetében az izegér vékony kocsányon a tokszalaggal függött össze.

*Rosenák* (Budapest) szerint *Hüttl* műtét előtt tüvel fixálja az eltávolítandó izegeret, a mi az izegér megkeresését nagyban megkönnyíti.

*Fischer* Aladár (Budapest) a tarsalgák tanához szolgáltatott adatot. Esetet ismertetett, melyben a tarsalgák, calcaneus-neuralgiák stb. név alatt ismert saroktáji fájdalmak anatomiai substratuma a fascia plantaris sarki részének chronikus lobos megvastagodása volt. A megvastagodott aponeuosis-részlet kiirtása után teljes gyógyulás következett be. Ezen calcaneustáji fájdalmak okául eddig bursitisek, az ú. n. calcaneussarkantyú és exostosisok irattak le.

*Dollinger* Gyula (Budapest) hozzászólásában a tarsalgák több kórokára figyelmeztetett. A tarsalgia egyik oka lehet a cipő sarokfeletti részének erős vajúltsága. A cipő megjavítására a panaszok szűnnek.

Észlelt továbbá tarsalgát bursitis subcalcanea után kétoldalt is. A bursák kiirtása után a fájdalmak elmúltak.

Polyarthritiss rheumatica a lábtő kis izületeiben szintén gyakran okoz tarsalgát; a bántalom lúdtalppal komplikálódhatik. Az anti-rheumás eljárások mellett itt első sorban vastagtalpú cipőt ajánl.

*Klekner* (Budapest) *aneurysma racemosum 2 esetének praeparatumait mutatta be*. A betegeket *Dollinger* tanár operálta. Az egyik esetben a daganat 21 éves férfinak farpofáján 9 év óta fejlődött és másfél férfitenyérnyi terjedelmű volt. A gyógykezelés a daganat kimetszéséből állott; daczára az art. glutea superior és inferior előzetes lekötésének, az eltávolítás alatt a vérzés csillapítására 140 pince-re volt szükség. A daganat eltávolítása után és a sarjadzás megindultával *Thiersch*-féle lebenyekkel fedték a defectust. *Klekner* a műtét útján eltávolított daganat szövettani leletét is behatóbban közölte.

A következő előadások a húgyivarszervek sebészetét tárgyalták.

*Fáykiss* (Budapest) *húgycsökö esetét* ismertette; külső húgycsömszűréssel 2 követ távolított el. Az egyik húgycsö-diverticulumban ült, a diverticulum csak igen kis nyílással közlekedett a húgycsövel; a másik kő mint ventilő évek hosszú során át okozott vizelesi zavarokat, végezetül pedig a bulbos mögött beékelődött.

*Fáykiss* a cystitis daczára a húgycsöbet csomós catgut-varrattal teljesen zárta és állandó kathetert alkalmazott; a műteti seb 2 hét alatt teljesen gyógyult.

*Steiner* (Kolozsvár) hozzászólásában hangsúlyozta, hogy fertőzött esetekben nem célszerű az elsődleges húgycsö-varrat. *Steiner* maga is legutóbb 2 diverticularis húgycsökövet operált; az egyik galambtojásnyi volt.

*Pólya* (Budapest) *trauma után hydronephrosis* fejlődését észlelte. 15 éves fiú lórol leesett; a sérülés nyomán vesevérzés indult meg, a keletkezett vérárvadék a vesemedenczét eltömté, a vesemedencze tágult és végezetül 5 liter folyadékot tartalmazó hydronephrosis keletkezett. *Pólya* a vesetömlőt kiirtotta, betege gyógyult.

*Herczel* (Budapest) *veseresectio 2 esetéről* számolt be. Egyik esetben a kórsvetettani diagnosis elgenyedt vesecysta volt, a másik esetben a szövettani vizsgálat cystosarkomát derített ki, mely a vastagbél útján a vese felső polusán át bakterium colival fertőződött. Mindkét betege zavartalanul gyógyult. *Herczel* ezek után a vesecysták kórbonczolástanát és kórjelzését tárgyalta; az elgenyedt vesecysták therapiáját illetőleg leghelyesebbnek tartja a cysta teljes kiirtását retroperitoneális úton a vese ékalakú resectiójával. A vesebet *Herczel* catgutgel összevarrja és teljesen zárja.

Malignus daganatból kiinduló cysta esetén jobb a rögtöni teljes vesekiirtás.

*Dollinger* Gyula (Budapest) hozzászólásában azon álláspontra helyezkedett, hogy *vesetumor* esetében olyankor, midőn bizonytalan, hogy a daganat jó- vagy rosszindulatú, de a másik vese ép, célszerűbb az egész vese eltávolítása. Ez főleg hypernephromák esetében áll. *Vesecysta* eseteiben konzervatív jár el, vagyis reszekál.

*Vesetuberculosis* esetében körülírt tuberculosus gócz mellett alkalmasint meg lehetne tartani a vese többi egészséges részét.

*Makara* (Kolozsvár) nem ajánlja a veseresectiót vesetuberculosis esetében még a kezdő szakban sem, mivel sectióssal metzesszel sem győződhetünk meg bizonyossággal arról, hogy a vese parenchymájában van-e gümös gócz.

Zárszavában *Herczel* *Dollinger*-rel egyértelműen hypernephroma minden esetében indikálnak tartja a vesekiirtást.

Vesetuberculosis esetében eddig 12 esetben történt partiális resectio nagy halálozással. Mivel azonkívül a talált solitaer gócz mellett nagyon gyakran miliaris góczok is vannak a vese parenchymájában, melyeket csak sorozat-metszeteken gócsövileg lehet kimutatni, ezért ép másik vese mellett jobb a kóros vesének teljes kiirtása. Partiális resectióról csak a legkritikább esetekben lehet szó.

*Dirner* (Budapest) 106 *Wertheim*-műtét statistikája cizmél referál eredményeiről, a melyeket öt év alatt elért. 6780 ambulans

betege közül 290 volt méhrákos, a mi 4·2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-nak felel meg. Az egyes évek alatt e százalékszám így változott: 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, 3·2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, 3·2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, 5·8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; ezt a feltűnő növekedést annak kell betudni, hogy minden elhanyagolt esetet más klinikákról is hozzá utasítanak.

E 290 méhrákos közül 106-ot abdominális úton, 12-t vaginálisan operált meg; 57 nem fogadta el vagy nem vele végeztette a műtétet; összesen tehát 175 volt saját vizsgálata szerint operabilis, a mi 60<sup>0</sup>/<sub>0</sub> operabilitásnak felel meg; ez a magas százalék bizonyítja legjobban eseteiben a rák előrehaladottságát; számszerint 78 esete volt igen súlyos és csak 28 volt könnyebb, de vaginálisan már alig végezhető. Mortalitása e 106 eset után 16<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, a mi még elég magas, de korántsem magasabb, mint bármely külföldi mesteré, ha annak összes eseteit nézzük. Évekre osztva Dirner mortalitása az utolsó 2 évben rendkívül csökkent. Eseteinek éppen a fele: 53 esik erre az időszakra s ezekből csak 3-at veszített, a mi 5·6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> mortalitásnak felel meg. Ez a szám a Wertheim-műtétel esküdt ellenségeit is lefegyverezheti.

Jó eredményeit Dirner az általa gyakorolt előkészítésen kívül főleg annak tulajdonítja, hogy a sebterületet jodoformos gazzal a vagina felé drainezi.

Melléksértése, főleg ureter- és vena-sértése, második félszáz esetében egyáltalában nem volt s a hólyag is csak 3 esetben sérült meg letolása közben a cervix és a vagina faláról, mert mindig lehatolni igyekeztek a vagina közepéig.

A halálokok között eseteiben 8-szor dominál a szivhűdés közvetlenül a műtét után, az első 24 órán belül, csupa igen elhízott, myodegeneratiós szívű nőnél. Ez a tapasztalat arra vezette, hogy az ilyen nőket, ha carcinomájuk kiterjedtebb, nem operálja, mert szívük a 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—2 órás narcosist nem győzi. Három esete elvérzett, illetve anaemia acuta folytán pusztult el. Ezek is az első 3 év sorába esnek. Sepsisben összesen 4 esetet veszített; egyet pneumoniában és egyet késői pyelonephritis következtében, ez összesen 17. Az utolsó 3 halálozás (53 eset után) oka: peritonitis, pneumonia, paralysis cordis. Ez a legutolsó a vagina primaer rákjának súlyos esete volt, a hol az uterusal együtt az egész vaginát a vulvától kezdve extirpálta az előadó. A vagina rákjának e ritka fajtájából fél év alatt három esetet operált; kettő meggyógyult. Ezeket és praeparatumaikat Dirner szintén bemutatta.

Dirner előadásához Tóth István (Budapest) szólt hozzá. A legnagyobb elismeréssel látja Dirner tanárnak a méhcarcinoma radikális kiirtása körül tett kiválóan sikeres működését. Ezen legutóbbi eredményei csakugyan olyanok, a melyek a legelső külföldi eredményekkel kiállják a versenyt.

A dexteritás kiművelése mellett az eredmények fokozatos javulásának nyitja az operált esetek jobb megválogatása. Tóth maga is a méhrák radikálisabb kiirtására törekszik, de nemcsak abdominális úton, a melynek veszélyei még mindig nagyok, hanem per vaginam, Staude-Schauta nyomán. Eddig már 10 esetet operált e módon, mindannyi complicatio nélkül gyógyult meg. Eredményeiről annak idején tüzetesebben fog beszámolni.

Ifj. Genersich Antal (Hódmezővásárhely) prostata-echinococcusnak sectio alta et perinealis útján gyógyult esetét demonstrálta. A klinikai tünetek alapján Genersich prostata-hypertrophiára gondolt és ezért felső hólyagmetszéssel hatolt a férfőkölnél nagyobb, sima felületű, gömbölyű tumorra. A hasfal sebén át vagy 200 hólyag távozott. A tömlőt a perineum felé drainezte, a beteg körülbelül 8 hónap alatt gyógyult. Az irodalomban Genersich prostata-echinococusról nem talált említést.

Steiner (Kolozsvár) a Freyer-féle prostatectomia értékét tárgyalta 40 operált esete alapján. Nem tekinti ellenjavallatnak a magas kort, a hólyag fertőzését és contractioképességének megszűnését. Ellenjavallatok ellenben a súlyos arteriosclerosis és emphysema. A műtét technikájához megjegyzi, hogy ezélszerű a lumbális anaesthesia. A teljes nyitvakezelést nagyon ajánlja. Egy esetben sem észlelt vesicorectális sipolyt, sem állandó hólyag-sipolyt. Teljes gyógyulást 30 esetben ért el.

Ifj. Genersich Antal (Hódmezővásárhely) hozzászólásában kiemeli, hogy a Freyer-féle műtétet maga is áldásos műtétnek tartja, sipolyt sohasem fog létrejönni, ha a hólyag falát nem rögzítjük a hasfalhoz.

A nagygyűlés II. napján a magyar Sebészársaság tagjai az I. sz. sebészeti klinika új épületét tekintették meg. A klinika

Dollinger tanár tervei szerint készült és ezélszerű berendezésével már a múlt évi nemzetközi orvosi congressuson a külföldi sebészek legteljesebb elismerését vívta ki.

A Sebészársaság elnökévé a jövő év tartamára Ludvik Endre közközházi igazgatót, titkárává pedig Laczkovich Elemért választotta.

## Közkórházi Orvostársulat.

(II. bemutató szakülés 1910 február 9.-én.)

Elnök: Horváth Ákos. Jegyző: Körmöczi Emil.

(Vége.)

### A gerincezsatornából kiinduló sacrolumbális teratoma műtete.

Herczel Manó: M. E., 10 éves leánykának születése óta van a háta alsó részén a sacrolumbális tájon kb. kis gyermekfejnyi, gömbszerűen elődomborodó, puha, rugalmas daganata, melyet egészében rendes külsejű, vékony bőr fed, kivéve alsó részének közepét, hol ötkoronásnyi területen a külbőr éles határ nélkül megy át bélnyálkahártyára emlékeztető, élénkpiros, közepén lumennel bíró képződménybe, melybe a szonda 6 cm.-nyire hatol. A daganat nyomásra nem érzékeny, nem is kisebbithető, nyomásos tüneteket nem okoz; alapján mindkét oldalt több szabálytalan alakú csontdudor van.

Röntgen-lelet: Az utolsó lumbális és az I. és II. sacralis csigolya íve nyitva van s galambtojásnyi ovális alakú nyílást alkot. A csigolyatestek épek. A sacrum jobb oldali pars lat.-a nagyfokú alak és szerkezeti destructiót mutat, szabálytalan csontdudorok vannak rajta. Sem a 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> collargollal kitöltött hólyag, sem a bismuthal megtöltött belek a daganattal nem függenek össze.

Kórjelzése: Teratoma.

Műtét 1909 október 27.-én. Eltávolítottam a bőséges zsírszövetbe ágyazott, de tokkal nem bíró egész daganatot, csont- és porcreszleteket, a vakon végződő, piskótaformájú bélszerű képlettel együtt. Az így keletkezett műtéti seb alapján kétoldalt csontból és porcból álló egyenetlenségek maradnak vissza, melyek a nyitvamaradt csigolyaívek széleinek felelnek meg. A dura ép. A csonthiány felső zugában krajezárnyi területen granulomás jellegű puha szövet, mely 1—2 cm.-nyire húzódik a gerincezsatornába felfelé. A seb teljes zárása. Sima gyógyulás, melyet skarlát zavar.

A szövettani vizsgálat (Krompecker) szerint a rétegzett laphám hol a rendes bőrnek megfelelő, hol megvastagodott és vékonyabb-vastagabb hámléczeket bocsát a mélységbe. Typusos elszarusodás nincsen. A hámréteg éles határ nélkül megy át a nyálkahártyába, melynek hengerhámja betüremkedett és így sokban Lieberkühn-mirigyekre emlékeztető képletek támadnak. Ezek helyenként nyálkával teltek; itt-ott nyiroktüszők láthatók. A laphám alatti kötőszövet hyalin-elfajulást mutat, sclerosisos. A submucosus kötőszövet oedemás, gömbsejtesen beszűrődött s csak a mélyebb részekben sclerosisos. A kötőszövetben a nyálkahártyával össze nem függő, bélizomzatra emlékeztető izomsejtek, bennük typusos ganglionsejtek láthatók. A kiirtott daganatot tehát a teratomák csoportjába sorolhatjuk, melyek a teratoid vegyes daganatok és torzképződmények között átmenetet alkotnak. A szövettani vizsgálat szerint nincsen atypusos burjánzás, sem pedig a szövetelemeknek oly gazdag változatossága, mely a teratoid vegyes daganatokat jellemzi.

A daganat veleszületett és nyilván monogerminalis, azaz hordozója saját szövethelyezékéből ered, mert a benne talált részletek a fekvőhely tájékának eltévedt maradékaiból származtathatók le. Tekintettel arra, hogy ezen esetben a csigolyaívek nyitva vannak és hogy a daganat legjellegzetesebb részét bélsőkevény alkotja s az egész képződmény a gerincezsatornába terjed, valószínű, hogy a canalis neuroentericus csiralemezei helytelen elrendeződése folytán jöhetett létre a teratoma.

### Myopathiás haladó izomsorvadás.

Illési Aladár: Az eset a myopathiás haladó izomsorvadások csoportjába tartozik, melyeket Erb dystrophia musculorumnak nevezett s melyeket csak a legutóbbi időben választottak külön a spinalis és neurogen eredésű izomsorvadásoktól.

A dystrophiát Erb három csoportba osztotta: 1. pseudohypertrophia musculorum, 2. infantilis atrophia, 3. iuvenilis atrophia.

E három csoportot azonban nem lehet élesen megkülönböztetni egymástól. Átmeneti alakok, vegyes típusok mindig előfordulnak. A mi esetünk az első csoportba tartozik. Ez a csoport a legkritikább, de egyszersmind a legpraegnansabb körképet adja.

A beteg 1910 február elsején vétetett fel a Hainiss vezetése alatt álló gyermekosztályra. Szülei és négy testvére élnek és egészségesek. Mult év szeptember haváig ő is teljesen egészséges volt, akkor elesett, lábát erősen megütötte, nyolcz napig feküdt.

Azóta veszik észre szülei, hogy járásában bizonyos zavarok vannak, könnyen és gyakran elesik, nehezen tud felállni és felülni, lépesőn járni nem tud.

E tünetek mindinkább súlyosbodtak, ezért vétette fel magát osztályunkra. Feltűnő, hogy ámbár a dystrophia kifejezetten familiáris vagy hereditásos betegség, jelen esetben sem a felmenő, sem az oldalági rokonságban semmiféle hasonló betegségről sem tudnak.

Ha a fekvő helyzetben lévő beteget megtekintjük, feltűnik egyes izmoknak és izomszöveteknek túlságosan kifejlődött volta, a mivel azonban azok működőképessége egyáltalán nem áll arányban.

Igy a baloldali deltoideus és triceps, mindkét oldali brachioradialis és az alkarok feszítői, valamint a bal quadriceps femoris. Legkifejezettebb azonban a lábszáraknak athletaszerűen kifejlődött izomzata. Mindkét láb lóláb-állásban van. Az izmok tapintata kemény, spongyaszerű.

A mi az izmok működését illeti, az arez és a nyak izomzatának működésében semmi zavar sincs. A fejnek minden irányban való mozgása és a mimikai mozgások is prompte és tökéletesen sikerülnek. Felállni a gyermek egyáltalán nem tud, ha csak karjaival nem kapaszkodik. Ez a körülmény a hasizmok teljes működőképességét jelzi, a minek megfelel azok sorvadása. Ülő helyzetben feltűnik a scapulák állása, melyeknek alsó szöglete magasabban áll, mediális szélük a gerincoszloptól eltávolodott. A karok előreemelésekor a lapoczkák szárnyaszerűen elállnak a thoraxtól, s ha a könyöknél fogva felemeljük a vállakat, azok ellenállás nélkül tolnak fel csaknem a fülek magasságáig.

Ezen jelenségek a trapezius, latissimus dorsi és serratus anterior működés-zavarát jelzik, bár ez nem nagyfokú, mert a karok minden irányban való mozgása elég jól sikerül még a vízszintesnél magasabbra is.

Az alkar hajlításában és feszítésében zavarok nincsenek. A pronatio elég jól megy. A supinatio és a csuklók hajlítása vagy egyáltalán nem, vagy csak nagyon nehezen sikerül, tehát a brachioradialis, flexor carpi radialis et ulnaris és a palmaris longus működése csökkent, a mi ellentétben áll azok látszólagosan jól fejlettségével. A mély ujjhajlító, az alkar feszítői, valamint a kis kézizmok működése rendben van.

Ha a beteget egyenesen álló helyzetbe hozzuk, feltűnik a dystrophiára igen jellegző kifejezett lumbalis lordosis, a has előreboltoulásával, a fej és a nyak hátraszegzésével, mely a hátizmoknak sorvadásával és hűdésével van összefüggésben.

Ez a körülmény, valamint a gluteus maximusnak, a czomb hatalmas feszítőjének zavart működése okozza, hogy a beteg magától felállani nem tud és ha leültetjük, tehetetlen tömegként esik össze.

Igen jellegző a beteg járása. Nagy lumbalis lordosisal, széles alapon kacsázva jár, mint a terhes asszony, miközben medencéjét és törzsét erősen a támaszkodó láb felé hajlítja, czombját magasra igyekszik emelni s lábujjhegyre lép.

E sajátos járás oka egyrészt a medence hiányos rögzítése, melyet a tökéletlen működésű gluteus medius és minimus nem végez, másrészt a quadriceps femoris hűdése, a melyet az ileopsoas-szal igyekszik helyettesíteni és a pes equinus, a melyet a lábszár extensorainak hűlése okoz. A lábszár hajlítóinak működésében lényeges zavar nincs.

A periostalis és inreflexek közül csupán mindkét oldali Achilles-inreflex van meg.

Az idegek farádós és galván ingerlékenysége rendben van, az izmok erősen csökkent, sőt a quadriceps és a lábszár-feszítőké teljesen hiányzik.

Elfajulási reactio nincs.

Érzés-, hólyag- és végbélzavarok nincsenek. A szellemi működés a beteg korának megfelelő.

Az észlelt és felsorolt elváltozások kétségtelenné teszik, hogy dystrophia musculorummal állunk szemben és pedig annak pseudohypertrophiás alakjával, mivel az infantilis atrophianál az elváltozások leginkább az arez izomzatán, a juvenilis atrophianál a vállöv izomzatán kifejezettek, a mi esetünkben nincs vagy csak csekély mértékben van meg.

A therapia massageból és vízkezelésből áll.

A prognosis quo ad restitutionem rossz.

### A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban.

**Gerlóczy Zsigmond:** Az előadást eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

### Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(III. szakülés 1910 február 15.-én.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

(Vége.)

2. **Subcutan bélrepedés a sérv helyén, kiterjedt eves hashártyagyulladás.** K. A., 53 éves kocsi, november 16.-án kocsijáról oly szerencsétlenül esett le, hogy hassal egy töltésnek bukott, a kocsi pedig a hátára dőlt. Régi, kötővel visszatartott sérvé táján élénk fájdalmak jelentkeztek, a szelek megálltak, s kizárt sérv diagnózisával a klinikára szállítottott. A hasizmok a hypogastriumban rendkívül feszesek és érzékenyek, légzés szapora, érverés percenként 100. Az azonnal végzett műtét, a beleket fedő szennyes rostonyalepedék és nagymennyiségű geny eltakarítása után, az egyik bélkacs domborulatán fillérnyi, ép szélű repedést mutatott ki, melyből híg bélsár ömlött. A repedést két sorban bevarrva s a hasüreget a sok genyűl megtisztítva, a beteg december 23.-a után már mint fennjáró beteg kezeltetett.

A bélrepedés itt a Junge-féle mechanizmus szerint magyarázható. A hashártyagyulladás kezelését illetőleg megelégedtek az enyhe kitöréssel, a kettős drainagezsal és a betegnek ülőhelyzetben való elhelyezésével. Megjegyzendő, hogy a siker mindenkor a lehető korai beavatkozástól függ.

3. **A jobb alkar álizületénél hiányzó orsócsontdarab pótlása idegen fibuladarabbal.** L. D., 28 éves juhász jobb alkarját két év előtt meglőtték s kezét azóta használni nem tudja. Felvételtkor a jobb alkar 4 cm.-rel rövidebb, közepe táján megörbült, a görbület helyén álizület van. Az alkar rad. és uln. szélén egy-egy hegvonal látszik az álizület magasságában. A könyökizület szabadon mozog, de a kéztőben a mozgás nagyon korlátolt. Ugy a felkar, mint az alkar izomzata sorvadott s az érzési és mozgási viszonyok a nerv. ulnaris sérülésére mutatnak. Ezeken kívül a Röntgen-képen a radiusnak 4 cm.-nyi hiánya és 6 nagyobb és több kisebb begyógyult ólomgolyó látszott.

1909 november 24.-én a fölfrissített ulnavégek kettős sodronyvarrattal összevarrattak, a radius hiánya pedig egy ugyanakkor csonkított lábszár fibulájából pótolatott. Az eredmény eléggé jó volt, a mennyiben az álizület jóformán eltűnt s a kéz használhatósága is javult. Végleges ítélet az eredményről csak 1/2—1 év múlva mondható, de remélni lehet, hogy az idegen csont nyomán új csontképződés indul meg.

### PÁLYÁZATOK.

A Pozsonyi M. Kir. Bábaképezdében az 1000 korona évi jutalomdíjjal, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmozott **gyakornoki állás** betöltendő. Kötelező egyévi kórházi gyakorlatukkal elkészült orvosok pályázatukat minél előbb küldjék be a bábaképezde igazgatóságához.

A tót nyelv ismerete szükséges.

Pozsony, 1910. évi július hó 25.-én.

*Velits Dezső* dr., igazgató-tanár.

234/1910. sz.

A vezetésemre bizott Ugoesa vármegyei „Perényi“ közkórházban megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: nyugdíjjogosultsággal egybekötött évi 1600 korona fizetés, egyszobás bútorozott lakás, élelmezés, fűtés, világítás, mosás.

Az állásra csakis az egyévi kórházi gyakorlatot igazoló orvos-doktorok pályázhatnak. A mikroszkópiai vizsgálatokban és kórbonecolásban jártasságukat igazolók előnyben részesülnek.

A kinevezett — az első segélyt leszámítva — magánygyakorlatot nem folytathat. Erdemes szolgálat azonban a pár éven belül szervezendő osztályorvosi állás elnyerhetésénél előjogot biztosít.

Pályázók kérvényeiket Becszy Emil főispán nevére — Nagyszőlős — címelve hozzám f. évi augusztus hó 27.-éig beküldjék, mert a később érkezőket figyelembe nem vehetem.

Nagyszőlős, 1910. évi augusztus hó 6.-án.

Nagy Kálmán dr., igazgató-főorvos.

836. sz.

Kisszeben r. t. sz. kir. városnál a városi tisztiorvos betegsége miatt hat hónapra szabadságotláván, ezen állásba az 1886:XXII. t.-cz. 84. §-a alapján **helyettes** lesz megválasztandó.

Kik ezen időre ezen helyettesítést elnyerni óhajtnák, pályázati kérvényeiket kellően felszerelve f. é. augusztus hó 21.-éig a város polgármesteréhez terjeszték be.

A városi tisztiorvosi állás a X. rangosztálynak megfelelően évi 2000 korona fizetés, 450 korona lakbérrel, nyugdíjjogosultsággal és a magánmunkálat szabad gyakorlatával van egybekötve.

Kisszeben, 1910. évi augusztus hó 6.-án.

Eiszelt Antal, polgármester.

2447/1910. sz.

A lemondás folytán megüresedett **hajdubagosi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. A körhöz tartoznak Hajdubagos székhelyvel Hajdubagos és Sáránd községek. A körorvosi állás javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 18. §-a értelmében 1600 korona törzsfizetés, 200 korona ötödéves korpótlék, 160 korona lakbér, Hajdubagos községben a halottkémi teendők végzéséért esetenként 80 fillér és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A hajdubagosi körorvos kézi gyógytártartási joggal bírt, a melyet a megválasztandó körorvos is megkaphat.

A körorvos Sáránd községet a község által kiállítandó fuvaron hetenként kétszer tartozik meglátogatni.

Felhívom emnélfogva mindazon orvostudorokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében felszerelt kérvényüket hozzám f. évi augusztus hó 20. napjáig adják be.

A választást f. évi augusztus hó 24. napján d. e. 10 órakor fogom Hajdubagos község háza tanácstermében megtartani.

Derecske, 1910. évi július hó 27.-én.

3-3

Szentgyörgyi, h. főszolgabíró.

## HIRDETÉSEK.

### Gyógyfürdő

sanatoriumi rendszerrel, a főváros közelében, regényes szépségű helyen, különálló vízgógyintézet, laképület, vendéglőépület, fekvő-oszarnok és egyéb kisebb melléképületekkel beépítve, teljesen felszerelve és berendezve, körülbelül 65,000 négyszögöl telekkel

**eladó.**

Szíves megkeresések: „Biztos jövő“ jelige alatt a „Petőfi“ irodalmi vállalat, Budapest, VII. ker., Kertész-utca 16. sz. kértnek.

### Meghívás

a Pesti magyar kereskedelmi bank rendkívüli közgyűlésére,

mely 1910. évi augusztus hó 24.-én délután 4 órakor a bank helyiségeiben (V., Fürdő-utca 2) fog megtartatni.

#### TÁRGYAK:

1. Az igazgatóság előterjesztése a részvénytőke felemelése iránt.

2. Az előbbi javaslat elfogadása esetére az alapszabályok 5. §-ának megfelelő módosítása.

Az alapszabályok 19., 20. és 21. §-ai értelmében minden részvényes, kinek részvényei három hónappal a közgyűlés előtt a bank könyveiben nevére be vannak jegyezve, jogosítva van a közgyűlésen résztvenni, vagy magát meghatalmazott által helyettesíteni, kinek azonban szintén részvényesnek kell lennie.

Az igazgatóság.

### :: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és köszvényénél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

# SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitünő sikerrel használtatik.  
**Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.**



E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kelelmes izü. Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes. Állandó összetételü.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy húgsavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

**SCHULTES ÁGOST** Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,  
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

### MUSCHONG-BUZIÁSFÜRDŐ

## BUZIÁSI PHÖNIX ÁSVÁNYVIZ

**BAKTERIUM MENTES** TERMÉSZETES ÁSVÁNYVIZ  
ÚJÍT-GYÓGYÍT. Kapható mindenütt.

Budapesti főraktár: Eötvös-utca 44. szám.

Telefon 86-35.

## RÉPÁTIVIZ

Biztos sikerű gyógyszer mindennemű hurutos bántalmaknál, felette kelelmes ídítő gyógyvíz! Megrendelhető a Magyar Ásványvíz Forgalmi és Kiviteli r.-t.-nál, Budapest, Telefon 162-84. 9136

## Dr. Pajor új sanatoriuma

Budapest, VIII., Vas-u. 17. 7818

Belgyógyászati, diaetetikai, sebészeti és bőrgyógyászati osztályok 70 betegszobával.

**Röntgen-laboratorium.**

Bennlakó és bejáró betegek részére:

**külön női és férfi vízgógyászati osztály.**

**Pneumatikus kamarák, inhalatorium.**

Oxygen-, szénsavas-, villanyos fény- és kádfürdők.

**Pöstyéni iszapkúra.**

**A pöstyéni iszap budapesti főlerakata.**

# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiadés Elemér szerkesztésében.

## TARTALOM:

## EREDETI KÖZLÉSEK.

**Purjesz Béla:** Közlés a kolozsvári belorvostani klinikáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.) „Paratyphus A“ fertőzés egy esete. 611. lap.

**Braunstein Gábor:** Közlés a kolozsvári magy. kir. tudomány-egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos.) A Cammidge-féle pankreasreactio klinikai értékesíthetőségéről. 614. l.

**Bernard József:** Kerek gyomorfekély esetében észlelt hangtűnet. 616. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Reisz Mór:** Az 1876. évi XIV. t.-cikk a közegészségügy rendezéséről és a reávonatkozó törvények (1908. évi XXXVIII. t.-cikk), ministeri, bírósági és egyéb hatósági rendeletek rendszeres gyűjteménye.

— *J. Schwalbe:* Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. — *Lapszemle. Belorvostan. Cohn:* A lázról syphilis eseteiben. — *Tachau:* A diphtheriaellenes serum intravenás alkalmazásáról. — *Idegkörtan.* Kéreg alatt fekvő agydaganat műtéve. — *Elmekörtan. Truelle:* A tabes dorsalis kerecében jelentkező elmezavarok. — *Elmiger:* Az ikrek elmebetegségeiről. — *Sebészet. Katzenstein:* Átültetett csont- és csontthártyalemez. — *Holländer:* A feregnyúlánygyulladás eseteiben támadó sárgaságról. — *Gyermekorvostan. Lamy:* Operált spina bifida eset. — *E. Weill és G. Mouriquand:* A gyermekkori pneumoniák topographiai elhelyeződéséről. — *Venerás bántalmak. Neisser és Kuznitsky:* Az Ehrlich-Hata-féle syphilisellenes gyógyszer. — *K. Nözel:* A moszkvai prostitútiós viszonyok. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Ischenhüser:* A pertussis gyógyítása eulatiinnal. — *Vaugh:* Aggkori pneumonia kezelése. 617–621. lap.

*Magyar orvosi irodalom.* Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 621. lap.

*Vegyes hírek.* — Pályázatok. — Hirdetések. 621. lap.

*Tudományos társulatok és egyesületek.* 622–624. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a kolozsvári belorvostani klinikáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

## „Paratyphus A“ fertőzés egy esete.

Közli: *Purjesz Béla* dr. klinikai gyakornok.

A közelmúlt időben klinikánkon alkalmunk volt észlelhetni oly beteget, a kin a körjelzési eljárások jogosulttá tették a typhus megbetegedés olyan formáját felvenni, melyben a betegséget kiváltó ok gyanánt a paratyphus A bacillus szerepelt.

Magának az esetnek előzményeit és lefolyását röviden a következőkben adhatom. A 60 éves férőbeteg, a kin előző betegségek közül csakis két ízben harmadnapos váltólázás megbetegedés szerepelt, jelen betegségét illetőleg előadja, hogy felvétele előtt, mely 1910 február 7.-én történt, 3 héttel lett rosszul. A betegség keletkezését illetőleg egész határozottan állítja, hogy hirtelen betegedett meg. Éjjel váratlanul lett rosszul, hastáji fájdalmak mellett többszörös hig székürülés jelentkezett, a mely ez időtől kezdve a felvétel napjáig folytonosan kinozta. Naponként átlag 3–4-szer volt hig székürülése, melynek jellegéről közelebbi felvilágosítást adni nem tud. Forróság érzése állandóan megvolt, bár nem nagy mértékben. A betegség előrehaladásával erőbeli állapota is fogyott. A napnak legnagyobb részét ágyban töltötte, azonban napközben néha felkelt. Szigorúbb étrendet a beteg nem tartott s bár orvos nem észlelte, mégis miután azt látta, hogy hasmenései nem szűnnek, folytonosan gyengül, betegségének 20. napján kóródnakra vétette fel magát. Kiegészítő kórelőzményi adatként fel kell említeni, hogy a beteg családjában és házatájékán hasonnemű megbetegedés a beteg tudtával nem fordult elő.

A beteg megvizsgálásakor szembeötlőbb jelenség gyanánt tűnik fel a beteg mérsékelt fokú elesettsége, a mely mellett a bevont, de nem száraz nyelv és a jelentékenyen megnagyobbodott lép szerepelt. Felvételtkor a hőmérséklet 38.5 °C. Panasza ekkor is általános gyengeségi érzés és étvágytalanság volt. Vizeletében semmi feltűnőbb rendellenesség.

Tekintve a beteg mérsékelt fokú elesettséget, a betegség tartamát, a nagyobb fokú lépmegnagyobbodást, bár ekkor az előzőleg átszenvedett maláriás megbetegedést a beteg még nem említette, indokolttá tették azt, hogy typhusra gondoljunk s diagnosisunk biztosítására Vidal-reactiót végezzünk, a mely, minthogy csak typhusbacillussal végeztük 1:80 higitásban, nem adott positiv eredményt. A következő négy napon belül a beteg állapota feltűnőbb változást nem mutatott. A legmagasabb hőmérsék 38 °C volt s minthogy a beteg elesettsége mitsem javult, újból az agglutinációs próba megejtéséhez folyamodtunk, kiegészítve vizsgálatainkat nemcsak a typhusbacillussal, hanem a paratyphus A és paratyphus B csoportba tartozó bacillusokkal is, mely utóbbiak megejtését a betegség enyhébb természete is sürgette. Ezen vizsgálat alkalmával kitűnt, hogy a beteg vérsavója 1:80 higitásban a typhus és paratyphus B homogen culturáit 2 órán belül nem agglutinálta, ellenben a paratyphus A törzset rögtön agglutinálta. A vérsavónak ezen agglutináló képessége még az 1280-szoros higitásban is feltűnően szembeötlő.

A beteg vérsavójának ilyenforma viselkedése arra készítetett bennünket, hogy a szervezet különböző excretionális anyagaiból, úgyszintén a vérből is bakteriologiai vizsgálatokat végezzünk. A vérnek szokott módon való bakteriologiai feldolgozása teljesen negativ eredményű volt. Ellenben a bélsárból és a sterilen felfogott vizeletből, mely, ismételten megjegyezzük, különösebb zavarodást nem mutatott, sikerült olyan telepeket izolálunk, melyeknek pálezikaalakú tagjai függő esepben élénk tovaahaladó mozgást mutatnak. Formailag miben sem térnek el a typhus kórokozójától. Agar-agaron buja, részben egyenletesen befedő tenyészetet, részben halványszürkés coloniákat mutattak. A gelatinát 24 órán belül nem folyósították. A tejet nem alvasztották meg. Burgonyán 48 órán belül alig látható szürkés összefolyó tenyészet fejlődött, mely a különböző színes táptalajok közül a *Conradi-Drigalski*-, *Endo*-, *Kindborg*-, és *Lentz-Tietz*-féle táptalajokon semmiben sem tért el a typhus kórokozójának viselkedésétől. A *Conradi-Drigalski* táptalajon fejlődő coloniák kékek maradtak még háromszor 24 óra múltán is. A *Lentz-Tietz*-táptalajon zöld coloniák képződtek. Az *Endo*-féle táptalajon fejlődők szürkés színben mutatkoztak, a táptalaj színét meg



## 3. számú táblázat. Complementkötés.

| Az anti-<br>test<br>mennyi-<br>sége | Typhusbacillussal fertőzött nyúl<br>vérsavója |                      |                      |                | Paratyphus A immun nyúlvér-<br>savó |                      |                      |                | Paratyphus B immun nyúlvérsavó |                      |                      |      | x tenyésztettel fertőzött nyúl<br>vérsavója |                      |                      |                |
|-------------------------------------|---|----------------------|----------------------|----------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|------|---|----------------------|----------------------|----------------|
|                                     | Typhus  | Para-<br>typhus<br>A | Para-<br>typhus<br>B | x              | Typhus                              | Para-<br>typhus<br>A | Para-<br>typhus<br>B | x              | Typhus                         | Para-<br>typhus<br>A | Para-<br>typhus<br>B | x    | Typhus                                      | Para-<br>typhus<br>A | Para-<br>typhus<br>B | x              |
| 0·20                                | 0   | +                    | Mini-<br>mális       | Mini-<br>mális | +                                   | Mini-<br>mális       | +                    | Mini-<br>mális | Mini-<br>mális                 | +                    | 0                    | +    | +   | 0                    | +                    | 0              |
| 0·15                                | 0   | +                    | Mini-<br>mális       | Mini-<br>mális | +                                   | Mini-<br>mális       | +                    | Mini-<br>mális | ++                             | ++                   | 0                    | ++   | +   | 0                    | +                    | 0              |
| 0·10                                | 0   | +                    | Mini-<br>mális       | Mini-<br>mális | ++                                  | Mini-<br>mális       | ++                   | +              | +++                            | ++                   | 0                    | ++   | +   | 0                    | +                    | 0              |
| 0·05                                | +++   | ++                   | +                    | +              | ++                                  | ++                   | ++                   | ++             | +++                            | ++                   | Mini-<br>mális       | +++  | ++  | 0                    | ++                   | 0              |
| 0·01                                | +++   | +++                  | ++                   | ++             | +++                                 | ++                   | ++                   | ++             | +++                            | +++                  | Mini-<br>mális       | ++++ | ++  | +                    | ++                   | Mini-<br>mális |

Nézzük első sorban a typhus-bacillussal fertőzött nyúl vérsavójának a különböző bacillusokkal szemben való agglutinációs viselkedését. Táblázatunk mutatja, hogy míg a typhus-bacillussal szemben 1:1000-nyi hígításban is mutatkozik némi agglutinatio, addig a paratyphus A törzsnél 1:250 hígításban találjuk az agglutinálás felső határértékét. A paratyphus B és x törzstenyészet felső határértékei pedig 1:100 körül vannak.

A paratyphus A törzsszel fertőzött nyúl vérsavója a különböző szintenyészetekkel végzett agglutinációs vizsgálatoknál azt mutatta, hogy míg a typhus és paratyphus B-vel szemben a vérsavó agglutináló képessége alig éri el a 120-as hígítást, addig a paratyphus A törzsszel szemben 1:1000 hígítás még ad látható csapadékot. Az x törzstenyésztettel szemben a vérsavó agglutináló képességének felső határa 1:180-as hígításig terjed. Az 1:100 hígításban képződött csapadék azonban quantitas tekintetében nem áll mögötte a paratyphus A tenyésztettel kapott agglutinációs tömegnek.

Nézzük a paratyphus B ellen immunizált nyúlvérsavó agglutinációs sajátosságát, a midőn kitűnik, hogy míg a paratyphus A és x törzstenyésztettel maximum 1:100, illetőleg 1:120-as hígításban kapunk csapadékot, addig a paratyphus B törzstenyésztettel még 1:2000 hígításban is agglutinál. A typhus-bacillust pedig már az 1:160 hígításban is alig csoportosítja.

Végül az x törzstenyésztettel fertőzött nyúl vérsavójának agglutinációs vizsgálata azt mutatja, hogy ezen serum agglutináló képességének maximuma ismét a paratyphus A és x törzstenyésztettel szemben mutatkozik. Az igaz, hogy míg a paratyphus A-val szemben is az agglutinálásnak felső határa 1:250 hígításban, az x törzstenyésztettel szemben pedig 1:160 hígításban mutatkozik, vagyis, hogy ezen állat vérsavója még nem nyert magas agglutináló képességet az egyszeri fertőzés által; annyit azonban láthatunk, hogy 1:100 hígításban kifejezett csapadék csak a paratyphus A és x törzstenyésztettel képződött.

Az x törzstenyésztettel és a paratyphus A szintenyésztettel kiváltott specifikus agglutináló képesség azonos irányban való fellépése ezen két szintenyészetnek közös csoportba való tartozását látszik igazolni. Míg a paratyphus B és typhusbacillussal fertőzött állatok vérsavójával szemben mutatott minimális agglutináló képessége határozottan elkülönítik ezen csoportba tartozó törzsektől.

Nézzük már most a különböző szintenyészetekkel szemben jelentkező antitestképződés mennyiségi viszonyait. Ezen a complementkötési eljárás segédelmével kimutatható antitesteknek mértékét oly módon határoztuk meg, hogy az összes reakciókul szolgáló tényezőknél mennyiségét állandónak vettük fel, míg a vizsgálandó inaktivált immunsavó különböző mennyiségeit vittük be a kísérletbe. Ily módon képesek vagyunk az antitestek complementeltérítő hatásának legkisebb határértékét megismerni.

A typhusos immunnyúlvérsavó a typhusos antigennel 0·1 cm<sup>3</sup>-ben teljes complementeltérítést okoz, míg a többi 3 antigennel szemben még a kétszeres mennyiségben sem ad teljes kötést.

A paratyphus A-val fertőzött nyúl vérsavója ugyan egyik antigennel sem ad a jelzett mennyiségben teljes complement-

kötést, azonban quantitative láthatjuk, hogy legkisebb mértékű haemolysist a paratyphus A és x törzstenyészetek antigenjeivel eredményez.

A paratyphus B-s immun nyúlvérsavó igen szépen mutatja a paratyphus B antigennel szemben való viselkedését, ellentétben a többi antigennel, a hol még 0·2 cm<sup>3</sup>-nyi mennyiségben sem kapunk teljes complementeltérítést.

Végül láthatjuk, hogy az x törzstenyésztettel fertőzött nyúl vérsavójában főképpen olyan antitestek vannak, a melyek a paratyphus A-ból és x-ből készült antigennel szemben adnak complementdeviatiót, még pedig 0·05 cm<sup>3</sup>-nyi mennyiségben is teljes complementkötést láthatunk. A másik két antigennel szemben pedig még a négyszeres mennyiségben sem kapunk teljes complementeltérítést.

Ezen antitestek kimutatására irányuló specifikus vizsgálati sorozataink ismét utalnak a paratyphus A és x törzstenyészet egy csoportba való tartozására. Sőt x törzstenyészetünk ezen két immunreakciójának párhuzamos viselkedése a paratyphus B és typhusbacillusokkal szemben ekvetlenül eltérő sajátosságokra utal, melyek alapján azoktól való elkülönítése tenyésztetbeni viselkedésük hasonlósága ellenére is jogosult.

Ezen vizsgálataink alapján már most jogos az a feltevésünk is, hogy a betegünkötől nyert x tenyészet kulturái és biológiai tulajdonságait illetőleg legközelebb a Král-féle paratyphus A törzstenyészetéhez áll.

Ezután, ha visszatérünk az általunk észlelt eset leírására, láthatjuk, hogy a beteg 28 napig volt észlelésünk alatt, mely időből az utolsó 14 napot láztalanul, jó közérzettel töltötte el. Felemlítésre méltónak tartjuk, hogy a beteg távozásakor a bél-sarából sikerült ismét oly telepeket izolálnunk, melyek az első alkalomból nyert szintenyészetekhez voltak hasonlóak. Röviden megemlíthetjük, hogy két hét lefolyása után a beteg ismét jelentkezett kórodi felvételre ugyanazon panaszokkal, mint első ízben. Csaknem két héten át 37·2—38·2 C<sup>0</sup> közt ingadozó hőmérséke volt. Mérsékelt léptumor, elesettség, leukopenia alkotja az észlelhető elváltozásokat. A beteg vérsavója ismét csak a paratyphus A és a betegből kitenyésztett törzstenyészetet csoportosítja. A beteg székletéből ezen alkalomból nem sikerült kitenyésztenünk a jellemző bacillusokat. Különben a beteg állandó észlelésünk alatt áll. Gyógyulása zavartalanul halad előre.

Szükséges még röviden kitérnünk a betegből izolált bacillus és a betegség közötti összefüggés megemlítésére. Kérdés, hogy az a betegség, mely az illetőben az utolsó négy hét alatt lefolyt, valóban a paratyphus A bacillus által volt-e feltételezve. Mert az esetünkben izolált bacillusnak a paratyphus A csoportba való tartozása további bizonyításra nem szorul. Hogy a paratyphus A mint actiologiái tényező a typhusszerű megbetegedések létrehozásában szerepelhet, ma már különösebb bizonyításra szintén nem szorul. Acharad és Bensaude, Schottmüller és Kayser, Nicolle és Cathoire (utóbbiak 16 esetet észleltek) pontos megfigyelései ezen kérdést kellőképpen tisztázták. Esetünkben is tehát, éppen úgy a rohamos kezdet, simább lefolyás, valamint a bakteriológiai vizsgálat eredménye

jogossá teszi azon feltevésünket, hogy a betegség aetiologiai tényezőjéül a paratyphus A-t vegyük fel. Azon körülmény, hogy a vérből végzett kitenyészési kísérletek negatív eredményűek voltak, csak megerősítik *Kaysers* azon észlelését, hogy a paratyphus A a keringő vérből hamar eltűnik. Vegyes fertőzést a beteg vérsavójának specifikus viselkedése, továbbá a bakteriologiai vizsgálat alapján legnagyobb valószínűséggel kizárhatunk.

Esetünk közlését nemcsak a ritkasága indokolja, hanem az is, hogy tiszta paratyphus A fertőzés esetét hazai irodalmunkban feltűntetve nem találtam.

**Irodalom.** *P. Abrami*: Étude sur les is-agglutinations typho-paratyphiques. Journ. de physiolog. et de pathol. générale, 1907. — *A. Doehert*: Die verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen dem Bacill. faecalis alcalig. und dem Typhusbacill. Archiv für Hyg. 52. füzet. — *A. Fox*: A comparison of the agglutinative properties of the serum of typhoid fever patients on the Bacillus typhosus, Bacillus enteridis and the Bacillus paratyphosus A and the relation of their individual antisera. University of Penns. Med. Bullet., 1905. — *Grünberg* und *Rolly*: Beitrag zur Frage der agglut. Eigenschaften des Serums Typhuskranken auf Paratyphus- und verwandte Bakterien. Münchener med. Wochenschrift, 1905. 3. szám. — *H. Hirschfeld*: Die Verwendung des Princips der Komplementablenkung zur Typhusdiagnose. Zeitschrift f. klin. Med., 1907. — *Jürgens*: Über typhusähnliche Erkrankungen. Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 1-2. sz. — *H. Kaysers*: Über den Typhus A Bakterium paratyphi, Typhusserumerfahrungen und Mischinfectionsfrage. Deutsche med. Wochenschrift, 1905. 49. szám. — *J. Leuchs*: Über die diagnostische Zuverlässigkeit und die Specificität der Komplementbindungsmethode bei Typhus und Paratyphus. Berliner klin. Wochenschr., 1907. 3-4. sz. — *A. Netter* et *R. Dumas*: Détails sur l'agglutination dans trente sept cas de typhoides et paratyphoides. Société de Biologie, 1905. — *A. Netter* et *R. Dumas*: Troisième série des infections paratyphoides. Société de Biologie, 1905. — *Nicolle* et *Cathoire*: Existence en Tunisie des malades atteints d'infections paratyphiques. Pouvoir agglutinant du sang des malades. — *Nicolle* et *Cathoire*: Les agglutinines secondaires du sang des malades atteints d'infections paratyphiques. Specificité de la séroration dans ces infections. Société de Biologie, 1906. — *Rieux* et *Sacquepée*: Action de sensibilisations typhiques et paratyphiques sur les bacilles correspondants. Société de Biologie, 1905. — *Rieux* et *Sacquepée*: Agglutination et coagglutination des bacilles typhiques et paratyphiques. Société de Biologie, 1905.

**Közlés a kolozsvári magy. kir. tudomány-egyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos.)**

### A Cammidge-féle pankreasreactio klinikai értékesíthetőségéről.

Irta: *Braunstein Gábor* dr., klinikai gyakornok.

(Vége.)

Ezek után táblázatainkban összefoglalólag adjuk vizsgálataink eredményét. (Lásd az I., II. és III. számú táblázatot.)

Táblázatainkban szembeötlő azon már fennem is említett körülmény, hogy kiválasztott eseteinkben vajmi kevés számmal szerepel a hasnyálmirigy-megbetegedéseknek élesen felállított kórjelzése. Annál nagyobb súlyt helyeztünk azonban a különböző természetű, előrehaladó jellegű megbetegedések kiválasztására, melyek akár a constitutionális megbetegedések csoportjába tartozva, akár pedig szigorúan valamilyen fontosabb szerv lényeges megbetegedése által zavarólag hathat a hasnyálmirigy működésére.

Nézzük először is, milyen esetekben kaphatunk pozitív *Cammidge*-reactiót? Szükségesnek tartjuk ezuttal is hangoztatni, hogy a *Cammidge*-reactiót pozitívnek csak is akkor tekintettük, ha a *Cammidge* által előírt feltételeknek megfelelőleg a kristályok 33% H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>-ban 5 percen belül feltétlenül feloldódtak. Az oldódási időre, melyből *Cammidge* a megbetegedés chronikus avagy acut jellegére akar következtetni, mint a legtöbb kutató, mi sem voltunk tekintettel, minthogy ebben a kristályodásban szereplő sok más olyan tényező birhat fontossággal, melyeknek a befolyásolása nem áll a vizsgáló hatalmában.

A 60 eset közül 27-ben kaptunk pozitív reactiót, eltekintve jelenleg azon esettől, melyekben többször végeztük azt. Ezek között van 5 carc. ventriculi, 3 carc. ventr. et hepatitis, 2 cholelithiasis, 1 pankr. cysta, 2 diabetes, 2 cholecystitis, 2 cirrhosis hepatitis, 2 typhus abd., 1 appendicitis, 1 enteritis chr., 1 pneumonia, 1 tbc. pulm., 1 scarlatina és 2 egészséges egyén.

I. tábla. (Positiv *Cammidge*-reactio.)

| Szám | Betegség neve                 | Bélsártrypsin-emésztés | Jegyzet                                       | Szám       | Betegség neve          | Jegyzet  |
|------|-------------------------------|------------------------|---|------------|------------------------|--|
| 1.   | Appendicitis acuta            | Nem teljes emésztés    | Hőmérséke 38—38.5 között                      | 16.        | Cholecystitis, icterus | Bonczoláskor carc. pankreatis                        |
| 2.   | Tbc. pulm.                    | Jól emészt             | Subfebrilis                                   | 17.        | Carc. ventriculi       | 2-szer vizsgálva, erjesztés után is +                |
| 3.   | Carc. ventr. et hepatitis     | Nem emészt             | Zsiros szék                                   | 18.        | Diabetes mellitus      | 4.5% cukor 48 órai erjesztés. Bonczolás: atr. pankr. |
| 4.   | Cysta pankreatis              | Nem emészt             | Műtét (pankr. cysta)                          | 19.        | Cholelithiasis         | —  |
| 5.   | Typhus abd.                   | Nem emészt             | Hőmérsék 39.5                                 | 20.        | Cholecystitis          | Vizeletben kevés fehérje, febrilis                   |
| 6.   | Diabetes mellitus             | Nem emészt             | 0.5% cukor 48 órai erjesztés                  | 21.        | Cirrhosis hepatitis    | —  |
| 7.   | Tumor hepatitis               | Nem emészt             | Vizeletben 3 mm. tömött feh. gyűrű            | 22.        | Scarlatina             | —  |
| 8.   | Carc. ventr. et hepatitis     | Nem emészt             | Sectionál carc. pankreatis                    | 23.        | Carc. ventriculi       | Bonczoláskor pankreatitis chronica                   |
| 9.   | Carc. ventriculi              | Nem emészt             | —   | 24.        | Cirrhosis hepatitis    | —  |
| 10.  | Enteritis chr.                | Nem emészt             | 2-szer vizsgálva, erjesztés után is +         | 25.        | Typhus abdominalis     | —  |
| 11.  | Carc. ventriculi et hepatitis | Nem emészt             | —   | 26. és 27. | Egészséges             | 4-szer vizsgálva, 24 órai erjesztés után negatív     |
| 12.  | Pneumonia crouposa            | Nem teljes emésztés    | Hőmérséke 39—40 C°. Vizeletben feh. nyomokban |            |                        |  |
| 13.  | Carc. ventriculi              | Nem emészt             | —   |            |                        |  |
| 14.  | Carc. ventriculi              | Nem emészt             | —   |            |                        |  |
| 15.  | Cholelithiasis                | Nem emészt             | —   |            |                        |  |



II. tábla. (Negatív *Cammidge*-reactio.)

| Szám | Betegség neve        | Bélsár trypsin-emésztése | Jegyzet  | Szám | Betegség neve        | Bélsár trypsin-emésztése | Jegyzet   |
|------|----------------------|--------------------------|--|------|----------------------|--------------------------|---|
| 1.   | Cirrhosis hep.       | Jól emészt               | —  | 18.  | Peritonitis tbc.     | Jól emészt               | —   |
| 2.   | Carc. ventriculi     | Nem emészt               | —  | 19.  | Enteritis chr.       | Jól emészt               | —   |
| 3.   | Tumor hepatis        | Jól emészt               | —  | 20.  | Cirrhosis hep.       | Jól emészt               | —   |
| 4.   | Tbc. intestinorum    | Jól emészt               | A vizeletben 21 <sup>20</sup> /00 fehérje        | 21.  | Diabetes mell.       | Nem emészt               | 61 <sup>20</sup> /0 cukor 48 órai erjesztés után 2-szer vizsgálva |
| 5.   | Ulcus ventr.         | Jól emészt               | —  | 22.  | Carc. duodeni        | Roszzul emészt           | A vizeletben sok epefesték. A bonczoláskor cc. pankreatis         |
| 6.   | Cirrhosis hep.       | Jól emészt               | A bonczoláskor ép pankreas                       | 23.  | Ulcus ventr.         | Jól emészt               | A bonczoláskor ép pankreas  |
| 7.   | Arteriosclerosis     | Jól emészt               | —  | 24.  | Cholelithiasis       | Jól emészt               | A vizeletben sok epefesték  |
| 8.   | Dysenteria           | Jól emészt               | —  | 25.  | Tumor intest. crassi | Jól emészt               | —   |
| 9.   | Peritonitis acuta    | Jól emészt               | —  | 26.  | Icterus cat.         | —                        | —   |
| 10.  | Insuff. aortae       | Jól emészt               | A vizeletben kevés fehérje                       | 27.  | Pneumonia croup.     | —                        | Hőmérséke 39.0 C° a 6. napon                                      |
| 11.  | Carc. ventr.         | Jól emészt               | —  | 28.  | Typhus abd.          | —                        | A 3. héten hőmérséke 39.0 C°                                      |
| 12.  | Diabetes mell.       | Elég jól emészt          | 41 <sup>20</sup> /0 cukor 48 órai erjesztés után | 29.  | Icterus cat.         | —                        | —   |
| 13.  | Typhus abd.          | Jól emészt               | A 4. héten subfebrilis                           | 30.  | Scarlatina           | —                        | —   |
| 14.  | Gastroenteritis      | Jól emészt               | —  | 31.  | Meningitis bas.      | —                        | A bonczoláskor ép pankreas  |
| 15.  | Cholelithiasis       | Jól emészt               | 2-szer vizsgálva                                 | 32.  | Tumor hepatis        | —                        | —   |
| 16.  | Hyperaciditas        | Jól emészt               | —  | 33.  | Egészséges           | —                        | —   |
| 17.  | Carc. ventr. et hep. | Jól emészt               | —  |      |                      |                          |   |

III. tábla (bonczolt és operált esetek).

| +    |                                  |                          | -    |                             |                          |
|------|----------------------------------|--------------------------|------|-----------------------------|--------------------------|
| szám | Kórjelzés                        | Bélsár trypsin-emésztése | szám | Kórjelzés                   | Bélsár trypsin-emésztése |
| 1    | Carc. pankreatis                 | Nem emészt               | 1    | Cirrhosis hepatis           | Jól emészt               |
| 2    | Carc. pankreatis                 | —                        | 2    | Meningitis bas.             | —                        |
| 3    | Pankreatitis chr. (carc. ventr.) | —                        | 3    | Ulcus ventr.                | Jól emészt               |
| 4    | Atrophia pankr. (diabetes)       | —                        | 4    | Carc. pankreatis et duodeni | Roszzul emészt           |
| 5    | Cysta pankr.                     | Nem emészt               |      |                             |                          |

Az első kérdés, mely a statistika felsorolásakor felmerül, az, hogy mennyiben lehet az adott esetekben a pozitív reactióból a hasnyálmirigy valamelyes laesiójára következtetni? Hogy ezt tehesük, kénytelenek vagyunk az összehasonlítást megtenni, melyet a pozitív reactióval kapcsolatosan a bélsár trypsinemésztése nyújt. A 27 eset közül bélsárvizsgálatot 15-ben végeztünk és ha az átlagos értéket vesszük tekintetbe, szembeötlő azon kapcsolat, mely a pozitív *Cammidge*-féle reactio és a bélsár csökkent trypsinemésztése között fennáll. De ha tekintetbe vesszük a bár csak szórványosan előforduló azon eseteket, melyek éppen az ellentétes adatokat szolgáltatják, kénytelenek vagyunk a reactio megítélésében az első impressióból nyert optimismusunkból engedni. Szerepelnek eseteink között olyan betegségi formák is, melyek látszólag semmi összefüggésben sincsenek a hasnyálmirigy megbetegedéseivel. Nincs azonban jogunkban annak a lehetőségét tagadni, hogy a typhus, scarlatina, pneumonia eseteiben a többi parenchymás szerv megbetegedése mellett a hasnyálmirigy kisebb-nagyobb fokú laesiója is

jelen lehet. A pneumoniában különben nagy mértékben szerepel a nuclealbuminok szétesése, a miben sokan a reactio lényegét vélik.

A 4 diabetes-eset közül 2-ben kaptunk pozitív reactiót, mely eredmény nagyjában megegyezik *Cammidge* adataival, a ki a diabetesben 75<sup>0</sup>/0-ban kapott pozitív reactiót.

Külön kell megemlékeznünk a pankreascysta esetéről, melyben eredetileg nem tudtunk pontos kórjelzést felállítani, annál kevésbé, mert a beteg bemondása is, mely szerint egy előbb végzett operatio alkalmával körülbelül 200 epekövet távolítottak el az epehólyagjából, félrevezetett a helyes diagnosis felállításában. A kórelőzményből, a súlyos icterusból, a megnagyobbodott májból, továbbá a gyakran jelentkező heves májtáji fájdalmakból inkább voltunk hajlandók epekörecidivát, a megejtett pankreas functionális vizsgálat eredményéből pedig másodlagos pankreaslaesiót felvenni. Csak később győződünk meg a beteg bemondásának hamisságáról, a mikor *Ádám* a beteget a közokórházi orvos-társulat 1909. évi október 21.-i ülésén mint megoperált és meggyógyult

pankreascysta-esetet mutatta be. Kórelőzményében felemlíti, hogy az első műtét alkalmával nem tudták az icterus okát megkapni, csupán a hasnyálmirigy fejét találták kissé keményebbnek. A második műtét alkalmából azután, mely előtt a beteg körülbelül 2 hétig a mi észlelésünk alatt állott, kitént, hogy a hasnyálmirigy fejéből gyermekfejnyi cysta nőtt ki, melynek eltávolítása után a beteg állítólag meg is gyógyult.

Ha már most a negatív *Cambridge*-reakciót feltüntető táblázatot nézzük, mely táblázatban szintén a legkülönbözőbb betegségek szerepelnek, feltűnő itt is ama viszony, mely a negatív *Cambridge*-reakció és a bélsár normális trypsinemésztése között fennáll. A 33 eset közül 25 esetben volt a bélsár vizsgálva és az itt talált 2 ellentétes adat közül az egyik gyomorrákra, a másik egy diabeteses betegre vonatkozik; ezekben a pankreas laesióját biztosan kizárni alig lehet.

Hogy mégis miért kaptunk az említett két esetben negatív reakciót, azt éppen olyan kevéssé tudjuk magyarázni, mint nem tudjuk okát adni annak a még eddig nem említett ténynek, hogy teljesen egészséges egyénekben is kaptunk pozitív reakciót, olyankon, kiken a hasnyálmirigymegbetegedés felvételére semmi támpontunk sem volt. Így tehát semmiesetre sem jogos *Witte*<sup>24</sup> ama állítása, hogy a *Cambridge*-reakció ha nem is specifikus, de mindenestre „betegség-reakció”; ő ugyanis egészségeseken sohasem talált pozitív reakciót.

Azt a tényt azonban szükségesnek tartjuk felemlíteni, hogy míg azon betegeken, kik pozitív reakciót adtak, 24 órai erjesztés után is pozitív maradt a reakció, addig az egészséges embereken az erjesztett vizelettel végzett reakciók mindenkor negatív eredményt adtak. A betegeken az erjesztést nem minden esetben végeztük, de az egészségeseken igen. Itt említjük fel azt is, hogy a reakció megejtése előtt minden esetben többféle cukorprórával győződünk meg arról, hogy a vizelet vagy semmi, vagy oly minimális mennyiségben tartalmaz cukrot, melyet meglehetősen érzékeny reakciókkal sem lehetett kimutatni.

Volt egy esetünk, melyet egyik táblázatba sem tudtunk sorolni, minthogy a *Cambridge*-reakció és a bélsár trypsinértéke hol pozitív, hol negatív eredményt adott. Az eset egy kérdéses pankreatitásra vonatkozik, a melyben a klinikai tünetek (aliment. glycosuria, zsirszék) a pancreasmegbetegedésre hívták fel a figyelmet. A beteg azonban, mielőtt betegségének lényegével tisztába jöttünk volna, a klinikáról eltávozott.

Egy táblázatban végül ismertetjük azon eseteket, melyekben a *sectio* eredményét is, mint legobjectivebb momentumot felhasználtuk eredményeink elbírálására. Igaz, hogy erre vonatkozólag oly kevés számú adattal rendelkezünk, hogy belőlük végleges következtetést levonni alig lehet, de mint legértékesebbeket külön meg kell említenünk.

Ilyen esetünk, beleértve a pancreascysta esetét is, 9 volt, melyek közül 5 a pozitív reakciót adók csoportjába tartozik, (2 pancreasrák, 2 pancreasatrophia, az egyik diabetes mellett és 1 pancreascysta), 4 pedig a negatív eredményt adók csoportjába, melyek közül 3 esetben ép volt a hasnyálmirigy. A *carc. duodeni* neve alatt szereplő esetről a később megejtett szövettani vizsgálatok után derült ki, hogy az eredeti gócz a hasnyálmirigy fejében volt és onnét tört át a duodenumba. Ez az eset is igazolja több szerző ama véleményét, hogy éppen pancreasrák sok esetében cserben hagy a reakció; felemlítésre érdemes azon körülmény, hogy a bélsár trypsinemésztése rossz volt.

A mi a jegeczek vegyi vizsgálatát illeti, azt találtuk, hogy a meglehetősen érzékeny *Bial*-reakcióval a jegeczek nem adták a pentosera jellemző zöld színeződést, habár hogy a sósavas phenylhydrazinnal való esetleges összeköttetése mennyiben van erre befolyással, nem tudtuk eldönteni. A jegeczek pyridinnel való átkristályosítása nem járt eredménnyel. Az olvadáspontmeghatározás, melyet eddig alig 1—2 szerző említ, tekintettel az anyag meglehetősen szennyezett voltára, nem adott állandó értéket, mert míg egyesek 110—120 C<sup>o</sup> körül olvadtak meg, addig más esetből származott jegeczeknek 180 C<sup>o</sup> körül volt az olvadáspontja. 184 C<sup>o</sup>-nál magasabb értéket egyen sem kaptunk és az átlagos értéket 160 C<sup>o</sup>-ra tehetjük, a mi nagyjában megegyezik *Eichler*<sup>25</sup> és *Caro-Wörner* adataival, a kik szintén 150—180 C<sup>o</sup> között találták a jegeczek olvadáspontját.

Összegezve vizsgálataink eredményét, arra a meggyőződésre jutunk, hogy a *Cambridge*-féle reakciót a hasnyálmirigy megbetegedéseire nézve specifikusnak egyáltalán nem mondhatjuk. Nem pedig azért, mert míg egyrészt látszólag teljesen egészséges embereken is kapunk pozitív reakciót; másrészt a szervezet egyéb, a hasnyálmirigy megbetegedéseivel semmiféle kapcsolatba sem hozható elváltozásában is gyakran pozitív a reakció.

Mindazonáltal vizsgálataink eredményéből nem mondhatjuk azt, hogy a pozitív *Cambridge*-reakció és a hasnyálmirigy valamelyes laesiója között összefüggés nem volt.

Határozott kapcsolatot vélünk találni a pozitív *Cambridge*-reakció és a bélsár csökkent trypsin-tartalma között éppen úgy, mint a negatív *Cambridge*-reakció és a bélsár normális trypsinértéke között.

A reakció lényegének felderítését célzó vizsgálataink nem erősítik meg több szerző ama fellelését, hogy a keletkezett kristályok pentoszerű anyagból állanak; habár ez irányú kísérleteink hiányossága miatt erre vonatkozólag határozott véleményt mondani nem tudunk.

Az általános impressio, valamint a *sectio* által bizonyított esetünk alapján végeredményben azt mondhatjuk, hogy ha nem is tulajdonítunk a *Cambridge*-féle reakciónak pathognomiás jelentőséget; mégis a többi klinikai tünet mérlegelése, valamint az egyéb fajta pancreasfunctionális vizsgálati módszerek mellett, mint alkalomadtán kiegészítő eljárást használhatónak tartjuk.

\* \* \*

A jegeczek kémiai feldolgozásában *Fuchs Dénes* dr. kórvegytani tanársegéd volt szives útbaigazításaival segítségemre lenni, a miért neki ez úton is köszönetet mondok.

**Irodalom.** 1. *Mediz. Klinik*, 1905. 35. és 36. sz. — 2. *Grenzgebiete der inneren Med. und Chir.*, 1907. 18. kötet, 2. füzet. — 3. *Münchener med. Wochenschrift*, 1909. 37. sz. — 4. *Lancet*, 1909. május 14 és június 11. — 5. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1909. 8. sz. — 6. *Grenzgeb. der inneren Med. u. Chir.*, 1909. 20. kötet, 3. füzet. — 7. *Zeitschrift f. physik. Chemie*, 60. kötet, 119. l. — 8. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1907. 47. sz. — 9. *Med. Record*, 1908. LXXIV. kötet, 875. l. — 10. *Med. Klinik*, 1909. 5. sz. — 11. *Grenzgeb. der inneren Med. u. Chir.*, XX. kötet, 1. füzet és *Münchener med. Wochenschrift*, 1909. 21. sz. — 12. *Archiv für Verdauungskranheiten*, XV. kötet, 1. füzet. — 13. *Wiener klin. Wochenschrift*, 1909. 9. sz. — 14. *Centralblatt für innere Med.*, 1909. 11. sz. (Ref.) — 15. *Med. Klinik*, 1909. 11. sz. — 16. *Centralblatt für Chir.*, 1906. 38. sz., 1029. l. (Ref.) — 17. *Beitr. zur klin. Chir.*, 1909. 61. kötet, 750. l. — 18. *Münchener med. Wochenschrift*, 1909. 45. sz. (Ref.) — 19. *Orvosi Hetilap*, 1909. 16. sz. — 20. *Edinburgh med. journal*, 1906. november. — 21. *Grenzgeb. d. inneren Med. u. Chir.*, 19. kötet, 4. l. — 22. *Archiv f. exp. Pathol. u. Pharmak.*, 1908. 20. kötet, 7. sz. és LVIII. kötet. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1909. 16. sz. — 23. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1909. 25. sz. — 24. *Med. Klinik*, 1909. 39. sz. — 25. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1909. 8. sz.

## Kerek gyomorfekély esetében észlelt hangtünet.

Irta: *Bernard József* dr., pályaorvos Zichyfalván.

G. F.-né, 33 éves vendéglősné, az utóbbi időben gyakran ismétlődött hasgöresökben szenvedett és néha minden érthető ok nélkül rendkívül sápadt volt. 1910 évi február hó 18.-án reggel ismét heves göres lepte el felső hasáját, csokoládészinű tömegeket hányt és több ájuláshozama volt.

Ugyanaz nap délutánján a beteget álmórosan, de öntudatán találtam; rendkívül vérszegény; szemei halonáltak. A hőmérsék és légzés rendes, az érverés nem érezhető. A tüdő fizikai vizsgálata rendes viszonyokat tár fel. Az abszolút szívtempusát rendes nagyságú. Valamennyi ostium felett két tompa hang hallható. A pulmonalis felett a két említett hang mellett (tulajdonképpen azok között) és ezektől könnyen megkülönböztethetően rövid, hangos, fémesen csengő fütty hallható, mely az érverés rhytmusának megfelelően szabályos időszakokban ismétlődik. Ezen zörej az aorta felé mindinkább gyengül; a csücsökös helyén és a tricuspidalis felett egyáltalán nem hallható.

A has kissé puffadt és érintésre nagyon érzékeny. Hanyatt és jobboldalt fekvéskor a fájalmakat a beteg nő még legkönnyeb-

ben viseli el. A májtompat a jobboldali bimbóvonalban eltűnt, de a hónaljvonalban kimutatható. A kopogtatás hangja a hason mindenütt mély és dobos. Az ivarszervek rendesek.

A beteg nő jég hiányában hideg borogatást és morphiumnak bőr alá fecskendezésén kívül aether depuratust kap, később pedig tíz gramm bismuthum subnitricumot rázókeverék alakjában. Éjféli utáni 2 órakor kissé felüdül.

Február hó 19.-én délután az érverés meglehetősen erőteljes. A leirt fűttszerű zörejt teljesen eltűnt. A hasfal kékes színárnyalatú, gyengén kékített ruhaneműre emlékeztet. A klysmára beállított széklet állítólag nem tartalmazott vért.

Kórmeghatározásom a következőkben állapodott meg: *Ulcus ventriculi rotundum, a fekély áttörése a hasürbe és belső vérzés a gyomornak valamely kis felmárt verőéréből.*

Azon kérdés támad most, hogyan magyarázzuk az észlelt rövid, hangos, érezesen csengő, fűttszerű zörejt? A tünet érverés-szerű rhythmusa arra mutat, hogy a zörejt a szívben vagy valamely verőérben keletkezett; a fémes hangárnyalat azt bizonyítja, hogy a zörejt valamely légtartalmú ürege (talán gyomor vagy megnyitott hasúr) haladt át, melynek együttrezgő légoszlopa nemzette a fémszót.

Kórmegekülönböztetés szempontjából a következők jöhetnek tekintetbe:

1. Az *ostium pulmonale* szűkületénél a baloldali második bordaközben systolés zörejt hallunk. Ez gyakran nagy erősséggel által tűnik fel és néha zenei (fütyülő) jelleget is felvesz.

A tünet gyors mulékonysága kizárja a szervi billentyűbántalom felvételét.

2. Az *anorgánikus* vagy *anaemiás zörejek* tudvalevően lázas állapotokban és vérefogyott egyéneken jelentkeznek és nagy valószínűséggel úgy keletkeznek, hogy a billentyűknek és verőérhártyáknak a hangképződéshez szükséges feszültsége nem jön létre rendes módon. Az anaemiás zörejek leggyakoribbak a pulmonalis felett, míg az aortán rendkívül ritkák.

3. *Accidentális* vagy *functionális zörejeket* akkor észlelünk, ha: a) a csapalakú izmok (mm. papillares) egyenlőtlen működése folytán az egyik p. megnyúlik és ostiumzáráskor a billentyűszélek egymáson átsapódnak;

b) az ostium tágulva van, a mi azt eredményezi, hogy a billentyűk aránylag megrövidülnek és az ostiumot már nem tudják elzárni (relatív elégtelenség).

Míg *Basch* szerint „leggyakoribbak a mitralis és tricuspidalis relativ illetve működési elégtelenségei; azt is állítják, hogy az aortabillentyűk relative elégtelenné válhatnak“ (a pulmonalist tehát nem említi); addig *Eichhorst* szerint éppen az ostium pulmonale felett nem ritkák a feltűnően hangos systolés accidentális zörejek.

Egyébiránt mindkétnemű zörejt mindig systolés, rövid és lágy és az illető helyen a zörejt egyidejűleg hallható hang szokta kísérni. Az anaemiás zörejeknek a szervekkel szemben azon sajátosságuk van, hogy általában macskafonást nem mutatnak és ha hallgatódzásukkor a rendes megfigyelési helyüktől kissé oldalvást tovább megyünk, teljesen eltűnnek. Ez esetemben nem történt, másrészt az általam észlelt zörejt tulajdonképpen metasystolés és a szívhangokhoz viszonyítva nagyon is hangos volt; macskafonás sem volt érezhető. Az anaemiás zörejek, ha több billentyűn jelentkeznek, egyforma erősségűek szoktak lenni, míg esetemben a zörejt a második bal bordaközöttől a második jobb bordaközéig fokozatosan vesztett az erejéből. Vérszegénység már csak azért sem lehetett a tünet oka, mert a vérszegénység másnap még éppen olyan nagyfokú volt, mint az előző napon, de a zörejt már eltűnt.

Ezek után a semilunáris billentyűk relativ elégtelenségének lehetősége jöhet tekintetbe. A relativ insufficiencia csak rövid idejű változata az állandó szervi elégtelenségnek. A szív összehúzó-dása által a pulmonalisba dobott vér egy része a szívtágulás idején visszazuhan a jobb kamarába. Elképzelhető-e hogy ugyanazon folyamat, mely az ostium pulmonalisra oly erős zörejt okoz, a kamara alsó zugában — tehát a szegyesont végén — hangtani nyomot ne hagyna? Holott az aorta felett a zörejt még hallható volt. A jelenség fémes csengése, mely csak ökölnyinél nagyobb, simafalú üregekben keletkezhetik, okvetlenül ellene szól az accidentális zörejt felvételének.

4. Tömött, zsugorodó tüdőszövet jelenlétekor néha az arteria

pulmonalisra zörejeket észlelünk, melyek úgy keletkeznek, hogy az illető verőeret a zsugorodó szövet összenyomja, tehát a véráramlás elé akadály gördül. Ezen *szív-tüdőzörejeknek* nevezett tünetek mindig systoléssek.

5. Fémes hangárnyalatot észlelünk a szíven azon nagyon ritka esetekben, a midőn a szívburkúrban levegő gyülemllett meg: *pneumocardium* esetén. Itt a szívhangoknak az együttrezgő légfűrön át való haladása okozza a fémes csengést. Néha jó tova-vezetés és szomszédos légtartalmú fűrökben való összehangzás folytán is nyerhet a szívhang érezes csengést, például a szorosan határos, kitágult és erősebben puffadt gyomorban.

Ezen ponthoz csak azt óhajtom megjegyezni, hogy esetemben maguk a szívhangok nem bírtak fémes hanggal, ennél fogva tova-vezetéséről szó sem lehet.

Ha a felsorolt kizáró okokat megfontoljuk és tekintetbe vesszük az eltagadhatlan belső vérzést és áttűródást, a csokoládészinű hányást, a rövid, hangos, fémesen csengő zörejt érverés-szerű rhythmusát, joggal hiszem azon következtetést levonhatni, hogy a *leirt hangtünet egy kis, a fekély által felmárt gyomorverőérnek a légtartalmú hasürbe való fröccsenésétől eredt.* A kis gyomorgömbületnek a bal májleány által nem fedett részének tájbonezolástani közelsége a jobb szívkamara alsó (hátulsó) oldalához (hisz csak a rekeszizom választja el a kettőt) erőltetés nélkül magyarázza, miért lehetett a zörejt éppen az ostium pulmonale felett oly tisztán hallani.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Az 1876. évi XIV. t.-cikk a közegészségügy rendezéséről és a reávonatkozó törvények** (1908. évi XXXVIII. t.-cikk), **ministeri, bírósági és egyéb hatósági rendeletek rendszeres gyűjteménye.** Összeállította **Reisz Mór** dr., zólyomi járási tiszti orvos. Harmadik tetemesen javított kiadás. Zólyom, 1910.

Ára 7:50 korona.

E munka a szakkörökben rövid idő alatt sokkal ismertesebbé vált, hogysem a tartalmát minden egyes kiadás alkalmával szükséges volna részletesebben ismertetni. A harmadik, tetemesen bővített kiadás is dicséreti összeállításának figyelmességét és körültekintő voltát, a melylyel a meglehetősen bonyolult anyagot világos és áttekinthető képen állítja az olvasó elé. A munka beosztása a gyakorlat céljainak teljesen megfelel, úgy hogy e könyv egyetlen hivatalos állást betöltő, sőt magánorvos kezéből sem hiányozhat. Kiállítása is a vidéki nyomdák jobb termékei közül való. E.

**Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis.** Herausgegeben von Prof. **J. Schwalbe**. Zweite Auflage. Leipzig, 1910. Verlag von Georg Thieme.

Az a körülmény, hogy a nagy példányszámú első kiadás alig három év alatt teljesen elfogyott, legjobb bizonyítéka annak, hogy csakugyan hiányt pótol ez a munka. Az első kiadás ismeretésekor kifejtettük, hogy a tankönyvek csak nagyon röviden és hézagosan foglalkoznak a gyógyító eljárások technikájával s hogy azért nagyon szükséges volt egy olyan munka, a mely a lehető legnagyobb részletességgel ismerteti sok jó ábra kíséretében az egyes gyógyítóeljárások technikáját, az előfordulható hibák és veszélyek elhárítását, az esetleges ellenjavakat, egyszóval mindazt, a mire a gyakorló orvosnak működése közben a legnagyobb szükség van.

Az új kiadás mintegy másfélszáz lappal nagyobb, mint az első volt, a minek az oka egyrészt abban rejlik, hogy a munka használhatóságának növelésére az ábrák számát a kiadó nagyon helyesen erősen növelte; másrészt pedig abban, hogy — eltekintve a két kiadás között eltelt idő alatt ismeretessé vált, maradandóbb értékű technikai vívmányoknak az illető fejezetekbe beillesztésétől — két teljesen új fejezet is került a munkába. Az egyiket *Kraus* tanár és *Brugsch* magántanár írta s a táplálkozási therápia technikáját ismerteti; a másodikat, mely *Bettmann* heidelbergi tanár tollából való, a bőr- és venereás bajok gyógyításának technikáját fog-

lalja össze. Az első kiadásban az azóta elhunyt Hoffa és Vierordt, valamint Englisch által kidolgozott fejezeteket az új kiadás számára Rieder, Riedinger és Zuckerkanzl tanárok dolgozták át.

A szépen kiállított és nagyon hasznos könyv ezen új kiadásának is okvetlenül a megérdemelt méltánylásban és elterjedésben lesz része. Ára füzve 22 márka.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

**A lázról syphilis eseteiben** értekezett Cohn az „Untersächsischer Ärzteverein zu Strassburg“ június 25.-én tartott ülésén. Eltekintve a lues malignától, a melynek pyaemiaszerű láza nyilván vegyes fertőzéstől ered: syphilis eseteiben gyakrabban van láz, mint a hogyan általában felveszik; így különösen máj-syphilis eseteiben. Három idetartozó esetet ismert az előadó; valamennyi fiatal emberekre vonatkozik, kik heteken, sőt hónapokon át voltak lázasak; az 1. esetben májcirrhosist vettek fel, míg végül a koponyán fejlődött gummák tisztázták a diagnózist; a 2. esetben chinin eredménytelen használata után májdaganat gyanúja miatt műtétet végeztek, a mikor is csakugyan találtak daganatot, a melyet sarcomának tartva, zárták a hasüreget; az utóbb megindított syphilis-ellenes kúra megszüntette a lázat és a májmegnagyobbást; a 3. betegnek 9 hónapon át volt magas pyaemiás láza és a kis medencébe érő májdaganata, úgy hogy elgenyedt echinococcusra gondoltak; antilueses kúrára úgy a láz, mint a májdaganat eltűnt. Az idegrendszernek rendszerint láztalan megbetegedései is néha lázzal járhatnak; így egy 36 éves egyén fejfájással, hányással, tarkómerevséggel, ptoissal, somnolentiával betegedett meg; a lumbális punctióval nyert barnás folyadékban lymphocyták, leukocyták és haematoidinkristályok voltak; kéneső használatára valamennyi tünet visszafejlődött. Ismeretes a lues secundaer szakában jelentkező „eruptívus láz“, a mely néha nagyon súlyos betegség képeben (typhose syphilitique, Fournier) mutatkozik. Egy ilyen esetet (magas láz, bőséges roseola, súlyos somnolentia, általános mirigy-megnagyobbás) az előadó is látott. Kevésbé ismeretes az, hogy röviddel az infectio után, a syphilis objectív tüneteinek jelentkezése előtt láz kíséretében általános tünetek mutatkoznak. Három ilyen esetet ismert az előadó. Az 1. esetben az illető fejfájással, lázzal, hasfájással, göresős állkapocsfájdalmakkal, végül periostitis és izületgyulladás tüneteivel betegedett meg; 6 hét múlva positív Wassermann-reactio, majd roseola; kenőkére valamennyi tünet elmúlt. A 2. esetben a syphilis tüneteit lázzal járó meningeális jelenségek előzték meg. A 3. esetben a penisen támadt exoriatio után 14 nappal mérsékelt láz, fej- és hasfájás mellett a sternumon, a scapulán és a bordákon fájdalmak jelentkeztek; az initiális sclerosis csak ezután fejlődött ki. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 32. szám.)

**A diphtheriaellenes serum intravenás alkalmazásáról** ír Tachau. A frankfurti városi kórház belosztályán diphtheria 100 esetében adták intravenásan a serumot, még pedig a könnyebb esetekben 3000—4500, a súlyosabbakban 6000—9000 immunitásegységnyi mennyiségben. A 100 eset közül 78-ban a bakteriologiai vizsgálat eredménye igazolta a diagnózist; ezen 78 eset közül 9 végződvén halálosan, a halálozás százaléka 12·8-nak adódik, míg a bőr alá fecskendezéssel kezelt esetek halálozása 14<sup>o</sup>/<sub>o</sub> volt. Ez az eredmény semmiestire sem szól a serum intravenás használata mellett, mert a minimálisan kedvezőbb százalékarány értékelésekor tekintetbe kell vennünk, hogy kisebb gyermekeken a technika nehézsége miatt nem alkalmazták az intravenás befecskendezést, pedig éppen a kisebb gyermekek diphtheriájának kedvezőtlenebb a prognosisa. A láztalanná válás, az álhártyák leöklődése, a bacillusoknak a torokból eltűnése tekintetében nem mutatkozott lényeges különbség a bőr alul és az intravenásan adott serum hatása között. Minthogy végül az intravenás kezelés néha kellemetlen mellék-tüneteket is okozott (az esetek felében a befecskendezés után a hőmérsék emelkedett, 2 esetben erős rázóhideg és collapsus, 1 esetben collapsus és általános erythema): a szerző véleménye szerint semmi ok sincs, hogy a sokkal nehezebben végezhető intravenás kezelést használjuk a subcutan oltás helyett a diphtheria serum-therapiájában. (Die Therapie der Gegenwart, 1910. 8. füzet.)

### Idegkórtan.

**Kéreg alatt fekvő agydaganat műtéve** nem jól sikerült Jumentié és de Martel 2 esetében, Déjerine osztályán. Az egyik esetben Jackson-epilepsia és hemiplegia állott fenn. Pangásos papilla nem volt. A műtétkor daganat nem volt látható, de ki lehetett azt tapintani a kéreg alatt, a diónagyságú glioma a kéreg bemetszése után jól enucleálható volt. A második esetben ugyanaz a tünet-csoport volt meg. A daganat felületesen nem volt látható a műtét alatt, be kellett metszeni a kéregbe. A majdnem a corpus callosumig terjedő daganatot ki lehetett irtani. A műtét eredménye annyiban kedvező, hogy a betegek életben vannak, az epilepsziás rohamok elmúltak, de a hemiplegia teljesebb lett, beszédzavar, sphincter-zavar támadt. Az egyik beteg 2 napig aphasiás volt. Érdekes, hogy ez az aphasia lumbal punctióra megszűnt. Ugyanakkor a sphincter-zavar és az intelligentia zavara is elmúlt. A második beteg, a kinek daganata nagyobb volt, hemiplegiás, vizeletét, székét nem tartja.

Klinikai szempontból fontos, hogy az első esetben nem volt agygyomástünet, sem aluszékonyság, sem hányás, sem pangásos papilla és a fejfájás is csak később jelentkezett. Az izgalmi tünetek kis térre szorítottak, a tuberculosis hiánya, a kénesőkezelés siker-telensége utalt tumorra. A szerzők végül felvetik a kérdést, hogy kéreg alatti daganat eseteiben nem volna-e helyes lemondani a be-avatkozástól.

Hozzászólva a bemutatáshoz Déjerine kiemeli, hogy pangásos papilla egyik esetben sem volt, jöllehet a második esetben elég nagy volt a daganat. Ennek a körülménynek az oka még nincs kiderítve. Rochon-Duvigneaud felemlíti, hogy a pangásos papillát a fokozott agygyomás okozza, a melynek subarachnoidás és ventriculumos vizenyő a következménye. De ezek csak bizonyos ideai fennállás után okoznak bajt. Így például agyhártyagyulladásban nem fejlődik ki néha a papillitis, mert a beteg hamarabb hal meg és sokszor a betegség fennállása után még több hétig nincs elváltozás a szemfenéken. Ha a káros nyomás huzamosabb ideig hatott, a papillitis igen rohamosan fejlődhet ki. Így például egy esetben 8 hónapon át nem volt szemfenékelváltozás, de azután 15 nap alatt fejlődött ki a papillitis teljességében. Ha a beteg 2 héttel ezelőtt meghalt volna, a papillitis nélkül való agydaganatok közé sorolták volna. Az idő kérdése e tekintetben a legfontosabb, a daganat elhelyezése és minősége kevésbé fontos. Babinski kifejti, hogy a daganat néha igen nagyra nő papillitis nélkül és hogy az elhelyezés nem lényegtelen e tünet kifejlődésében. Így például különösen a Rolando-zona daganataiban szokott hiányozni a pangásos papilla. Egy ilyen operált esetben 180 gm. volt a daganat súlya és mégsem volt szemfenéktünet. Claude szerint a két baj viszonya egymáshoz semmi szabályosságot sem mutat. Sem a tumor helye, sem a nagysága nem döntő. Látott nagy gliomát, a mely majdnem az egész hemisphaerát tönkretette és nem volt pangásos papilla. Mások kis daganatok a kis agyvelőben hamar okoztak amaurosist és koponyafülbéli nyomásfokozódást. Claude azt gondolja, hogy az a daganat, a mely az agyvelő közepének rovására fejlődik, hamar okoz hydrocephalust és látás-zavart, mert korán nyomja az agyvelő venáit, a melyek a vena Galeni felé mennek. Ide tartoznak a thalamus, epiphysis, kisagyvelő, hid-kisagyvelő daganatai. (Revue neurol., 1910. 8. sz.)  
Kollarits Jenő dr.

### Elmekórtan.

**A tabes dorsalis keretében jelentkező elmezavarokról** ír Truelle. Ezek nézete szerint legnagyobbbrészt a paralysis progressívához tartoznak és egyes esetekben alig lehet éles határt vonni a két betegség között, mert sem a klinikai lefolyás, sem a histologiai lelet nem nyújt kellő alapot. Semmi jogunk sincs arra, hogy Pierret-Rougier nyomán külön tabeses psychosist vegyünk fel. Az egyszerű tabeses dementia létezését nem tagadhatjuk ugyan, de mostani vizsgálati módszereinkkel ezt sem különböztethetjük meg a dementia paralyticától. Sokan azt vallják, hogy taboparalysisen kívül nagy ritkán észlelhetünk tabeses psychosist is, a melyre az erkölcsi érzés megváltozása és az affectusok zavara jellegző. Truelle nézete szerint e zavarok legnagyobbbrészt a taboparalysissal kezdődő tünetei, egyes esetekben pedig psychopathiás emberek rendellenes reakciójaképpen jelentkeznek. Egyes szerzők állítását, hogy a tabeses

amaurosis mellett sajátos psychés megbetegedés jelentkezik, Truelle esetei nem igazolták, de e tekintetben nem nyilváníthat biztos véleményét.

Előfordulhat, hogy a tabeszes beteg elmebajba esik (például amentia, toxikus megbetegedés, lázas deliriumok, degeneratív psychosisek tünetei mutatkozhatnak), vagy hogy chronikus elmebetegek, degeneráltak a későbbi években tabesessé válnak. Mindkét esetben csak tabes dorsalis és elmebaj kombinációjával állunk szemben és nem beszélhetünk tabeszes elmezavarról. A tabeszes tünetek, fájdalmak sajátos színezetet adhatnak az elmebetegségnek, vagy pedig a beteg e symptomákat a téves eszméi, érzécsalódásai körébe vonja. Elég gyakori, hogy tabeszes crise-eket vagy lancináló fájdalmakat tévesen magyaráznak, paranoid vonatkozással ruháznak fel.

Ezek alapján Truelle végeredményben oda concludál, hogy sem „tabeszes elmezavarról”, sem „elmezavarokról a tabes keretében” nem beszélhetünk. (*Annales medico-psychologiques*, 1910. LXVII. kötet. 18. füzet.) *Goldberger Márk dr.*

**Az ikrek elmebetegségeivel** foglalkozik *Elmiger*. Ball hívta fel első ízben a figyelmet az ikrek almabájára és „folie gemellaire” néven különálló betegségről beszélt, mely szerinte nem azonos a folie à deux-vel. A megbetegedést úgy magyarázza, hogy az ikrek agyveleje hasonló fejlődés következtében hasonló elmebajra hajlamos. Ostermayer csak akkor beszél az ikrek elmebetegségéről, hogy mindkét testvér függetlenül egymástól ugyanazon, vagy hasonló psychosisba esik és ha a betegség lefolyása mindkettőn önálló jellegűt ölt. Nem szükséges, hogy a testvérek megbetegedése egy időben jeletkezzék. A többi eseteket indukált psychosisnak tekinti és a folie à deux csoportjába osztja. Ezzel szemben Euphrát az ikrek összes psychosisait a folie à deux-vel azonos megbetegedésnek tartja.

A szerző hat ikerpár esetét közli, a kik közül 3 esetben mindkét ikertestvér, 3 esetben pedig csak az egyik testvér lett elmebeteg. Esetei kapcsán az ikrek elmebetegségét úgy tekinti, mint a testvérpsychosisekat és semmiképpen sem jogos, hogy Ball véleményét követve különálló körformáról „folie gemellaire”-ről beszéljünk. A két ikertestvér elmebaja gyakran tüntet fel külső hasonlóságot lefolyásában, a nélkül azonban, hogy az inductionnak nagyobb szerep jutna. Ennek oka rendszeren az, hogy mindkettőn hasonló kóros alapon (agyvelőfejlődés) jelentkezik a megbetegedés. E hasonlóság megtalálható akkor is, ha a betegség különböző körülmények között és különböző időben mutatkozik. (*Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, 1910. XII. kötet. 78. füzet.)

*Goldberger Márk dr.*

### Sebészet.

**Átültetett csont- és csontthártyalemezzel** nagy csonthiányt sikerrel pótolta *Katzenstein*. Egy 15 éves fiún, kinek bal czombján trauma után jókora ökölnyi sarkoma keletkezett, a hozzátartozók nem akarták a radikális amputációba beleegyezni, s ezért *Katzenstein* resectiót végzett a daganatnak s a czombosont alsó epiphysiséig erő 13 cm. hosszú czombosontrészletnek eltávolításával. Az így keletkezett csonthiány helyére a jobb sípcsontból levéselt 2 cm. széles, 15 cm. hosszú és 1—2 mm. vastag csontlemez-csontthártyalebenyt iktatott be oly módon, hogy a czombosont velőállományába kanállal készített vajúlatba helyezte a lemez felső és alsó végét. A végtagot gipszkötésben rögzítette s már három hónap múlva konstatálható volt az átültetett lemez megtapadása és csontos burjánzása. Az ekkor hazabocsátott beteget 9 hónappal a műtét után ismét alkalma volt vizsgálni. A csonthiány pótlására szolgáló lemez annyira megvastagodott, hogy a czombosont vastagságának teljesen megfelelt; a functionális eredmény tökéletes volt, a mennyiben a térd hegyes szögbe volt hajlítható s a fiú bal lábát éppen úgy terhelte meg, mint az egészséges jobbat. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1910. 14. szám.) *Makai.*

**A féregnyúlványgyulladás eseteiben támadó sárgaságról** értekezik esetek közlése kapcsán *Holländer*. Az esetek túlnyomó részében a sárgaság magával a bántalommal s nem a műtéti beavatkozással (chloroform, jodoformgaze használata) áll oki összefüggésben. A műtéti beavatkozás folyamán — mint arra *Reichel* figyelmeztetett — a fertőző anyag széjjelhordása idézhet elő sárgaságot, azért ajánlatos, hogy az első 48 órán túl műtetre kerülő

tályogos esetekben csak a legegyszerűbb beavatkozásra, a tályognyitásra szorítkozunk. *Holländer* tapasztalatai szerint a heveny féregnyúlványlob korai szakában jelentkező sclerális icterus nagy valószínűséggel utal a féregnyúlvány kezdődő vagy éppen előrehaladott elhalására s ezért a műtétnek halogatás nélkül való elvégzésére figyelmeztet; műtét után 1—2 nappal megszűnik a sárgaság, melyet éppen ezért tisztán toxikus eredetűnek kell minősítenünk. A méregtermelő gócz eltávolítása után csak nagy ritkán marad meg vagy éppen fokozódik a sárgaság, akkor tudniillik, ha bakteriumtermékek vagy más bélmérgek túl nagy mennyiségben szívódtak fel. A postoperatív icterusok viszont a leg súlyosabb prognosira utalnak még olyan esetekben is, midőn a hőmérsék, érverés stb. csalékonyan az állapot javulására engedne következtetni. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1910. 22. szám.)

*Makai.*

### Gyermekorvostan.

**Operált spina bifida-esetről** számol be *Lamy*. A műtét a születés után 3 órával történt a spina bifida tömlőjének megszakadása miatt. Az újszülöttnak a keresztetájékán 8 cm. átmérőjű daganat volt, a mely alul a gerincoszlop felé eső részén szűkebb volt. A tömlős daganat felső részét egy 5 cm.-es zónán csak átlátszó hártya alkotta, a mely megszakadt. Az egész tömlő különben bőrrel fedett volt, alsó része a II., III. és IV. keresztcsigolyához látszott tapadni. A gyermeknek különben kétoldali genu recurvatum, pes equino-varusa és kifelé fordult jobb lába van. Az alsó végtagok hűdöttek, a térdizületek nem hajlíthatók be. Mivel a gerincvelő fertőzésétől kellett tartani, a rögtöni műtét javalata fennforgott. Chloroform-narcosisban a tömlőt a kifekélyesedett helynek megfelelően megnyitották, és a tömlőt median irányban teljesen feltárták. A tömlő alján a gerinczesatornából kilépő és a tömlő belső falán szétágazó nagy idegeket a szétágazásuknak megfelelően átmetstették és felpraeparálták. A gerinczesatornával való közlekedés a II.—IV. keresztcsigolya magasságában igen szűk, 1 cm. hosszú és 3—4 mm. széles volt. Az alsó részét a nyílásnak a kilépő idegtörzsek könnyebb kiirthatása czéljából tágitották, az idegeket kiirtották; majd a tömlő külső falát a belsőről lefejtvé, a belső falat körkörösén levágva és gallér alakjában zaeskoszerűen összevarrva kényszerítették a nyílás elzárására. A tömlőt fedő bőrt nagy terjedelemben irtották ki, hogy a fertőzött bőrrészletek eltávolíthatassanak; az így nyert sebet azután Y alakban egyesítették varratokkal. A hőmérsék, a mely a műtét előtt 35.5 C° volt, a műtét napján este 37.5 C°. Másnapra a gyermek meconiumot ürít, anyja szoptatja. A 11. napon a varratok eltávolították, a 16. napon már kötést sem tettek. A gyermek 150 gm.-mal gyarapodott ezen idő alatt. A szülők mindketten egészségesek, terheltég nem mutatható ki. (*Bulletins de la Société de pédiatrie de Paris*, 1910. 4. szám.) *Bókay Zoltán dr.*

**A gyermekkori pneumoniák topographiai elhelyeződéséről** értekezik *E. Weill* és *G. Mouriquand* 200 esetre vonatkozó kimutatás alapján. E szerint leggyakrabban van megtámadva a bal alsó lebeny 41%, másodsorban szerepel a jobb felső lebeny 32%, harmadik helyen áll gyakoriság szempontjából a jobb alsó lebeny 20%, legritkábban található a pneumonia a bal felső lebenyben 7%. A tüdő vizsgálatakor tehát legnagyobb gond fordítandó a bal alsó és a jobb felső lebenyre és csak ha ezek érintetlenek, gondolhatunk a jobb alsó vagy bal felső lebeny infiltrációjára. Prognosis szempontjából az egyes lebenyek pneumoniájánál a szerzők a következő eredményekre jutottak: A jobb felső lebeny pneumoniájánál a prognosis csaknem biztosan jó. A bal alsó lebeny beszűródésénél a szerzők körülbelül 30%-ban súlyos szövődeményeket láttak (otitis, pleuritis, nephritis stb.). A jobb alsó lebeny pneumoniájában a szövődemények 28%-ban jelentkeztek. A bal felső lebeny pneumoniái, a milyen ritkák, olyan rosszindulatúak szövődeményeik szempontjából. (*Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris* 1910 május 17.) *Péteri dr.*

### Venereás bántalmak.

**Az Ehrlich-Hata-féle syphilisellenes gyógyszer.** Az elmúlt hétnek a „606”-ra vonatkozó közleményei közül kétségtelenül a legtanulságosabb és legértékesebb a *Neisser* és *Kuzniltzky* tollából eredő. (Ueber die Bedeutung des Ehrlich'schen Arsenobenzols für

die Syphilisbehandlung. Berliner klinische Wochenschrift, 1910. 31. sz.) Bizonyos, hogy az újabban előállított arsenes készítmények között az *Ehrlich-Hata*-féle „606” a leghatásosabb. Már a „418”-czal jelzett arsenophenylglyein, a 606-nak közvetlen előfutárja is kitűnő hatásának bizonyult, de azért messze elmarad az új szer mögött. Úgy látszik, hogy a míg a „418” inkább a trypanosomák iránt bir affinitással, addig a „606” oly kémiai test, mely különösen a spirillaellenében hat.

*Neisser* és *Kuznitsky* ezúttal 100 „606”-tal kezelt syphiles esetéről számol be. A legrégebbi esetek immár 13—14 heti észlelési időre terjednek vissza. Kezdetben természetesen csak kisebb adagokat alkalmaztak. A szernek az igazi hatása és gyógyítóképesége ma még voltaképpen nincsen eléggé kitanulmányozva. Ha ma a „sterilisatio” a szokásos kisebb adagokkal nem is sikerül, nem lehetetlen, hogy az nagyobb és ismételt adag segítségével mégis létrehozható. Valószínű ugyanis már most is, hogy az adagok nagysága fokozható. Eddig mindössze körülbelül 2500 injectiót végeztek a különböző vizsgálók, igazi szervi bántalmat a feccskendés nyomán azonban még sehol sem észleltek. Úgy látszik, hogy a „606” feltűnően gyengén organotrop, ellenben különösen erősen spirillotrop módon hat. Egyébként *Ehrlich* már is azzal a reménnyel kecsegtet, hogy sikerül majd hasonló hatású, de sokkal kevésbé mérgező anyagokat előállítani. Ekkor azután talán egyetlen dosissal lehet majd valamennyi parasitát elpusztítani. *Neisser* és *Kuznitsky* idáig a következő eseteket kezelték: 9 primaer, 48 secundaer, 9 tertiaer, 10 főleg késői latens, 6 lues cerebri et spinalis, 6 tabes, 2 paralysis, 3 keratitis parenchymatosa, 3 nem lues (2 psoriasis, 1 leukaemia).

A gyógyítóhatásra vonatkozóan a szerzők kiemelik, hogy úgyszólván mindazon esetekben, a hol látható tünet volt, a jelenségek valóban bámulatos módon gyorsan visszafejlődtek és eltűntek. A spirochaeták a primaer affectiókból és condylomákból olykor már 24 óra után eltűnnek, szájüri plaque-ok hamar múlnak, mirigyek kisebbednek és puhulnak. Feltűnő a hatás gummák, ulceratiók, továbbá lues cerebri eseteiben is. Általában az mondható, hogy a „606”-nak hatása túlszárnyalja a jod és a kéneső legfényesebb eredményeit. Vannak azonban olykor kivételek is, a mikor a hatás vagy késik, vagy kimarad. Olykor tertiaer folyamatok napokig nem mozdulnak, a parenchymás keratitis pedig változatlan marad. Spirochaeták pedig néha még a 9—10. napon is találhatóak a lueses jelenségekben. E kivételek többféleképpen magyarázhatók. Lehet, hogy az adag kicsiny, avagy hogy a helybeli keringési viszonyok megnehezítettek, de lehet, hogy az injiciált anyag sem teljesen egyforma még. Különbőség észlelhető továbbá hatás dolgában a szerint is, hogy a gyógyszer oldva vagy oldatlanul került a szervezetbe, továbbá intravenásan, avagy intramuscularisan, illetőleg subcutan. A végleges gyógyulás kérdése még teljesen függőben van. A szerzők esetei közül idáig 5 recidivával járt, de ezekben az adag még alacsony volt. A gyógyulás kérdésében a *Wassermann*-féle reactio viselkedése nem bir bizonyító erővel, de azért sok tekintetben némiképpen tájékoztató. A seroreactiós eredmények nem oly jók, mint *Schreiber* (80—90%) és *Geronne* (60%) statistikájában. Még kevésbé, mint *Wechselmann*-éban (majdnem 100%). *Neisser* és *Kuznitsky* az injectio nyomán a positiv reactiának a negativba való átmenetét csak 44%-ban találta. Az átváltozás legkorábbi időpontja 13 nap volt. Ezek a seroreactiós tapasztalások azonban csak kisebb, 0.3—0.4 gm.-nyi adagokra vonatkoznak. A nagyobb adagok (0.5—0.7 gm.) észlelési ideje még túlrövid.

A szerzők 3 korai primaer affectiós esetben azon reményüknek adnak kifejezést, hogy a betegek talán végképpen kigyógyultak. Igaz ugyan, hogy a kriteriumot ezekben az esetekben a tünetek hiányán kívül egyedül az injectio utáni többszörös negativ *Wassermann*-reactio alkotja. A valóságot természetesen a további észlelés fogja kideríteni. Nem kell különben elfelejteni, hogy az egész korai primaer affectiók néha kénesős kezeléssel is felette kedvezően folynak le. Bizonyos azonban, hogy ily ezéla a „606” biztosabb hatású lesz, hiszen valamennyi arsenkészítménynek ismerjük a hatalmas abortiv gyógyító hatását.

A „606”-nak rendkívüli hatása alighanem azon alapul, hogy közvetlenül öli a spirochaetákat és hogy egyben a szaporodásukat is gátolja. Úgy látszik azonban még, hogy a szer a káros szövetek felszívódását is fokozza. Az arsenobenzolnak

parasiticid hatását a következő észlelések látszanak bizonyítani: 1. Injectio után a spirochaeták gyorsan eltűnnek; e tekintetben úgy látszik, hogy az alkaliás oldatok erősebb hatásúak, mint a neutrális suspensiók. 2. A helybeli és általános reactio. 3. Az injectiónak a + seroreactióra való befolyása. 4. Állatkísérletek. Így három syphileses majmot sikerült a 606-tal való kezelés után egy hónappal később újra friss luesel inficiálni. Ez a positiv újraeljárás eredmény bizonyítja tehát az előzetes gyógyulást. 5. A friss primaer affectióban szenvedő egyének látszólagos gyógyulása.

A „606”-nak a parasiták fejlődését meggátoló hatásának a létezését is több észlelés látszik bizonyítani. 1. A 606-tal előzetesen beoltott tyúk hetek múltán is még nagy mértékben immunis a tyúkspirillosis ellen. 2. Injiciált majmoknál a 12 nappal később történő syphileses oltás csak sokkal vontatottabban, lassabban (18—55 nappal később) létesíti a típusos oltási eredményt.

A „606”-tal ma már oly szép sikert lehet felmutatni, hogy *Neisser* véleménye szerint — különös contraindicatiótól eltekintve — majdnem minden lueses betegen megkísérlelhető az új szernek az alkalmazása. S ha nem is ígérhetünk jelenleg még biztos gyógyulást, a kénesős kezelés hatásához hasonló bizvást helyezhetünk kilátásba. Lehetséges, hogy olykor helyén való lesz az arsenobenzolos kezelést joddal vagy kénesővel kombinálni. *Guszman*.

**A moszkvai prostitútiós viszonyokat ismerteti K. Nötzel** (Moszkva). Az az enquete, mely a moszkvai diákságnak nemi életét a sociális viszonyok szempontjából kutatta, több tanulságos, bár szomorú adatot derített ki. Kiderült elsősorban az is, hogy a fiatal-ságnak természetellenes nemi életéért a legnagyobb mértékben a szülők felelősek. Jellemző erre a fiatalságra az onaniának óriási elterjedtsége és a sexuales életnek túlkorai kezdete. A serdülo ifjúságnak a családbeli erkölcsi neveltetése még a műveltebb körökben is alig több a semminél. A legtöbb diák válasza is ezt bizonyítja. A nemi élet első kezdetének idejére vonatkozólag 967 diák válaszolt. E szerint 61%-nak a sexuales élete a 17. életéven alul kezdődött. 152 diáknak a nemi élete visszaterjedt a 14. évig, 53 tanuló pedig a 12. évig! A legtöbb diák már romlott erkölccsel kerül az egyetemre. A szerző azután párhuzamot von az orosz diák és az angol és német diák között. A sportkedvelő angol diák nemi élete jóval később kezdődik s éppen ezért tisztább is. Ugyanez áll a német diákra is, bár őt a sport helyett inkább a korporatiós izléstelen dözsölések és ivások kötik le. A legnagyobb különbség az angol és az orosz diák között az, hogy az angol nemzetének középosztályát a testi tökéletesség legmagasabb fokára emeli, az orosz ellenben a középosztályt testileg silánynyá, hitványnyá teszi. A moszkvai prostitútiós viszonyok meglehetősen sajátságosak. Maga az utcái élet is már eléggé erkölccstelen. Ennek a fő oka az, hogy a rendőrséget úgyszólván teljesen a politikai felügyelet köti le s így erkölccsrendészeti működésre alig van ideje és személyzete. Jellemző a moszkvai prostitútióra, hogy annak az üzése csak a legkisebb részben történik a prostituáltak lakásán. A prostituált nő a lakásán csak lakik, mesterségét azonban különböző fajtájú házakban űzi, a melyekből 4-féle typus ismeretes. Az első a kerítőnő „szalonja”. Vannak Moszkvában utcák, a melyekben az egyik kerítőnő a másik mellett lakik. Ilyen utca például az Orusheiny-utca. A nők itt csak este tartózkodnak rendszeresen, nappal az albumrendszer járja. Az árak meglehetősen magasak, 100 rubel nem ritkaság. A második fajta a főtypus és az elnevezése „a viszontlátás háza” és a „szám” között változik. Ez a typus a nagyobb körutakon található. A legelőkelőbb „viszontlátás háza” Moszkvának legelsőrangúbb restauratiójához, az „Ermitage”-hoz tartozik. Az „Ermitage”-ban egy-egy szobának az ára 3—25 rubel között váltakozik. Egyik-másik háznak az a specialitása, hogy a férfvendégek 11—13 éves leánykakkal szállnak meg. Rendszeresen kettővel, mert a gyermekek állítólag félnek egyedül menni. A harmadik fajta és ugyancsak főtypus a „családi fürdő”. Jóformán valamennyi orosz fürdőben létezik több-kevesebb olyan fürdőhelyiség, a mely párok számára van berendezve. A „családi fürdő”, mely eredetileg valóban férj és feleségnek volt szánva, ma már kivétel nélkül a prostitútió szolgálatában áll. A fürdők környékén az utcán a prostituált nők állandóan csavarognak és fölkinálkoznak s akad közöttük gyakran 8—10 éves gyermek is. Mindezt a rendőrség a legnagyobb hidegvérrel tűri. A prostitúciónak a negye-



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK

**TARTALOM.** Közkórházi Orvostársulat. (III. bemutató szakülés 1910 február 23.-án.) 622. l. — A budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (1910 február 28.-án tartott II. ülés.) 623. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1910 február 19.-én tartott IV. szakülés.) 623. l.

### Közkórházi Orvostársulat.

(III. bemutató szakülés 1910 február 23.-án.)

Elnök: **Juba Adolf.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

#### Húgyesövérvés miatt végzett húgyesömetszés.

**Blum Simon:** Osztályunkon nagyon sokszor fordulnak meg betegek húgyesövérvéssel, mely a kórház falain kívül végzett szondázás vagy katheterezés következménye. Szerencsére a húgyeső sérülése folytán előálló vérzések egyszerűbb módon is megszüntethetők, úgy hogy a műtét beavatkozást mellőzhetjük; de hogy némelykor mennyire nem kerülhető el a sürgős azonnali műtét, jelen esetemmel akarom demonstrálni.

S. J., 23 éves kovács 1909 december 9.-én gonorrhoeát kapott, mely ez év január első napjaiban urethrocystitisé súlyosbodott. Január 7.-én és 8.-án a beteg csak katheterezés útján tudta vizeletét kiüríteni, s bajának alaposabb kezeltetése végett másnap Budapestre jött. Mivel 12 órán át nem vizelt, a pályaudvarról egy ambulatóriumba ment megcsapolás végett.

A csapolás simán ment és a katéter kihúzása után a beteg kérte orvosát, hogy mivel még van vizelésingere, csapolná meg még egyszer. Az orvos a tenesmusos fennálló ingert figyelmen kívül hagyva, ismételtelen be akarta vezetni a katétert. A beteg a bevezetés közben húgyesövének hátulsó részében metsző fájdalmakat érzett, s az orvosnak a hólyagba való behatolás minden iparkodása dacára sem sikerült. A katéter eltávolítása után bőven ömlött vér, melyet a húgyesőre gyakorolt külső nyomással iparkodott orvosa megszüntetni. A beteget megnyugtatta, meleg fürdőt ajánlott. A fürdőhöz vetkőzödni kezdve, észrevette, hogy csupa vér, mire a vérvesztéségtől szédülő beteget kórházunkba kísérték.

A beteget rögtön a műtőasztalra fektettük, fejét mélyebbre helyezve levetkőztettük, s mivel a beteg érverése nagyon nyomorult volt, azonnal kámfor-, coffein-injectiót, cognacot kapott, megtevén az előkészületet az infúsióhoz.

A penis vizsgálatokor néhány véres alvadék, s bő, friss vér ürült. 1<sup>o</sup>/<sub>10</sub>-os arg. nitr.-mal átfecskendezve a húgyesövet, a vérzés helyét igyekeztem megállapítani. 12-es bougie à boule-lal behatolva, az orificium ext.-tól mintegy 18 cm.-re a húgyesőnek elülső falán éreztem a nyálkahártya folytonosságának megszakítását, mely szakadó selyemszövet érzését adta. Majd a 16 sz. Porges-katheterrel szorosan a hátulsó falhoz tartva magam, sikerült a hólyagba jutnom, melyből pár cm<sup>3</sup> kissé zavaros vizelet ürült. A katétert rögzítve a sérülés helyének megfelelőleg, kívülről tamponade segítségével igyekeztem a vérzést megszüntetni. Azonban kísérletem kudarcot vallott, mert a katéter mellett bőven ömlött a folyékony vér, s mivel a beteg állapota rohamosan rosszabbodott, urethrotomia externára határoztam el magam. Kő-metsző helyzetben a sérülés helyének megfelelőleg a pars membranacea tájékán rámetsettem a katéterre mintegy 3 cm. hosszúságban, miközben a húgyesőnek mintegy 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm. hosszú beszakadt falát, melyből csak úgy ömlött a vér, pince-ekkel lefogtam, s két 8-as varrattal a vérzést tökéletesen megszüntettem, majd jodoform-tamponade következtet, melyet egy fölötté alkalmazott bőrvarrattal rögzítettem. A beteg időközben 800 cm<sup>3</sup>-nyi infúsiót kapott s másnap már annyira jól érezte magát, hogy a bőrvarratot s a jodoform-tamponade-ot eltávolítva, az urethralis sebet két csomós catgut-varrattal szűkítettem. Azonban a fennálló gonorrhoea miatt a varratok nem tartottak, időközben a műtét utáni negyedik napon az orificium ext.-tól mintegy 4 cm.-nyire periurethralis tályog fejlődött, mely bemetszésre néhány nap alatt meggyógyult.

A katétert a beteg bő folyására való tekintettel a negyedik napon eltávolítottam, s a húgyeső-fistulát nyitva kezeltem. Az utóbbi napokban a beteg gonorrhoeája annyira javult, hogy az urethrotomiás rész nagyfokú szűkülését megakadályozandó, 16 sz. állandó

Porges-kathetert vezettem be a húgyesőbe. Jelenleg a betegnek még mintegy 0.8 cm.-nyi fistulája van, mely a gonorrhoea ellenére a katéter felett szépen sarjadzik. A mi a beteg jövő sorsát illeti, beállhat a húgyeső-fistulának teljes gyógyulása spontan vagy plastica segítségével. Az esetleg képződő stricturát tágitással fogjuk igyekezni csökkenteni, vagy ha a szűkület nagyobb fokú lesz, a szűkült rész teljes resectiójával fogunk igyekezni a status quo ante-t elérni.

#### Vérzés miatt végzett magas hólyagmetszés esetei.

**Haberern J. Pál:** Az egyik eset T. M., 40 éves napszámosra vonatkozik, kit 1909 augusztus 25.-én történt felvétele előtt 8 nappal a jobb hátulsó hónaljvonalban a IX. borda magasságában hátra szurtak s a ki másnap véres vizeletét csak nagy erőltetések között tudta üríteni. Felvétele előtt a vizelet teljesen elakadt, felvételekor pedig a legkülönbözőbb eljárások segítségével sem tudtuk a hólyagot a véralvadékoktól kitakarítani. A hát 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm. hosszú szúrt sebének szélei kissé duzzadtak, lobosnak látszottak. Felvétele utáni reggelen hőmérséke 39.4 C<sup>o</sup>. A hólyag erős tenesmusa és a frissebb vérszivárgás miatt magas hólyagmetszés vált szükségessé. A hólyagot kitakarítottuk és a sérült vese ureterjéből való vérszivárgást állapítottunk meg. Ennek az eredményétől tettük függővé a vesére való esetleges behatolást. Friss vérzés azonban a tamponált hólyagból nem volt, a hőmérsék normálisra szállt és így a beteg a műtét után 3 héttel 300 cm<sup>3</sup> hólyagkapacitással, a vesét teljesen épnek bizonyító normális vizelettel hagyta el a kórházat.

A másik eset E. J., 24 éves tisztviselőre vonatkozik, ki 1909 szeptember 26.-án történt felvétele előtt két nappal húgyesövének gyógyítása czéljából nagy kaliberű szondával kezeltetett.

A beavatkozás után két órával nehéz és fájdalmas vizelésingerek közt alig ürített vizeletet, inkább csak alvadtt vérrögöket. A felvétele utáni napon a belső és lokális vérzés-csillapító kezelés ellenére egy csepp vizeletet sem üríthetett, hólyagja ad maximum tág volt, 160 filiformis érverés mellett az elesettség aggasztó mérvet öltött. Magas hólyagmetszés; három maréknyi sötét véralvadék eltávolítása a hólyagból, a prostatás rész felől 2—3 csepp frissebb vér, a friss vérzés azonban csakhamar megszűnt és a beteg ismételt konyhasó- és kámfor-injectio után magához tért.

A műtét előtti 38.4 C<sup>o</sup> hőmérsék másnap 37.4 C<sup>o</sup>-ra szállt le; a beteg 4 hét alatt meggyógyult.

#### Myositis ossificans.

**Haberern J. Pál:** A jobb biceps és brachialis a 19 éves erőművészen elesontosodott.

#### Sérvtömlőben megrepedt vékonybél okozta diffus peritonitis gyógyult esete.

**Gellért Elemér:** A bemutatandó eset egy bizonyítékkal több Bunge azon felvétele mellett, hogy a hasüreghelyi nyomás hirtelen emelkedésekor, ha a bélkaesnak alkalm van kitérni egy kisebb nyomású hely felé, a bél megrepedhet. Ilyen alacsonyabb nyomás alatt álló helyek a hasüreg kiöblösödései, többek között a nyitott és szabad sérvkapuk, melyekbe a bél a hasüri nyomás hirtelen fokozódásakor kitérhet. A bél megrepedésének lehetősége fokozott akkor, ha a bélkaes a sérvtömlőhöz odanőtt.

A jelen esetben L. I., 41 éves, nő kávéfőző, kinek 16 éves kora óta szabad lágyéksérve van, f. é. január 16.-án este 7 órakor feleségét hátra emelte s e közben hasára esett, a felesége pedig rá.

Utána hasának jobb oldalán heves fájdalmakat érzett, rosszul lett, úgy érezte, mintha sérvében szakadás történt volna, a hasa puffadtá vált, miért is éjjel 11 órakor hozzánk szállította be magát, mikor is a has elődomborodó, igen feszes, deszkatapintatú, különösen a jobb inguinális tájék körül igen érzékeny, a jobb sérvkapu szabad, az njjkúpot befogadó, nyomásra érzékeny.







A kellő okmányokkal felszerelt kérvények legkésőbb **1910. évi augusztus hó 30-áig** a társprésztár elnökségéhez czímezve Pilisszentivánra (u. p. Pilis-vörösvár) küldendők be.

Az állás folyó évi október hó 1-én foglalandó el.  
Pilisszentiván, 1910. évi augusztus hó 15-én.

*A társprésztári elnökség.*

A kecskeméti m. kir. állami gyermekmenhelynél **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Javadalmazása 1200 korona és teljes ellátás. Kiküldetések napl 18 korona úti átalány. Orvosnők előnyben részesülnek. Gyermekgyógyászatban nagy gyakorlat szerezhető. A kérvények a belügyministerhez czímezve, alulírottánál **1910. évi szeptember hó 4-éig** nyújthatók be.

Kecskemét, 1910. évi augusztus hó 17-én.

*Egressi Lajos dr., igazgató-főorvos.*

6702/1910. sz.

A vezetésem alatt álló szabadkai m. kir. állami gyermekmenhelynél megíresedett **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Javadalmazása 1200 korona, természetbeni lakás és teljes ellátás. Felhivatnak mindazon orvos urak és orvos úrnők, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott, orvostudori oklevelükkel és működési bizonyítványukkal felszerelt és a m. kir. belügyministeriumhoz czímzett kérvényüket alulírottánál **1910. évi szeptember hó 10-éig** nyújtsák be.

Szabadka, 1910. évi augusztus hó 15-én.

*Lévai Ödön dr., igazgató-főorvos.*

## HIRDETÉSEK.

**MUSCHONG-BUZIÁSFÜRDŐ**

**BUZIÁSI PHÖNIX ÁSVÁNYVIZ**

**BAKTERIUM MENTES** TERMÉSZETES ÁSVÁNYVIZ  
ÜDÍT-GYÖGYÍT. Kapható mindenütt. **Telefon 86-35:**

Budapesti főraktár: Eötvös-utca 44. szám.



**TEPLICZI VÁROSFORRÁS**  
**KITÜNŐ ÁSVÁNYVIZ**  
**ORVOSILAG LEGJÓBBAN AJÁNLVÁ**



**:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::**

Vesebajoknál, húgyhólyag-bántalmaknál és  
köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és  
lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu **GYÓGYFORRÁS**

**SALVATOR**

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyel által kitünő sikerrel használtatik.

**Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina)  
fellépő vesebántalmaknál.**

**E forrás kiváló tulajdonságai:**

**Hugyhajtó hatása.**

**Kellemes izü. Teljesen tiszta.**

**Könnyen emészthető.**

**Vasmentes. Állandó összetételü.**

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik  
ülő életmódjuk folytán aranyeres bántal-  
makban, hasi vérbőségben, máj- és vese-  
izgalomban vagy hűgsavas lerakódások-  
ban, vesehomok és vesekövek képződé-  
sében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről  
szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások  
ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

**SCHULTES ÁGOST** Szinye-Lipóczy Sal-  
vatorforrás Vállalat,  
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

# „Neurolin Balla“

(Syr. hypophosph.-polybromat.)

**a legmegbízhatóbb idegcsillapító és zsongító gyógyszer.**

Klinikailag kipróbálva, jóízű; minden mellék- és utóhatásoktól teljesen mentes.

**Főbb javalatok: álmatlanság, hysteria, neurasthenia, hypochondria, melancholia, anaemia, chlorosis, rachitis.**

Tartalmazza az idegrendszerre csillapítólag ható összes megbízhatóbb szerek tulajdonságait összpontosítva, de a mellett semmi olyant, a mi a szervezetre, még hosszabb használat után is, káros lenne.

**Rendelés:** Rp. Neurolin Balla lag. orig. — **Adagja:** Naponta 3-szor egy evőkannállal kevés vízben vagy szódavízben, étkezés közben.

**Ára egy üvegnek 3 korona.**

**Irodalom és minta ingyen.**

**Kapható minden gyógyszerertárban.**

Egyedüli készítő: **BALLA SÁNDOR „Hunnia“ gyógyszerertára BUDAPEST, VII., Erzsébet-körút 56.**

I. számú  
erősség  
erősen  
savanyú.

# Acidol-Pepsin

II. számú  
erősség  
gyengén  
savanyú.

(a)

kitünő hatású, teljesen tartós Sósav-Pepsin-készítmény.

50 0.5 gm.-os pastillákat tartalmazó kartonokban.

Minták és irodalom kívánatra.

**ACTIEN-GESELLSCHAFT FÜR ANILIN-FABRIKATION.**  
PHARMACEUTISCHE ABTHEILUNG. **BERLIN S. O. 36.**

# Rohitsi

**Tempel** -forrás. Szénsavdús, diätetikus, üdítő asztali ital. - Elősegíti az emésztést és anyagcserét.

**Styria** Legteljesebb gyógyforrás. - Indikálva: idült gyomorhurutnál, székrekedésnél, Bright-féle vesebajnál, lépdaganatnál, májbajoknál, sárgaságnál, anyagcsere betegségeknek, a légutak hurutos bántalmainál.

**Donati** a maga nemében a leggazdagabb tartalmú gyógyforrás legerősebb hatással. Főképpen indikálva: idült bélhurutnál, obstipationál, epekövél, elhízási hajlammál, csúznál és cukorbetegségnél.

**Legdusabb, természetes magnézium-glaubersós források.**

## Gyógyfürdő

sanatoriumi rendszerrel, a főváros közelében, regényes szépségű helyen, különálló vizgyógyintézet, laképület, vendéglőépület, fekvőcsarnok és egyéb kisebb melléképületekkel beépítve, teljesen felszerelve és berendezve, körülbelül 65,000 négyszögöl telekkel

**eladó.**

Szíves megkeresések: „Biztos jövő“ jelige alatt a „Petőfi“ irodalmi vállalatához, Budapest, VII. ker., Kertész-utca 16. sz. kéretnek.

**C. Haubners**

## Engel-Apotheke

Wien, I., Bognergasse 9.

Egyedüli gyártása a **Bernatzik**-féle steril subcutan injectióknak beforrasztott üveghiolákban.

Az összes használatos gyógyszerek minden kívánt adagolásban.

Tokok injectiophiolák részére. ≡ Mindennemű injectiofecskendők.

Minden gyógyszertárban kapható.

Kimerítő prospektusok rendelkezésre állanak.

## BODOKI MATILD

A legtisztább és legértékesebb lúgos savanyúvíz, mint élvezeti víz kellemes és egészséges. Pezsgővel és borral pompás ital. Megrendelhető a Magyar Ásványvíz Forgalmi és Kivitel R.-T.-nál Budapest. Telefon 162-84. 9136

A

## Liquor-Hypnobromid comp. Glück

tartalmazza az idegrendszerre csillapítólag ható megbízhatóbb szereket (paraldehid, bromidok, opium alkaloidok stb.), de a mellett semmi olyasmi benne nem foglaltatik, mi a szívre káros lenne, vagy pedig még hosszabb alkalmazás mellett is a szervezetet károsan befolyásolná. Összhangzó vélemények szerint a legmegbízhatóbb, minden kellemetlen mellékhatástól ment, betegek által szívesen vett specificum, neurasthenia és hysteria esetében. Emelett kitűnő altatószer és javalva van az idegrendszer izgalmi jelenségekkel összekötött bántalmainál.

Adagja naponta három kávéskanálról három evőkanálig.

## A Digestol Glück

a legtökéletesebb emésztőpor.

Összetételénél fogva elősegíti az emésztést (natrium, carbonat, magn.-carbonat, natriumsulphat, kis mennyiségű phenolphthalein, cetrarin stb.), de egyszersmind fokozza a bélműködést s cetrarin-tartalmánál fogva étvágyjavítólag is hat. Javalva van a gyomor és bél legkülönbözőbb bántalmainál, nehéz emésztés esetében, bélrenyheségnél, erjedési savak képződésénél, étvágytalanságnál stb.

Adagja étkezés után egy késhegynyi, egész egy kávéskanálig.

Irodalommal és mintával készséggel szolgál:

**GLÜCK REZSŐ** gyógyszerészeti laboratoriuma  
„Szent Péter“ gyógyszertár  
Budapest, VIII., Rákóczi-tér 2.

Üreges üveg-tégla törvényesen védve

veranda-, télikert-, kioszk-, előtető-, kórház-, jégyár-, fürdő-, hűtő-, erjesztőkamra-, pince-, vágóhid-, vasúti indóház-, mozdonyszín-, gyári stb. stb. építkezés ablakához, falához és boltozatához. Előnyei: teljes fényátbocsátás. Jelentékeny szerkezeti megtakarítás. Kitűnő hang- és hőszigetelés. Porszórás kizárása. A más fajta üvegezést felülmúló szilárdság. Nagyon könnyen tartható tisztán. A sérült téglák könnyű kiváltása a téglakötés megbolygatása nélkül. Mintákkal és árakkal szívesen szolgálunk.

**AKTIEN-GESELLSCHAFT FÜR GLASINDUSTRIE**  
vorm. FRIEDR. SIEMENS, Neusattl, Elbogen mellett  
(Csehország).

Képviselet:

**BOLGÁR PÁL**, Budapest,  
V., Aulich-utca 8.  
Telefon: 8-88. szám.

**JODLECITHIN RICHTER** AJÓDADAGOLÁS IDEÁLIS ALAKJA.  
32% JÓDOT TARTALMAZ  
LEGITHINNEL SZERVES  
KAPCSOLÁSBAN.  
RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPEST, X.,

# ORVOSI HETILAP.

Alapította: **Markusovszky Lajos** 1857-ben.

Folytatta: **Antal Géza és Högyes Endre.**

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

**LENHOSSÉK MIHÁLY** EGYET. TANÁR ÉS **SZÉKELY ÁGOSTON** EGYET. TANÁR  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: **SZEMÉSZET** Grósz Emil szerkesztésében. **GYNAEKOLOGIA** Tóth István és **Scipiades Elemér** szerkesztésében.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLÉSEK.

**Krepuska Géza:** Kórszövettani adatok a leukaemia kapesán keletkezett labirinthusbántalom tanához. 625. lap.  
**Havás Adolf:** Közlés a Szent István-kórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról. Előzetes jelentés az Ehrlich-féle gyógyszerrel elért gyógyeredményekről. 627. lap.  
**Justus Jakab:** Közlés a pesti izr. hitközség kórházából. (Igazgató: Stiller Bertalan dr., udvari tanácsos, egyetemi tanácsos, egyetemi tanár.) Az Ehrlich-féle 606. számú készítménnyel való tapasztalások súlyos lues-esetekben. 630. lap.  
**Fränkel Zs. és Elfer Aladár:** Közlés a wien Spiegel L.-alaptvány laboratóriumából. (Vezető: Prof. Dr. Fränkel S.) A vérsavózártítás újabb módja. 632. lap.  
**Zsakó István:** Az elnökörtán fejlődése. 632. lap.

Irodalom-szemle. Könyvszemle. *Csabay Géza:* Kecskemét város közkórházának építési programja. — *D. Epstein:* Diagnostisch-therapeutisches Taschenbuch der Tuberculose. — *Lapszemle. Általános körtán. Reichel:* A rossztermesztési

daganatok gyógyítása. — *Fröhlich:* Az adrenalin-érzékenység. — *Belorvostan. Schönemann:* Az angina (tonsillitis acuta) kezeléséről. — *Martelli:* A rubéola néhány szövödményéről. — *Palier:* Idült hasmenés esete. — *Idékörtán. II. Curschmann:* A tetania gyógyítása. — *Elnökörtán. Arnold:* Az alkoholisták glykosuriájáról. — *Sebészet. Kaumheimer:* Paraarticuláris pneumococcus-gyenedések. — *R. Harrass:* A tüdőtuberculosis ellen ajánlott mütetek. — *Archausen:* A Freund-féle emphysemamütét technikája. — *Hesse:* A bőr desinfectiója 20%-os jodtincturaoldattal. — *Gyermekorvostan. Ibrahim:* A számarhurut kapesán támadó rángögöres rohamokról és azok kezeléséről. — *Venerés bántalmak. K. Taeg:* Az Ehrlich-Hata-féle syphilisellenes gyógyszer. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Dubois-Trépaque:* Szer pruritus ani ellen. — *Kirchenberger:* Pleuritis három esete. — *Oppenheim:* Szer psoriasis ellen. — *Enriquez és Ambar:* Konyhasómevönás hyperchlorhydria eseteiben. 634–637. lap.

*Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság.* 637. lap.

**Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések.** 637. lap.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 638–640. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Kórszövettani adatok a leukaemia kapesán keletkezett labirinthusbántalom tanához.<sup>1</sup>

Írta: **Krepuska Géza** egyetemi magántanár, kórházi rendelőorvos.  
I—III. tábla ábrával.

Azon kimerítő és alapos dolgozat után, melyet *Schwabach* az Archiv für Ohrenheilkunde XXXI. kötetében úgy az addig az irodalomban megjelent és általa ismertett, valamint az általa vizsgált 5 esetnek a kapesán a leukaemia kapesán keletkezett és észlelhető hallószervi elváltozásokról közöl, talán feleslegesnek is látszik még több esetnek a felsorolása. Hogy ha mégis ez alkalommal szíves türelmüket igénybe veszem az általam észlelt 2 esetenek az ismertetésével, oka az, hogy egyrészt a betegeket klinikailag hosszabb időn át észlelve, a náluk kórismézett fülbántalmat minden más zavaró lényegesebb fülbántalomtól mentnek, tisztán az alapbetegség, a leukaemiától származottnak vehettem, másrészt a rendelkezésemre álló kórbonezolásanyag, tudniillik a szikla-csontokból nyert sorozatos metszetek, a hallóideg végkészülékének a bántalmáról localisatio és terjedeleme tekintetében teljes képet nyújtottak, a mely vizsgálatok végeredménye majdnem teljesen megegyezik Schwabach-nak előbb említett dolgozatában foglalt vizsgálati eredményével.

Az általam észlelt két eset mintegy a két szélsőségét nyújtja a leukaemiás labirinthbántalomnak, a mennyiben az első a *Menière*-féle megbetegedés tüneteinek képe alatt gyorsan zajlott le, a másik a hallóképeség lassú csökkenése mellett chronikus labirinth megbetegedés alakjában folyt le.

I. L. Ó.-né, 45 éves, előzőleg teljesen egészséges nő, a klinikára való felvételt megelőző 3 hónap előtt lett először rosszul, a mennyiben erős szédülés, hányás és fülgúgás kíséretében a bal fülére teljesen megsiketült. Később ugyancsak hányás és szédülés mellett a jobb fülére is rosszul kezdett hallani.

<sup>1</sup> Előadatott a Budapest 1909 augusztus havában tartott VIII. nemzetközi fülfészeti congressuson.

A beteget, a ki Kétly tanár belorvostani osztályán „leukaemia lienalis” körjelzéssel feküdt és a kinek szíves előzékenysége folytán a beteget észleltem, fülfészeti szempontból megvizsgálva a következőket találtam. Mindkét dobhártya teljesen ép, sem előző, sem meglevő dobüregbántalomnak nyoma sem látszik. A látószerv részéről elváltozás nem észlelhető. Weber = 0; Rinne baloldalt = 0; Rinne jobboldalt „positiv”. Baloldalt az erős hangokat sem hallja; jobboldalt a hangos beszédet közvetlen a kagylóba mondva megérti. Bágyadságról, szédülésről panaszkodik.

Az utolsó napokban lázas mozgalmak között a beteg elhalt.

A bonezolás (Bj. 50/95.) jegyzőkönyvéből a főbb adatok a következők: A garat és gégeében diphtheriás fekélyek. Metastatikus tályogok a tüdők subpleurális rétegében; a tüdők első lebenyeiben kifejezett lob. A lép 3200 gramm súlyú, a hasüreg bal oldalát majdnem teljesen kitölti. A máj megnagyobbodott; világosvörös pépes véralvadék az összes gyűjtőerekben. A csontok kemények, részben sclerotikusak. A csontvelőben feltűnőbb elváltozás nem észlelhető.

Mindkét sziklaesont kivételével, közelebbi vizsgálatkor a dobüregekben semmiféle elváltozás nem észlelhető. A jobboldali hallóideg kissé, a baloldali hallóideg tetemesen lágyult.

A jobboldali sziklaesont formalinban, a baloldali *Zenker*-féle folyadékban tétetett el.

A sziklaesontokból légenysavval való mézstelenítés, celloidinbe való beágyazás után sorozatos metszetek készültek. A metszetek haematoxylinnel történt festés után (*Friedländer*-féle haematoxylinfestés, hig chromsavval való decolorálás) elég alkalmasnak bizonyultak a finomabb szövettani vizsgálatra, sőt mikrofotografálásra is.

Ezen sorozatos metszetek átvizsgálásakor a következő elváltozások észlelhetők:

Úgy a bal-, valamint a jobboldali labirinthusban hasonló elváltozások észlelhetők. Nevezetesen a legfeltűnőbb a nervus acusticus sziklaesonti részében látható. A már makroszkopice is lágyabbnak talált hallóidegek a nagymérvű leukocytatömeg által egyes fasciculusokba vannak látszólag szétolva; ezen fehérvérsejtkivándorlás különösen a *pia* mentén, valamint a hallóideg törzsét átszövő kötőszövet mentén fordul elő nagyobb tömegben. A legnagyobb









Július 22. Az ulcus durum helyét kis infiltrált terület jelzi. Testsúly 55 kgm. Testsúlyfogyás 1 kgm.

A beteg az első nap lázas. 38°. A többi napokon láztalan. Hat napig erős fájdalmakat érez az injectio helyén s az azonoldali alsó végtagban. A 6. naptól a beteg fönnjár. Az osztályról 6 kgm. súlyszaporodással gyógyultán távozott.

2. J. J. 20 éves. *Lues recens.*

Baját állítólag 8 hete veszi észre. Status praesens: Phimosi, a fitymaúrból genyes folyás, fitymaszélien oedemás udvarral körülvett erosio, oedema indurativum a penisen. Porczkemény inguinális mirigyek, polyadenitis. A felső végtagok hajlító oldalain, az egész törzsön foltos syphilit. A scrotumon erodált papulák. *Spirochaeta positiv.*, *Wassermann positiv.* Mellkasi szervek épek, a vizelet normális, szemfenék ép. Testsúly 60 kgm.

Július 14. 0.5. Ehrlich-Hata 606-os injectio intramusculárisan.

Július 15. Az alkarokon levő roseolák hyperaemiásabbak, mint az előbbi napon. A scrotumon levő nedvedző papulák kezdenek beszáradni.

Július 17. A roseolák tűnőfélben, a scrotumon levő papulák laposak, hámmal fedettek. Az oedema indurativum visszafejlődött, phimosi megszűnt, a fitymaszélien levő erosio behámosodott.

Július 19. Roseolák eltűntek, papulák teljesen visszafejlődtek.

Július 20. *Spirochaeta negativ.*

Július 21. *Wassermann negativ.* Testsúly 59 kgm. A polyadenitis még tapintható.

A beteg az injectio helyén s az azon oldali lábban az első nap igen heves fájdalmakat érez, a többi napokon fájdalma nincs; fönnjár. Hőemelkedés nincs.

Július 23. Phimosi megszűnt. Polyadenitis van.

Július 25. A beteget délután kirázta a hideg. Hőmérséke 39°.

Július 26. Angina lacunaris. A beteg lázas.

Július 29. A beteg láztalan, az angina elmúlt. Az ágyat újból elhagyja.

Augusztus 5. Testsúly 57 kgm. *Wassermann negativ*; a lueses elváltozások teljesen visszafejlődtek, de a polyadenitis még fennáll. Vizeletben  $\frac{1}{2}^0/00$  fehérje.

A beteg kívánságára távozik.

3. B. D. 21 éves. *Lues recens.*

Status praesens: A fék tájékán körülbelül 20 fillérnyi infiltrált, erodált ulcus durum. Porczkemény inguinális mirigyek, polyadenitis. A köztakarón generalizálva kis papulák syphilit, a papulák kúpszerűen kiemelkednek, feszes, fényes hámmal borítottak, élénk-vörös-barnásak. Az arcz bőrén nagy számban acne vulgaris s kis papulák syphilit. *Spirochaeta positiv.*, *Wassermann positiv.* Testsúly 61.5 kgm. Mellkasi szervek épek. Szemfenék normális. Vizelet normális.

Július 10. 0.5 Ehrlich-Hata 606-tal injeciálunk intramusculárisan.

Július 12. A papulák sötétebbek, a visszafejlődés tüneteit mutatják.

Július 14. A papulák visszafejlődőben, a lekorpádzás szembetűnő. Az ulcus durum teljesen behámosodott, rajta az infiltratio kisebb. *Spirochaeta negativ.*

Július 15. *Wassermann positiv.*

Július 18. Testsúly 58.5 kgm., súlyvesztés 3 kgm.

Július 21. Az ulcus durum nyoma kis infiltratio képében látható. A papulák a mellen pigmentatio nélkül, a háton pigmentatioval s atrophiaival gyógyultak. Az arczon levő acne vulgaris szintén pigmentatioval s atrophiaival gyógyult. *Wassermann negativ.*

A betegnek erős kisugárzó fájdalmak voltak az injectio oldali alsó végtagban, a melyek ellen narcoticumot kapott. A hőmérsék az injectio utáni hat napon 36.3—39.0 között ingadozott. 10 nap múlva a beteg fönnjár. E neuropathiás egyénnél némi complicatio is volt. Az injectio napján (július 10.-én) este  $\frac{1}{2}^9$  órakor felső végtagjaiban zsibbadást érez, mely később görcsökben folytatódik. Fél órai fennállás után melegség érzetével a görcsök spontan oldódnak. A roham alatt a beteg igen nyugtalan, utána igen jól érzi magát. Július 11.-én ugyancsak  $\frac{1}{2}^9$  órakor a felső végtagokban s ujjakban előzetes zsibbadó érzés után tetaniához hasonló tonikus görcs (ujjak özfejserű tartásban, könyökök 45°-ban behajlítva); a

beteg 1 cgm. morphinum-injectiót kap. Fél óra múlva a göres oldódik melegségérzéssel. Július 12.-én délután a beteget kirázta a hideg. A szoba tetején pókot lát, melyet nem tud megfogni, holott az orvosi rendelés szerint azt meg kell ennie, különben meghal. Azon kijelentésre, hogy a pókot megöltem, a beteg megnyugszik, de  $\frac{1}{2}$  óra múlva a fent leirt göresroham újra jelentkezik s körülbelül  $\frac{3}{4}$  óráig tart. Utána a beteg igen gyenge, de jól érzi magát. Ezen este 2 gm. bromot kap. Többé hasonló rohamok nem jelentkeztek.

A beteg július 28.-án gyógyultán távozott az osztályról.

Augusztus 8.-án levele szerint még nagy érzékenységet érzett azon láb bőrében, a mely oldalon az injectiót kapta.

4. B. J.-né 42 éves. *Lues recens.*

Baját 10 hét előtt vette észre.

Status praesens: Porczkemény inguinális mirigyek, polyadenitis. A köztakarón generalizálva lencsényi papulosus syphilit, a papulák egy részén desquamatio látható. Az alsó végtagokon papulák és kölesnyi egész nagy lencsényi szederjes-vörös, nyomásra el nem tűnő éles határú foltok. (Purpura haemorrhagica.) Testsúly 45 kgm. Mellkasi szervek épek, vizelet normális. *Wassermann positiv.* Szemfenék ép.

Július 6. Ehrlich-Hata 606-tal injectio intramusculárisan. Dosis 0.4.

Július 7. A papulák nagy száma körül mérsékelten kifejezett Herxheimer-tünet. Az alsó végtagokon levő haemorrhagiák kissé beszűrődött alapúak.

Július 9. A papulák feltűnően lelapultak és sötétbarna színűek. A vérömlenyek halványabbak, részben eltűntek.

Július 12. *Wassermann positiv.*

Július 15. Papulák halványak.

Július 19. Testsúly 49.3 kgm.

Július 21. A papulák helyén pigmentatio.

Július 22. *Wassermann negativ.*

Július 23. A papulák helyén atrophia látható.

Július 25. Testsúly 47 kgm. Testsúlygyarapodás 2 kgm.

A betegnek az első 10 napon erős helyi s kisugárzó fájdalmak voltak, melyek miatt narcoticumot kapott. Az első napon a hőmérsék maximuma 39°, minimuma 36°. A többi napon láztalan. A 10. naptól a beteg fönnjár.

Július 30. Gyógyultán távozott.

5. M. Zs. 50 éves. *Lues recens.*

Status praesens: porczkemény inguinális mirigyek, polyadenitis, confluált. A papulák az alsó s felső ajkon, lágy szájpardon, tonsillakon körülbelül 2—3 mm.-nyire kiemelkedők. *Spirochaeta positiv.*, *Wassermann positiv.* Mellkasi szervek épek, vizelet, szemfenék normális. A testsúly 45.4 kgm.

Július 14. 0.4 Ehrlich-Hata 606-tal injectio intramusculárisan.

Július 16. A papulák körüli hyperaemia kisebb, lepedék felüleleesebb.

Július 17. Az ajak s a torok teljesen tiszta. *Spirochaeta negativ.*

Július 21. A testsúly 46 kgm. *Wassermann negativ.*

Július 25. A testsúly 47.3 kgm., gyarapodás 2.50 kgm.

A betegnek semmi fájdalma nincs; állandóan fönnjár; láztalan.

Július 27. Porczkemény inguinális mirigyekkel és polyadenitis-szel távozik.

6. P. F.-né 18 éves. *Lues recidivans.*

Nyolcz hónap előtt luesinfectio, 10 bedörzsölést végzett.

Status praesens: Polyadenitis. Kifoszlott hypertrophias papulák a genitáliakon. Papulák az u vulván s tonsillakon. *Wassermann positiv.*, *Spirochaeta positiv.* A vizelet, szemfenék normális. A mellüri szervek épek. A testsúly 50.5 kgm.

Július 19. 0.4 Ehrlich-Hata 606-tal injectio intramusculárisan.

Július 21. A torokban a hyperaemia megvan, a lepedék teljesen eltűnt.

Július 22. A torok teljesen tiszta.

Július 23. A genitáliakon levő kifoszlott papulák behámosodtak, lelapultak. *Spirochaeta negativ.*

Július 25. A testsúly 51.6 kgm. 1 kgm. testsúlygyarapodás. A beteg láztalan. A betegnek 6 napig fájdalmak voltak, mely ellen narcoticumot kapott. A 6. naptól fönnjár.

Július 27. *Wassermann positiv.*

Augusztus 1. A betegnek közérzete teljesen jó. Vizelet normális; a lueses elváltozások nyomtalanul visszafejlődtek. A polyadenitis főnnáll.

Augusztus 2. *Wassermann gyengén positiv.*

Augusztus 14. *Wassermann negativ.* A beteg polyadenitis-szel távozik.

7. H. M. dr. 28 éves. *Lues maligna.*

Két év előtt luesinfectio. Hús 3 gm.-os bedörzsölést végzett. 40 corosol, 4 hydrargyrum salicyl. Hetvennégy 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os sublimat-injectiót kapott és 10 sublimatfürdőt (10 gm. sublimat 1 kádfürdőre) vett. Osztályunkon februártól április 20.-áig igen intenzív antiluetikus kúraban részesült. Távozása után két hétre azonban újra elváltozásokat érzett nyelvén s torkában.

Július 13.-án vétette fel magát osztályunkra. Status praesens: porozkemény inguinális mirigyek, polyadenitis. A végtagokon, árczon, háton részben a bőr niveauja alá süllyedő hegek, részben hyperaemiás keloidszerű hegek nagy számban láthatók. Az állésüesön papulák, a nyelven mély harántredők s kiemelkedő papulák láthatók, a nyelv egészben kissé duzzadt, infiltrált. A bal arcus palatoglossuson, uvulán ulcerosus syphilid.

A testsúly 62 kgm. A vizelet normális. Mellkasi szervek épek. *Wassermann erősen positiv*, szemfenék normális.

Július 14. 0.5 Ehrlich-Hata 606-ot injiciálunk.

Július 16. Az infiltratio az arcus palatoglossuson eltűnt, az elváltozás nem oly kiemelkedő, éles határú, a szürkés alap még látható.

Július 18. A nyelven levő papulák már nem emelkednek ki a niveau fölé. Az arcus palatoglossuson levő ulcerosus folyamat az eredetinek csak fele.

Július 19. Az ulcerosus syphilid helyét az arcus palatoglossuson csak vékony csík jelzi.

Július 21. *Wassermann gyengén positiv.* A beteg napi hőingadozása 38.9 és 36.2 C<sup>0</sup> között van. Láz ellen pyramidont kap. Az injectio helyén s az azon oldali alsó végtagban a bokáig kiszáradó erős, néha kínzó fájdalmak vannak, mi ellen esténként morphiumot kap.

Július 22. Febris continua jelentkezik 39.2—40.3.

Július 23. Az egész köztakaróra lokalizálva morbillihez hasonló kiskokú exanthea jelentkezik, mely egyes helyeken összefolyik. A bal arcus palatopharyngeuson sugaras, elődomborodó hegesedés látható.

Július 25. a láz még mindig 39.2 és 40 fok között van. Az exanthemák teljesen összefolytak s a köztakarón egyöntetű pir látszik.

Július 26. A láz maximuma minden antipyreticum nélkül 37.5 fok. Az exanthea halványulóban. A beteg subjective jól van.

Július 27. Az exanthea teljesen elmúlt, hámlás nincs. A beteg jól érzi magát.

A nyelven levő harántbarázdák eltűntek, a papulák helyén még kis hyperaemia, a nyelv configuratiója normális.

Július 28. A beteg távozott.

8. V. J. 17 éves. *Lues maligna.*

Állítólag 2 hónap előtt vette észre baját.

Status praesens: porozkemény inguinális mirigyek, polyadenitis. Az egész köztakarón, hajzatos fejbőrön generalizálva több száz ulcerosus rupias syphilid, mely igen erősen genyed, egy barnás merev és ezen túl egy élénkörös lobos udvarral van körülveve. A lábak oedemásak. A garat hátsó falán ötkoronányi ulcerosus syphilid. A beteg hőmérséke 39—38<sup>0</sup> között van, a secundaer fertőzés miatt nagyfokú elesettség, a beteg nem bír állni, nagyon súlyos beteg képét mutatja, rendkívül vérszegény. *Wassermann positiv.* A mellkasi szervek épek, a vizelet és szemfenék normális. Testsúly 47.70 kgm.

Július 16. 0.4 Ehrlich-Hata 606-os injectiót kap intramuscularisan.

Július 18. A beteg jól táplálkozik. Az ulcerosus-rupias elváltozások körüli acut jellegű hyperaemiás zóna eltűnt. A genyedés megszűnt.

Július 19. Az ulcerosus-rupias elváltozások körüli chronikus infiltrált zóna eltűnt, helyén hámlás látható. A rupias terület

sztintén halványak. A garat hátsó falán levő ulcerosus folyamat begyógyult. A lábon levő oedema eltűnt.

Július 20. A rupiakat fedő crusták leválnak és tökéletesen begyógyult heges helyek láthatók a helyén. A beteg az injectiót követő napon élénk fájdalmakat érez az injectio helyén s az azon oldali alsó végtagban. A láz már a legközelebbi napon maximum 38<sup>0</sup>, minimum 36<sup>0</sup>. A 4. naptól láztalan. Az 5. naptól fennjár.

Július 27. *Wassermann positiv.*

Augusztus 5. A testsúly 47 kgm. A vizelet normális.

Augusztus 6. *Wassermann gyengén positiv.*

Augusztus 9. A beteg teljesen jól érzi magát. A rupiak beszáradtak, 1—2 kivételével már leváltak s helyükön hyperaemiás, a bőr niveauja alá süllyedő hegek vannak.

Augusztus 11. A beteg garatjának hátulsó falán baloldalt körülbelül koronányi, ovális alakú, hyperaemiás udvarral körülvevett nekrotikus alapú ulceratio látható.

Augusztus 14. Porozkemény inguinális mirigyek, polyadenitis, a köztakarón levő ulcerosus syphilidék behámosodtak s helyükön pigmentált szélű, infiltratiót nem mutató hegek vannak. Torok belővelt, a belőveltség éles határú, a garat hátulsó falán baloldalt ovális, hyperaemiás udvarral körülvevett nekrotikus alapú elváltozás. Jobboldalt halványrózsaszínű udvarral körülvevett nekrotikus alapú anyaghiány. A testsúly 50.80 kgm. *Wassermann gyengén positiv.*

Augusztus 19. *Wassermann gyengén positiv.* A vizelet normális.

Augusztus 21. A torokban levő elváltozások nekrotikus alapjukat elvesztették és minden gyógykezelés nélkül begyógyultak, csak a hyperaemia van még meg. A köztakarón egyes helyeken, különösen a végtagokon a már meggyógyult helyeken újabb luetikus (vörösbarnás) infiltratio, a mely hámmal vagy pörkkel fedett. E mellett a beteg közérzete kitünő, testsúlyban gyarapodott.

(Vége következik.)

**Közlés a pesti izr. hitközség kórházából. (Igazgató: Stiller Bertalan dr., udvari tanácsos, egyetemi tanár.)**

**Az Ehrlich-féle 606. számú készítménnyel való tapasztalások súlyos lues-esetekben.**

Irta: *Justus Jakab* dr., kórházi r. főorvos.

Hogy valamely új gyógyítószer mennyire képes a hozzá fűzött várakozásnak megfelelni, az kétségtelenül csak sok és tartós kipróbálás útján tudható meg. A 606. szerrel eddigelé Ehrlich saját kijelentése szerint több mint két és fél ezer esetben próbálkoztak. A megfigyelések egy részét közzé is tették, ezért tehát majdnem fölöslegesnek látszik, hogy én — viszonylag csekély számú — tapasztalásaimat az Orvosi Hetilap közönsége elé vigyem. Azonban az orvosi kritikának nemcsak számos eseten nyert tapasztalásokon kell alapulnia, hanem kell, hogy az esetek *qualitása* is lehetőleg változatos legyen. Annál nagyobb lesz bizalmunk az új szer ígerte sikerekkel szemben, mentől különfélebb és mentől súlyosabb syphilisalakok ellenében mutathatjuk be hasznát.

Mivel eddigelé a tudomásomra jutott közlemények legnagyobb része olyan esetekről számol be, a melyeknek gyógyítása kénesővel és joddal is majdnem mindenkor sikerül, helyesnek tartottam oly betegeken fogni kipróbálás alá, a kiken vagy másoknak, vagy magamnak nem sikerült az eddigelé szokásos eljárásainkkal gyógyulást elérni. Vagy pedig olyanokon, a kiken a recidivák gyorsasága bizonyította a lues rosszabb indulatát, vagy végezetül olyanokon, a kiknek kórformáiról klinikai tudományunk már azt tanítja, hogy vagy nehezen, vagy egyáltalán nem engednek a két régebbi specifikumnak.

1. K. A., 19 éves, bádogossegéd. Baja folyó év február közepén kezdődött. A makk alján duzzanata támadt, a melyet a Szent István-kórházban felváltak. Egy hét után gyógyulatlanul távozott. Baja mindinkább haladt és április 6.-án jelentkezett rendelésesen. Jelentékeny ulceratiót találtunk a fék táján és e mögött. A diagnosis: lues ulcerosa penis. A fekély körülbelül 3 hét alatt begyógyult, azonban hirtelen a penis hátán körömfői duzzanattal támadt, melynek közepe csakhamar elhalt, erősen vérzett, s a

mely után maradt fekély 3 hét alatt gyógyult be. Az általában is erősen megviselt beteget sublimatos injectiókkal kezeltük és június 9.-éig 21 két centigrammos sublimatos injectiót kapott. Azonban július legelején a penis és a scrotum közti szögletben ötkoronás terjedelemben a bőr újra megduzzadt, szürkés-feketén elhalt, erősen vérzett és kifekélyedett, vastagodott, tömöttebb. A felvételkor az ulceratio előtt a penis bőre egyenletesen vastagodott, tömöttebb, a lágymirigyek diónyiak, a hónaljiak és tarkóiak mogorónyiak. Az uvula balfelé elhúzódt; a mandulák nagyobbak; a százugban hegesedés, baloldalt repedés. A bal homlokcsont periosteuma kissé duzzadt, úgyszintén a 2., 3. és 4. borda csonthártálya mindkét oldalon. A jobb crista tibiae kissé megvastagodott.

Wassermann-próba negatív (Kassai dr.).

Belső szervek teljesen épek (Künstler dr.).

Szemészeti lelet negatív (Herzog dr.).

Július 11. 0-40 gm.-ot Ehrlich előírása szerint oldunk (savanyú oldat) és a két glutaeusba feecskendünk be.

Július 12. A penis és a scrotum közti sarokban kisebb duzzanat; 2 kraterszerű nyílásból véres váladék. A befeecskendés helye igen érzékeny. A hőmérsék maximuma 39-2.

Július 13. A duzzanat laposabb, a hőmérsék maximuma 37-9.

Július 14. A váladék kevesebb és hígabb.

Július 15. A penis elülső fele majdnem normálissá vékonyodott. A hőmérsék maximuma 37-6.

Július 18. A kórházat elhagyja; gyöngének érzi magát; a jobboldali befeecskendés helye tömötten beszüremkedett, érzékeny. A közérzete, az étvágya jobb.

Július 20. Az egyik fekélynyílás begyógyult, a másikon még bőven ürül sűrű, vöröses, zavaros váladék. A beszüremkedés a herezacskó középvonalától balra lefelé terjed, most körülbelül diónyi. Láz ninesen.

Július 21. A duzzanat nőtt. Sötétbarnás-vörös, puha tapintatú, váladékot bőven ürít. Ellenben a penis bőre még jobban vékonyodott.

Július 22. Az infiltratio kissé terjed. Felette a bőr feszes, piros, benne hullámzás érezhető. A már régebben behegedt fekélynyílás is kifakadt és rajta geny ürül.

Augusztus 9. A tályognyílása kitért, széles, fekélyes és felhányt.

Augusztus 10. A bal here a tályogalappal összenőtt.

Ebben az esetben a 606. számú szerrel gyógyulást elérni nem tudtunk. Nem volt hatástalan, mivel a régebbi fekélyesedések után maradt beszüremkedések a penis bőréből felszívódtak, ellenben nem volt képes új, gyorsan elhaló, bőven genyedő és terjedő hajlandóságú syphilitikus beszüremkedések létrejöttét megakadályozni.

2. H. K., 29 éves, örmester neje. 3 abortus, 1 gyermeke 3 hetes korban halt el, 1 pedig 17 hónapos, él és egészséges.

Július 13. A garat hátulso falán 3 mélyreható, felhányt szélű fekély, a melyek közül az egyik körömmi, a másik kettő kisebb. A bal homlokcsont periostitikus; az orrsontokon csekély periostitis. Vastagodás tapintható a 2., 3. és 4. bordán is, jobboldalt.

Wassermann pozitív (Kassai dr.).

Belső szervek épek (Künstler dr.).

Szemfenék ép (Szily tanár).

0-40 gm. befeecskendése a glutaeusokba (savanyú oldat).

Július 14. A fekélyek felhányt szélei alacsonyabbak, lepedékük vékonyabb.

Július 15. A legkisebb fekély egészen megtisztult, a széle alig felhányt, a 2 nagyobbik fekély is jóval tisztább, már csak foltoként lepedékes, a szélük laposabb. A hőmérsék maximuma 39.

Július 16. Lepedék egyáltalán nines, a beteg az éjjel kétszer hányt, a maximális hőmérsék 38-4. A kórházat elhagyja.

Július 22. A bal homlokcsont periostitise jóval lelapult, hasonlóképpen az orrsontoké. A bordák duzzanata is határozottan csökkent. A garatfekélyek majdnem teljesen begyógyultak, alig láthatók.

A befeecskendés helyén még beszüremkedés tapintható, fájdalom, ülni a beteg nem igen tud.

Július 28. A fekélyeknek helye is alig látszik. A beteg gyöngének érzi magát, különben jól.

Augusztus 1. A beszüremkedés a befeecskendés helyén már alig érezhető, de a végtag felemelése még fájdalmat okoz.

Augusztus 10. Már a leülés is alig fáj, csak itt-ott jelentkezik hirtelen támadó forróság egész testében.

Augusztus 17. Teljesen jól van.

Augusztus 24. Hízik, kitünően van.

3. K. F., 45 éves varrónő. Házassága első évében született gyermeke általános gyengeségben halt meg 6 hónapos korában. Házassága 7. évében született gyermekének ugyanez volt a sorsa.

Július 18. Mindkét homlokcsont, de különösen a baloldali, erősebben elődudorodott. Az orrsontok vastag, duzzadtak, nyomásra érzékenyek, különösen a jobboldali. A 2. 3. és 4. borda mindkét oldalt megvastagodott. Mindkét tibián sokszoros vaskos hyperostosis.

A belső szervek épek (Künstler dr.).

A szemfenék ép. (Herzog dr.).

0-60 gm. befeecskendése a glutaeusokba (monacidoldat).

A lázak a betegnél eltartottak július 30.-áig. A legmagasabb hőmérsék 40-4 volt. A fájdalomosság igen erős volt és még mai napig sem szűnt meg teljesen. A közérzet egyéb zavarai hányásingerben, fejfájásban, gyomortáji nyomásérzetben jelentkeztek. A hányásinger és székrekedés még augusztus közepén is megvan.

A körlefolyásból felemlitem a következőket.

Július 20. A jobb orrsont duzzanata határozottan kisebb, a baloldali homlokcsont is kevésbé prominens, úgyszintén a bordák.

Július 25. A csontduzzanatok mindenütt lecsökkentek, az orrnyílásokból még időnként darabos, véres váladék ürül.

Július 28. Mindkét gluteális tájat és a 2 ccomb hátsó-felső harmadrészét egybefolyó, csekély duzzanattal járó erythema borítja. Ez a pirosság számos foltban a háton egészen a tarkóig terjed. A hason és mellen is találhatók halványabb piros foltok, a karokon úgy a feszítő, mint a hajlító oldalakon is láthatjuk elszórva őket. Az arcot és a homlokot sűrűn borítják. A primaer efflorescentia körülbelül borsónyi, halványvörös, elmosódott határú, kissé kiemelkedő, fényes, oedemás papula. Ez csakhamar összeolvad a szomszédosokkal és egy nagyobb felületet egyenletesen borítanak el.

Július 29. A kiütés halványodik.

Július 30. A kiütés elmúlt.

Augusztus 2. A periostitisek már alig érezhetőek, az orrból véres váladék ürül.

Augusztus 8. A beteg csekély vizeleti tenesmusról panaszkodik. Általános gyengeség.

Augusztus 13. Még igen gyenge, sokat hány, székrekedésben szenved. A gyomorgödör és a májtájéki spontán és nyomásra is érzékeny; a máj 3 ujjnyival nagyobb, élesebb szélű.

4. A. A., 31 éves kereskedősegéd. Nyolcz év előtt fekélye volt, melyet bedörzsölésekkel kezeltek; kiütése nem volt. Négy évvel később megnősült; házassága gyermektelen. Hét évvel később újra nősült; második házassága is gyermektelen. Mult évben körülbelül 2 hónapig tartó nappal és éjjel jelentkező, igen heves fejfájásokban szenvedett.

Július 19. Általános mirigyduzzanat; a bal clavicula kissé vastagodott; az uvula balra elhúzódt, rövidebb; a bal százugban hegesedés nyomai. Az orrsüetől ujjnyi széles sávban, a bal arcra és a felső ajakra húzódik egy barnásvörös, összeolvadt, fényes papulákból keletkezett, karélyoszlú beszüremkedés. Egy másik hasonló kisebb a jobb orrszárnnyról a felső ajakra terjed. A bal alkaron, közel a könyökhajlathoz, ugyancsak van egy tenyéri beszüremkedés, a mely vöröses-barna, lenesényi nagyságú, részben pörkös, részben besüppedt papulákból tevődik össze. Hasonló kisebbnek a nyoma van a bal alkar feszítő oldalán. A belső szervek és a szemfenék épek.

Július 21. 0-40 gm. a glutaeusokba (monacidoldat). A legmagasabb észlelt hőmérsék 38-3. Az injectiók fájdalmak csak néhány óra hosszat voltak hevesebbek.

Július 22. A kiemelkedő papulás beszüremkedés egészen a bőr szintjébe mélyedt és csak mint fényt veszített, vöröses-barna sáv látható, a mely a tapintáskor is csak igen csekély tömött séget mutat.

Július 23. Álmatlanságról panaszkodik, a kiütés mindhárom helyütt még halványabb.

Július 28. Kiütés helye alig látszik, subjectív érzés jó.

5. B. F., 35 éves pinczér. Négy év előtt fekélye volt másodlagos tünetekkel. 30 bekenést végzett. Négy hóval később jobb könyökizületében támadt fájdalma, melyet kötéssel kezeltek. Később a két térdizülete vált fájdalomossá, a miért Hévizre járt és 12 kénésös befeecskendezést kapott. Két héttel ezelőtt a szájpaplása hirtelen kilyukadt.

Július 29. A bal homlokcsont felső dudora erősen kiálló. A

kemény szájpad közepén, kissé balra, majdnem mogorónyi, kerek, éles határú, perforáló fekély. A garat nyálkahártyája duzzadt. A bal kules-csont kissé vastagabb. Általános csekélyfokú mirigyduzzanat. mindkét tibián vastagodások.

Július 30. Belső szervek épek, szemfenék ép. 0.40 gm. a 606. számú praeparatumból *igen pontosan közömbösítve*.

Augusztus 1. A befeeszkendezést jóformán semmi fájdalom sem követte. A helye kissé duzzadt, nyomásra alig érzékeny.

Augusztus 4. Láz nem volt. A jobb tibián a duzzanat már alig érezhető, baloldalt is lecsökkent. Befeeszkendezés helyén alig érezhető tömörség.

Augusztus 18. Az orrból több papirlemezszerű csontlécz ürült. A kemény szájpad perforációjának szélei simák, laposak, a nagysága változatlan.

6. Özv. T. S.-né, 53 éves, gazdatiszt neje. Augusztus 2. A homlokcsonton baloldalt csekély dudorodás. Bal clavicula kissé vastagabb. A szegycsont jelentékenyen vastagodott, úgyszintén mindkétoldali 2. és 3. borda. A jobb tibia felső harmadában erősen dudorodott. A jobb sternocleidomastoideus mögött diónál nagyobb mirigyduzzanat. A bal sternocleidomastoideus mögött 3 hasonló, de kisebb mirigyduzzanat.

Belorvostani lelet: csekély struma és exophthalmus (Basedow-kór). A vizeletben kevés geny. Szemfenék ép.

Július 4. 0.40 gm. Ehrlich-féle szer *pontosan közömbösítve*.

Július 6. Legmagasabb hőmérsék 37.5.

Július 8. Jobboldali mirigygyurma kisebb és puhább, a baloldali szintén. Bordák duzzanata csökken.

Július 13. Mérsékelt hasmenés. Periostitisek erősen csökkentek, mirigyek még érezhetőek.

Július 18. Periostitisek még inkább lapultak, mirigygyurmak sokkalta kisebbek, közérzet jó.

7 K. E., 20 éves, földmives leánya. Körülbelül 8 év előtt a jobb felkaron volt félesztendeig tartó fekélyes folyamata. Két évvel ezelőtt a jobb fülén és arczán, továbbá a torokban voltak fekélyei.

Augusztus 6. A jobb fülkagyló felényire zsugorodott, heges, behúzódott, részben fekélyes. Előtte az arcz bőr tenyérnyi terjedelemben karélyos határú, felhányt szélű fekélylyé változott, a mely részben heges. A garatban a garatívek összenöttek, hegesek, fehérek, feszesek. Az uvula hiányzik. A két középső metszőfog félholdforma kivágást mutat. A szegycsont markolatja körténél nagyobb dudorodást visel, a mely közepűtt fluctuál, nyomásra érzékeny.

A jobb felkaron tenyérnyi heges terület. A bal térd a rendszerenél kétszer nagyobb, nyomásra érzékeny. Az ízület nyújtása a derékszögön túl alig sikerül. A bal tibia diffuse vastagodott, a jobb kevésbé. Szemészeti lelet negatív. Belső szervek épek. Wassermann erősen pozitív.

Augusztus 8. 0.60 cgm. *teljesen közömbösített* oldatának befeeszkendezése.

Augusztus 9. Legmagasabb hőmérsék 36.7. Fájdalom jelentéktelen. A fül előtti fekély színe halványabb. A sternum határozottan laposabb. Térdbeli fájdalmak csökkentek. Az ízület nyújtása és hajlítása beteg állítása szerint könnyebb.

Augusztus 10. A térdizület bőre sokkal kevésbé feszes, puhább.

Augusztus 11. Fül előtti fekély laposabb, halványabb. A térdizület térfogata normális. Teljes kinyújtás és hajlítás minden fájdalom nélkül sikerült.

Augusztus 19. A szegycsont duzzanata már csak éppen érezhető. A fül előtti fekély egészében lapos, halványpiros, vékony heggé változott.

(Folytatása következik.)

**Közlés a wieni Spiegler L.-alapítvány laboratóriumából.**  
(Vezető: Prof. Dr. Fränkel S.)

### A vérsavószáritás újabb módja.

(Előzetes közlés.)

Irta: **Fränkel Zs.** dr. egyetemi rk. tanár (Wien) és **Elfer Aladár** dr. egyetemi tanársegéd (Kolozsvár).

Azon kísérletes eljárásoknál, a midőn a vérből, vérsavóból vagy egyéb szervi parenchymás alkotórészekből olyan anyagokat óhajtottunk nyerni, a melyek szerves oldóanyagokkal kivonhatók, érte

ez alatt főképpen a különböző phosphatidákat vagy cholesterintesteket, igen nagy nehézséget okoz a kiindulásul szolgáló anyag száritása.

Mint hogy a legtöbb állat vérsavójának víztartalma 90-2—92.7% között ingadozik, és mint hogy ezen vízmennyiség legnagyobb része az egyéb anyagoknak sajátos colloidálisan oldott állapotban való fenntartására irányul, világos, hogy ezen vízmennyiségnek eltávolítása nagy nehézségekbe ütközik.

A technikában a serumalbumin előállítását oly módon végzik, hogy a savót lapos tálakba öntik és áramló meleg levegő hatásának teszik ki. Tudományos vizsgálatoknál ilyen eljárás hasznavehetetlen; egyrészt, mivel nem járunk el sterilen, másrészt pedig különböző elváltozások jelentkeznek a levegő, a mikroorganizmusok s a hőmérséklet behatására. Ez az oka annak, hogy a rendes használatra előkészített serumalbuminnak oly kellemetlen szaga van és oldása is nehézségekbe ütközik.

Mint hogy ezen technikai eljárás nem követhető, két methodus között lehet választani. Első sorban is beszáríthatjuk a vérsavót vacuumban, másod sorban pedig igénybe vehetjük a *Faust*-féle apparatust, a mely hasonlóképpen gyorsan áramló levegővel dolgozik. Céljainkra azonban egyik eljárás sem alkalmas. Ezen eljárások egyikével sem nyerünk változatlan, vízmentes készítményt. A száritott készítmény még mindig bőségesen tartalmaz vizet és nem porítható finoman.

Mi oly eljárást óhajtottunk igénybe venni, a melynél a vérsavó vizét egyáltalában nem kell eltávolítani, hanem más anyaghoz kötjük, és mint hogy számbavehető hőmérsékletemelkedés nem szerepel, közönséges szobahőmérsékleten a vérsavóból teljesen száritott port tudunk előállítani.

Eljárásunk azon egyszerű fogáson alapszik, hogy mi a vérsavóhoz annyi gondosan kihevített Glauber-sót adunk, a mennyi szükséges, hogy az összes vízmennyiséget mint kristályvizet magához kösse.

A biztonság kedvéért, mint hogy a vízmentes Glauber-só víztartalmú kristályos Glauber-sóval bevonódhatik, 10%-kal több Na<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>-et adunk a savóhoz, mint a mennyi a számításnak megfelelően. Ha például 1 kgm.-nyi marhasavó áll rendelkezésünkre, mint hogy ez körülbelül 913.64 gm. vizet tartalmaz, ennek megkötésére körülbelül 670—700 gm. Na<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>-et adunk, noha a theoretikus mennyiség körülbelül 610 gm. volna. (142 rész kihevített Na<sub>2</sub>SO<sub>4</sub> 180 rész H<sub>2</sub>O-t tud megkötni.)

A Glauber-sót kis részletekben, folytonos keverés közben adjuk a vérsavóhoz és 1—2 órán belül a tömött pépszerű anyag szilárd, kristályos tömeggé alakul át, a melyet aczéledényben jól poríthatunk. Ezen porított anyagot a különböző vízmentes extraháló anyagokkal Soxhletben kivonhatjuk. Az eredmények, a melyeket eddig nyertünk, igazán kitünőek. Alkalmas extraháló folyadékok segédelmével gyorsan nyerhetünk kristályos testeket.

Ezen eljárás alkalmazható a szövetemulsiók száritására is.

Az ily módon elkészített vérsavóval nyert eredményeinkről, továbbá a szükséges kivonóanyagokról és alkalmazásuknak sorrendjéről már legközelebb említést teszünk.

### Az elmekörtan fejlődése.

A mi szemünkben szinte különösnek látszik, hogy az elmebetegeket Európában is csak a XIX. században kezdik igazán emberszámba venni s törvények engedélyezik pár száz év előtt Albionban az embervadászatot a lychantropokra, vagyis oly elmebetegre, kik állatoknak képelték magukat. Holott a messze múltban is oly csodás megfigyelő erőt és a lélek világában oly sajátosságok felfedezését látjuk, melyeknek létezését mi is csak komplikált eszközökkel tudjuk kimutatni. Hogy mást ne említsék, közlöm Moehsen elbeszélését Erasistratos fölfedezéséről:

Antiochus, Selenkus syriai király fia, szerelemre lobban fiatal és szép mostoha anyja, Stratonike iránt. Látva, hogy észszel nem küzdheti le érzelmeit, sanyargatni kezdé magát, sőt enni sem akart, míg végül haldoklóhoz vált hasonlóvá. Atyja s az egész ház le volt sújtva. Erasistratus házi orvosokra bizták az ifjú kezelését. A jeles orvos nem találja sehol a szervezetben a betegség okát; úgy veszi észre, hogy a lélek beteg: titkos bánat sorvasztja betegét. Ugy tünt föl előtte, hogy Selenkussal magával

am, de annak családjával nagyon rokonszenvez a királyi ifjú. Lándóan mellette marad, megfogja és vizsgálni kezdi a beteg alsusát. Végre azt találja, hogy az változatlan, bárki lép be és elad el a szoba előtt, de ha Stratonike jön be, mindig öntetlenül ver a verőér és e mellett a beteg arca kipirul, hangja elakad, ha elmegy a királyné, sápadt és aggodalmas lesz Antiochus. Persze az okot kifürkészve, a gyógyítás lehetősége megült adva. S mi késő századok után különféle eszközökkel rajzoljuk a pulsus hasonló rendetlenségeit, miket ő egyszerű tapintással lismert már annak idejében. (Berger: Über die körperlichen Ausserungen.) De lássuk csak fokozatos rendben, miképpen változik a felfogás az elmebajokról a legrégebbi időktől a mai napig.

Ha visszapiantunk az orvosi tudomány történetében a Krisztus előtti századokra, azt látjuk, hogy elmebetegségekben az időben is előfordultak. A zsidó és görög irodalmi műveikben elég sok esetet találhatunk. Dániel könyve említi, hogy Nabucadnezár ökörneke képzelve magát, kiment legelni s végig maradt a szabadban, míg „haja oly hosszúra nőtt mint a stoll, s körmei oly nagyok voltak mint madárkarom”. (Krafft-Eng.) Dávid az örült Saul, kinek betegsége melancholia dühösség váltakozásából állott, hárfa hangjaival csillapítja. Amoros a dühöngő Ajaxról énekel, ki saját kardjába dől. (Krafft-Eng.) Ugyancsak ez időben az elmebetegségek simulatiójára is találunk nyomokat. Dávid, hogy Akis király haragjától meneküljön, megháborodást simulál. (A kapu és ajtó között futkározott s akálla tajtékzott az orrváladéktól. Griesinger.) Ulysses elmebetegnek tette magát, hogy ne kelljen részt vennie a trójai háborúban. Oedipus és Orestes a mai felfogás szerint melancholiások; akkoriban azt hitték, hogy az eumenidák üldözték. A manthropia Lykaos arkádiai király nevéből származik, a ki annak képzelte magát. (Krafft-Ebing.) Herkules, Athanas, Alkmäon, Amdera lakói és a skythák elmebaját ismerik már az ókorban. (Feuchtersleben 22. oldal.) Athanas fiát megöli és Inot üldözi. Alkmäont, mivel anyját meggyilkolta, a fúriák üldözték. Amdera híres volt lakóinak korlátoltságáról és hóborzosságáról. Természetesen abban az időben természetfölöttinek gondolták ez állapotot s a daemonok munkáját látták benne.

Az elmebetegek ápolása a papok kezére volt bízva, a kik görögöknél az Asklepios-templomokban ápolták s kísérelték meggyógyítani őket, míg Egyiptomban a Saturnus-templomok voltak elmebetegek menhelyei. S általában vagy szenteknek nézik őket, vagy vallás útján befolyásolhatóknak. Innen eredt az a szokás, hogy templomokba internálták őket.

A görög philosophiában Plato szerint két lélek van. Egyik, mely nemesebb, a koponyában, a másik két részre oszolva a mellkasban mint akarát s az altestben mint vágy van jelen. A morosság és szenvedés szerinte a mellkasból ered, a priapismus és a manthomania pedig az altestben meggyűlt s megromlott anyagokból. Természetesen így származtatta az elmebajokat is, melyeket en tünetek jellemeztek. Aristoteles és Pythagoras is foglalkozik lélekkel s ez utóbbi törekszik főleg, hogy bizonyítsa „az éptestben lakik csak ép lélek” elvét. (Feuchtersleben.) Az elmebajok természettudományi szempontból való vizsgálása tulajdonképpen a pszichológiával (460-ban Kr. e.) kezdődik. Ő kimondja, hogy az elmebajok az agyvelő megbetegedései (Krafft-Ebing) s azok gyógyítása nem a papok, hanem az orvosok tudományához tartozik. A geszű orvos még az öröklési tényezők jelentőségét is felismeri. Erre ő a vérben, a nyálkában, a fekete és sárga epenedvekben kutatja az előidéző okot. Phrenitis elnevezést ad az elmebajoknak és láz-iriumoknak. Ismeri a dühösségi állapotokat, a melancholiát és a manthomaniát. (Krafft-Ebing.) Kezelése gyógyszerekből és diétából

A melancholiában, azaz a fekete epés megbetegedésben például elvonó eljárásokat alkalmaz helleborussal. A bythinai Asklepiosz (Kr. e. 124-ben) fürdők és ledörzsölések mellett, pszichés gyógyítást ajánl, a zenét csillapítóul használta, érvágást gyakorolt sőtétben tartotta a betegeket. (Kirehhoft.) Ő tanácsolja, hogy gyógyítsuk a betegre gondolkodásának helyesbítését s e célból helyesen felolvastat előtte. (Feuchtersleben.) Celsus „de tribus manthomaniarum generibus” munkájában a félelmi állapotokról és a manthomaniákról ír. Az ő munkája az antik pszichiatria archívuma. Amephesusi Soranus és utána Caelius Aurelianus kifakad a korbaesés ellen, az elkülönítés, vérelvonás és fénynyel való kezelés

kérdéseivel foglalkozik. (Kirehhoft.) A szemfényvesztőnek tartott Thessalus a metasynkrisis (recorporatio) methodusának megalapítója. (Feuchtersleben.) Aräteus a melancholiás állapotokat éppen úgy vizsgálja, mint a hogy mai napság a mi szemünk is látják. Ő észreveszi a színek hatását a lélekre és a festett falaknak hatásáról az elmebetegekre ír a könyvében. A gyógykezelésre klimatoterapiát ajánl. Galenus (160-ban Kr. u.) a phrenitis fogalmát különválasztja az elmebajtól. Azt mondja, hogy a temperamentum a természet befolyása alatt áll s más nem lehet, mint a milyenné a természet alkotta. Végre a psychoneurosisok gyönyörű példáit látjuk a krisztusi esodattettekben.

A népvándorlás áramlata visszasodorja a pszichiatriát is a többi fejlődésnek induló tudományokkal együtt. Babona és titokzatosság lép a józan felfogás helyébe. Már nem beteget látnak az elmebajosokban, hanem oly egyéneknek tekintik őket, a kiket gonosz szellemek, ördögök szállottak meg. A szerencsétlen betegekből vak fanatizmussal üzték az ördögöt. E procedurákat a papok vezetik. Hogy ennek és a szomorú emlékü boszorkányegészségnek hány elmebajos lett áldozata, arról fogalmat alkothatunk magunknak már abból is, hogy például Trier választófejedelemben néhány év alatt 6500 embert végeztek ki, a kiket az ördög megszállott. (Krafft-Ebing.)

A mysticizmussal, mely az egész orvosi tudományt beborítja, hiába küzdenek a kor jeles orvosai. Csak a reformatio tudott javítani a papok kezére jutott orvosi tudomány sorsán s így az elmebajok útjából is ez kezdi elgördíteni az évszázados akadályokat.

Három évszázadon keresztül tart a boszorkányegészségi járvány; főleg dementia senilisben, melancholiás hysteriában szenvedő betegek estek áldozatául e végzetes járválynak. Majd katatonias, stuporosus s másfajta elmebajok is szerepelnek s Griesinger szerint csupán a paralysist nem találjuk meg. Michael Psellus munkájában „A daemonok működéséről”, mely egy hallucinans közleményeinek alapja, le van írva a szellemekről szóló tan s ezeknek hierarchiája. Ez egyik alapköve a boszorkány- s daemon-hitnek a középkor végén.

A középkor tele van psychosis-járványokkal, a chorea s hysteria szinte dühöng, százával is betegednek meg egymás után az emberek. 1212-ben írják le az első járványt, a mikor nagyobbára 12—18 éves ifjak megindulnak vándorolni s addig mennek, míg összeesnek. Tánczólnak, ugrálnak, a vörös színnel és síró személyekkel szemben antipathiát mutatnak. Kifejezett esetekben az alhasnak dobszerű felfúvódását találták. Rohamszerűen csatlakozott ordítózás, ugrálás és tánczúdih e megbetegedésekhez. Hecker szerint 1000 ifjú is részt vett egy ilyen „Kindfahrt”-ban. Wawruch az egész kereszties háborút epidemiának nézi. Az tény, hogy nagyon sok psychosisos vonás lelhető fel a legtöbb kereszties vitézben. Webster szintén leirt 1354-ben Angliában egy psychosis-járványt.

A középkor népei között rendkívül sok babona volt elterjedve, sok suggestio és autosuggestio. Némely egyéneknek bűvös erőt tulajdonítanak s az ilyeneket nagy tiszteletben tartják, vagy az elpusztításukra törekszenek. Az autosuggestio már a legrégebbi népeknél előfordul; többek között az indusok legrégebbi irodalmi emlékeiben egész hosszú szabályokat és módszereket találunk autohypnosis állapotok előidézésére. Gumpertz szerint a „samadhi” (élmény) a következőképpen történhetik: az illetőnek oly helyre kell mennie, a hol nagy csend és tisztaság honol, s a honnan ijesztő, zavaró körülmények távol tartatnak; itt szalmát hint el s erre úgynevezett négyzet formában helyezkedik vagy akáresak térdre ereszkedik. Ilyen állapotban az orra hegyére irányítja szeméit, kezeit összekötözi, lábait egymásra rakja, semmire sem szabad gondolnia s Pranon nevét kell kiejtenie, mire aztán bekövetkezik az alvás. Avagy hosszú belégzés után a lélekzet visszatartása idejében nyolcvan-szor vagy többször ismétlje az „Oum” szót. Buddha tanításaiban is található autohypnotikus gyakorlatok. Az ősrégi népeknél, mint Közép-Ázsia magas hegységeinek lakóinál szintén megtaláljuk a hypnotismus nyomát. Assurbanipál király korában (Krisztus előtt VII. század) a ninivei királyi palota könyvtárából vett emlékeken a magiáról van említés téve. A magia már kezdettől fogva kétféle alakban szerepelt: a bölés vagy jó magia és a rossz szellemekkel összeköttetésben levő varázsmagia. (A mágusok mámorító ital hatása alatt extasisba jutnak és így értekeznek a betegségek okozó szellemek-

kel.) Az egyiptomiak papyrusai között található Kouson király uralkodása idejéből a következő előírás: „Helyezd rá a kezdet, hogy karjának fájdalmát csillapítsd s mondd, hogy a fájdalom megszűnt” (Hirschlauff). Egyiptomban a Serapis-templomok leghíresebbek arról, hogy oda betegek jártak psychotherapiás kezelésben részesülni. Később a görögöknél is találunk ilyen templomi suggestióstherapiát. Kellemes helyre épített templomokba, melyek kerttel vagy erdővel és gyógyforrásokkal rendelkeztek, jártak a betegek, a hol őket kezelésbe vették. Phantasiájukat felesigázták napokon keresztül sikeres gyógykezelések elbeszélése által. A kúra utolsó felvonása a templomban történt, mikor a beteg belépett a templomba, hogy ott aludjék s álmodjék. A papok a reggel szürkülete idejében a templom belsejében hangokat hallatnak, miket a beteg félálomban az Isten hangjának tart, és Asklepios costume-jében lépnek a beteg elő, gyakran gyermekek kíséretében, betanított kigyókkal. Kikérdezik a beteget s gyógyító álmot dictálnak belé (Hirschlauff). Még sebészi operatiókat is végeztek Arthemidor szerint. A templomi alvás Krisztus után a VI. századig tart. Rómából Görögországba vitték át. A rómaiaknál a suggeráló papnőket sybilláknak nevezik, leghíresebb a cumei Hierophile. A suggestiv-therapiát Jézus is gyakorolta. A boszorkányüldözések kora sok autosuggestióst példát mutat. A keresztény-korral a templomokból eltűnt a próféta extasis. Theodosius, Justinian szigorúan üldözték a magusokat s varázslókat; ellenére ennek, mégis az egész középkorban hittek jó és rossz szellemekben. A kolostorokban megmaradtak a vallásos extasisok s a szerzetesek imádsággal, martirok reliquiáival és szentelt vízzel csodákat művelnek, sőt III. Pál pápa, Nagy Károly s Nagy Ottó is gyógyít kézrátévéssel. Míg ezek a suggestióst jelenségek therapiás célból használtattak, más oldalról hypnotikus és somnambul jelenségek alkotják a középkori boszorkány-üldözés alapját. A XV. és XVI. században Paracelsus azt tanítja, hogy egy mágneses fluidum létezik, mely az egész világon el van terjedve, hogy a lélek egy meg nem érhető fluidum, melyet a test emanál. Mesmer Anton Ferencz bécsi orvosnak (1733—1815) sikerül a magnetismus tanát therapiás rendszerre kiépíteni. Az érzésmágnes therapiás alkalmazásából kiindulva, a saját testét mágnesesnek hitte, mely a mesterséges mágneset nélkülözheti. Ebből kiindulva, azt az észrevételt tette, hogy ha „ő” csupasz kezével végig simítja a beteget a fejtől a végtagjaiig, egész sajátos tünemények állanak elő. Először a lélekezésnek könnyű zavara, az arc futó pírja, lassult vagy gyorsult szív működés jelentkezik. A felső szemhéjak remegve sülyednek s végül teljesen lecsukódnak. Némelyik testrész vagy az egész test izomzata megmerevedik, vagy görcsök jelentkeznek, s többé-kevésbé mély álom következik be. Ő azt hitte, hogy a magnetismus papírra, kenyérre, üvegre, vízre, kőre stb. átvihető. Mesmer tanait némelyek hóbortosságnak nézték, azt tanácsolták, hagyjon fel velök, de a nagy közönség, sőt a bajor József Maximilian fejedelem is hitt csodagyógymódjában. Később Párisba vonult, hol rövid idő alatt 40,000 franknyi vagyont szerzett. A francia forradalom idejében visszamenekült hazájába, hol elhagyottan s elfeledve halt meg 1815-ben. A modern gyógyhypnotismus alapítója James Braid, ő az első, a ki a suggerált analepsiát sebészi operatióknál alkalmazta. Ő mondja ki, hogy a hypnosis a megfeszített figyelem, az absolut nyugalom és a suggerálhatóság következménye.

Zsakó István dr.

(Vége következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Kecskemét város közkórházának építési programja.** Tervvázlatokkal. Irta: Csabay Géza dr., tiszti főorvos. Kecskemét. 1910. Kapható ifj. Nagel Ottónál, Budapest. Ára 5 korona.

Azon terjedelmes dolgozat után, a melyben Kecskemét város tiszti főorvosa, alig egy év előtt, a város közegészségügyi szabályrendeletének előadói tervezetét közzétette, örömmel látjuk buzgó tevékenységének újabb eredményét az ott tervezett közkórházi építés programjában. A tiszti főorvosi jelentés gyanánt készült munkát egy közép nagyságú, de kiterjedt vidékkel bíró város igényeinek megfelelő, körülbelül 320 ágyra tervezett kórházat vesz

fel az építési program alapjául. A munka minden részlete a szerző nagy tájékozottságáról és szakismeretéről tesz tanubizonyoságot, a melyet még támogat azon körülmény is, hogy a szerző annak idejében közvetlen szemlélője volt egy nagyszabású alkotás, nevezetesen a budapesti Szent István-kórház felépítésének.

Napjainkban, a mikor a kórházak kérdése mindinkább előtérbe lép és a meglévő elavult kórházak modern elvek szerint való átalakítása, berendezése illetőleg újraépítése a hivatottaknak nem esekély gondot okoz, ezen építési program általános érdeklődésre számíthat és igen becses útmutatásul szolgálhat hasonló intézmények létesítésekor.

Erdős János dr.

### D. Epstein: Diagnostisch-therapeutisches Taschenbuch der Tuberculose. Berlin u. Wien, Urban und Schwarzenberg, 1910.

A kis, alig másfélszáz lapra terjedő könyv tömören összefoglalja mindazt, a mit a gümőkórrol, különösen a tüdő gümőkórjáról, a gyakorló orvosnak tudnia kell. Ennek a czéljának egészen jól megfelel. Rövid bevezetés után a tüdőgümőkór korai felismerésével foglalkozik, külön választva a gyermekek és a felnőttek vizsgálatát. Az ezután következő néhány rövid fejezetben a gümőkór összefüggését a terhességgel, a házaselettel, az alkohollal ismerteti, majd a gümőkór lefolyását, tartamát és prognózisát tárgyaló fejezet után a legfontosabb fejezet: a gyógyítás megbeszélésére tér át, jól tagoltan s a legújabb vívmányokra is kiterjeszkedve sorolva fel mindazt, a mit e téren eddig elértünk.

### Lapszemle.

#### Általános kórtan.

**A rossztermészetű daganatok gyógyításához** szolgáltat adatokat Reicher. Kísérleteit állatokon végezte, a melyeken rossztermészetű daganatokat létesített. Sarcomás patkányokon kitünő eredményt ért el 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> adrenalin-oldatnak ismételt befecskendezésével a daganat környékén. Több száz eset közül csak kettőben állott be recidíva, a mely azonban néhány adrenalin-befecskendezésre csakhamar visszafejlődött. Adenocarcinoma 38 esete közül 33-ban ért el hasonló kedvező eredményt. Ezen kedvező állatkísérleti eredmények alapján a szerző most már az emberen is folytatja kísérleteit. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1910. 29. szám.)

**Az adrenalin-érzékenységet** rendkívül fokozza Frölich és Loewi kísérletei szerint a cocain. Egészen kicsiny, egymagukban úgyszólván teljesen hatástalan cocain-adagok az adrenalin hatását az erekre, a húgyhólyagra és a szemre úgy intenzitása, mint tartama tekintetében nagy mértékben növelik, a minek a gyakorlat terén is nagy jelentősége lehet. (Archiv f. exper. Path. u. Pharmak., 62. kötet, 2. és 3. füzet.)

#### Belorvostan.

**Az angina (tonsillitis acuta) kezeléséről** irt cikkében Schönemann tanár (Bern) mindenekelőtt kifejti, hogy a tonsillitis nem elsődleges, hanem másodlagos, még pedig az ornyálkahártya megbetegedéséből illetve fertőződéséből kiinduló bántalom. Ennek megfelelően mellőzve a helyi gyógyítást, a fősúlyt az általános kezelésre helyezi. Többnyire valamilyen salicylkészítményt ad, még pedig úgy, hogy az egész napi adagot (például 3 gramm aspirint) rövid idő alatt (mintegy 15 perc alatt) véteti be sok bodzateával. Utána a beteget jól betakarva, 1—2 óra hosszat jól izzadni engedi. Másnap ismétli ezt az eljárást, a melyben a lényeg a salicylhatás, a mennyiben a salicyl nélküli izzasztással csak minimális az eredmény. Prophylactice az orr belsejének rendszeres fertőtlenítését ajánlja, de nem orrzuhanoyzás alakjában, hanem 5—10 csepp 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os protargol- vagy 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os collargol-oldatnak naponként való becspegetésével mindegyik ornyílásba. Minthogy az ornyálkahártyának idült duzzadt állapota is hajlamosít anginára, az orrkagylótültengések művi eltávolítása is szükségessé válhat. (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1910. 9. szám.)

**A rubeola néhány szövödményéről** ir Martelli. A rubeolát általában lényegtelen megbetegedésnek tartják, a mely nem jár szövödményekkel. A szerző azonban egy kis járvány alkalmával ennek az ellenkezőjéről győződött meg, a mennyiben — noha a

járvány egyébként nagyon jótermészetű volt — 3 esetben a reconvalescentia idején, illetve néhány nappal a gyógyulás után lobaris pneumonia fejlődött, 6 esetben albuminuria és cylindruria volt kimutatható ( $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}^0/00$  fehérje), 1 esetben pedig a reconvalescentia idején haematuria támadt, mely 12 napig tartott és mérsékelt albuminuriával járt. (La semaine médicale, 1910. 27. szám.)

**Idült hasmenés** esetét közli *Palier*. Az 54 éves férfi két év óta szenvedett hasmenésben; a székürülések napi száma néha a 20-at is elérte. Több orvos kezelte eredmény nélkül. A szerző alapos vizsgálata alapján pylorus-elégtelenségre vezetvén vissza a bajt, sósavat rendelt, mint a melytől pylorus-elégtelenség eseteiben már többször látott jó eredményt. A sósavból eleinte naponként kétszer, majd csak egyszer vétetett be evés után 10 cseppet, a mire a hasmenés rövid idő alatt megszűnt. Mellesleg természetesen a diétát is megfelelően szabályozta és háskötőt hordatott. (New-York Medical Journal, 1910 január 29.)

### Idegkórtan.

**A tetania gyógyítása** céljából tesz javaslatot *H. Curschmann* (Mainz), habár már nagyon sok szert ajánlottak e baj ellen. Mindenki, a ki ezzel a betegséggel foglalkozott, egyetért abban, hogy nincs olyan szer, a mely általában bevált volna. A könnyű, acut esetek mondhatni maguktól meggyógyulnak. A sok remény, a mely a mellékpajzsmirigy használatához fűződött, dugába dőlt. A pajzsmirigykészítmények, a melyeket ugyancsak mellékpajzsmirigy tartalmuk miatt ajánlottak, szintén eredménytelenek, sőt néha éppen ilyenkor rosszabbodik a beteg állapota. *H. Curschmann* calcium lacticum adagolásával tett kísérletet, abból a gondolatból indulva ki, hogy a mellékpajzsmirigyektől megfosztott állat görese és túlingerlékeny mozgása méz adásakor megszűnik. A szerző  $10^0/0$  calcium lacticum-oldatból naponként  $3 \times 20$  cseppet adott és ez adatot naponként több kávéskanálnyira emelte lassan. Egy esetben, a melyben minden más gyógyszer hatástalan volt, a mézkezelés  $1\frac{1}{2}$  hónapja alatt csak ritkán mutatkozott egy-egy gyenge roham, noha azelőtt naponként 6—8 volt az erősebb rohamok száma. E szer vétele alatt még forró fürdővel sem lehetett rohamot kiváltani. A rohamok eltűnésével egyidejűleg rendszeren a mechanikai és villamos ingerlékenység fokozottsága is engedett. A beteg általános állapota nagyon javult, a testsúly emelkedett. (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 1910. 39. kötet, 1—2. füzet.)

*Kollarits.*

### Elmekórtan.

**Az alkoholisták glykosuriájáról** értekezik *Arndt*. A szerző régebbi vizsgálatai kimutatták, hogy a delirium tremens betegek vizeletében részben spontan, részben (100 gm.) czukor adagolása után glykosuria jelentkezik. Azóta e tapasztalatot többen igazolták. Raimann kísérleti vizsgálatok alapján azon eredményre jutott, hogy a delirium tremensesek vizeletében czukor adagolása után az assimilációs folyamat közvetlen a delirium krisises oldódása után éri el a legalacsonyabb fokot és attól kezdve folyton növekedik és végre néhány nap alatt eléri a rendes határt. Ennekövetkeztében a vizeletben a czukormennyiség legnagyobb közvetlen a delirium krisises oldódása után és azután folyton csökken és néhány nap alatt teljesen eltűnik.

A szerző e szempontból újabban 194 alkoholista vizeletét tanulmányozta. E 194 alkoholista közül 99 volt delirium tremenses és ezek közül 30 betegnek vizeletében ( $= 30^0/0$ ) volt spontan glykosuria; 26 abortiv deliriumos közül 4 ( $= 15\cdot4^0/0$ ) vizeletében volt czukor és végre 69 nem deliriumos alkoholista közül 21-nek ( $= 30\cdot4^0/0$ ) volt glykosuriája. A 30 delirium tremenses közül, a kinek vizeletében spontan glykosuria volt kimutatható, 9 esetben a delirium krisises oldódása után, 9 esetben a delirium utolsó napjaiban és 12 esetben jóval a krisis előtt jelentkezett a czukor. Ez adatok tehát nem igazolták teljesen Raimann tételét, hogy a spontan glykosuria „postdeliriumosan” jelentkezik, mert az esetek  $\frac{2}{3}$ -ában a glykosuria a krisis előtt volt kimutatható, noha viszont a czukorkiválasztás maximuma a legtöbb esetben (22) a krisis utáni időre esett. Ezek alapján tehát egyes esetekben joggal beszélhetünk „deliriumos glykosuriáról”. A deliriumok megszűnte után lassan eltűnik a czukor a vizeletből és így az összes esetekben csak „transitorius glykosuriáról” beszélhetünk.

A nem deliriumos alkoholisták vizeletében rendszeren valamely nagyobb excessus után szokott a glykosuria jelentkezni, csak néhány napig tart és azután lassan, végleg eltűnik. Azon esetekben, melyekben hosszabb ideig marad meg a glykosuria, rendszeren valamely komplikáló körülmény szokott közbejársani (diabeteses praedispositio, stb.)

A szerző nézete szerint a nem deliriumos alkoholisták vizeletében kimutatható glykosuria oka az individuális dispositión kívül az alkohol toxikus hatásában keresendő, a melyet azon szervekre fejt ki, melyek a szénhidratok anyagcserejében szerepet játszanak. Ezek szerint az alkoholisták glykosuriája éppen úgy alimentáris glykosuria, mint a más mérgek által okozott. A delirium tremensesek glykosuriájának magyarázata sokkal nehezebb. Az individuális dispositión kívül a krisis után mindenkor jelentkező mohó ótvágy jöhet tekintetbe, azoknál pedig, a kiknek vizeletében a delirium kezdetén jelentkezik a glykosuria, az alkohol mérgező hatását okozhatjuk. Az individuális dispositio részben abban nyilvánul, hogy milyen az illető assimilatio-képessége, részben abban, hogy milyen az illető alkohol-tolerantiája.

Annyi minden esetre bizonyos, hogy a delirium vagy a vele járó anyagcserezavar a szénhidratok assimilációját csökkenti, mely a deliriumok ideje alatt vagy után spontan glykosuriában nyilvánulhat. E glykosuria pathogenesiséről éppen oly keveset tudunk, mint a deliriumok keletkezéséről. (Monatshefte für Psych. und Neurologie, 1910. XXVII. kötet. 222. lap.)

*Goldberger Márk dr.*

### Sebészet.

**Paraarticuláris pneumococcus - genyedéseket** ismertet *Kaumheimer*. A genyedés egy esetben pneumonia, egyszer otitis media után, egyszer spontan támadt, mindháromszor apró gyermekeken és mindháromszor meggyógyult. A genyben pneumococcut tiszta culturában lehetett kimutatni; egy negyedik esetben, melyet szintén ideszámít, diplococcusokat streptococccussal vegyest talált. Az irodalomban még két gyermekre vonatkozó, pneumococcus okozta paraarticuláris tályogot talált. A tályogok székhelyét ízületi körüli tömlők és inüvelyek alkották. Az ilyen tályogokat, bár az irodalom kevés számú esetet említ, nem tartja ritkáknak. Jellegzetes a tályogok ízületi körüli elhelyezése. Az ízület mozgásainak csak kisfokú akadályozottsága, a közérzet zavarának csekély volta, kis láz és a leukocytosis kimaradása is a pneumococcus-eredet mellett szól. A biztos diagnosist persze a kórokozó kimutatása szolgáltatja. A mikroorganizmusnak a vérből való kimutatására a Stäubli-féle eljárás jó szolgálatokat tesz. A prognosis igen jó. A therapia a tályog megnyitásban áll. Anaemiás jelenségek esetében a Römer-féle pneumococcus-serum ajánlható. (Mittheilungen a. d. Grenzgebieten, XXI. kötet.) P.

**A tüdőtuberculosis ellen ajánlott műtéteket** bírálja *P. Harrass*. A tüdőtuberculosis ellen két teljesen ellentétes irányú műtéti eljárást ajánlottak. A tüdő immobilisatióját (a Brauer-féle pneumothorax és a Friedrich-féle extrapleurális thoracoplastica) és a tüdő mobilisatióját, az első borda által okozott mellkasstenosis (Freund) megszüntetésére. A két eljárás azonban nem concurrál egymással, mert a Brauer-Friedrich-féle műtétek csak kiterjedt egyoldali tuberculosis mellett jönnek szóba, míg az I. borda resectiója csak egész kezdeti csústuberculosis esetében javalt. (Mittheilungen a. d. Grenzgebieten, XXI. kötet, 3. füzet.) P.

**A Freund-féle emphysemaműtét technikájához** szolgáltat adatokat *Axhausen* (Berlin). Több oldalról utaltak azon nehézségekre, melyeket a bordaporc resectiója alkalmával a hátulsó perichondrium okoz. Ha nem távolítjuk el, akkor belőle újabb porc-észontszövet fejlődik és a műtétnek az eredményét ezen körülmény veszélyezteti. Másrészt a hátulsó perichondrium eltávolításával igen könnyen sérthetjük az alatta fekvő vékony pleuralemezt. A kérdést *Axhausen* következőképpen gondolja megoldhatónak. A periosteum regenerációs képességét pusztán azon finom osteoplastréteg tartja fenn, mely a periosteum belső felületét fedi. Ha ezen réteget elpusztítjuk, a csont újképződését megakadályozzuk. A nevezett cél teljesen kielégítően szolgálja finom érintés paquelinnel. Tekintve a perichondrium vastagságát, némi ügyesség mellett átlukasztások elkerülhetők. *Axhausen* a módszert utánvizsgálatra ajánlja. (Centralblatt für Chirurgie, 1910. 20. szám.) *Gergő.*

A bőr desinfectiójára a 20%-os jodtincturaoldatot ajánlja Hesse (Dresden); a hivatalos jodtincturát 2:8 arányban alkohollal hígítja. Hesse szerint *Grossich* maga sem használ tiszta jodtincturát, hanem 10—12%-osat. A jodtinctura hígításának előnye első sorban a jodeczema, valamint a jodnátha elkerülése; a desinfectio éppen oly biztos, mint a tömény oldattal. Sürgős műtétek alkalmával a köztakaró szárazon beretvándó; víz vagy szappanoldat használata röviddel a műtét előtt az eljárás eredményét rontja. (Centralblatt für Chirurgie, 1910. 18. sz.) *Gergő.*

### Gyermekorvostan.

A szamárhurut kapcsán támadó rángógöresös rohamokról és azok kezeléséről ír *Ibrahim*. A főleg 1—2 éves gyermekeken észlelhető és nemesak súlyos, de enyhébb szamárhurut kapcsán is keletkező rángógöresösök mindig komoly beszámítás alá esnek. A göresök sokszor a köhögési rohammal egyidejűleg jelentkeznek, de jelentkezhetnek rohammentes időben is látszólag minden különösebb ok nélkül. A rohamok teljesen az eklampsia típusát mutatják s számuk és intenzitásuk különböző. Nem egyszer igen magas hőemelkedések kísérik, 41 C° sőt 43.4 C° (Veras), melynek okát nem annyira a göresös izommunka okozta hőtermelésben, mint inkább az agy hőcentrumának zavarában kell keresnünk. A göresök okait kutatva, tény, hogy ily gyermekek agyhártyája mikroszkop alatt sokszor kifejezett gömbsejtes beszűrődést, vérbőséget és kis vérzéseket mutat (Neurath), de ezen lelet — a pathogenesis szempontjából — nem alkalmazható minden esetre s sokkal valószínűbb, hogy a rángógöresös előidézésében a legfontosabb szerep az úgynevezett spasmophil diathesisnek jut. Az esetek csekélyebb számában veleszületett bujakór vagy agydaganat (a szerző eseteiben glioma) rovására irandó az eklampsia.

A szamárhurut szövődményeként jelentkezett rángógöresösök kezelésekor a szerző szerint leghelyesebben úgy járunk el, ha mindenekelőtt a spasmophil diathesisben szokásos étrendet állapítjuk meg. Egy adag ricinus után 2—3 napos tejmentes, sószegény diétát rendelünk, mely után csecsemőnél, ha lehet, az anyatejre térünk át, a hol pedig ez nem lehetséges, vagy nem szopós gyermeknél óvatosan nyújtunk előbb kevesebb, majd mind több tehéntejet, esetleg nyers alakban. E mellett azonnal adagolunk foszforcsukamájolajat (0.01%). Ha a convulsiók ismétlődnek, ne késünk a lumbal punctióval, melytől a szerző s mások is nem egy kétségbeejtő esetben igen jó eredményt láttak. (Medizinische Klinik, 1910. 23. szám.)  
*Vas J. dr.*

### Venereás bántalmak.

Az Ehrlich-Hata-féle syphilisellenes gyógyszer. A „606“-ról szóló tapasztalások most már mindinkább nagyobb számban válnak ismertté. A kérdéssel a legutóbbi héten is több érdekesebb közlés jelent meg. Tanulságos és elvi jelentőségű észleléseiről számol be *K. Taeye* (Freiburg) (Erfolgreiche Behandlung eines syphilitischen Säuglings durch Behandlung seiner stillenden Mutter mit „606“, Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. 33. sz.), a kinek esete röviden a következő: 19 éves terhes nő közvetlenül a szülése előtt friss általános lueses tünetekkel jelentkezett a freiburgi klinikán. Az arsenobenzollal való kezelést csak a szülés után kapta. Az újszülött teljesen ki volt viselve, fonyadt testű volt és 2400 gm.-ot nyomott. A születése után egy héttel később paronychia syphiliticája és pemphigus lueticája keletkezett. A következő napon az anya 0.3 gm.-nyi „606“-ot kapott injectio alakjában. E mellett az anya zavartalanul emlőn táplálta gyermekét. Az injectiótól számított 3. napon a gyermek tünetei föltűnően visszafejlődtek és csakhamar el is multak. A fakó arcszín egészségesre változott s a táplálkozás kifogástalanná lett. 15 nappal később a csecsemő már 3900 gm.-ot nyomott. Az a közelfekvő feltevés, hogy az anyai tej útján a gyermek is részesült a „606“-ban, hamar megdőlt. A pontos kémiai vizsgálat ugyanis kiderítette, hogy a tej sem organikus, sem pedig anorganikus alakban arsen nem tartalmazott. Az esetre nézve Ehrlich-nek az a nézete, hogy a „606“-os injectio nyomán az anyában a spirochaeták hirtelen nagy számban pusztultak el, a minek kapcsán azután az endotoxinok fölszabadultak. Ezek az endotoxinok antitoxinok keletkezését váltották ki, a melyek a tejen keresztül a csecsemőbe jutottak s létrehozták a gyógyulást. *Taeye* ezen tapasztalás alapján

azt ajánlja, hogy minden syphilis anyja mindjárt a szülése után „606“-ot kapjon és maga táplálja gyermekét.

*J. Iversen* (Szt.-Pétervár), a kinek a febris recurrensre vonatkozó közlését már ismertettük, legújában a syphilisnek arsenobenzolos kezeléséről is nyilatkozik (Über die Behandlung der Syphilis mit dem Präparate „606“ Ehrlichs. Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. 33. sz.). A szerző különösen az intravenás és az intramuscularis kezelés kombinált eljárására terjeszkedik ki. Azt tapasztalta, hogy a recurrens a „606“-nak már 0.3 gm.-jával gyógyul, ha nagy tömegű oldatban (250 gm.) intravenásan adjuk. A lues ellen azonban ez az adag nem elegendő. 0.6—0.7 gm. intramuscularison adva pedig még fájdalmasabb, mint a kisebb adag. Miután az intravenás injectióval bevitt arsen gyorsan távozik (4 nap) a szervezetből, az intramuscularisan bevitt pedig lassan (14 nap), a szerző szükség esetén a két eljárást egyesíti. 0.4—0.5 gm.-nyi adagot ad be intravenásan, 48 órával később pedig intramuscularisan még 0.3—0.5 gm.-ot visz be a szervezetbe a „606“-ból. Ily módon egyesíti a gyors hatást a tartóssal. A *Wechselmann* által leirt módosítást, mely neutrális suspensiók adásából áll, *Iversen* is igen jónak és követni való tartja. A szerző eddig 60 esetet kezelt „606“-tal. A hatással mindenkor igen meg volt elégedve. Leggyorsabban gyógyulnak a felületes erosiók, roseolák és plaque-ok (néhány nap). A papulás és pustulás syphilidek rendszeren 10—14 napot igényelnek a gyógyuláshoz. Anatómiai okokból csak természetes, hogy a sclerosisok és az adenitisek állanak legtovább fenn, legtöbbször 3—4 hétig. A puhulás azonban ezeknél is már elég gyorsan mutatkozik.

*W. Pick* (Wien) már eddig is nagyobb tapasztalásról számolhat be (Bericht über die bisherigen Resultate der Behandlung der Syphilis mit dem Präparate von Ehrlich-Hata (120 Fälle). Wiener klin. Wochenschrift, 1910. 33. sz.). A szerzőnek igen jól megválasztott esetei voltak. A 120 esete közül volt 10 primaeraffectiója általános tünet nélkül és 10 primaeraffectiója már kifejlődött sec. tünetekkel. A sclerosisok feltűnő hamar hámosodnak, de az infiltratio hosszabb ideig megmarad. A 10 primaer stadiumbeli lueseset közül 6 állandó további észlelésben maradt s ezek közül egyik sem kapott még secundaer tünetet, jóllehet a legrégibb eset már 12 hete van megfigyelés alatt. Úgy látszik ebből, hogy az arsenobenzol kiváló praeventiv hatású gyógyszer is. Azokban a primaer esetekben, a melyekben a Wassermann-reactio az injectio idején negatív volt, később is negatív maradt a reactio, ha általános tünetek nem fejlődtek ki. A secundaer luesesetek száma 64 volt. Recidivát *Pick* eddig 2 ízben észlelt. Az egyik esetben a lues két év óta állott fenn. A tünetek, a melyek az egyik lábujjon és a sternumon székelő gummában nyilvánultak meg, 0.5 gm. „606“-tól teljesen meggyógyultak. Két héttel később azonban újabb gümma jelentkezett a szájjpadláson. Érdekes, hogy a Wassermann-féle reactio addigra már negatív lett. A második recidiváló eset egy sclerosisra és roseolára vonatkozik. 0.4 gm.-nyi adag ezt hamar elmulasztotta, utóbb azonban alopecia syphilitica támadt.

Az Ehrlich-Hata-féle syphilisellenes gyógyszernek egyik legkésőbb híve úgy látszik *M. v. Zeissl* (Wien), a ki most már másodikban rendkívül dicserően nyilatkozik a szerről (Über weitere 21 mit „Ehrlich 606“ behandelte Syphilitische. Wiener mediz. Wochenschrift, 1910. 34. sz.). A szerző tapasztalásai oly kiválóak, hogy már is „megboesáthatatlan műhibának“ tartja, ha az orvos a primaer affectióban, vagy friss általános tünetekben szenvedő betegét azonnal nem kezeli a „606“-tal. Az eddig kezelt 52 esete alapján állítja, hogy az Ehrlich-féle arsenobenzol hatás dolgában messze túlszárnyalja a kénest és a jodot. *Guszman.*

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Pruritus ani** ellen *Dubois-Trépaque* a Röntgen-kezelést ajánlja. Eseteinek túlnyomó többségében végleges gyógyulás következett be. (Le Scalpel, 1909. 25. szám.)

**Pleuritis** három esetében *Kirchenberger* jó eredménnyel használta az Evler-féle állandó drainezést. 3 mm.-es fűrével átfűrt egy bordát, zárta a sebet s az izzadmányt ily módon a bőr alá hagyta folyni. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1910. 25. szám.)

**Psoriasis** eseteiben *Oppenheim* is nagyon jó eredménnyel használja a Dreuw ajánlotta chrysarobin-salicylkenőcsöt: Rp. Acidi





## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Közkórházi Orvostársulat. (IV. bemutató szakülés 1910 márczius 9.-én.) 638. l.

## Közkórházi Orvostársulat.

(IV. bemutató ülés 1910 márczius 9.-én.)

Elnök: Horváth Ákos. Jegyző: Kőrmöczy Emil.

## Lichen ruber planus.

**Róth Arnold:** 1. H. B., 58 éves úgynök január hó közepén jelentkezett Havas főorvos ambulanciáján. A jól táplált férfinak majdnem az egész köztakaróján, de főleg mindkét alkar hajlítós oldalán, továbbá a törzs oldalsó részén gombostüfejni-lencsenyi, a bőr színe fölé kiemelkedő, halványvörös-barnásvörös viaszfényű, közepükön sekély behúzódnást mutató, jórészt polygonális, mereven beszűrődött, a bőrbarázdák által élesen határolt göbcsék láthatók. Mellettük vannak visszafajlásban lévő göbcsék is, melyeknek helyét vagy a pigment vagy a sorvadtt göbcske mutatja. A barnás pigment-foltok szabálytalan alakúak és némelyiküknek szélén csekély, vékony, erősen letapadt, szürkés-fehér pikkelyecskek láthatók, a melyek kevésbé a bőr színe fölé kiemelkednek. A csoportok után visszamaradó pigment-foltoknak szépiabarna színük van. A beteget főleg a viszketés bántja, melyet carbolkoholos és mentholkoholos bedörzsölésekkel nem sikerült enyhítenünk, úgy hogy éjszakai nyugalmának helyreállítására anodynumokhoz kellett folyamodnunk, mellettük a beteg belsőleg arsenet szed.

2. N. R., 34 éves rendőr előadja, hogy két hó előtt apró vörös foltok jelentkeztek a testén. Orvosnak mutatta, a ki kenő-kúrát rendelt, a melynek folyamán még több foltot kapott. Mint-hogy a foltok nem múltak el, múlt hó 20.-án jelentkezett ambulanciánkon. A mellkas két oldalán, a két alkar hajlítós oldalán és a csombokon, de elvéve a test más részén is gombostüfejni és nagyobb, a bőr felszínén alig kiemelkedő, viaszfényű, barnás-vörös, polygonális, facette-es, közepükön deltaszerű bemélyedést mutató göbcsék. Egyes helyeken nagyobb csoportokban vannak lineáris és körkörös elrendezésben. A folyamat sok helyütt már visszafajlásban van, a göbcsék lelapultak, kékes-vörös és szépiabarna színűek, szélükön szürkés-fehér pikkelyekkel. A beteg csekély viszketegről panaszkodik, különben csak a foltok bántják.

Mindkét esetben tehát az egész testre kiterjedő lichen ruber látható. Fontos e bőrmegbetegedés a bőrben székelő oly kórfolyamatoktól való elkülönítés szempontjából, melyek göbese alakjában jelentkeznek és többé-kevésbé viszketéssel járnak. Tekintetbe veendő a következő momentumok:

1. Az eczemat a polymorphismus jellemzi: vesiculát, pustulát és az eczema más alakjait mindig megtaláljuk.

2. Kis papulás syphilid esetében egyéb bujakóros tüneteket is találunk adenopathiával és más syphilitikus elváltozásokkal.

3. Psoriasis vulgaris esetén először is más az elhelyeződés, az egyes pontszerű kivirágzások kerek és világosvörös színűek. A pikkelyek vastagabbak, inkább ezüstfehéren fénylők, eltávolításuk után apró pontszerű vérzés látható. A psoriasis vulgaris csomócskái a periferia felé növekednek, míg a lichen ruber növekedése újabb csomók képződése útján történik.

4. A lichen scrophulosorum fiatal egyénekben támad, kiknek más szerveiben is van gümőkóros elváltozás. Világos barnás-vörös, szerfelett kicsiny beszűrődések, a melyek a szórtüszők nyílása táján helyeződnek el, felettük igen gyakran látunk kis pikkelyecskeket vagy kis pustulát. Ez elváltozások olykor csoportokban, kör és gyűrű alakjában fordulnak elő.

5. A lichen urticatus göbcsékéi kicsinyek, kölesnyiek, egész felszínesen feküsznek, vizenyősek, rózsaszínűek, erősen viszketnek.

6. A pityriasis rubra pilaris a hajzatos fejbőrön a hajtüszők, a testen pedig a faggyúmirigyek nyílásaira szorítkozik, a pikkelyecskek e helyeken láthatók.

## A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban. III. rész.

Gerlóczy Zsigmond. (L. eredeti közléseink között.)

*Kovács Aladár:* Az előadó mindjárt első előadásában azt a megjegyzést teszi, hogy a téves diagnosisok nagy számát a rendőrség és

hirlapok túlbuzgósága okozza és hogy a mentők minden ittas embert typhusos gyanút szállítottak be.

A szülő Magyarrevits tiszti főorvos rendeletére a mentőegyesületben több orvost alkalmazott, kik tisztán a typhusra gyanús esetekkel foglalkoztak. Typhusra gyanús esetet bejelentettek 452-t, melyek hely és név szerint fel vannak sorolva. Közülük a fertőtlenítő intézetnek átadtak 34-et (7%). Tehát nem minden epilepsziát és részegét szállítottak be a kórházba. Hogy a 34 eset közül hány volt typhus, nem tudja megmondani. Lehet hogy epilepsziás, részeg is volt közöttük, ez a mentő-praxisban gyakori, de a mentő más körülmények között csinál diagnosist, mint a kórházi orvos, a kórházban pedig szintén néha napok mulva jelenik meg az exanthea.

Elég a polgármesteri rendelet szerint a gyanú, hogy a mentők valakit beszállítsanak; ezért a mentőket okolni nem lehet.

Sokkal rosszabb dolog lett volna, ha typhus exanthematicus-eset nem szállítottak volna be. A mentők semmi esetre sem szolgáltak reá a kemény kritikára.

*Angyán Béla:* Az érdekes és tanulságos előadáshoz kíván hozzászólni; valamint a Kovács által mondottakra is reflektál. A mentők hasznos, elismerésre méltó munkáját nem akarta az előadó gáncsolni, csak felhozta annak illusztrálására, hogy milyen esetek kerülnek be járvány alkalmával a kórházba.

A szülő 1886-ban a cholera-járvány idején vezetett járványosztályt és hozzá is 4—500 nem cholera-esetet szállítottak be.

1886 óta nem volt kiütéses typhus-járvány. Volt 1886 telén s a mostaninál sokkal erősebb volt. Hogy meddig tartott, nem tudja, mert a betegeket a barakkórházból csakhamar átszállították a Kún-utcai kórházba, mert a hely kellett a cholerasoknak. Hamar meg kellett szünnie, mert a fenyegető cholera-veszedelem miatt megindult a fertőtlenítés.

Lényeges különbség a 1886. és az 1908. évi, valamint a mostani járvány között a tartásban és extensitásban van.

Kétségtelen, hogy az első eseteket nem diagnosztizálták, az orvosok már régen nem láttak typhus exanthematicust, mely nálunk Budapesten nem endemiás, 1886-tól 1908-ig nem volt, bár Budapest ki van kiáltva ellenségei részéről járványfészkeknek.

Okát a bajnak nem ismerjük, éppen úgy mint nem ismerjük a kanyaró, a scarlatina, a himlő okát, de a járványokat mégis tudjuk befolyásolni.

Endemiás Irlandban, Bretagneban, Orosz-Sziléziában, a hová Oroszországból hurczolják be. Állítják, hogy Török- és Olaszországban is otthonos, de a geográfai elterjedését pontosan nem ismertették. Magyarországról sincsen adatunk. Valószínűleg Galicziából hurczolták be hozzánk, a hol endemiás.

A typhus exanthemicus éppen olyan contagiosus, mint akár a kanyaró, a scarlatina, a himlő, sőt tán még erősebb mértékben. A contagiumot (virust) nem ismerjük, és addig, míg fel nem fedezik, a védekezés is igen problémás. Azt sem tudjuk, hogy a contagium mihez van kötve. Régebben, ha háború után támadt, typhus-ballicus; ha éhínség után, éhtyphus volt a neve; vagy zsufolt lakásokban találták. Piszokban, nyomorban fejlődik ki, ezért miasmásnak tartották, mint az intermittenst. De ma tudjuk, hogy be kell hurczolni és pedig betegnek kell behurczolni; és ha az első eseteket sikerül megfogni, a járvány elterjedése megakadályozható.

Kétségtelenül egyike a legfertőzőbb betegségeknek, hisz orvosok, ápolók megbetegsznek. 1886-ban 22 ápolónó betegedett meg és három segédorvos.

Nemcsak maga a beteg terjesztheti a ragályt. Jaccoud azt állította, hogy a levegőben van, mert a kórtermek igen büzősek és az ápolónók fejféjáról, hányásingerről panaszkodnak, és megjavulnak, ha eltávolítják őket a kórteremből; abortív typhusnak minősíti ezen ezeket. A szülő ezt a rossz szagot még a régi barakkórházban sem tapasztalta, pedig ugyan-csak antihygiénés volt.

A szülő nem is osztja azt a nézetet, hogy a kigőzölgés okozza kiütéses typhust. Hogy a váladékokkal hogyan áll a dolog, nem tudjuk, míg a kórokozót nem ismerjük. Való igaz, hogy a betegekkel való érintkezés feltétlenül ragályos a fogékony emberekre nézve.

Azt tartja, hogy a mint vannak a kanyaró, a vörheny, sőt a himlő iránt fogékatlan emberek, a kiütéses typhussal szemben is vannak ilyenek. Nemcsak a beteg egyén terjeszti a ragályt, hanem a beteggel érintkezésben volt tárgyak: ruházat, élősdiek is. A piszok, szegénység, zsufoltság, rossz táplálkozás elősegíti a kifejlődését, a járvány a jómódú embert megkíméli, ellentétben a scarlatinával, morbillivel.

Az élősdiek valószínűleg terjesztik a virust, mely lehet plasmodium. Néha a fertőzés útja nem mutatható ki. Például a szülő osztályán a 49. szobán egy ápolónó betegedett meg. Ott egy Kiss Gábor nevű beteg volt lázas, a ki január 30.-án jött egyenest Nagykőrösről. A lázmenet, a hasmenés, a Ficker-próba pozitív volta typhus abdominalisra utalt, miért is áttette a beteget a Szt. László-kórházba február 3.-án. 9 napra reá megbetegedett az ápolónó és harmadnapra kiütéses typhus volt megállapítható rajta. Honnan kapta a bajt? Kiss Gábor typhus abdominalisban szenvedett és Nagykőrösön nincs is kiütéses typhus. De a betegséget nemcsak



A Pozsonyi M. Kir. Bábaképezdeben az 1000 korona évi jutalomdíjjal, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **gyakornoki állás** betöltendő. Kötelező egyévi kórházi gyakorlatukkal elkészült orvosok pályázatukat minél előbb küldjék be a bábaképezde igazgatóságához.

A tót nyelv ismerete szükséges.

Pozsony, 1910. évi július hó 25.-én.

*Velits Dezső dr.*, igazgató-tanár.

Az igazgatásom alatt álló budapest-angyalvárosi m. kir. állami elmegyógyintézetnél megüresedett **II. orvosi állásra**, mely évi 1600 korona fizetés, 1 butorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezés (bor nélkül) élvezetével van egybekötve, pályázatot hirdetek.

Felhívotnak azon orvostudor urak, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egy koronás bélyeggel ellátott s keresztlevél vagy születési bizonyítvány, továbbá orvostudori oklevél és eddigi alkalmaztatásukról szóló egyéb okmányaikkal felszerelt s a m. kir. belügyminister úrhoz címzett pályázati kérvényüket **1910. évi szeptember hó 5.-éig** hozzám nyújtsák be.

Budapest, 1910. évi augusztus hó 15.-én.

2-1

*Nyéki Károly dr.*, igazgató-helyettes.

A kecskeméti m. kir. állami gyermekmenhelynél **másodorvosi állásra** ezen pályázatot hirdetek. Javadalmazása 1200 korona és teljes ellátás. Kiküldetések napján 18 korona úti átalány. Orvosnők előnyben részesülnek. Gyermekgyógyászatban nagy gyakorlat szeresethető. A kérvények a belügyministerhez címelve, alulirotnál **1910. évi szeptember hó 4.-éig** nyújthatók be.

Kecskemét, 1910. évi augusztus hó 17.-én.

2-2

*Egressi Lajos dr.*, igazgató-főorvos.

## HIRDETÉSEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag-bántalmaknál és köszvényénél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

# SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik. Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.



E forrás kiváló tulajdonságai:

Húgyhajtó hatása.

Kelelmes ízű. Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes. Állandó összetételű.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy húgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Színye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,  
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

Saison május 1-től szeptember végéig.

## Badgastein

Május, június és szeptemberben lényegesen mérsékelt szobaárak.

Tauernvasut, Salzburg.

A világ legradioaktívabb hőforrása, a forrás hőmérséklete 49° C. Tengeri magasság 1012 méter. A legrombóbb hegyek közepette, szélmentes fekvés. Kitűnő hatású az aggkor bántalmainál, idegbántalmak, neuralgiák (ischias), neurasthenia, functionális neurosisok, paralysis (apoplexia), tabes, köszvény, rheumás bántalmak, vese- és hólyagbántalmak (prostatabajok), különféle női betegségek, valamint valamennyi kimerültségi és gyengeségi állapotok ellen. Legkényelmesebb lakás 60 szobában és lakoházban, thermal-fürdők minden házban; ivókúrák és berendezések a forrás gőzének használatára.

Értesítéseket és prospektusokat küld a Gyógybizottság (Kurkommission).

Thermal-forrás szétküldés MATTONI HENRIK által WIEN.

9091

## MUSCHONG-BUZIÁSFÜRDŐ

# BUZIÁSI PHÖNIX ÁSVÁNYVIZ

**BAKTERIUM MENTES** TERMÉSZETES ÁSVÁNYVIZ  
ÜDÍT-GYÓGYVIT. Kapható mindenütt.  
Budapesti főraktár: Eötvös-utca 44. szám. Telefon 86-85.

# ELŐPATAKI

## GYÓGYVIZ

Páratlan gyógyszer, gyomor-, vese-, lép-, máj- és epebetegségeknek. Megrendelhető a Magyar Ásványvíz Forgalmi és Kiviteléi r.-t.-nél Budapest. Telefon 162-84.



## TEPLICZI VÁROSFORRÁS

### KITŰNŐ ÁSVÁNYVIZ

ORVOSILAG LEGJOBBAN AJÁNLVA



## LIQUOR ALSOLI 50%

mérgtelen, hatásos antiseptikum és adstringens, mely pótolja az ecetsavas alumíniumot, chloressavas kaliumot, sublimatot. Általános alkalmazásra talál a gynaekologiai, sebészeti és laryngologiai gyakorlatban.

Mérésre szolgáló skálával ellátott üvegek ára 1 korona 20 fillér.

**ALSOL-CRÊME.**

**ALSOL-HINTÓPOR.**

Irodalmat és mintát küldenek a gyárosok:

**ATHENSTAEDT & REDEKER,** Hemelingen bei Bremen.

Kapható a gyógyszerárakban vagy a magyarországi főraktárban:

**Dr. ROSENBERG SÁNDOR gyógyszerész, Budapest.**

„Csillag” gyógyszerár, VIII., Rákóczi-út 39 (József-körút sarok).

Készítményeink állandó kiállítású: Berlin, NW. Luisenplatz 2-4, Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen.

„Bayer”

## CONTRATUSSIN

„Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a  
**VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**  
Budapest, VI., Andrassy-út 84.

Minden gyógyszerárban kapható.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen

## Sanatorium Rekawinkel

Wien közeliében

ideg- és kedélybetegnek részére.

Pavillonrendszer.

Nagy kertek.

Az összes modern gyógy módok.

9333

Egész éven át nyitva.

Interurban telefon: Rekawinkel Nr. 2.

# SZTOJKAI

## LUGOS SÓS SAVANYÚVIZ

9136

Lugos, sós savanyúvíz, rekedtség, köhögés és nátha ellen hatásos gyógyszer. Cukorbetegségeknek speciális gyógyital. Megrendelhető a Magyar Ásványvíz Forgalmi és Kiviteléi r.-t.-nél. Budapest. Telefon 162-84.

## SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D. EGGER

Indicációi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhechitis. Kapható minden gyógyszerárban.