

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.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Róth Miklós:** Tapasztalatok katonák diabetes mellitusának diéta kezeléséről. 357. lap.
Karczag László: Kísérletek a tuberculosís-allergia mesterséges befolyásolására. 358. lap.
Loránt Aladár: Közlemény a pozsonyi állami kórház belosztályáról. (Vezető: Herzog Ferencz dr., egyet. nyilv. r. tanár.) A paroxysmosus haemoglobinuria haemoglysin-jéről. 363. lap.
Horváth Ferencz: Közlemény a budapesti m. kir. tud. egyetem II. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., egyet. nyilv. r. tanár.) Kétoldali kettős fibroma lobuli. 365. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. W. Winternitz: Wasserkur und natürliche Immunität. — O. Hauser: Der Mensch vor 100.000 Jahren. — Új könyvek. — *Lapszemle.* Belorvostan. Harzbecker: A vakbélgyulladás differenciális diagnosztikája. — *Általános kór- és gyógytan.* Saxl: A témek bacterium-ellenes hatása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Landeker: A pneumonia gyógyítása. 367–369. lap.

Magyar orvosi irodalom. 353. lap.

Vegyes hírek. 353. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Tapasztalatok katonák diabetes mellitusának diéta kezeléséről.

Írta: **Róth Miklós** dr., a budapesti egyetem III. sz. belklinikájának tanársegéde, ezredorvos.

A katonai kórházakban észlelhető diabetes mellitusok száma aránylag feltűnően kevés. A katonasághoz bevonulók közül azok, a kiknek cukorbetegségről tudomásuk van, konstatació céljából rövidesen kórházakba kerülnek s felülvizsgálva, az esetek súlyossága szerint vagy végleg elbocsátatnak a katonaság kötelékéből, vagy pedig irodai vagy más segédszolgálatban nyernek alkalmazást. Hogy a harctérről visszakerülő, az említettek felül szereplő diabetesesek betegségének létrehozásában mily szerepet játszik a harctéri élet testi és lelki megrázkódtatása, annak eldöntése felette nehéz. *Noorden* szerint, a kinek nézetéhez — az általános tapasztalat is csatlakozott, a háború a diabetesesek számát nem növelte. Ez pedig ellene szól annak, hogy a háborús traumákat mint a diabetes aetiologiai faktorát vegyük fel. *Lenné* e tekintetben egyedül áll az irodalomban s az az analogia, a melyre *Wenckebach*-ot citálva hivatkozik, t. i. a háborús szívafectiók analogiájára, nem állja meg a helyét, éppen az utóbbiak gyakoriságára és nagy számarányára való tekintettel. Ha fel is vesszük, hogy a psychés insultusok kiváltó momentumként szerepelhetnek, ezen alapon a „Kriegsdiabetes“ felvétele nem látszik jogosultnak.

Ezért legegyszerűbb a harctérről hazakerülő diabeteseseket két csoportra osztani. Az egyik csoportba tartoznak azok, a melyek könnyű diabetesükkel kerültek ki a harctérről, anélkül, hogy bajukról előzetesen tudomásuk volt volna. A másik csoportot alkotják azok, a kik egészségesen, de mint *Albu* felveszi, diabeteses dispositióval mentek ki s a diabetes symptomái odakünn lettek manifestté.

Az első csoportba tartozó diabeteseseknek mindenesetre könnyűeknek kell lenniök, mert másképpen alig képzelhető el, hogy subjectív jelenségeket ne okoztak volna. A második csoportnak is legalább egy részéről felvehetjük, hogy ugyancsak a könnyebb fajtájú diabeteshez tartoztak.

És mégis a harctérről visszajött katonák diabetesénél azt a feltűnő jelenséget észlelhetjük, hogy a súlyos eseteknek száma jelentékenyen túlszárnyalja azt a számot, a mit az enyhe és középsúlyos esetek együtt tesznek ki. *Lenné* 98 könnyű esettel szemben 152 súlyosat említ. Abban a sta-

tisztikában, a melyet a háborúban általam megfigyelt, a harctérről kikerült diabeteses katonákról készítettem, 31 eset közül könnyű nem is akadt.

Ennek az oka könnyen elképzelhető. A latensül maradt harctérről került könnyű diabetes, vagy az a diabetes, a mely künn már meglevő dispositió alapon kifejlődött, hamar romolhatott. A hiányzó megfelelő diéta a megzavart szénhidrat-anyagcserét tovább ronthatta, különösen ha arra gondolunk, hogy ezen diabeteses katonák künn állandóan több cukortermelő-anyagot kaptak, mint a mennyi az ő megromlott cukormentesítő képességükkel feldolgozható lett volna. Ezen leromlásban talán szerepük lehetett azon psychés traumáknak is, a melyeknek *Lenné* aetiologiai alapot hajlandó tulajdonítani.

A diabeteses katonák anamnesisében volt azonban valami felőtölő, a mit ebbe a magyarázatba teljességgel nem lehetett beilleszteni. Legnagyobb részük ugyanis azt adta elő, hogy harctéri tartózkodása alatt főleg hússal táplálkozott. A kenyér, a főzelékek s általában a cukorképzőanyagok a húshoz képest aránylag kis mennyiségben szerepeltek. A könnyű esetekben — s hogy kezdetben ezek domináltak, az plausibilis — a szénhidratoknak illetően módon való megszorítása mellett inkább várható lett volna a tolerantiának az emelkedése, s ezzel szemben a betegek többnyire leromolva, rossz toleranciával, sokszor acidosisal kerültek a kórházba.

Az Országos Hadigondozó-Hivatal rózsashegyi gyógyintézetében a diabeteses katonák diéta kezelésénél arra a megfigyelésre jutottam, hogy a cukortalánítás és a tolerancia fokozása nehezebben érhető el, mint azt általában a háború előtt klinikánkon észlelhetjük. Erre való tekintettel gondoltam arra, hogy az esetek makacosságának létrehozásában nem játszik-e szerepet a túlnyomóan adott állati fehérje. 1913-ban a III. sz. belklinikán végzett kísérleteim igazolták, hogy az állati fehérje a növényivel szemben a toleranciára káros hatással bír. Ezen káros hatás az állati fehérjének a növényitől eltérő constitúciójához van kötve, mert a mint azt akkori vizsgálataim mutatták, a növényekkel együtt adott astractív anyagoknak ezen hatása nem állapítható meg. Megpróbáltam tehát megfelelő eseteimben az állati fehérje (hús) mennyiségét csökkentve, a diéta kezelésben az annak megfelelő értéket növényekkel pótolni s ekkor arra a megállapodásra jutottam, hogy ha eseteimben a teljes cukormentesítést húsdiéta mellett bizonyos szénhidrat-quantummal nem sikerült elérni, akkor, ha a húst elhagytam és helyette növényi fehérjéket adagoltam, a glykosuriának még abban az

Datum	Vizelet cm ³	Czukor ‰	Aceton	Aczet- ecetsav	Összcukor gr.	Diéta
Október 10	3700	0.9	—	—	333	Vegyes diaeta
" 11	3500	0.8	—	—	280	
" 12	4100	0.4	—	—	164	Szénhydratmentes diaeta hussal
" 13	3800	0.3	—	—	114	" " "
" 14	3800	0.4	—	—	152	" " "
" 15	4000	0.5	—	—	200	50 gm. szénhydrat (hust kap)
" 16	3200	0.2	—	—	64	Hust elhagyjuk, 50 grm. szénhydrat marad
" 17	2800	0.1	—	—	31	" " " " " "
" 18	2200	—	—	—	—	" " " " " "
" 19	2100	—	—	—	—	" " " " " "
" 20	2000	—	—	—	—	" " " " " "
" 21	2200	nyomok	—	—	—	80 gm. szénhydrat
" 22	2100	—	—	—	—	100 gm. szénhydrat hussal
" 23	1900	—	—	—	—	100 gm. szénhydrat hus nélkül
" 24	1900	nyomok	—	—	—	130 gm. szénhydrat hus nélkül
						150 gr. szénhydrat hus nélkül

esetben is csökkenését lehetett konstatálni, ha a szénhydrat mennyisége ugyanolyan maradt, mint a húsdiaetás időben. A hús elhagyásával lassan emelkedett a tolerancia és a végén teljes cukorkormentességet is sikerült elérni.

Ilyen eset pl. a következő: 33 éves honvéd. A harc-téren 6 hónapig volt s onnan visszakertülve, feltűnt, hogy állandó testsúlyfogyása mellett rengeteget eszik és sokat szomjazik. Különböző kórházakban összesen 5 hónapig volt gyógykezelés alatt s hozzánk oly gyengén került, hogy járni alig tudott. Czukorkiválasztását s az alkalmazott diaetát a fenti táblázat mutatja.

Mondhatnám, valamennyi esetünkben hasonlóképpen konstatálni tudtam az állati fehérje mellőzésének hasznát; a közepsúlyos esetekben épp úgy, mint a súlyosakban.

Hogy a fehérje megszorításával egyes esetekben a szénhidrátok kedvező kihasználását lehet elérni, az már régen ismeretes, bár *Noorden* ezen eseteket kivételeknek tartja. Ezek az úgynevezett fehérje-érzékeny esetek, a melyek a fehérje-bevitel fokozására inkább reagálnak, mint a szénhidrátok mérsékelt emelésére. Okul a fehérjéknek az anyagcserére s így a czukorképzésre is gyakorolt specifikus dinamikus hatását (*Rubner*) veszik fel. Úgy látszik azonban, hogy ezen hatás az állati fehérjének inkább sajátossága, mint a növényinek.

A súlyos esetekben természetesen arra is kell gondolni, hogy nem az egyoldalú szénhidrát (lisztnap, burgonyanap, főzeléknapok) közismert kedvező hatásáról van-e szó; azonban nincsen kizárva, hogy ezen esetekben az állati fehérje mellőzésének előnyös hatása is érvényesül. A szénhidrát-napok magyarázata ez ideig theoretikus. Felveszik, hogy a nagymennyiségű szénhidrát-táplálás mellett a bélflóra jobban elburjánzik s ez a szénhidrátok kihasználását kedvezőbbé teszi. A bélbakteriumok erjesztő hatása ugyanis a czukort egy a diabeteses szervezetnek megfelelőbb oxydatiós productummá alakítja át s a czukor nem mint olyan kerül felszívódásra s így jobban használódik ki. Ezen felvétel támogatására szolgál, hogy a mint azt *Baumgarten* kimutatja, a mukonsav rectalisan adva, és *Boer* és *Blum* szerint a glutarsav is, a diabeteses szervezetben elég.

Ezen okon kívül azonban felvehető az állati fehérje mellőzésének előnyös befolyása. Ez lehet, hogy a nevezettnek kifejezettebb specifikus dinamikus hatásából következik.

Ezen kérdéseknek eldöntése még nyitva marad, azonban tapasztalati tény, hogy az állati fehérje a növényivel szemben a toleranciát kedvezőtlenül befolyásolja. Ezzel a körülménnyel számot kell vetnünk főleg ott, a hol, mint katonáinknál, előzetes túlságos hústáplálás mutatható ki. Ezen esetekben diaetás eredmények korábban és tökéletesebben érhetőek el, ha a diaetában a növényi fehérjék jutnak túlsúlyra.

Irodalom: ¹ *Noorden*: Über die Beeinflussung des Diabetes mellitus durch den Krieg. Verhandl. d. ärztl. Tag. Köln, 23. VIII. 1917. — ² *Lenné*: Zur Behandlung der Kriegsdiabetiker. Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 20. sz., 608. — ³ *Lenné*: Kriegsdiabetiker? Münch. med. Wochenschrift, 1917, 10. sz., 370. — ⁴ *Albu*: Krieg und Diabetes. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1916, 33. sz., 1005. — ⁵ *Róth*: Über Mehltag bei Diabetes. Wiener klinische Wochenschrift, 47. sz. — ⁶ *Noorden*: Die Zuckerkrankheit, 1914.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: Korányi Sándor báró, egyet. nyilv. r. tanár.)

Kísérletek a tuberculosis-allergia mesterséges befolyásolására.¹

Irta: *Karczag László* dr.

Korányi tanár ismertette azon gondolatmenetet és vezérlő elveket, melyek új irányú kísérleti törekvéseink alapját és céljait képezték. A munkaprogramm tervszerű keresztül-vitele kiterjedt kísérleteket és tanulmányokat tett szükségessé, melyek több mint 200 emberen és 200 állaton végeztek. Mintegy 15.000 jegyzőkönyvi adat felett rendelkezünk és így legfontosabb eredményeink tömörített referatúrára kell szorítkoznom.

Állatkísérleteinkhez egyforma allergiával rendelkező tengeri-malaczkokat válogattunk össze, melyeket kvantitatív viszonyok között, ugyanazon időben, egyforma bacteriummennyiséggel inficiáltunk. Az allergia változásait egyrészt az *anatomiai elváltozások* ellenőrzésével, másrészt az *intracutan tuberculin-reactiókkal* követtük. *Römer* munkáiból ismeretes, hogy a tuberculosis biológiai incubatioja, vagyis azon időpont, a midőn a mesterségesen inficiált állat az intracutan úton szervezetébe vitt tuberculinra reagálni tud, átlag a 21. napon telik le. Az intracutan tuberculin-reactiók tehát csak a 21. naptól fogva adnak felvilágosítást az allergia viszonyai felől. Hogy azonban a kísérlet számára az allergia-változások kontrollját ezen időhatáron belül is hozzáférhetővé tegyük, felhasználtuk az inguinalis nyirokcsomók anatomiai elváltozásait, oly módon ejtve meg *Grüner* és *Hamburger* szerint az állatok infectióját, hogy a nyirokmirigyek mintegy 10 napi anatomiai incubatio után váltak tapinthatóvá. A mint tehát a 10. napon a specifikus lymphomák elérték a tapinthatóság határát, növekedésük kontrolljával tájékozódunk az állatok allergia-viszonyairól. A nyirokmirigyek tapintása a *Behring-féle* séma, illetőleg eljárás szerint történt, a melyet következésképpen bővítettünk ki. A nyirokmirigy-nagyságokat számmal jelöltük és azokat coordinata-rendszerbe jegyeztük.

Az I. táblázat görbéjének egyes pontjai a nyirokmirigy-nagyságokat képviselik meghatározott napokon, míg a görbe maga a nyirokmirigy növekedésének gyorsaságát szemlélteti.

A mint már említettem, az anatomiai elváltozások kontrollja mellett, a biológiai incubatio letelte után, a *Römer* szerint végzett intracutan tuberculin-oltások voltak azok, a melyekkel az allergia-változások fokát és irányát meghatároztuk.

Az ember tuberculosis elleni allergiájának meghatározására és követésére ugyancsak az *intracutan reactiót* használtuk fel. Négy allergia-typust különböztetünk meg az intracutan reactiók erősségének megfelelően: *hyperallergiás*, *hypallergiás*, *középallegiás* és *anergiás* typusokat. Betegeinket ezen typusok szerint osztályoztuk, majd az egyes csoportokat

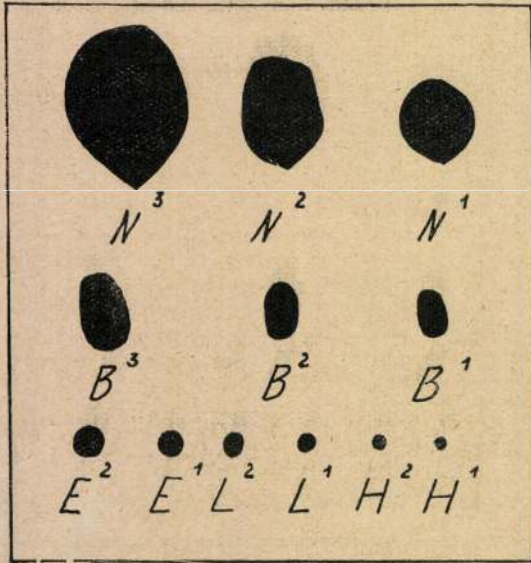
¹ Előadatott a „Magyar Orvosok Tuberculosis-egyesületének” május hó 26.-án tartott nagygyűlésén.

két részre osztva, az egyiket a megfelelő kezelésben részesítettük, míg a másikat kontrollnak használtuk.

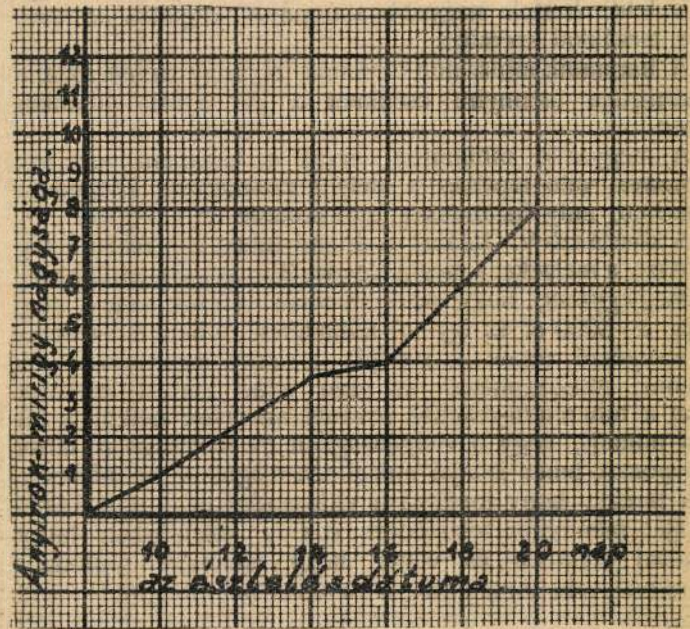
mények összefoglalására térek át. *Korányi* tanár már említette, hogy *állatkísérleteinkben* a fénynek, a táplálkozás

I. táblázat.

A nyirokmirigy-nagyságokat feltüntető séma Behring után.
1/2-szeres nagyság.



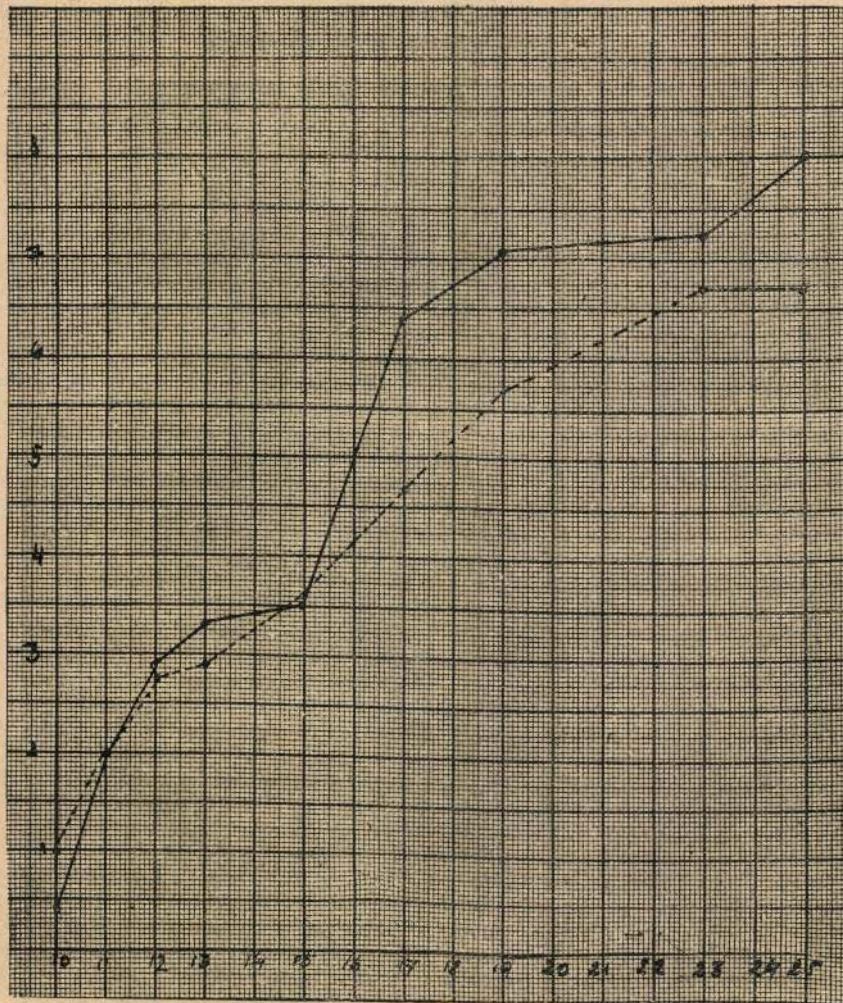
- | | |
|--------------------|---------------------|
| H ¹ = 1 | B ¹ = 7 |
| H ² = 2 | B ² = 8 |
| L ¹ = 3 | B ³ = 9 |
| L ² = 4 | N ¹ = 10 |
| E ¹ = 5 | N ² = 11 |
| E ² = 6 | N ³ = 12 |



viszonyainak, a zeotoxicosisnak mily hatása volt az allergiára. De megismertük az állatok színének allergia-modifikáló hatását is és alkalmunk volt észlelni a graviditas befolyását is az alergia viszonyaira.

II. táblázat.

Az állatok színének modifikáló befolyása az allergiára.
— fehér állatok. tarka állatok.



Methodikánk rövid ismertetése után a kísérleti ered-

Hogy szembeötlően demonstrálhassam quantitativ össze-

hasonlító eredményeinket, a következő táblázatokat mutatom be, előrebocsátva, hogy a táblázatokon feltüntetett görbék az állatok inguinalis nyirokmirigy-infiltrációinak közép nagyságait szemléltetik. A második táblázat görbéinek összehasonlításából az állatok színének allergia-modifikáló hatását látjuk, vagyis hogy a fehér állatok nagyobb allergiával reagáltak az infekcióra a tarkákkal szemben.

A harmadik táblázaton tüntettük fel, hogy az éhező állatok allergiája mennyire csökkent a jól táplált állatokkal szemben.

A negyedik táblázaton, hogy a csaknem kizárólag kukoriczával való táplálás, a mely a zeotoxycosis kifejlődéséhez vezetett, mily hatalmasan csökkentette az allergiát.

A következő V. táblázat az állatok tuberculin-reactióit foglalja össze, a melyeket a megbetegedés 21. napján ejtettünk meg.

Megjegyzem, hogy az intracutan oltások száma meghaladja a 3000-et és így a feltüntetett tuberculin-reactiók csak elenyésző részét alkotják a rendelkezésünkre álló adatoknak. Mindazonáltal az ezen oltási soriest feltüntető táblázat a tuberculin-reactiók további analysise nélkül is feltűnően mutatja, hogy a világosságban és sötétségben tartott állatcsoportok fehér állatai erősebben reagáltak az infekcióra, mint a tarkák, hogy továbbá a világosságban tartott állatok allergiája mennyire fokozódott volt a sötétségben tartott állatokéval szemben és végül, hogy mennyire rontotta a kukoriczával való táplálkozás a tuberculosis-allergiát.*

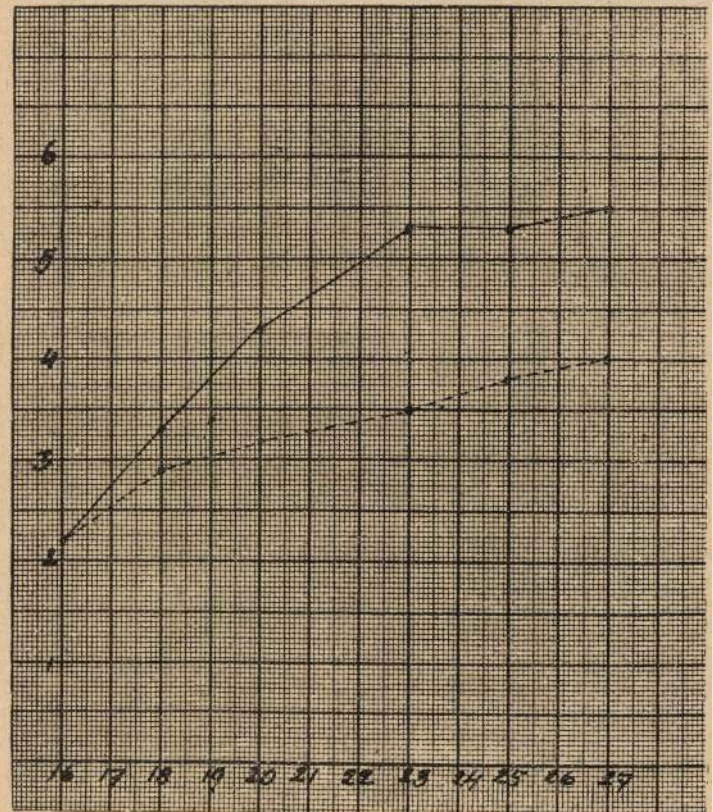
A következő VI. táblázaton tüntettük fel az elégtelen táplálkozás hatását az allergiára. Az összehasonlításból kitűnik,

* Rusznyák dr. klinikánkon az anaphylaxia évszakos ingadozásait észlelte. Lehetséges, hogy az anaphylaxiát is hasonló factorok befolyásolják, mint az allergiát. A fényhatással összefüggésben tehát megemlítjük, hogy erre vonatkozó állatkísérleteinket 1915 júniustól szeptemberig végeztük.

III. táblázat.

Az éhezés hatása az allergiára.

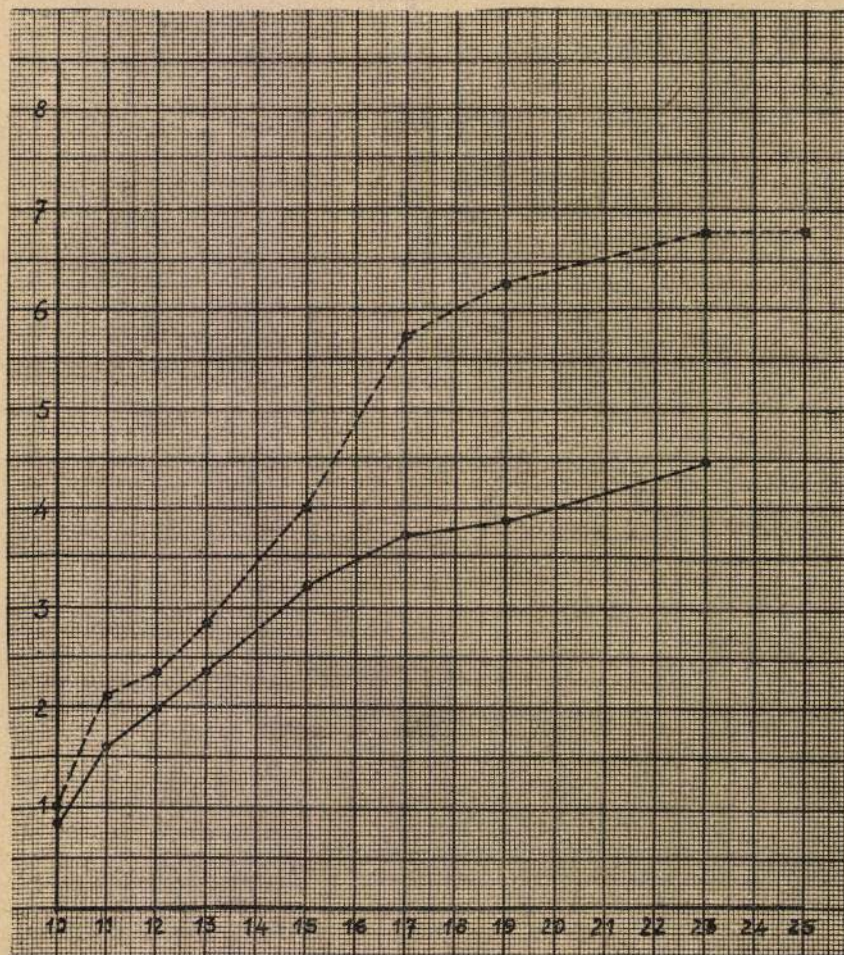
----- éhező állatok.
——— kontroll állatok.



IV. táblázat.

A zeotoxycosis hatása az allergiára.

----- kontroll állatok.
——— zeotoxycosisban szenvedő állatok.



V. táblázat.
A szín, megvilágítás és zeotoxicosis hatása az allergiára.

Sötétségben tartott állatcsoport					Világosságban tartott állatcsoport				Zeotoxicosisban szenvedő állatcsoport					
Sz.	Érzékenységi fok				Sz.	Érzékenységi fok				Sz.	Érzékenységi fok			
	I.	II.	III.	IV.		I.	II.	III.	IV.		I.	II.	III.	IV.
Fehérek	1	!+++!	!++!	++	+	!+++!	!++!	!++!	-	+++	++	+	-	1
	2	!+++!	!++!	-	-	!+++!	!++!	++	+	+++	++	+	-	2
	3	+++!	++!	-	-	+++!	++!	++	+	+++!	++!	+	-	3
	4	+++	++	-	-	+++!	++!	++	+	+++!	++	+	-	4
	5	+++!	++	+	-	+++!	++!	++	+	+++	+ - ++	-	-	5
	6	!+++!	!++!	+	-	!+++!	+++!	++	+	!+++!	+	+	+	6
	7	!+++!	++	++	+	!+++!	!+++!	++	+	+++	++	-	-	7
	8	+++	++	+	-	+++!	++!	+	+	-	-	-	-	8
	9	+++	++	+	-	+++!	++!	++	+	+++	+	-	-	9
	10	+++	!+++!	+	-	+++!	++!	++	-	+++	++	+	-	10
Tarkák	11	+++	++	+	-	+++!	!+++!	+	-	+++!	++!	++	+	11
	12	!+++!	++!	-	-	!+++!	++	+	-	+++!	++	+	-	12
	13	+++!	++	-	-	+++	++	-	-	+++	+ - ++	+	-	13
	14	!+++!	++	-	-	+++	++	+	-	+++	+	-	-	14
	15	++	+	-	-	+++	++	++	-	+++	-	+	-	15
	16	!+++!	++	+	-	+++!	+	-	-	+++	+	+	-	16
	17	++	+	+	+	++	+	+	-	+++	-	-	-	17

hogy mily hatalmas allergia-csökkentő factor az éhezés, illetőleg az elégtelen táplálkozás, és hogy mennyire fokozható ismét a csökkentett allergia, ha az elégtelenül táplált állatokat bőséges táplálkozásra fogjuk.

Az állatok *graviditására* vonatkozó megfigyeléseink, összefüggésben a tuberculosis-allergiával, azt mutatták, hogy a graviditas fennállása az allergiát nem csökkentette, sőt az állatok változatlan hevességgel reagáltak az intracutan oltásokra, majd partus után az allergia erősen romlott, a mi az állatok feltartóztathatatlan pusztulására vezetett.

Ezenfelül állatkísérleteinkben a benzol kis és nagy dosisaival, valamint a belső secretiós szerv-praeeparatumok közül glanduovinnal, thyreoidinnal, hypophysis-kivonattal végeztünk tájékoztató kísérleteket, melyekből kétségtelenül kitűnt a benzol nagy dosisainak allergia-csökkentő és kis dosisainak átmeneti allergia-fokozó hatása. A hypophysis- és ovariumkivonat indifferensnek bizonyult, míg a thyreoidin az allergiát fokozta.

Áttérve *embereken* végzett tanulmányaink rövid összefoglalására, mindenekelőtt a bevezetésben ismertetett methodika kiegészítésül megemlítem, hogy betegeinken az intracutan oltásokat természetesen kezelés előtt és után végeztük és hogy az intracutan oltások méretbeli és intenzitásbeli viszonyait tanulmányozva, igyekeztünk megállapítani a gyógy-

szerezés hatásmódját, illetőleg irányát. Ily módon vizsgáltuk a benzol kis és nagy dosisainak, a jodkalinak, thyreoidin- és ovarium-kivonatoknak befolyását az allergiára, valamint a typhus- és himlőoltások és a menstruatio hatását és összefüggését az allergiával a *Korányi* tanár által ismertetett gondolatmenet szerint.

A tuberculin-reactiókban háromféleképpen nyilvánult meg valamilyen factor hatása. Vagy a méretbeli viszonyok változásában, vagy az intenzitásbeli viszonyok változásában, vagy a méret és intenzitásbeli viszonyok változásában. A méretbeli viszonyok középértékét megállapítani könnyű volt. A minőség- és intenzitásbeli változások azonban oly sokféleképpen variálódhatnak, hogy azokat számokkal kifejezni csak úgy volt lehetséges, hogy *reactio-fokokat* állítottunk fel. A reactio minőség- és intenzitásbeli viszonyainak csoportosítása reactio-fokok szerint következőképpen történt:

- Hyperaemia I. fokú reactio
- Intenzív hyperaemia } II. " "
- Halvány és közepérs papula halvány udvarral }
- Közepérs papula intenzív udvarral } III. " "
- Intenzív papula halvány-intenzív udvarral }
- Intenzív papula-vesicula erős infiltrációval } IV. " "

VI. táblázat.
Az elégtelen táplálkozás hatása.

Kontroll állatok					3 hétig elégtelenül táplált állatok					Az elégtelenül táplált állatok tuberculin reactiói 2 heti normalis táplálkozás után				
Sz.	I.	II.	III.	IV.	Sz.	I.	II.	III.	IV.	Sz.	I.	II.	III.	IV.
1	!+++!	!++!	+		1	+++!	++			1	!+++!	!++!	+	
2	!+++!	!++!			2	+++	++			2	+++!	++!	+	
3	+++!	++!			3	+++!	++			3	!+++!	!+++!	+	
4	+++	++			4	+	+			4	+++	++		
5	!+++!	++!			5	+	+			5	!+++!	++!		
6	!+++!	++!			6	+++	+++			6	!+++!	!+++!		
7	+++!	++!			7	+++ i gy.	+			7	+++!	+++!		
8	+++!	++!			8	+++	+			8	!+++!	+++!		
9	-	+			9	++	+			9	!+++!	+++!		
10	+++!	++!			10	+++	+ - ++			10	!+++!	!+++!		

Ha már most a különböző factorokat vesszük sorra, akkor mindenképp a *benzolra* térve át, kitűnik a táblázaton feltüntetett értékekből, melyek *kizárólag a középallergiás betegcsoportra vonatkoznak*, hogy a benzol nagy dosisai csökkentették a közép-méreteket, csökkentették az intenzitásbeli viszonyokat, tehát erősen csökkentették a tuberculosis elleni allergiát.

VII. táblázat.
Benzolhatás.
3 gr. pro die

9 kezelt eset

9 kontroll

Intenzitások foka		I.	II.	III.	IV.	Közép-méret	
24 óra	I. olt.	B	7	1	1	—	5·3
		K	7	1	1	—	5·3
	II. olt.	B	7	1	1	—	8·6
		K	1	—	7	1	15·1
28 óra	I. olt.	B	3	2	4	—	9·2
		K	2	5	2	—	8·5
	II. olt.	B	4	2	3	—	13·5
		K	—	—	7	2	20·2

A benzol kis dosisai nem annyira a méretbeli, mint az intenzitásbeli különbségeket befolyásolták. Látható az idetartozó VIII. táblázat számadataiból, hogy 24 és 72 óra múlva a benzol kis dosisai erős intenzitás-fokozásukkal, illetőleg a magas reactio-fokokkal tanuskodtak allergia-fokozó képességükről.

VIII. táblázat.
Benzolhatás.
0.5 gr. pro die

6 kezelt eset

9 kontroll

Intenzitások foka		I.	II.	III.	IV.	Közép-méret	
24 óra	I. olt.	B	3	2	1	—	5·8
		K	7	1	1	—	5·3
	II. olt.	B	1	—	4	1	13·9
		K	1	—	7	1	15·1
48 óra	I. olt.	B	1	1	4	—	10·3
		K	2	5	2	—	8·5
	II. olt.	B	1	—	4	1	17·7
		K	—	—	7	2	20·2
72 óra	I. olt.	B	3	3	—	—	—
		K	6	—	3	—	—
	II. olt.	B	—	—	4	2	—
		K	—	5	4	—	—

A *jodkali* IX. táblázatunk adatainak tanúsága szerint növelte a reakciók méretbeli viszonyait, tehát fokozta az allergiát. Megjegyzem, hogy a reakciók összehasonlító megtekintésekor úgy a jodkali, mint a benzol kis dosisainak allergia-fokozó hatása eklatánsabban jutott kifejezésre.

A *Benczur*-ral végzett typhus-védőoltások hatását a X. táblázaton mutatjuk be.

IX. táblázat.
Jódkálihatás.
1 gr. pro die

8 kezelt eset

8 kontroll

Közép-méret			
Csoport		I. oltás	II. oltás
24 óra	Kj. K.	6 7·1	14 10·9
48 óra	Kj. K.	9·17 10·3	16·5 14·3

X. táblázat.
Typhusoltások hatása.

11 oltott eset

10 kontroll

Intenzitások foka		I.	II.	III.	IV.	Közép-méret	
24 óra	I. olt.	T	7	4	—	—	7·5
		K	7	2	1	—	7·4
	II. olt.	T	7	2	2	—	9·9
		K	4	—	6	—	11·3
48 óra	I. olt.	T	5	2	4	—	11·1
		K	2	—	8	—	11·6
	II. olt.	T	4	3	4	—	15·6
		K	2	1	7	—	17·0
72 óra	I. olt.	T	4	—	4	—	—
		K	3	2	5	—	—
	II. olt.	T	7	2	2	—	—
		K	1	2	7	—	—

Kitűnik, hogy a *typhus-védőoltások*, a tuberculin-reactiók méret- és intenzitás-viszonyaiból következtetve, csökkentették az allergiát.

Az eredményesen végzett *himlőoltások* 12 napon belül az esetek többségében allergia-fokozó hatást mutattak.

A belső secretiós szerv-praeparatumok közül a *thyreoidea* fokozta az allergiát és ugyanezt véltük tapasztalni az *ovarum-kivonat* intravenás alkalmazásakor is.

A *menstruatio* összefüggését az allergiával a következő XI. táblázaton tüntettük fel.

XI. táblázat.
Menstruatio hatása.
Csoportonként 4 beteg.

Menstruatio	Napon	Közép-méret	
		24 óra	48 óra
Előtt	3—8	8·9	12·4
Alatt	—	17·9	20·2
Után	1—4	8·9	10·3

Az első csoport négy menstruatio előtti, a középső négy menstruatio alatti, az alsó, négy menstruatio utáni beteg tuberculin-reactiójának közép-méreteit tünteti fel, a melyekből látható, hogy a menstruatio alatt a tuberculin-allergia emelkedett, a menstruatio előtt és után pedig gyengült.

Ezekben voltam bátor röviden ismertetni a tuberculosis-allergia mesterséges befolyásolására vonatkozó kísérleteinket, melyeknek eredményét a következőkben foglalom röviden össze.

Összehasonlító, kvantitatív viszonyok között keresztül-vitt methodikával sikerült a tuberculosis-allergiát mérni és változásait követni. Az allergia-változások mértékét specifikus lymphomák tapintása és az intracutan reakciók eredménye alkotta.

Állatkísérleteink eredményei azt mutatták, hogy a *tuberculosis-allergiát modifikálja*: az állatok színe; *fokozza*: a világosság, a jó táplálás, a benzol kis dosisa és a thyreoidea; *csökkenti* a sötétség, a rossz táplálkozás, a zeotoxicosis, a graviditas és a benzol nagy dosisa.

Embereken végzett tanulmányainkból *allergia-fokozó* factoroknak ismertük meg: a benzol és jodkali kis dosisait, a thyreoideát és ovarium-kivonatot, az eredményesen végzett himlőoltásokat. Allergia-fokozódást láttunk továbbá a menstruatio alatti időszakban is.

Allergia-csökkentő factoroknak bizonyultak: a benzol nagy dosisai, a typhusvédő oltások, valamint allergia-csökkentést láttunk a menstruatio előtti és utáni szakban is.

Végül megemlítem, hogy a *napfény* hatásmódjának színszerinti elkülönítése, valamint a napfényhatást imitáló *cholin* és a *Röntgen-sugarak* befolyásának vizsgálata az allergiára folyamatban van.

Közlemény a pozsonyi állami kórház belosztályáról. (Vezető: Herzog Ferencz dr., egyet. nyilv. r. tanár.)

A paroxysmosos haemoglobinuria haemolysinjéről.

Irta: Lóránt Aladár dr.

A paroxysmosos haemoglobinuriás beteg savója bizonyos körülmények között (ha a savót $\frac{1}{2}$ óra hosszat 0° -on, utána 1 óra hosszat 37° -on tartjuk) oldja úgy a beteg, mint az egészséges ember vérséjtjeit. A beteg savójának ezt a tulajdonságát a vérséjtekhez 0° -on kötődő haemolysises amboceptorok okozzák. Azok a vizsgálók, a kik a paroxysmosos haemoglobinuriás savóban lefolyó haemolysises folyamatokat magyarázzák, a savó ezen amboceptorait megkülönböztetik azoktól a beteg savójában némelykor előforduló és a haemoglobinuria pathogenesisével kapcsolatban nem álló haemolysises amboceptoroktól, a melyek előzetes lehűtés nélkül 37° -on haemolyszálják más ember vérséjtjeit (37° -on kötődő isolysin). Arra vonatkozólag azonban, hogy a savó 0° -on kötődő amboceptorai egymástól különböznek-e, vagyis, hogy a savó külön amboceptor tartalmaz-e a beteg és más ember vérséjtjeinek oldására (külön 0° -on kötődő iso- és külön 0° -on kötődő autolysin), vagy pedig, hogy a beteg savójában a kétféle vérséjt oldását ugyanazok az amboceptorok okozzák-e és hogy azok az egyik sejtfeleségre specifikusak-e, vizsgálatokat nem végeztek, pedig elég gyakran fordul elő, hogy a haemolysis foka más a beteg vérséjtjeivel, mint az egészséges ember vérséjtjeivel szemben.

A következő kísérletek célja a paroxysmosos haemoglobinuriás savó ilyen irányú vizsgálata, mely amellet, hogy hozzájárul a haemoglobinuriás savó 0° -on kötődő haemolysises amboceptorainak megismeréséhez, mint a következőkből kitűnik, fontos felvilágosítást ad a beteg vérséjtjeinek immunológiai természetéről is.

Ehrlich teoriája szerint ugyanis az amboceptorok és a sejtek, illetve az amboceptorok cytophil csoportja és a sejtek receptorai között a kapcsolat specifikus. Ez a vérséjtekre vonatkozólag azt jelenti, hogy két különféle sejt haemolysisére csak akkor szolgálhatnak külön amboceptorok, ha azok egymástól különböző receptorokkal bírnak, vagyis ha a sejtek egymástól immunológiai (structurchemiai) szempontból különböznek. Ezen theoria értelmében akkor, a mikor a haemoglobinuriás savó haemolysises amboceptorait megvizsgáljuk abból a szempontból, hogy azok a haemoglobinuriás beteg, vagy az egészséges ember vérséjtjeire speci-

fikusak-e, egyúttal megtudjuk azt is, hogy a kétféle vérséjt receptor-rendszere egymástól különbözik-e. A haemoglobinuriás vérséjtre vonatkozó ilyen természetű immunológiai különbözőség jelentősége, tekintettel a beteg savójában jelenlevő különös sajátosságú haemolysinre, nyilvánvaló.

Betegünk Z. P. 36 éves kovácssegéd, nő, 5 gyermeke volt, ezek közül egy sincs életben. Egy gyermeke 15 hetes, egy 4 napos, egy 3 napos korában halt meg, egy pedig halva született. 11 éves korában egy évig tartó betegsége volt, melyben harmadnaponként, pontosan ugyanazon időben, délután 1 órakor, kirázta a hideg. Ezen betegségében orvos nem kezelte, egy év múlva meggyógyult (malaria!). 22 éves korában penisén fekélye volt, ezzel 5 hétig kórházban feküdt. Bőrén kísütés ohasem volt; antilueses kezelésben nem részesült (ulcus molle?).

Jelen betegsége két év előtt kezdődött, az 1914. év decemberében. Állítása szerint megfázott és ekkor vette először észre, hogy a megfázás után ürített vizelete sötét barnás-vörös volt. Azóta ez az állapot többször ismétlődött, különösen télen és ősszel. Nyáron sohasem volt rohama. A rohamot mindig megfázásra vezeti vissza. A haemoglobinuriás rohamban összerázódik és ereiben hangyamászást érez.

Kórházunkat első ízben 1916. évi október hó 4.-én kereste fel. Felvétele előtt 4 nappal, október 1.-én, egyórás kerékpárutat tett meg. Állítása szerint megfázott és a reggeli vizelete véres volt.

Közepesen fejlett és táplált beteg. Kötő- és látható nyálkahártyák halványak. Bőrön elváltozás nincs. Mellkasi szervek épek. Léptompulat a 8. bordánál kezdődik, lefelé a bordáig ér, a lép alsó polusa mély belégzéskor elérhető. Idegrendszer ép.

3,900.000 vörös vérséjt

6.500 fehér vérséjt

72% haemoglobin

Qualitativ vérvékép: 58% n. leukocytá

3% eosinophyl leukocytá

2% átmeneti sejt

37% lymphocytá.

Wassermann-reactio a vérben negatív.

Felvételnél ürített vizelet sötétvörös, zavaros; fajsúlya 1:017. Sulfosalicylsavra bő csapadék; geny, cukor nincs. Guajac-próba erősen pozitív. Üledékben elszórtan néhány vörös vérséjt, cylinder nincs.

A felvétel napján délután ürített vizelet nem tartalmaz vért; nyomokban fehérje. Hőmérséke 38.4° C-ig emelkedett. Másnap ürített vizelet normális. Láztalan.

Osztályunkon való tartózkodásának ideje alatt (október 12.-ig) több rohama nem volt. December 14.-én újból felkereste osztályunkat. Közben két ízben volt rohama. Utolsó rohama december 12.-én.

A haemoglobinuriás beteg savójának vizsgálatát arra vonatkozólag, hogy a benne kimutatható amboceptor a kétféle sejt (normális és haemoglobinuriás sejt)re vagy azok közül valamelyikre specifikus-e, kétféle módon végeztem. (A következőkben amboceptor, iso- és autolysin alatt a haemoglobinuriás savó 0° -on kötődő amboceptora, iso-, illetve autolysinje értendő.)

I. Az amboceptor megkötése haemolysissel.

Ha feltételezzük, hogy a haemoglobinuriás savó a kétféle sejt két külön specifikus lysint (külön iso- és külön autolysin) tartalmaz, akkor az a savó, a melyből az egyik lysint, például az autolysin megkötöttem az által, hogy a savót haemoglobinuriás sejtekkel hoztam össze, oly módon, hogy a savó ezeket haemolyszálta, el kell hogy veszítse rész-

I. táblázat.

Vérvétel ideje: október 8.-án délután 4h

Utolsó roham: október 4.-én délelőtt 8h

	Haemolysises rendszer	Haemolysis	
		37° -on	$\frac{1}{2}$ h 0° -on 1h 37° -on
1	0.2 cm ³ haemoglobinuriás savó 0.1 cm ³ physiologiás konyhasó-oldat 0.1 cm ³ haemoglobinuriás vérséjt	0	0
2	0.2 cm ³ haemoglobinuriás savó 0.1 cm ³ complementum 0.1 cm ³ haemoglobinuriás vérséjt	0	mérsékelt
3	0.2 cm ³ haemoglobinuriás savó 0.1 cm ³ physiologiás konyhasó-oldat 0.1 cm ³ normális vérséjt	0	0
4	0.2 cm ³ haemoglobinuriás savó 0.1 cm ³ complementum 0.1 cm ³ normális vérséjt	0	erős

II. táblázat.

Vérvétel ideje: október 10.-én délután 4^h
Utolsó roham: október 4.-én délelőtt 8^h

	Haemolysises rendszer	Haemolysis 1/2 ^h 0°-on, 1 ^h 37°-on		Haemolysis	
				37°-on	1/2 ^h 0°-on 1 ^h 37°-on
1	0.2 haemoglobinuriás savó 0.1 complementum 0.1 haemoglobinuriás vérsejt	mérsékelt	+ 0.1 cm ³ haemoglobinuriás vérsejt	változatlan	kevésrel fokozott
2	0.2 haemoglobinuriás savó 0.1 complementum 0.1 haemoglobinuriás vérsejt	mérsékelt	+ 0.1 cm ³ normál vérsejt	változatlan	kevésrel fokozott
3	0.2 haemoglobinuriás savó 0.1 complementum 0.1 normális vérsejt	erős	+ 0.1 cm ³ haemoglobinuriás vérsejt	változatlan	kevésrel fokozott
4	0.2 haemoglobinuriás savó 0.1 complementum 0.1 normál vérsejt	erős	+ 0.1 cm ³ normál vérsejt	változatlan	kevésrel fokozott

ben vagy teljesen azon tulajdonságát, hogy haemoglobinuriás sejtekkel való újbóli összehozásakor ezeket oldja, de a savó azon tulajdonságának, hogy normális sejteket oldjon, változatlanul kell maradnia. Ugyanígy, ha a haemoglobinuriás savót először normális sejtekkel hozom össze, oly módon, hogy a savó ezeket haemolyzálja, a haemoglobinuriás savó azon tulajdonságának kell megszűnnie, illetve csökkennie, hogy normális sejteket old, de azon tulajdonságának, hogy haemoglobinuriás sejteket oldjon, változatlanul kell maradnia. A kísérletet következőképpen végeztem:

A beteg venájából nyert vér egy részét üvegyöngyökkel defibrináltam, a vért lecentrifugáltam és az így nyert vérsejteket physiologiás konyhasó-oldattal háromszor kimostam. A kísérletekhez használt „haemoglobinuriás vérsejt” ezekből a vérsejtekből physiologiás konyhasó-oldattal készített 10%-os suspensio. A vér másik részét megalvadás után lecentrifugáltam, a felül levő savót lepítettáztam: „haemoglobinuriás savó”. Ugyanígy készítettem elő a kísérlethez használt normális vérsejteket egészséges embertől vett vérből és a complementumnak használt normális savót.

A haemoglobinuriás savót először iso- és autolysisre vizsgáltam *Donath* és *Landsteiner* szerint úgy, hogy a haemoglobinuriás savó a vérsejtekkel 1/2 óra hosszat jeges vízben és utána 1 óra hosszat 37°-os vízfürdőben tartatott. A reactio ezenkívül vizsgáltatott előzetes lehűtés nélkül csak 37°-on, ezenkívül minden esetben complementum jelenlétében és anélkül. A haemolytikus rendszert, valamint a kísérleti eredményt az I. táblázat mutatja.

A táblázat azt mutatja, hogy haemolysis csak előzetes lehűtésre és complementum hozzáadására következett be és hogy az isolysis nagyobb fokú, mint az autolysis.

A haemolytikus amboceptor különválasztására irányuló kísérleteket a II. táblázat mutatja.

Mint a táblázatból kiderül, a haemoglobinuriás savó olyan körülmények között, a mikor a savóban levő amboceptorok egyik esetben (1, 2) a haemoglobinuriás, másik esetben (3, 4) a normális sejtek által megkötötték s a vérsejteket részben oldották, kis mértékben képes még arra, hogy újbóli hozzáadásakor normális és haemoglobinuriás sejteket oldjon, tekintet nélkül arra, hogy az amboceptorokat melyik sejtfeleség kötötte meg. Ha a haemoglobinuriás savóban két-féle specifikus amboceptor volna, a kísérletben annak kellett volna bekövetkezni, hogy az egyik esetben, és pedig az amboceptoroknak a haemoglobinuriás sejtek által való megkötése után, a haemoglobinuriás savó nagyobb mértékben oldja a normális sejteket, a másik esetben az amboceptoroknak a normális sejtek által való megkötése után a savónak nagyobb mértékben a haemoglobinuriás sejteket kellett volna oldania.

Az, hogy a kísérletben ennek ellenkezője következett be, vagyis, hogy az amboceptoroknak a haemoglobinuriás sejtekkel való megkötése után további iso- és auto-

lysis egyenlő mértékben következett be, továbbá az, hogy az amboceptoroknak a normális sejtek által történt megkötése után további iso- és autolysis ugyancsak egyenlő mértékben következett be, azt jelenti, hogy nincs külön iso- és külön autolysin, de nem jelenti bizonyossággal azt, hogy az amboceptorok egyik sejtfeleségre sem specifikusak.

Ugyanis *Ehrlich* és *Morgenroth*¹ vizsgálatai szerint egy bizonyos sejtfeleségre, például birkavérre, előállított specifikus immunsavó a hozzá közelálló fajú marhavérsejtet is oldja; ebből vizsgálataik szerint nem következik, hogy az így előállított immunsavó nem specifikus, hanem csak az, hogy a két sejtfeleségnek közös receptorai vannak és ezekkel a közös receptorokkal correspondáló amboceptorok azok, a melyek a másik sejtfeleséget (marhavérsejtet) haemolyzálják; azonban a birkavérsejtre előállított immunsavó tartalmaz olyan amboceptorokat is, a melyek csakis a birkavérsejtet tudják oldani. Erre abból következett *Ehrlich* és *Morgenroth*, hogy egy „A” sejtfeleségre előállított specifikus immunsavóból az „A” sejtekkel való összehozásakor, a savóban levő összes amboceptorok megkötődnek, míg a „B” sejtekkel való összehozásakor a savóban visszamaradnak specifikus amboceptorok, a melyek csakis az „A” sejteket tudják haemolyzálni.

Ezen megfigyelések értelmében annak az eldöntésére, hogy a haemoglobinuriás beteg savójában levő lysin specifikus-e a haemoglobinuriás beteg vagy az egészséges ember vérsejtjére, a következő kísérletet végeztem.

II. Az amboceptor megkötése haemolysis nélkül.

A haemoglobinuriás savó amboceptorai successive megkötötték részint a haemoglobinuriás, részint a normális vérsejtek egyre nagyobb mennyiségének hozzáadásával, oly módon, hogy a savó a vérsejtekkel több ízben egy-egy óra hosszat jeges vízben tartatott. Mindaddig újból adtam a savóhoz vérsejteket, míg azok a savóban levő összes amboceptorokat megkötötték, a minek jele az volt, hogy a savó sem iso-, sem autolysist nem okozott.

E kísérletet következőképpen végeztem: 4 cm³ savó összehozatott 0.2 cm³ hígítatlan haemoglobinuriás vérsejttel és 1 óra hosszat jeges vízben tartatott. A jeges vízből való kivétel után rögtön centrifugáltatott, a felül álló savó leszívott. A savó egy része (0.4 cm³) iso- és autolysis kimutatására használtatott fel, a megmaradt (3.6 cm³) savó centrifugacsőben újból haemoglobinuriás vérsejtekkel (0.18 cm³) hozatott össze és ismét jeges vízbe tétetett. 1 óra múlva a savó egy része iso- és autolysisre vizsgáltatott, másik része újból haemoglobinuriás vérsejtekkel hozatott össze. Ez az eljárás összesen négyszer ismételtetett. Ugyanígyen módon másik

¹ Kolle u. Wassermann: Handbuch der path. Mikroorganismen. II. kötet, 2, 835. oldal.

III. táblázat.*

Vérvétel ideje: december 14.-én délután 4^h
Utolsó roham: december 12.-én délelőtt 9^h

		Haemolysis					
		0 ^h	1 ^h	2 ^h	3 ^h	4 ^h	
1	0.2 cm ³ haemoglobinuriás savó (a mely 1, 2, 3, 4 órás kísérletekben előzőleg 1, 2, 3, illetve 4 óra hosszat tartatott jegesvízben haemoglobinuriás vörsejtekkel)	+ 0.1 cm ³ haemoglobinuriás vörsejt + 0.1 cm ³ complementum	+++++	++++	+++	++	+
		+ 0.1 cm ³ normális vörsejt + 0.1 cm ³ complementum	++++	+++	++	+	0
2	0.2 cm ³ haemoglobinuriás savó (a mely 1, 2, 3, 4 órás kísérletekben előzőleg 1, 2, 3, illetve 4 óra hosszat tartatott jegesvízben normális vörsejtekkel)	+ 0.1 cm ³ haemoglobinuriás vörsejt + 0.1 cm ³ complementum	+++++	++++	+++	++	+
		+ 0.1 cm ³ normális vörsejt + 0.1 cm ³ complementum	++++	+++	++	+	0

* Ezen alkalommal, ellentétben az október 8.-án végzett kísérlettel, az autolysis erősebb volt, mint az isolysis (I. táblázat).

centrifugacsőben normál sejtek hoztattak össze a haemoglobinuriás savóval összesen négy ízben és a savó ugyanolyan módon vizsgáltatott iso- és autolysisra.

A III. táblázatban a haemolysis fokát a +-ek száma összehasonlítólágg jelzi. A 0 óra rovat adatai a haemoglobinuriás savó iso- és autolysisát mutatják. Az 1, 2, 3, 4 óra rovat adatai jelzik annak a savónak iso-, illetve autolysisát, a melyik előzetesen normális illetve haemoglobinuriás vörsejttel 1, 2, 3, 4 óra hosszat állott jegesvízben.

Ezen adatokból kitűnik, hogy a vörsejtek a haemoglobinuriás savó amboceptorait fokozatosan kötik meg; továbbá, hogy a savó, a melyikből az amboceptorokat a haemoglobinuriás sejtek megkötötték, épp úgy tartalmaz fokozatosan és teljesen egyforma mértékben csökkenő mennyiségben haemoglobinuriás és normális vörsejtet oldó amboceptort, mint az a savó, melyből az amboceptorokat ugyancsak fokozatosan a normális sejtek kötötték meg. Már pedig, ha a haemoglobinuriás savó külön iso- és külön autolysint tartalmazna, e kísérletben annak kellett volna bekövetkeznie, hogy az amboceptoroknak a haemoglobinuriás sejtek által való fokozatos megkötése után az isolysin, a normális vörsejtekkel való megkötése után az autolysin maradjon szabadon. A III. táblázat adatai szerint tehát semmi okunk sincs feltenni, hogy a haemoglobinuriás savó akár a normális, akár a haemoglobinuriás sejtekre specifikus haemolysint tartalmazna, mert ebben az esetben e kísérletben annak kellett volna bekövetkeznie, hogy valamelyik sejtféleség az összes amboceptort, a másik sejtféleség pedig az amboceptoroknak csak egy részét kötötte volna meg.

A II. és III. táblázat kísérleti adatait egybevetve, a haemoglobinuriás savóban végbemenő haemolytikus folyamatok magyarázására azt kell felvinnünk, hogy a haemoglobinuriás és a normális sejtek oldását ugyanaz az amboceptor hozza létre. A haemolytikus folyamatok ilyen magyarázatának látszólagos nehézsége a III. táblázat 4 óra rovatában közölt azon tény, hogy a haemoglobinuriás savó csekély autolysist tudott létrehozni akkor is, a mikor isolysis ugyanebben a savóban már nem jött létre; ez amellelt szólhatna, hogy a savó a beteg vörsejtjére specifikus amboceptort tartalmazott. Azonban tekintetbe véve azt, hogy ezen autolysis nemcsak abban a kísérletben következett be, melyben az amboceptorokat normális sejtek kötötték meg, hanem bekövetkezett ott is, a hol az amboceptorok haemoglobinuriás sejtek által kötettek meg, ezt az autolysist ily módon nem magyarázhatjuk, hiszen az utóbbi esetben nyilván az isolysinnek és nem az

autolysinnek kellett volna szabadon maradnia. Azonban ezen autolysis megértésének nehézsége, azon az alapon, hogy a haemoglobinuriás savó amboceptorai nem specifikusak, megszűnik akkor, ha meggondoljuk, hogy a haemoglobinuriás savó a kísérlet kezdetén is (III. táblázat 0 óra) valamivel nagyobb mértékben oldotta a haemoglobinuriás, mint a normális sejteket. Ezen az alapon azt kell felvinnünk, hogy a haemoglobinuriás sejtek érzékenyebbek voltak a haemoglobinuriás savó amboceptorai iránt, mint a normális sejtek és ez okozta azt, hogy a savóban visszamaradt csekély mennyiségű nem specifikus amboceptor haemoglobinuriás sejteket oldott még akkor is, a mikor normális sejteket már nem haemolyzált. Arra vonatkozólag, hogy a haemoglobinuriás vörsejtek ezen érzékenysége a haemolytikus amboceptor iránt parallel megy-e azok resistentia-csökkenésével chemiai és physikai változásokkal szemben, kísérleteket nem végeztem, csak utalok korábbi vizsgálók azon észleletére, mely szerint a haemoglobinuriás vörsejtek resistentiája saponinnal, híg ecetsavval és hőmérséklet-változásokkal szemben csökkent; továbbá különösen hangsúlyozom azon általam észlelt tényt, hogy a kísérletekhez használt physiologiás konyhasóoldatban suspendált normális vörsejtek másnapra haemolysist alig mutattak, míg a haemoglobinuriásak erősen haemolytikusak lettek.

Kísérleteim szerint a paroxysmos haemoglobinuriás beteg savójában az egészséges ember és a haemoglobinuriás beteg vörsejtjeinek haemolysisét ugyanazok a 0^o-on kötődő, egyik sejtféleségre sem specifikus haemolysises amboceptorok hozzák létre; ebből önként következik az, hogy a haemoglobinuriás beteg és az egészséges ember vörsejtjeinek receptor-rendszeré egymástól nem különbözik, hogy tehát a kétféle vörsejt immunologiai szempontból egyforma.

Közlemény a budapesti m. kir. tud. egyetem II. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., egyet. nyilv. r. tanár.)

Kétoldali kettős fibroma lobuli.

Irta: Horváth Ferencz dr., a klinika fülrendelésének vezetője.

A fülkagylón előforduló újképződmények közül a fibroma a lobuluson látható leggyakrabban. Előfordul még a helixen; Senf közöl esetet, melyben a helix szélén, a fossa scaphoideában volt egy vékony kocsányú fibroma, továbbá Alexander egyet, a melyben a tragus mögött volt egy, majdnem az egész hallójárat-bemenetet kitöltő fibroma.

A tropusi égőv alatt, a négereken, hottentottákon sokkal

gyakoribb, mint minálunk, a mit az óriási nagy és súlyos fülfüggők viselésével magyaráznak; ezek tudniillik súlyuknál fogva állandó mechanikai ingert gyakorolnak és kisebesedést okoznak a fülfüggő szűrt csatornájában.

A minálunk előfordulók eredete szintén a fülfüggők



okozta kisebesedésre, azoknak gyakori ki- és betevése okozta hárm felhorzsolásra vezethető vissza.

Növekedésük kiindulási pontja rendszeren a bőrfelszín a szűrt csatorna egyik vagy másik végén, a honnan kiindulólóg majd rövidebb, majd hosszabb kocsányon lógnak. Növekedésük ideje hónapok és évek között váltakozik. A nálunk előfordulók nagysága a borsónyitól a galambtojásnyiig változó; a tropusiak sokkal nagyobbra nőnek, a narancs nagyságát is elérik.



A bőrrel erősen összekapaszkodnak, s ezzel is megkülönböztethetők az atheromáktól.

A bőr felettük rendszeren sima, halvány rózsaszínű, némelyiknek a felszínén láthatók a növekedés közben kisebesedések folytán létrejött heges megvastagodások.

Alakjuk legtöbbször gömbölyű, ritkábban félgömb- vagy tojás-alakúak.

Fejlődésük közben sem fájdalmat, sem lobos tüneteket rendszerint nem okoznak. A környéki szövetek és mirigyek nem beszűrődtek, nem nagyobbak és nem érzékenyek. Kivételek azok az esetek, a melyekben laikus manipulációk következtében kisebesedések, ily módon létrejött infectio okozta fájdalmak és más lobos tünetek észlelhetők. Általában rostszövetből állanak, a melyben erek és üregek vannak.

Két féleségét különböztetjük meg: az egyik a lágy, a fibroma molle, a másik a kemény, a fibroma durum.

Úgy a lágy, mint a kemény fibromák jóindulatúak maradnak; ritkább esetek azok, a melyekben sarcomává átalakulás fordul elő.

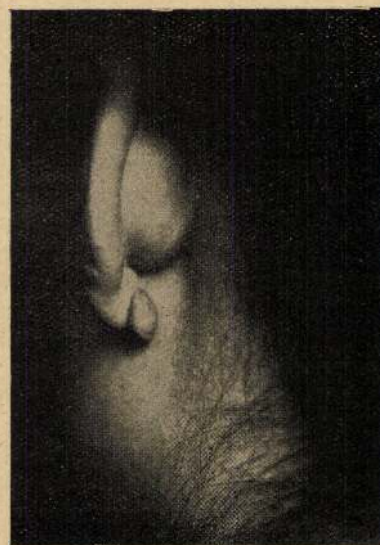
Eltávolításuk aránylag könnyű, de a recidiva igen gya-



kori. Ügyelni kell arra, hogy a kimetszéskor minden kórosat eltávolítsunk, inkább többet veszünk ki, mintsem bármily csekély rész is benn maradjon.

Operált esetemet azért tartom érdemesnek a közlésre, mert azon ritka esetek közé tartozik, a melyekben mindkét oldalon kettősen (az elülső és hátulsó felszínén a lobulusnak) van meglehetősen arányosan kifejlődve egy-egy fibroma.

A beteg előadása szerint körülbelül 3—4 hónap óta veszi észre, hogy fülbevalóját nehezebben tudja betenni, mert fülczimpája hátulsó részén kinövése képződött. Nemsokára



ugyanazt vette észre elől is. Előzőleg nem volt sem kisebesedve, sem beduzzadva. Fájdalmakat nem érzett sem kezdetben, sem most, s nem emlékszik, hogy vérzett volna egyszer is. Most, a mikor már igen nagy és már kozmetice is bántja, azzal a kéréssel fordul hozzánk, hogy távolítsuk el kinövéseit.

A közép-termetű, jól fejlett és jól táplált nőbeteg mindkét lobulusán úgy az elülső, mint a hátulsó felszínén a fülfüggők szűrt csatornájának megfelelően gömbölyű kisebb-nagyobb újképződmények láthatók. A jobb lobuluson elül levő borsónyi, a hátul levő mogyorónyi, a baloldalon az elülső szintén borsónyi, a hátul nagy mogyorónyi. Mind-egyik rövid kocsányon lóg, ez azonban oly rövid, hogy a daganat olyan, mintha a bőrhöz volna odánőve. A daganatok

halvány, helyenként élénkebb rózsaszínűek. A kisebbek gömb-, a nagyobbak tojásdad-alakúak. Felületük általában síma, helyenként kis kidudorodásokkal és megvastagodásokkal.

A daganatok külalakjából, consistenciájából és színük-ből háromféleképpen lehet gondolnunk: lehet keloid, lehet fibroma és végül lehet myxoma. Makroszkopice rögtön fibromát vettünk fel s ezt megerősítette a szövettani vizsgálat is.

A betegnek a műtéti úton való eltávolítást ajánlottuk, a mibe szívesen beleegyezett.



Műtét novocain-tonogen-anaesthesiában. Előbb a jobb oldali lobuluson levő daganatot távolítottuk el; jól körülmetszettük a lobulus egész vastagságában a daganatot, majd a sebet három kis selyem csomós öltéssel haránt irányban teljesen átöltvén, összeöltöttük. Ezután ugyanilyen módon vittük végbe a másik lobuluson levő daganat kiirtását s ugyan-csak 3 haránt irányú öltéssel egyesítettük a sebszéléket.

A beteget ambulanter kezeltük. Teljesen láztalan, minden fájdalom nélküli lefolyás. A varratokat a 4. napon távolítottuk el, a seb per primam egyesült; a lobulus formája nem szenvedett.

A műtét óta egy év már eltelt, recidiva nincsen.



A mellékelt fényképfelvételek a füleket műtét előtt és műtét után mutatják. A műtét előtti felvétel főleg a hátulsó felszínen levő nagyobb daganatot mutatja, mert nem lehetett a beállítást úgy eszközölni, hogy mindkettő jól látható legyen; a mikor a felvétel hiányossága kiderült, újabb felvételt már nem lehetett készíteni, mert a műtét már megtörtént.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

W. Winternitz: Wasserkur und natürliche Immunität. Leipzig, 1917, G. Thieme.

Örömmel és hálával emlékezem vissza azon tanulságokban gazdag órákra, melyeket *Winternitz* tanár oktatásait hallgatva évek előtt a wieni poliklinikán töltöttem, s ez érzelmeimmel eltelve ajánlom e lapok olvasóinak figyelmébe a modern hydrotherapia legkiválóbb művelői egyikének előttem fekvő művét, mely a typhus abdominalis, tuberculosis és cholera hydrotherapiás kezelésével foglalkozik. Büszkén hivatkozik a szerző *Brieger* szavaira, melyek a hydrotherapiának előnyös befolyását a szervezetre, a fertőző betegségekkel szemben való ellentállóképességre emelik ki; e felfogásnak hódol *Winternitz* jelen munkája is. *Deutsch Ernő.*

O. Hauser: Der Mensch vor 100.000 Jahren. Leipzig, 1917, Brockhaus.

Rendkívül kedvesen írja le a szerző, hogy ismerte meg művelt anyjának meséi s felolvasása révén *Schliemann*-nak Trojára vonatkozó művét, hogyan lelkesült a hallottakon, hogyan lett maga e téren kutató s mily módon zavarta meg francia földön a világháború kitörése tudományos működését. Jelen munka a homo *Aurignacensis* Hauseri ismertetésének van szentelve. A ki a napi munkától kifáradva este egy kiváló tudós rendkívül érdekesítően s könnyedén megírt munkáját szereti forgatni, annak figyelmébe melegen ajánlom *Hauser* munkáját. *Deutsch Ernő.*

Új könyvek.

Payr, Rupprecht, Schmorl, Strümpell, Zweifel: Anleitung zur frühzeitigen Erkennung der Krebskrankheit. Leipzig, S. Hirzel. 1.50 m. — *V. Lühe:* Ein deutscher Arzt am Hofe Kaiser Nikolaus I. von Russland. München-Leipzig, Duncker und Humblot. 7.50 m. — *K. E. F. Schmitz:* Die Bedeutung Johann Peter Franks für die Entwicklung der sozialen Hygiene. Berlin, R. Schoetz. 6.50 m. — *P. Paschen:* Über Ursachen und Heilung des Stotterns. Tübingen, J. C. B. Mohr. 4 m. — *G. Liebermeister:* Über die Behandlung von Kriegsneurosen. Halle a. S., C. Marhold. 1.80 m. — *H. Eppinger:* Zur Pathologie und Therapie des Oedems. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Schilddrüsenfunktion. Berlin, J. Springer. 9 m. — *H. Kreuser:* Krankheit und Charakterwandlungen der Persönlichkeit in gesunden und kranken Tagen. Stuttgart, Strecker und Schröder 3.20 m. — *E. Schlesinger:* Die Röntgen-diagnostik der Magen- und Darmkrankheiten. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 18 K.

Lapszemle.

Belorvostan.

A vakbélgyulladás differentialis diagnostikájáról ír *Harzbecker*. A heveny vakbélgyulladásnak az első 24 órában felismerése lehetővé teszi az eredményes műtétet s nagyon lezállítja a halálozást. Ha a műtét jókor történik, a vakbél kiirtása után a hasüreg rögtön elzárható s a beteg rövidesen meggyógyul. Ha ellenben akkor kell operálni, mikor a vakbél már átfúródott, már sokkal kedvezőtlenebbek a viszonyok, mert a hasat drainezni, sőt tamponálni kell, könnyen következhetik be a hasseb fertőződése, a fascia és az izomzat nekrosisa, a mi sérvképződésre vezethet. A differentialis diagnosis szempontjából a következő betegségek jöhetnek számba: 1. a női nemi szervek; 2. a gyomor és a bélrendszer; 3. a pankreas és az epeutak; 4. az urogenitalis szervek és 5. a hasüreg szomszédos részeinek megbetegedései.

A mi a női nemi szerveket illeti, a differentialis diagnosis nehézségei egyrészt ezen szervek közeli szomszédos viszonyában rejlenek, másrészt abban, hogy a vakbélgyulladás és a perimetritis nagyon hasonló klinikai képet nyújt, a mennyiben mindkettőben a has alsó részében lejátszódó peritonealis izgalmi jelenségekkel járó gyuladós folyamatról van szó. Sokszor azonban már az anamnesis is útbaigazít. Szülés, előző gonorrhoeás szövődmény, huzamosan tartó

gyenes folyás, a betegségnek közvetlenül a havibajjal kapcsolatban vagy röviddel a házasság megkezdése után beállta, előző elvetelés vagy méhszondázás: mind olyan körülmények, amelyek adnexum-megbetegedés mellett szólnak, míg vakbélgyulladás esetén az anamnesis rendszerint negatív. A gyermekkor és a szüzesség még nem zárja ki a gyulladásos genitális megbetegedést. Fontos elkülönítő jelet találunk a hőmérsék és a pulsus-szám közötti arányban; vakbélgyulladás legtöbb esetében ugyanis aránylag alacsony (38°-on aluli) hőmérsék mellett 120—140 az érverés száma, míg friss perimetritisben nincs meg ez az aránytalanság. A *Mac Burney*-pont nyomás-érzékenysége vizsgálatát nem becstüli sokra a szerző, mivel a proc. vermiformis helyzete nem állandó. A hasnak nem egészen alsó részében levő s felfelé kisugárzó fájdalmak vakbélgyulladás mellett szólnak, a hasnak alsó részében levő, a kis medenczébe és a bal oldalra is kisugárzó fájdalmak ellenben adnexum-megbetegedés mellett. Végül a méhnek és függelékeinek alakváltozása és nyomásra érzékenysége, melyet a vaginalis vagy rectalis vizsgálat alkalmával találunk, valamint a *Douglas*-tasak állapota (előreboltosulás, beszűródés, nyomásra érzékenység) is megerősítheti a diagnózist. A női nemi szervek gümőkóros gyuladása, valamint adnexum-megbetegedések és perityphlitis együttes jelenléte inkább chronikus természetűek.

A hasüregbe történt vérzés typosus képével jár a terhes méhkürt megrepedése. Az anamnesisen (hirtelen, teljes egészség közepette megbetegedés, collapsus, apathia vagy ájulás, előző menstruatio-zavar) kívül az egész hasnak nyomásra érzékenysége, a hüvelyboltozat előbaltosulása és feszessége, a fellazult portio, a mérsékelt cervicalis vérzés, a kicsiny, szapora, fonászerű pulsus és a bőrnek csaknem viaszszárga volta mind oly jel, a mely szinte lehetetlenné teszi az acut appendicitissel való összetévesztést. Könnyebb az összetévesztés lehetősége kevésbé kifejezett tünetekkel, lassú kis vérzésekkel járó tuba-abortus esetén, vagy ha a kis medenczében körültekintő vérzés keletkezik (retrouterinalis haematocoele). De ezen kórképek is inkább a chronikus appendicitissel téveszthetők össze. A kocsiacsavarodott ovarialis cystától az elkülönítés nem mindig könnyű; a korai szakban az adnexumokhoz tartozó, feszesen rugalmas, mozgékony tumor tapintása megóv ugyan a tévedéstől, de később, midőn a peritonitis tünetei már megvannak, a nem nagyon megbízható anamnesises adatok, valamint a nyálkás-véres folyás és a kevésbé alarmozó has-hártyagyulladás csak nehezen védenek meg az összetévesztéstől, hacsak nem ismerhető fel egészen tisztán a hullámzó daganatnak az adnexumokhoz tartozósága.

A gyomor-bélrendszer acut megbetegedései sokszor igen nehezen különíthetők el az appendicitistől. Főleg fiatal egyének hányással és hasmenéssel járó gastroenteritise esetén a hőmérsékre, a pulsusra s a vakbél környékének megfigyelésére nagy gond fordítandó. A gyermek appendixének a medenczében mély fekvése miatt hólyagfájdalmak és székelésinger hívhatják fel figyelmünket a vakbél megbetegedésére; a mindig eszközlendő végbélvizsgálattal a többnyire tárgult ampullában a *Douglas*-üreg előbaltosulása és nyomásra érzékenysége állapítható meg.

A typhus abdominalissal való összetévesztéstől a leukopenia, a *Gruber-Widal*-, a *Piorkowsky*- és a diazo-próba eredménye óvhat meg.

A vastagbélgyulladásnak főleg a vakbéltre szorítkozása esetén a fossa iliacaiban való fájdalommal könnyen adhat okot az összetévesztésre, de ilyenkor többnyire hiányzik a láz, a hasfalak resistenciája és a körülírt fájdalommal járó nyomásra. A hyperleukocytosis hiánya is fontos elkülönítő jel ilyenkor.

A gyomor- és duodenum-fekélyek átfúródása többnyire nagyon fenyegető, általános jelenségekkel jár. Az anamnesis adatai rendszerint typosusak: zavarok röviddel a táplálékfelvétel után, éhségfájdalom, a gyomorgödörben s a gerincoszlop mellett hátul baloldalt fájdalmak, haematemesis és savanyú felbőfögés. A megbetegedés első 12 órájában a has deszkakemény, felső részén nyomásra feltűnően érzékeny,

a májtompulat felfelé tolódott s a beteg már néhány óra múlva a legsúlyosabb általános jelenségeket mutatja, kifejezett facies abdominalissal. A későbbi szakban, midőn a hasfal feszülése némileg engedett és az érzékenysége az alsó részére is ráterjedt, már nehezebb a megkülönböztetés. Ilyenkor főleg az anamnesisre vagyunk utalva.

A peritonitis tuberculosa rendszerint chronikus lefolyású; úgy a szabad hasúr-izzadmány, mint a tüdő- avagy általános gümőkór jelenléte megóv a tévedéstől.

Az ileocoecalis invaginációval is összetéveszthető az appendicitis, de ha figyelembe vesszük a gyulladásos jelenségek hiányát, a véres-nyálkás székletét, a köldök táján levő hurkaszerű félkör-alakú tumort s hogy ezen esetek túlnyomóan az egészen fiatal korban fordulnak elő, nem nehéz az elkülönítés.

Bélelzáródással is könnyen összetéveszthető a perityphlitis, a mennyiben a korai szakban a fájdalom, a hányás, a szél- és székrekedés mindkét megbetegedésben megvan. A perityphlitisre jellemző nyomásfájdalmasság is jelen lehet, ha az ileocoecalis tájék a székhelye a bélelzáródásnak. De bélelzáródás eseteiben nincs láz, hiányzik a hasfalaknak kifejezett feszessége és az alhas jobb oldalának nyomás-érzékenysége.

A bélférges okozta hastünetek néha oly hevesek, hogy appendicitis fennforgására gondolhatnánk. Biztosan akkor diagnoszálhatjuk, ha a székletben petéket vagy az anus körül oxyurisokat találunk; ámbár ez utóbbiak valóságos perityphlitis is okozhatnak.

A perityphlitis typosus képét adhatja a mesenterialis ereknek arteriosclerosis (leginkább öregeken) és a *Meckel*-diverticulumnak gyuladása.

A mérgezések vagy belső secretiós mirigyek megbetegedése (thymus persistens, struma, *Basedow*-kór) után mutatkozó toxikus peritonealis jelenségek hovátartozóságára az anamnesis és a helybeli lelet vet világgoságot.

A pancreas betegségei közül elsősorban a heveny pankreatitis téveszthető össze súlyos appendicitis okozta peritonitissal, a mennyiben itt is hirtelen beálló collapsussal, hányással, meteorismussal és bélelzáródási tünetekkel járó kórképet találunk. Pankreatitis esetén azonban a collapsus súlyosabb, a fájdalmak főképpen a has felső részén vannak, a bal epigastrium harántul hurkaszerűen előredomborodott, meteorismusos és nyomásra fájdalmasabb, mint a has többi része. Néha kisfokú icterus és cyanosis is van. A vizelet gyakran czukortartalmú. A *Cammidge*-reactio többnyire cserbenhagy. A láz néha hiányzik ezen rendszerint idősebb és elzsírosodott embereket megtámadó betegségben.

Az epeutak gyuladására a has felső jobb felében előzően már ismételtelen jelen volt kólikaszerű fájdalmak, kapcsolatban gyomor-zavarokkal és icterussal (icterus előfordulhat azonban súlyos fertőző peritonitis és perityphlitis esetén is), a széklet és vizelet színe, a fájdalomnak a hátba és a jobb vállba kisugárzása hívják fel a figyelmünket. Minthogy az epehólyag erősen meg van nagyobbodva, ennek a kimutatása is fontos, esetleg narcosisban a hasfalak feszességének megszüntetése céljából.

A vesék, az ureterek, a húgycső és a herék gyuladása is sokszor utánozza az acut appendicitis képét. A gyakori vesekő-kólikák inkább az idősült perityphlitisek differentialis diagnózisának körébe tartoznak, a pyelitis, a pyonephrosis vagy a vese körüli tályog azonban könnyen utánozhatja az acut appendicitis tüneteit. Vándorvese esetén az ureter hirtelen megtörtése szintén összetéveszthető heveny perityphlitisrel; útbaigazíthat azonban a fájdalomnak a czomb felé, az ureter lefutásának megfelelően vagy a herék és penis, valamint a czomb belső felületének irányában kisugárzása, valamint az anamnesis (előző vizelés-zavarok) és a vizeletvizsgálat eredménye (bacteriuria, pyuria). Nehézséggel jár a paranephritis tályog elkülönítése a perityphlitisek tályogtól; segítségünkre lehet ilyenkor a vizelet-vizsgálat, a cystokopia és az ureterkatheterizálás, valamint az, hogy a paranephritis metastasisos eredetű szokott lenni (*furunculus*, *panaritium* stb.).

Acut gonorrhoea, valamint orchitis és paradidymitis is okozhat peritonealis jelenségeket. Kryptorchismus esetén is lehetnek az alhasba kisugárzó fájdalmak; a pontos vizsgálat azonban ezekben az esetekben könnyen útbaigazít.

Vese- és ureterkövek is szóba jöhetnek differentialis diagnostikai szempontból. A vese palpátója, az ureter lefutása irányában érzett fájdalom, a többnyire véres vizelet, a hólyagfájás a vizelés után, a rendszerint magasabb kor és a fájdalomnak morphiumprompt megszűnése megóvnak a tévedéstől.

Nagyon nehéz lehet az elkülönítés a sérvkizáródás és a sérvtömlőben lefolyó perityphlitis között. Szem előtt kell tartanunk, hogy a kezdeti szakban perityphlitis esetén a gyuladós jelenségek, sérvkizáródás esetén pedig a bél-elzáródás tünetei az uralkodók. A sérvtömlő szokatlanul nagyfokú gyuladása olyan szakban, a melyben incarceratio esetén nem szabadna ilyen fokúnak lennie, a sérvben lefolyó appendicitis mellett szól; továbbá a láz, a súlyos általános jelenségeknek korán beállta is a perityphlitisre jellemző. A jobb csípő flexiós állása, kisugárzó fájdalmak a jobboldali alhasra, valamint az a körülmény, hogy esetleg már régóta irreponibilis sérv hirtelen meglöbösödik, inkább perityphlitis mellett szólnak.

A mellkasi szervek megbetegedései azért adhatnak okot az appendicitissel való összetévesztésre, mert a megbetegedett pleura parietalis területén az alsó intercostalis idegek izgalma a has fájdalomosságát és a hasfalzat reflexes feszességét okozhatja (Küffner). Ha azután a gyuladás ráterjed a rekeszre (pleuritis diaphragmatica) és hányás is jelentkezik, főleg fiataloknál kezdődő pneumoniája esetén könnyen felvetődik a perityphlitis gyanúja. A mellkasi szervek megbetegedése mellett szól például pneumoniában az igen magas láz, továbbá a piros, gyakran kissé cyanosisos arc, a gyakran meglevő herpes labialis és a typosus légzés (a beteg tüdő visszamaradása a légzéskor); az alhas csekély érzékenysége nincsen arányban a súlyos általános állapottal.

A vérvkép értékéről appendicitisben még eltérők a nézetek; mindenesetre fontos jel a leukopenia, illetve a hiányzó hyperleukocytosis, a mikor typhustól avagy tuberculosis megbetegedésektől való elkülönítésről van szó. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1917, 4. sz.) H.

Általános kór- és gyógytan.

A fémek bacterium-ellenes hatása már régóta ismeretes. E hatás módját illetőleg általában azt vették fel, hogy a fémekből valami mennyiség oldódik a bacteriumokkal való érintkezésük közben és ez a fém-oldat fertőtlenítő hatású. Saxl azonban legújabbban vizsgálatokat végzett, a melyek arra az eredményre vezettek, hogy a jelzett feltevés nem állhat meg, hanem a fémek felületén bizonyos physikális folyamat játszódik le, a melynek eredményeképpen bizonyos távolságra a fém körül olyan atmosphaera veszi körül, a mely élő hatású a bacteriumokra. (Wiener klinische Wochenschrift, 1917, 23. szám.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A pneumonia gyógyítására Landeker a fulmargin nevű colloidalis ezüstkészítmény használatát ajánlja. 2–3 egymásután következő napon fecskendezendő be a glutaeusokba 5 cm³, még pedig délelőtt, legkésőbb délben. E kezelésmód mellett a krízis többnyire már 3 × 24 óra múlva bekövetkezik. Ha a szív állapota megkívánja, kámför és coffein adandó három napig (naponként kétszer 2 cm³ kámförös olaj a bőr alá, avagy 0.05 gr. camphora trit. belsőleg, illetőleg 0.2 gr. coffeinum natriobenzoicum), azután pedig digitalis-infusum. Súlyos sepsises alakokban a szív erősítésére, a keringés-viszonyok javítására és a toxikus vérnyomás-csökkenés emelésére pituitrin vagy pituglandol fecskendezendő be és egyúttal állandó csöppentéses klysma is adandó 10 csepp adrenalint (1 : 1000) tartalmazó physiologiai konyhasó-oldattal. (Medizinische Klinik, 1917, 16. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 25. szám. Révész Vidor: Echinococcusnak nevezett vesekövek.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 26. szám. Forbát Sándor: Egy új gonococcus-vaccináról. — Pajzs Pál: A traumás elephantiasis gyógyítása. — Sarbó Artur: A háborús idegbajokról.

Vegyes hírek.

Ajtai K. Sándor.

Gyász-zászlók hirdették a budapesti egyetem épületein az elmúlt hét első felében az egyetem egykor széles körben ismert, a nyilvánosság előtt is sokat szerepelt tanárának, **Ajtai Kovács Sándor**-nak örök nyugalomra térését. Az elhunytban a budapesti orvosi fakultás egyik legmarkánsabb egyénisége száll sírba. Ritka dialektikai tehetség és született debater volt, a mely tulajdonságok szinte praedestinálták őt az orvostudományok arra az ágára, melynek életét szentelte. Egyénisége csupa temperamentum és energia volt; meggyőződéséért, mely nem egyszer ellenkezett a közzelfogással, nagy eréllyel, bátor szókimondással és törhetetlen szívóssággal tudott sikra szállani. **Ajtai** tanár 72 évet és 3 hónapot élt; csak két évvel élte túl nyugdíjaztatását. Kolozsvári születésű volt. Egészen szegény családból származott; ő maga szerette említeni, hogy üres zsebbel jött fel Budapestre az egyetemre s hogy az egész orvosi tanfolyam alatt maga tartotta fenn magát tanítással és — vivőleckékkel. 1868-ban szerezte meg oklevelét s még ugyanabban az évben az **Arányi Lajos** tanár vezetése alatt álló kórbonczatani tanszék mellé került mint assistens, a hol három évig maradt. Azután megnősülve, állami ösztöndíjjal külföldre utazott, egy félévet Lipcsében töltött **Ludwig** tanár szövettani laboratóriumában, a melyből egy dolgozatot is közölt a nyelv izelő bimbóiról, egy félévet pedig Berlinben s más egyetemeken, leginkább az általános kórta érdeklődve. 1872-ben, 27 éves korában, ki-nevezték az akkor megnyitott kolozsvári egyetemre az általános kórta és gyógyszer-tanárává, de tanszékét két év múlva a törvényszéki orvostanival cserélte fel. 1882-ben a budapesti egyetemre nevezett ki a törvényszéki orvostan rendes tanárává s a törvényszéki orvostani intézet igazgatójává. Az ő vezetése alatt épült 1887–1889-ben a törvényszéki orvostani intézet. Tanári állása mellett az intézethez kapcsolott anyag miatt egyúttal az államrendőrség prorectora s a budapesti kir. törvényszék orvosszakértője is volt, de a törvényszéknél viselt állásáról pár évvel nyugdíjaztatása előtt a közte s a törvényszék elnöke között felmerült véleményeltérés miatt leköszönt. Kolozsvárt 4 éven át volt dékán, az 1881/2. tanévben pedig rector, Budapestben 1896/7-ben viselte a dékáni, 1906/7-ben pedig az egyetemi rectori tiszteletet; 1916-ban m. kir. udvari tanácsosi címmel tüntették ki. 1915-ben, 70. évét betöltve, nyugalomba vonult, már mint beteg, megtört ember. Június 28-án temették abonyi tusculumból. Emléke soká fog élni tanítványai és tisztelői körében.

Kitüntetés. A király **Hutyra Ferencz** dr.-nak, az állatorvosi főiskola rectorának a magyar nemességét, **Sennyei József** dr.-nak, az országos anya- és csecsemővédő menhely helyettes igazgatójának és **Lévai József** dr.-nak, az országos munkás-betegsegélyező és balesetbiztosító pénztár főorvos-helyettesének az udvari tanácsosi címet, **Csánk Béla** dr.-nak, Beregszász város tisztii főorvosának, **Pákozdi Károly** dr. budapesti gyakorló orvosnak és **Fodor Ede** dr. marienbadi fürdőorvosnak a másodosztályú polgári hadi érdemkeresztet adományozta.

Kinevezés. **Józsa Jenő** dr.-t a bajai kórház belosztályának főorvosává, **Wallshausen Gyula** dr.-t Baján kerületi tisztii orvosá, **Rosenberg Alajos** dr.-t, a szigetvári kórház igazgató-főorvosát és **Gold Samu** dr.-t, marczali járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, **Lévai Dezső** dr. dunaföldvári pályaorvost magyar államvasúti orvosi tanácsadóvá nevezték ki.

A székesfővárosi Továbbképző Szabadiskola most zárta le első évét annak a kurzusnak, a mely a laboratóriumi segéd munkások (laboránsnők) kiképzését tűzte ki céljául. A kurzus tárgyai voltak: a minőleges és mennyileges vegytan elemei; orvoslaboratóriumi vizsgálatok (vizelet, vér, köpet stb.); táptalajok készítése; szövettani technika. A vizsgát **Gerlóczy Zsigmond** dr. egyetemi tanár elnökle mellett 12 hallgató tette le, a kiknek egy része laboratóriumokban már elhelyezést is nyert. Érdeklődők a Székesfővárosi Továbbképző Szabadiskola igazgatóságához (Aréna-út 25. sz.) fordulhatnak.

A „Budapesti Orvosi Kör Országos Segélyegylete” pénztárába befizettek alapítványt: **Lányi Izsó** dr. (Arad) 200 kor.-t; **Szarka László** dr. (Beregszász), **Glass Elemér** dr., **Prochnow József** dr., **Tur-novszky Jenő** dr., **Flóris Áron** dr., **Heinrich Kálmán** dr., **Justus Jakab** dr., **Fleischmann Hugó** dr. 100–100 kor.-t; **Egyesült budapesti fővárosi takarékpénztár** 60 kor.-t; **Doktor Sándor** dr. (Pécs) 50 kor.-t; **Mayer Árpád** dr. (Budapest), **Lichtenstein Salamon** dr. (Budapest) 40–40 kor.-t; **Fodor Oszkár** dr. (Budapest) 30 kor.-t; **Komlósi Béla**, **Katona József**, **Vámosy Zoltán**, **Lukács Imre**, **Szabó József** dr.-ok (Budapest) 20–20 kor.-t. A **Schächter Miksa**-alapra folytatólagosan befolyt: **Prochnow József** dr. (Budapest) 100 kor., **Szénássy Sándor** dr. (Budapest) 500 kor., **Hainiss Géza** dr. (Budapest) 50 kor., **Pester Lloyd** eddigi gyűjtése 3500 kor., a mely összegben benne van **Szegő Kálmán** dr. (Abbazia) 1000 koronás adománya is.

Meghalt. *Michael Károly* dr., Temesvár város tiszteletbeli főorvosa, 77 éves korában június 20.-án.

Az orvostanhallgatók száma az osztrák egyetemeken az elmúlt téli félévben a következő volt: *Bécs*: 504 férfi és 601 nő; *Innsbruck*: 87 férfi, 11 nő; *Graz*: 206 férfi, 36 nő; *Prága* (német egyetem): 157 férfi, 58 nő; *Prága* (cseh egyetem): 412 férfi, 247 nő; *Lemberg*: 174 férfi, 134 nő; *Krakó*: 339 férfi, 120 nő. A fenti számok csak rendes hallgatókra vonatkoznak.

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízgyógymód, villamos kezelések. Hízoló, soványító kúrák. Bejáróknak is. **Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon: József 44-35.**

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47. Vízgyógyintézet, gyógymechanika, orthopédia, svédgymnasztika, inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete **Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26.** Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

DOLLINGER BELA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Máriator 34.

Dr. Réh Elektromagneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Almatlanság, neurosók, neuralgiák, tabes dorsalis. — benuítások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

Dr. Eckwert és Murányi orvosi-, vegyi- és bakteriologiai-
LABORATORIUMA
Budapest, V., Lipót-körút 13, II. 12. * Telefon: 134-40.

Művégtagok járó és támasztógépek, egyenestartók, rugónélküli sérvkötők, műcipők stb. modern kivitelben készülnek
Orthopaedia-Részvénytársaságnál Budapest VI., Nagymező-u. 4. Telefon 11-08. — Gyors és individuális kiszolgálás.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.
UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.
Hüvösvölgyi Park Szanatorium Klimatikus, physicalis és diétás gyógyintézet.
Budapest, I., Hidegkúti-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145-90.
Ajánlatos bel- ideg- és szívbetegnek, üdüzőknek és rekonvalescenseknek. • Hízó-kúra.

PÁLYÁZATOK.

223/1917. eln. sz.

A Bihar vármegyei közkórház elmebetegosztályán egy kiségitő ideiglenes orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon orvostudor urakat, esetleg orvosnőket, hogy kellően felszerelt kérvényüket folyó évi július hó 15. napjáig hozzám nyujtsák be.

Javadalmazás 20 korona napidij, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás és ételmezés.

Nagyvárad, 1917 június 22.

Fráter Imre, igazgató-főorvos.

2004/1917. sz.

Az elhalálozás folytán megüresedett *alvinczi* és nyugdíjazás folytán megüresedett *oláhherpei* körorvosi állásokra ezennel pályázatot hirdetek.

a) Az *alvinczi* körhöz tartoznak: *Alvincz*, *Alsócsóra*, *Alsótátár-laka*, *Maroskarna*, *Akmár*, *Szarakszó*, *Borsómező*, *Rakató*, *Poklós* és *Oláhdálya* községek.

A körorvos székhelye *Alvincz*.

A körorvos javadalmazása:

1. 1600 korona évi fizetés (1908. évi XXXVIII. t.-cz.).
2. 500 korona évi lakbér.
3. 600 korona évi útiátalány.
4. 1200 korona évi helyi pótlék.

5. Vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.
b) Az *oláhherpei* körhöz tartoznak: *Alsóváradja*, *Felsőváradja*, *Maroscsüged*, *Lombfalva*, *Sóspatak*, *Dombár*, *Oláhherpe*, *Óregyháza*, *Demeterpatak*, *Táté*, *Berve*, *Henningfalva*, *Borbánd* és *Ompolykisfalud*.
A körorvos székhelye: *Oláhherpe*.

A körorvos javadalmazása:

1. 1600 korona évi fizetés (1908. évi XXXVIII. t.-cz.).
2. 400 korona lakbér.
3. 600 korona évi útiátalány.
4. Vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

Mindkét körorvosnak kilátásban van 600 korona fuvarátalányának 1000 koronára való felemelése.

A körorvosok kötelesek az összes községeket havonta kétszer előre megállapított napokon meglátogatni és a kör szegényeit ingyen gyógykezelnéi

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb folyó évi július hó 10.-éig nyujtsák be.

A választás napját később fogom kitűzni.

Alvincz, 1917 június 10.

A főszolgabíró.

Kapsulae Sangonor

sec. Kormos

a Gonorrhoea gyógyításának legjobban bevált hazai készítménye.

(Tartalmaz: Tiszta keletindiai sandalfa-olajt és Kawa-mézgat.)

Előnyei: Könnyen emészthető, a gyomor igen jól tűri, mellékhatások nem lépnek fel. A helyi kezelést előmozdítja, a betegség heveny és idült stádiumában.

Ezen kitűnő Antigonorrhoeicumból orvos uraknak mintadobozzal készsége szolgál:

Kormos Aladár

Magyar király gyógyszerháza

Budapest, V., Fürdő-uteza 12.

Epileptikusok

gyógy- és nevelő-intézete
BALF gyógyfürdőben,
Sopron mellett. A n. m. kir. belügyministerium

121,038/IV. a. sz. magas rendeletével jóváhagyva. Ellátmányösszeg egész évre (negyedévenként előre fizetendő) az I. oszt. 2020 kor.; a II. oszt. 1840 kor.; a III. oszt. 900 kor. Teljesen vagyontalanok a n. m. kir. belügyministeriumnak 1903. évi 9721/IV. a. sz. rendeletére az országos beteápolási alap terhére vehetők fel. A felvételi engedélyért a n. m. belügyministeriumhoz kell folyamodni. A betegek ápolásával a budai szt. Ferencz-rendi apácák vannak megbízva. Prospektusokkal szolgál Balf gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa tolnai Wosinski István dr., örökös római gróf. (Vasut-, posta- és telefon-állomás.)

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szívesen szolgál:

Dr. EGGER LEÓ és EGGER J.

Gyógyszerészeti és vegyészeti cikkek gyára

BUDAPEST, VI., Révai-utca 12. szám.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Veress Ferencz: Acneszerű általános szőrtüszőgyulladás a harcztéren. Exanthema folliculare acneiforme universale, 371. lap.

Boér Farkas: Közlemény a trencsényi cs. és kir. tartalékkórház laboratoriumából. (Vezető: Detre László dr., egyetemi magántanár, törzsorvos.) Tyúkcholera-bacillus által okozott bélfertőzés embereken. 373. lap.

Réthy Aurél: Közlemény a budapesti kir. magy. tud. egyetem orr- és gégegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.) A nyelési fájdalom kezelése gégetuberculosisban. 376. lap.

Deutsch Ernő: Közlemény a m. kir. 30. honvéd-pótzászlóalj lábadozó osztágából. Inversio viscerum completa, 378. lap.

Pándy Kálmán: Néhány megjegyzés Hudovernig Károlynak és Fabinyi Rudolfnak a carbolreactióról írott cikkeihez. 380. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Sebészet. Stabholz: A rosszindulatú daganatok modern kezelése. — *Venerás betegségek. H. Reiter:* Gonorrhoea terjedésének meggátítása a háború után. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Rosenhaupt:* Dysenteria. — *Bacmeister:* Tüdőgümőkór. — *Landeker:* Gonorrhoeás izületgyulladás. 380–381. lap.

Magyar orvosi irodalom. 381. lap.

Vegyes hírek. 381. lap.

Tudományos Társulatok. 382–383. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Acneszerű általános szőrtüszőgyulladás a harcztéren.

Exanthema folliculare acneiforme universale.

Irta: **Veress Ferencz** dr., egyetemi m.-tanár, törzsorvos, egy táborigazgató, kórház parancsnoka.

A háborúban s főként a harcztéren szerzett dermatologiai tapasztalataim azt mutatják, hogy a táborban levő katonaság között leginkább azok a bőrbetegségek uralkodnak, melyeknek létrejövetelét az elégtelen tisztálkodás, továbbá a rendszeres fehérműváltás hiánya elősegíti. Legnagyobb számmal szerepelnek az úgynevezett pyodermiák, a bőr staphylococcusos fertőzései, impetigók, ekthymák és furunculusok alakjában. A felsoroltakon kívül elég gyakran mutatkoznak azok a parasitás és saprophytás bőrbetegségek, melyek kifejlődésének egyik előfeltétele a bőr izzadása, pállása. Ilyen a trichophytiasis, az ekzema marginatum (epidermophyton inguinale), a pityriasis versicolor, pityriasis rosea, erythrasma stb.¹

A tankönyvek és a hadjárat folyamán közölt dermatologiai közlemények nem emlékeznek meg arról a bőrbetegségről, mellyel az alábbiakban foglalkozni óhajtok; mintha csodálatosképpen elkerülte volna a szakértők figyelmét.

* * *

A háború kezdete óta érdeklődéssel látom az *idősült* vagy *hevenyész* szőrtüszőgyulladások egy különös alakját, mely katonákon elég gyakran mutatkozik, holott békében nem vagy csak elvétve láttuk, és akkor sem olyan kifejezett alakban.

Minden subjectiv érzés nélkül, teljesen észrevétlenül kezdődik a bántalom azzal, hogy a törzsön és a végtagokon subacut jellegű, mákszemnyi, kölesnyi, pirosas-sárgás vagy

¹ Bizonyára minden szakembert meglephet az a körülmény, hogy az eczema a többi bőrbetegséghez viszonyítva olyan elenyészően ritkán fordul elő, holott feltételezhetnők, hogy a piszok, az élősdiék, a vakaródzás, valamint a szoros ruházat és a felszerelés nyomása hajlamosító körülmények gyanánt szerepelnek. Nem fejezhetem ki százalékokban az eczema számbeli viszonyát a többi háborús bőrbajhoz, de megállapíthatom azt a tényt, hogy a postscabiosus dermatitiseket nem tekintve — melyek nem tartoznak a tulajdonképpeni ekzémákhoz —, valódi ekzémát igen nagy bőrbeteg-állományom ellenére csak ritkán észlelhetek. Az előfordult esetek is részint olyan egyéneken mutatkoztak, akik a háború előtt is időnként eczemában szenvedtek.

szederjes-vörös kúpcskák keletkeznek szétszórtan vagy nagyon sűrűn a különben ép bőrön. A kis csomók pontosan a szőrtüszőkön ülnek s egy részük közepét lanugoszőrszál fúrja át, más részük közepét pedig egy-egy comedo alkotja. *Klinikailag tehát folliculitistről és acneről van szó.* A kivirágzás rendszeresen részarányosan lepi el a köztakarót; ám megtörténhetik, hogy általános kiterjedés mellett jelentékeny testrészek szabadon maradnak, vagy pedig az egész elváltozás a mellkasra vagy annak csupán egyik felére, vagy a hát jobb vagy bal oldalára szorítkozik. Körülbelül 1½ évvel ezelőtt láttam egy katonát a keletgalicziai fronton, kinek háta bal oldalát rendkívül sűrű folliculitises kiütés lepte el, míg teste többi része teljesen ép volt.² A tenyerek, a talpak, a könyök- és térdhajlatok, valamint az arcz bőre mindig érintetlenek. Egyik-másik esetben a csomócskák között a czombok és karkok feszítőoldalán lichen pilaris (keratosis follicularis) csomócskák is látszanak.

A körkép úgy az egyes betegen, mint a különböző esetekben nagy eltéréseket mutathat. Néha az egész kiütésnek hevenyész jellege van: apró élénkpiros folliculitisek alkotják; máskor nagyobb, sőt kis lencsényi szederjes színű acneszerű száraz csomók idősült betegség benyomását keltik; viszont hosszas fennállás után az egyes csomócskák korbeli különbségei ötlenek szembe, a mennyiben a régebbiek csúcsán savós, később genyes pustulák, majd pedig száraz pikkelyek keletkezhetnek. Vannak esetek, melyekben a gombostüfejnnyi kivirágzásokból álló kiütések egy-két hónapon át semmi további elváltozáson nem mennek keresztül és a csomók tetejében sem fejlődik savós vagy genyes váladék.

Általában két typust különböztethetünk meg: 1. a *hevenyész alakot*, melyet számtalan picziny genyes folliculitisek alkot és 2. az *idősült alakot*, mely nagyszámú kisebb vagy nagyobb *acneszerű csomóból* áll, melyek tetején szarusapkát s annak belső felületén comedót vagy kevés beszűrődött genyet találunk. Az előbbi kiütés élénkpiros, az utóbbi szederjes pirosas. A közbeeső bőr mind a két alakban egészséges.

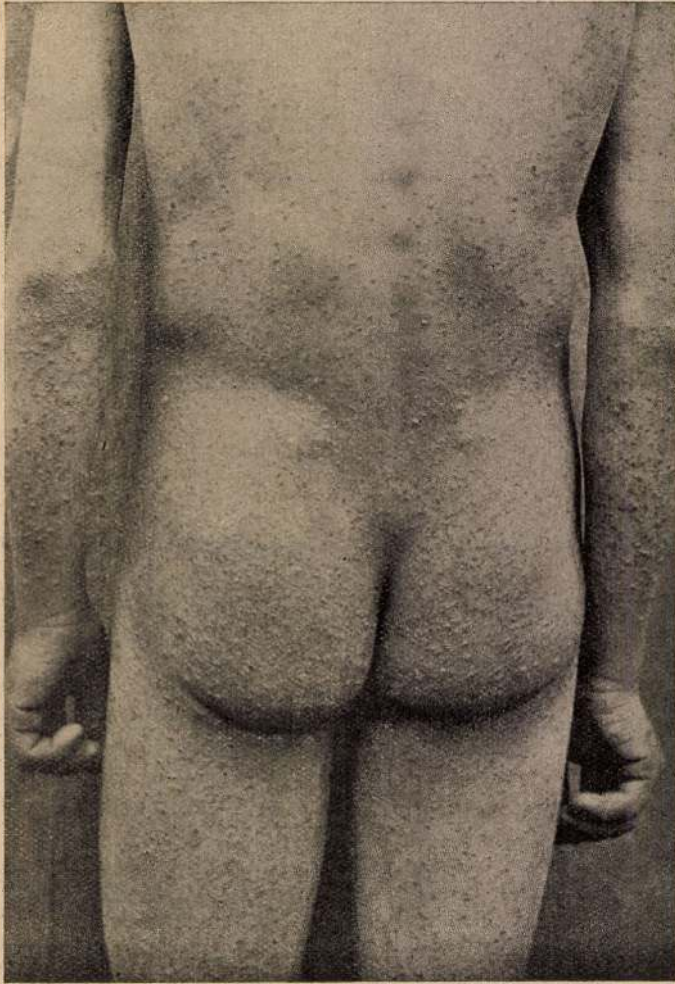
A kivirágzást bámulatos állandóság, változatlanság jellemzi.

A betegség rendkívül makacs és hosszantartó lehet. Többnyire hetekig, hónapokig eltart, anélkül, hogy viselőjének nagyobb kellemetlenséget okozna. Súlyosabb esetekben a sok száz meg ezer csomó és pustula természetesen mérsékelt

² Természetesen kizárhattam herpes zostert.

fájdalmat okozhat, de azért a könnyebb és középsúlyos esetek a szolgálatképességet nem zavarják.

A háború folyamán talán 30—40, vagy még több ilyen kifejezett esetet észleltem; ezek közül hasonlóságukra való tekintettel elég lesz 7 kórtörténetet közölnöm.



I. E. Antal 20 éves gyalogosnak két hét óta kiütései vannak. Megelőzőleg 6 hétig volt a lövészárokbans ezalatt az idő alatt sem nem fürdött, sem alsóruhát nem váltott. Felvételt 1916 december 10.-én.

A jól fejlett, közepesen táplált, kissé anaemiás, de egyébként egészséges katona bőrén következő elváltozás látható: a bőr általában kissé száraz; a karok feszítő s az alkarok hajlító oldalán, továbbá a czombok és lábszárak bőrén igen sűrűn, a test többi részén pedig elszórtan, de jelentékeny nagy számmal gombostüfejni, kölesnyi és nagyobb kúpalakú, teljesen normalis bőrön ülő, a szörttüszőknek megfelelő, élénk kékes-piros, kemény, száraz csomócskák vannak, melyek tetejüknél vagy sapkaszerűen elszarusodtak, vagy kis savós pörköt hordanak. A csomók egy részének közepe köldökszerűen behúzódott és nyomásra fagyúszerű törmelék (talán comedo?) üríthető belőlük. A könyök- és térdhajlat, nyak és arc teljesen szabad. A kiütés nem viszket, fájdalmat nem okoz, vakaródzás nyomai nem látszanak.

A gyógyítás eleinte mindennapos fürdőkkel és 5%-os kénzink-pasztával való bekenésből állott, de miután két heti ilyen kezelésnek semmi eredménye nem volt, salicylvaselint, majd chrysarobint alkalmaztunk ugyancsak eredménytelenül. A chrysarobin-dermatitis elmulása és lehámlása után előtűntek az előbbi csomók. Később naphtolkenőccsel próbálkoztunk, végül 10, 50 és 100 millió polyvalens staphylococccussal vaccináztunk. Mindezek a beavatkozások csak alig látható javulást okoztak. A folliculitisek idővel lassacskán mégis csak leszáradtak és barnás, behúzódott, élesszélű heggel gyógyultak. A beteg 1917 március 2.-án, tehát 80 napi kezelés után bocsátottuk el.

II. D. Michael 19 éves gyalogost felvettük 1916 november 16.-án. 6 hét óta voltak kiütései. Lassanként, észrevétlenül keletkeztek, de nem fájtak, nem viszkettek, csak ha a ruha erősebben dörzsölte, sajogtak. Felvétele előtt egy hónapig volt lövészárokbans s ez idő alatt nem fürdött és fehérneműt nem váltott.

Erőtlen, jól fejlett, különben egészséges ifjú, törzsén és felső végtagjain csupán néhány elszórt kölesnyi-lencsényi csomó.

Az alsó végtagok bőrén azonban sűrű kiütés látható.

Gombostüfejni, kölesnyi, helyel-közzel kis lencsényi, kiemelkedő, kúpos vagy lapos tetejű, vöröses-kékes, tetejüknél pikkellyel el látott vagy közepükben comedót tartalmazó, száraz csomócskák láthatók a szörttüszők helyén. A bőr egyébként normalis, nem száraz, vakaródzás nyomai és lichen pilaris nem láthatók rajta.

Miután 6 napon át fürösztöttük és indifferens kenőcsökkel kentük, november 21.-én helyszűke miatt változatlan állapotban elbocsátottuk.

December 11.-én csapatától újból beküldték a kórházba. A bőrelváltozás nem módosult. Therapia: mindennapos fürdő és 5%-os kén-salicyl-zinkkenőcs; december 21.-én a kiütés valamivel halványabb, a csomócskák kissé elszarusodtak, laposabbá váltak. Javultan, de nem gyógyultan elbocsátottuk.

III. Sk. Wenzel, 20 éves gyalogos, felvételt 1917 január 23.-án. Két hét óta testén kiütések vannak, melyek nem viszketnek. Két hónap óta nem fürdött, inget 2—3 hetenként váltott; 1914-ben állítólag hasonló kiütései voltak.

Teljesen egészséges szervezetű, kissé halvány egyén. Mellén, oldalán, hasán, czombjain, derekán, karjai hátulso felületén nagyon nagyszámú mákszemnyi-kölesnyi, szederjes piros, tömött, erősen kiugró, gömbölyű tetejű csomócska van.

A régebbiek tetején colliquatiós necrosis: a csomócskák felső része ellágyul, köldökszerűen behúzódik és sűrű, zavaros váladékká alakul át, mintha egy comedo a közepükön ellágyult volna. Az arc, nyak, váll és a kiütések közötti bőr teljesen ép. Gyógyítás: fürdők, kénzink-pasta, előbb egy, majd 4, később 10 millió polyvalens staphylococcus-vaccina stb. Az elváltozások két hét alatt sokat javultak. Február 1.-én a beteg lényegesen javultan távozott.

IV. Ch. Markus, 29 éves tüzér, 12—14 nap óta veszi észre, hogy testét sűrű kiütés lepi el, mely sem nem viszket, sem nem fáj. 5—6 hét óta nem fürdött, fehérneműt állítólag hetenként kétszer vált.

A kezek, arc és nemzörések kivételével az egész köztakarón rengeteg nagyszámú, mákszemnyi-kölesnyi, legfeljebb kis lencsényi, tetején többnyire genyitüszővé átalakult piros, száraz csomócska van a folliculusok helyén. A kiütés legsűrűbb a felkarok külső oldalán és a vállakon, a hol a kis csomók egymást érik. Vakarásnak vagy közönséges pyodermiának nyomát sem találni. A körkép rövid jellemzése ez: ezer és ezer szörttüsző acut és subacut gyuladása teljesen ép bőrön. Az egyes csomócskákat élénk-piros keskeny szegély környezi. Ebben az esetben, mely a hevenyész alakhoz tartozik, acneszerű csomók nem voltak, csupán egyenlően hevenyész, genyes folliculitisek ezrei.

Fürdők, 5%-os resorcin-zinkkenőcs, ismételt vaccinációk után február 7.-ére a kiütések leszáradtak s helyükön pigmentált hegek maradtak vissza.

V. M. Martin, 25 éves tüzér, felvételt 1916 december 10.-én. Négy héttel azelőtt testén kiütések keletkeztek, melyek kellemetlenséget nem okoztak. Havonta egyszer fürdött, alsóruhát hetenként egyszer váltott.

Testszerte, de legnagyobb számmal a karok, vállak, mell, farpofák és czombok bőrén számos kisebb-nagyobb, kékes-pirosas, idősült follicularis csomócska van, melyek közepén köldökszerű bemélyedés s abban comedo-formájú tartalom, a régebbi csomók tetején pedig szárusapka látható. A bőr egyébként teljesen ép, vakaródzás nyomai nincsenek.

A gyógyítás olyan volt, mint a fenti esetekben; gyógyulás igen lassan köszöntött be: a kiütések zsugorodtak, elszarusodtak, lehámoltak és pigmentált, kissé behúzódott hegeket hagytak hátra.

Február 12.-én két hónapi kezelés után gyógyultan bocsátottuk el.

VI. P. Miklós, 21 éves gyalogos, 14 hónap óta van egyfolytában a lövészárokbans. A csapat kéthetenként járt fürödni, de őt a szolgálat legtöbbször megakadályozta abban, hogy fürödni menjen. Fehérneműt 1—2-havonként váltott. Fürdéskor a ruhákat fertőtlenítették ugyan, de nem moshatták ki. Kiütései két hét óta vannak. Felvételt szakasztott olyan kiütésekkel, mint a milyeneket a III. esetben írtunk le. Jelenleg még gyógyítás alatt van.

VII. M. Péter, 20 éves honvéd, 5 hónapja van a lövészárokbans. Ez alatt az idő alatt egyszer fürdött, mielőtt a kórházba jött, fehérneműt két ízben váltott. Kiütéseit körülbelül 3—4 hét óta veszi észre.

A sápadt, vértelen, de egyébként jól fejlett ifjú bőrén, még pedig vállain, karjain, czombjain, lábszárain, farpofáin és hasán rendkívül sűrűn elhelyeződött kiütés látható, melynek egyes alakelemei kölesnyi-lencsényi, erősen kiugró, gömbölyű tetejű, szederjes-pirosas csomók. Ezek tetején egy-egy szorosan odatapadt száruslemeze van, melynek erőszakos eltávolításakor a csomó közepéből egy vagy két comedót is kihúznak vagy pedig picziny, genyes pustulát nyitunk meg. A bőr egyébként teljesen egészséges, csupán kissé vértelen, sápadt.

Valamennyi eset közös jellemvonása, hogy az egyes kivrágások — ha még oly sűrűn vannak is — teljesen ép bőrön ülnek. Sok ezer csomócska között sem látunk, legalább kezdetben, egyetlen pyodermiás elváltozást sem. Ebből arra következtethetünk, hogy nem közönséges bőrgenyedéssel, hanem a szörttüszők kizárólagos és önálló betegségével van dolgunk. Typusos esetekben még nagyon hosszas fennállás után sem keletkeznek impetigók, furunculások vagy ekzémás elváltozások.

Ennek a betegségnek alakelemei igen közönséges, ismert elváltozások. Csupán az a feltűnő és szokatlan, hogy ez a nagyszámú folliculitis és acne önállóan és óriási számmal keletkezik kimutatható biztos külső vagy belső ok nélkül, hónapokig fennállhat, majd genyesen beolvad vagy

szárazon lehámlik s pigmentált heg hátrahagyásával gyógyul. Jogosan nevezhetők tehát ezt a betegséget *exanthema folliculare seu acneiforme universale*-nak.

A fenti leírás természetesen típusos, tiszta esetekre vonatkozik. Vannak esetek, a hol pyodermiás vagy ekzémás bőrön fejlődnek ki folliculitisek és acneszerű csomók másodlagosan vagy mellékesen. Ilyen eseteket itt figyelmen kívül hagyunk.

A *kórjelzés* szempontjából kizárható az *ekzema*, még annak *follicularis* alakja is, mert a kiütések közötti bőr mindvégig ép; összeolvadás, diffus gyuladás, nedvezés, viszketés nem fejlődik ki. *Lichen pilaris* vagy *keratosis follicularis soha el nem genyesedik* és csak a végtagok feszítő oldalán szokott keletkezni, tehát itt nem jöhet szóba; legfeljebb azt kell tudnunk, hogy véletlenül egyidejűleg előfordulhat ugyanazon a betegen. Ki lehet zárunk a *lichen scrofulosorum* is, habár ennek egyes alakelemei a megtevéstésig hasonlíthatnak közönséges folliculitisekhez. Am a lichen scrofulosorum csoportosan jelenik meg vagy szép kanyargós, csipkészerű széllel rendeződik el; az egyes csomócskák közötti bőr vörös, gyuladt s a betegség olyan gyermekeken vagy ifjakon fordul elő, a kik tüdő-, mirigy- vagy bőrtuberculosisban szenvednek. A *lichen ruber acuminatus* és a *pityriasis rubra pilaris* oly típusos és súlyos bőrbetegségek, melyek egy még oly kiterjedt follicularis exanthemától is könnyű szerrel megkülönböztethetők.

Aetiologiai szempontból felemlíthetem azt, hogy a betegséget többnyire többé-kevésbé *anaemiás közkatónakon* észleltem s hogy ilyen betegünk nagyobb része egyenesen a *lövésárokból* került hozzánk, a hol — mint elmondták — 4–6 hétig nem fürödhetek és *alsóruhát nem válthattak*, mert ebben a szolgálat vagy valamely véletlen körülmény megakadályozta őket. A betegek egy másik része a hadtápkörletből jött a kórházba és volt olyan is köztük, ki *rendszeresen, minden héten fürdött* és hetenként tiszta fehérneműt váltott. *Ruhátút egyiken sem találtam*. Egészen fiatal, savós váladékkal telt, kis pustulákból különböző esetekben ismételt oltottam agarra, anélkül, hogy valamelyes tenyészet megindult volna rajta. *A friss follicularis pustulák tartalma tehát csiramentesnek látszik*, legalább a mi a staphylococcusokat illeti. Staphylococcus-vaccinák reakciót a kiütéseken nem váltanak ki.

Hogy az *anaemiának* vagy *hús bőséges fogyasztásának* van-e szerepe a betegség kiváltásában, nem tudom, de nem is zárhatom ki, sőt valószínűnek tartom, tekintve azt, hogy katonáink nagy része békében húst alig eszik. Némi analogiát — mutatis mutandis — látok közte és az acne vulgaris (juvenilis) aetiologiája között. A mint az acne kórokozóiban egyebekben kívül a *vértelenség* és a *zsíros húsos táplálkozás* bizonyos általánosan elismert szerepet játszik, úgy nem lehetetlen, hogy ezek az aetiologiai körülmények ennek az önálló follicularis és acneiformis exanthemának a kifejlődését is elősegítik. Ha pedig létrejövételéhez okvetlen *külső izgalom* hatása is szükséges, akkor azt abban a körülményben találhatjuk meg, hogy a *harctéri katona*, még hogyha fehérneműt rendszeren vált is, *éjjelre nem vetkezhetik le s így elég szoros ruházata hónapokon át éjjel-nappal szakadatlan izgatja bőrét*.

Az elváltozás *gyógyulási hajlama feltűnően csekély* A különböző redukáló szerek huzamos használata után is alig látunk némi javulást. Egyik esetemben chrysarobin-kenőccsel heves bőrgyuladást idéztem elő; ennek ellenére a dermatitis lezajlása után a régi állapot mutatkozott. Polyvalens staphylococcus-vaccinák reakciót nem idéznek elő. Ez a körülmény látszólag megerősíti azt a felvételt, hogy itt nem közönséges staphylococcusos bőrfertőzéssel van dolgunk. Mindazonáltal a kórházi tartózkodás, a különböző kezelése, fürösztések s talán az intézetben a könnyű, szellős öltözködés együttvéve mégis javulást vagy teljes gyógyulást von maga után. Az egyes folliculitisek súlyosabb esetekben elgenyednek, könnyebb esetekben csak a csomók teteje colliquálódik. Előbbi esetekben pigmentált, elég mély és éles

szélű hegecskék maradnak vissza, mint acne necrotica vagy tuberculid (folliclis) után. Könnyebb esetekben semmi, vagy csak enyhe pigmentfolt jelzi a lezajlott szörtüszőgyuladás helyét.

Mai viszonyaim közepette — sajnos — nem juthattam hozzá az egyes alakelemek szövettani megvizsgálásához, pedig ez eldöntené esetleg azt a kérdést, hogy egy, két vagy többféle bántalommal van-e itt dolgunk.

Hogy a betegség recidivál-e, erre vonatkozólag nincsenek tapasztalataim s a betegek bemondása nem eléggé irányadó.

Az előadottak összefoglalása alapján erről a kóralakról a következőket mondhatom:

1. *Harctéri katónakon elvéve, de a patiensek nagy száma miatt mégis elég gyakran észlelhetjük a törzs és végtagok folliculusainak olyan kiterjedt subacut vagy idősült gyuladását, melyet békében ilyen kiterjedésben és gyakoriságban nem szoktunk látni.*

2. *A gyuladás típusos esetekben tisztán a folliculusokra szorítkozik, még akkor is, ha azok elgenyednek. A környező bőr mindig teljesen egészséges.*

A folliculusok gyuladása két alakban fejlődik ki ebben a szóban forgó betegségben: 1. *hevenyész folliculitis, savós, később genyes pustula* alakjában és 2. *idősült acneszerű nagyobb csomók* képében, melyek közepén comedót vagy besűrűsödött genyet találunk szarúpikkely vagy száraz pörk alatt. *A betegséget a klinikai képek megfelelően folliculitis universalisnak vagy exanthema folliculare acneiforme universalisnak lehetne nevezni.*

3. *A betegség önállóan jelentkezik, viszketés, vakaródzás nem előzi meg, tehát nem rüh vagy tetvesség okozta vakaródzás következménye. Az esetek nagyobb részében anaemiás katónakon fejlődik, kik sokáig voltak lövésárokból, a hol hetekig, hónapokig nem fürödhetek és alsóruhát nem válthattak. De előfordulhat a betegség tisztatestű hadtápos katónakon is.*

4. *A friss follicularis csomók tartalma, még ha tisztán genyes pustulává alakult is át, csiramentesnek látszik, legalább a mi a pyogen coccusokat illeti.*

5. *A betegség kóroktanilag tehát nem sorozható a pyodermiák sorába, már csak azért sem, mert típusos esetekben sohasem szövődik impetigóval, ekthymával vagy furunculosis-sal. Előidézésében valószínűleg a ruházat állandó (éjjeli és nappali) dörzsölése szerepel mint külső ok s emellett — miként acne vulgarisnál — talán a vérszegénység és túlságos húsos táplálkozás jöhet számba mint hajlamosító körülmény.*

6. *Gyógyulása több heti, néha több hónapi kórházi kezelést igényel. Szokásos redukáló szereink hosszú ideig hatástalanok lehetnek súlyosabb esetekkel szemben. A folliculitisek és acneszerű csomók eltűnése után vagy sima pigmentfoltok, vagy behúzódott éles szélű pigmentált hegek maradnak vissza.*

7. *A könnyű esetek nem igényelnek gyógyítást, a szolgálatképességet csak az igen kiterjedt, sűrű, súlyos follicularis exanthemák zavarják.*

Közlemény a trencsényi cs. és kir. tartalékkórház laboratóriumából. (Vezető: Detre László dr., egyetemi magántanár, törzsorvos.)

Tyúkcholera-bacillus által okozott bélfertőzés emberen.

Írta: Boér Farkas dr., egyetemi tanársegéd, a laboratóriumba beosztott népfelkelő segédorvos.

A fertőző betegségek terjedésében, amint ismeretes, igen nagy szerepet játszanak az ember környezetében élő állatok. Legtöbbször olyan kórokozókat közvetítenek, a melyek magára a közvetítő állatra nincsenek pathogen hatással. Máskor az állatról emberre áterjedt betegség csirája egyaránt pathogen emberre és állatra, habár ezeket a betegségeket mint állatbetegségeket fogják is fel. Egy harmadik csoportja az

állatbetegségeknek csak kivételesen terjed át az emberre, főként a beteg állattal való foglalkozás közben. Így átragadhat a sertés-orbáncz a beteg állat gondozójára, vagy a madár tuberculosus állatkertekben a madarak etetőjére.

Egy ilyen különleges fertőzésről kívánok beszámolni, a hol egy jól ismert állatbetegség bacillusa emberben mint kórokozó szerepelt.

A tyúkcholera-nak nevezett madárbetegségről van szó, melyet a *bacillus avisepticus* okoz. Ezen betegség a legkülönbözőbb szárnyasokon fordul elő járvány alakjában, de legtöbbször a házi szárnyasok esnek áldozatul, még pedig tömegesen és igen rövid idő alatt, a mi a *b. avisepticus* rendkívüli mérgező hatásáról tesz bizonyosságot a szárnyasok között. A beteg baromfi egy-két napi incubatio után néhány óra alatt elgyengül, aluszékony lesz, majd heves hasmenés mutatkozik, fehéresszürke tejfelszerű széklettel. Már az első napon láz áll be; a második napon rohamosan fokozódnak az előbb említett tünetek és az állat elpusztul. Néha a betegség hosszabb lefolyású, több napig, esetleg egy hétig is eltart; ilyenkor a hasmenés nem olyan heves, ellenben az állatok igen lesaványodnak, aluszékonyak. Bonczolásor gyakran találni a szárnyasokban genyes vagy fibrines pericarditist, peritonitist. A belek nyálkahártyája erősen belövelt, duzzadt, sok apró vérzéssel; vérzések egyébként más szervekben is gyakran találhatók. A máj és lép rendesen duzzadt, nagyon bővére.

Az elhullott szárnyas máj- vagy lépkaparékában, továbbá a savóshártyák izzadmányában, de a vérben is igen nagy számmal található a kórokozó mikrobák. Nemkülönböztetve a bélsár is tartalmazza a bacillusokat.

A kórokozó bacillus (*b. avisepticus*, *b. cholerae gallinarum*, *b. bipolaris septicus*) zömök, kurta, lekerekített szélű.

Jellemző, hogy polusfestést mutat, továbbá, hogy a nagysága igen változó, néha hosszabb pálczika, máskor oly rövid, hogy csaknem coccus-alakú. (Sokszor láttam ilyen coccus-alakokat olyan elhullott baromfiaknak a vérében vagy májkaparékában, amelyek hosszabb ideig voltak betegek.) Tokot a bacillus az állatokban mindig termel, mesterséges tenyésztésnél csak az idősebb kulturákban van néha tokja. *Gram* szerint nem festődik, önálló mozgással nem rendelkezik, sporát nem termel.

Tenyészetek a közönségebb táptalajokon is jól sikerül. Ferde agaron gombostüfejni, átlátszó, kissé szürkés színű, kerekded, szerkezet nélküli telepei vannak. *Endo*-féle táptalajon szintelenül, *Drigalski*-n kéken nő. A húsvet kezdetben egyenletesen zavarosítja, idősebb tenyészetben durvább üledék is jelentkezik, melyet erős rázással sem sikerül teljesen eloszlatni.

Biztos ismertető jele a tyúkcholera-bacillusnak igen nagy virulentiája szárnyasokra, nemkülönböztetve házinyúlra. Galamb szárnyvenájába fecskendezve a tiszta tenyészet emulsiójából néhány cseppet, az állat 30—48 óra alatt majdnem mindig elpusztul, a betegségre jellemző tünetek között; ugyancsak ennyi ideig él a nyúl is, ha a fülvenán át fertőzzük. De elpusztul a házinyúl és a galamb akkor is, ha a táplálékkal juttatjuk belé a bacillusokat. Természetes úton a fertőzés a beteg szárnyasok ürülékével történik, melyek a baromfiudvart és a táplálékot fertőzik.

Igen feltűnő a bacillus formai hasonlósága az emberi pestis bacillusához, sőt az idősebb kulturákban olyanforma elfajulásos alakokat lehet találni, a melyenek a pestis-tenyészetekben is előfordulnak.

Hasonló *bipolaris* bacillusok okoznak hasonló betegséget egyébként madarakon is, a különbség abban van, hogy az egyik madárfaj bacillusa nem pathogen a másikra.

Ugyancsak ilyenszerű bacillusok okoznak septicaemiás betegséget emlősökön is, pl. a sertésvész (a német sertésvész) okozója (*b. suisepiticus*) szintén ebbe a csoportba tartozik. Az emlősökön is a különböző fajoknak megvan a maguk saját bacillusa, a mely csak az illető fajra pathogen hatású. (Vadvész, bivalyvész stb.)

Jelenleg Magyarország legkülönbözőbb vidékein ural-

kodik tyúk-cholerajárvány. Én a *trencsényi tartalékkórház* liba-állományában leltem a járványt még a tavasszal tömegesen, azóta állandóan fordulnak elő esetek a libák és tyúkok között az egész környéken.

Hogy a *b. avisepticus* emberre is pathogen lehet, egy esetben észlelhettem, a hol rendkívül heves gyomor-bélhurutot okozott; és hogy ezen esetben a tyúkcholera-bacillus nemcsak véletlenül, mint ártatlan saprophyta tanyázott az emberben, hanem valóban kórokozó hatású is volt, az igazolható a megejtett serologiai vizsgálatokkal.

A betegség következőképpen folyt le:

A 32 éves, magas termetű, igen erős izomzatú beteg (orosz hadifogoly) előadja, hogy két nappal ezelőtt hirtelen rosszul lett, a hideg kirázta, igen sokszor hányt, erős hasmenése volt. A láza még mindig tart, nemkülönböztetve a hányása és hasmenése is.

Kérdésre elmondja, hogy valami különösebb táplálékot nem evett, hanem azt kapta, a mit a többi munkába járó fogolytársa. Fájdalmi vannak a hasában, általában igen gyengének érzi magát.

Vizsgáláskor a lép kissé nagyobb (felül tompulat a VIII. bordáig, alul éppen tapintható). A has igen puffadt, tapintásra érzékeny és ilyenkor az erősen telt belek korgó hangot adnak. Roseola vagy más kiütés nincs; a mellüreg szervei épek. A vizeletben fehérje nincs, a diazoreactio negatív. A beteg hányadéka zöldes, híg folyó. A szék tömeges, igen híg, vizes, szürkés-zöldes színű, vért nem tartalmaz. A hőmérsék 39.4°, a pulsus szapora. Hányása igen sűrűn van a betegnek, nemkülönböztetve hasmenése.

Ezen tünetek alapján leginkább egy a paratyphus-csoportba tartozó betegség volt felvehető; az ázsiai cholera, a melyre különben nagyon emlékeztetett a kórkép, kizárható volt már a magas láz miatt is.

Azonnal megkezdettem a bacteriologiai székvizsgálatot a beteg bélsarával. A typhus-csoport bacillusaira való vizsgálatnál szokásos módon szélesztettem *Endo*- és *Drigalski*-táptalajra; a teljesség kedvéért oltottam peptonvízbe és bouillonba. Teljesen meglepő képet nyújtott a bélsárból előállított felkent tárgylemez-készítmény. Fuchsinfestéssel nagy tömegét láttam egy zömök, lekerekített szélű, polusfestésű bacillusnak, mely legtöbbször 8—10 tagból álló lánczokat alkotott vagy csoportokba rendeződött.

Ezen bacillusok igen nagy tokkal bírtak. Tus + fuchsin-készítményben a tok legalább kétszerese a bacillus vastagságának. A csoportok sokszor közös tokban foglalnak helyet *zoogloea*-szerűleg; ilyenkor a tok követi szélével a bacillus-csoport alakját.

Első pillanatra emlékeztettek ezek a bacillusok a tyúkcholera okozójára, feltűnő csak a lánczokba való rendezkedés és az igen nagy tok volt. Ugyanis elpusztult szárnyasok vérében vagy máshonnan vett kaparékában lánczokat soha sem láttam, még a kettős alak is ritka; a tok pedig sokkal kisebb, ha nem is hiányzik, *zoogloea*-alakok szintén nincsenek. *Gram* szerint ezek a *bipolaris* bacillusok függőcseppben nem festődtek, nem mozogtak. Ezen bacillusokon kívül csak kevés számmal találtam a bélsár felkent készítményében elég hosszú, vékony pálczikákat, melyek függőcseppben élénken mozogtak. Gyors mozgású (*ázsiai cholera*) vibrióknak nyoma sem volt, hanem az egész képen a leirt tokos *bipolaris* bacillus uralkodott.

Tekintetbe véve, hogy tyúkcholera-járvány volt a városban, lehetőnek tartottam a fertőzést a *b. avisepticussal*, ezért a vizsgálatot ebbe az irányba is kiterjesztettem.

Másnapra *Endo*- és *Drigalski*-féle táptalajon vörös coli-telepek mellett kisebb átlátszó coloniákat kaptam, melyek közül több lekerekített végű, apró bacillusokból állott, melyeken felismerhető a polusfestés. *Gram* szerint nem festődtek ezek a bacillusok.

Más átlátszó, szintelen, illetőleg kék, kicsi telepek *staphylococcus*oknak bizonyultak. A polusfestésű bacillusokból álló gyanús telepekből állatoltásra elegendő mennyiség nem fejlődött, ezért elegendő mennyiség nyerése céljából

úgy Endoo-, mint Drigalski-táptalajról közönséges agarra oltottam át egyes telepeket, oly módon, hogy a coloniákból steril physiologiás konyhasós vízzel hig emulsiót készítettem és abból szélesztettem egy-két cseppnyit. Egy nap elteltével igen sok 1½—2 mm.-nyi átmérőjű, átlátszó, kissé szürkés, kerekded telep fejlődött, a legtöbb lemezen staphylococcusok tűszúrásnyi telepeivel vegyesen. Az egyik agarlemezen csakis a nagyobb szürkés, átlátszó telepek fejlődtek, melyek mind a rövid, lekerekített, zömök, polusfestésű bacillusokból állottak, vagyis egyszeri átoltás után tiszta tenyészetét kaptam a beteg ürülékéből a tyúkcholera gyanús bacillusoknak.

A béltartalomtól oltott húslében másnapra erős, egyenletes zavarodás jelentkezett, mikroskop alatt sok polusfestésű jellemző bacillus, ezenkívül staphylococcusok és mozgó, vékonyabb, hosszú bacillusok tenyészték ki. Ezen húslétenyészet néhány cseppjét is szélesztettem közönséges agarlemezen, a hol megkaptam a jellemző alakokat.

Azonkívül a húslétenyészetből 0.5 cm³-t egy felnőtt igen erős (4 kgr.) nyúl fülvenájába injiciáltam. 24 óra múlva a nyúl láthatólag beteg, alig mozog, nem eszik, hőmérséklete 39.3°. Az oltástól számított 48 óra múlva elpusztult. A bonczoláskor, mely a beállott halál után 5 órával történt, a belek erősen injiciáltak, a tüdők alsó lebenyeiben több lencsényi, illetve borsónyi tömött, igen sok vért tartalmazó terület van, melyek élesen elhatárolódtak a környező ép tüdőszövetétől. A lép igen erősen duzzadt, rendkívül vérbő. A máj szintén duzzadt, vérbő. Felkent készítményben carbolos methylenkék- vagy Giemsa-festéssel a jellemző polusfestésű alakokat megtaláltam igen nagy tömegben a máj és a lép kaparékában, kisebb mennyiségben a szív vérében, a mi azt mutatja, hogy a beoltott vegyes húslé-culturából csak a gyanús polusfestésű alakok szaporodtak fel a nyúlban, vagyis, hogy ezek voltak rá a legvirulensebbek.

A nyúl lépéből, májából és szívérből oltottam egy-egy ferdeagarra és bouillonba. Másnapra mind a három agaron igen sok jellemző telep nőtt ki, de nem teljesen tisztán, a mennyiben voltak itt-ott nagyobb átlátszatlan, vastag telepek csekély számmal, melyek Gram szerint pozitív, vastos bacillusokból állottak. Ezen utóbbi bacillusok nyilván a rothasztók csoportjába tartoznak, megjelenésük a kulturákban érthető, ha tekintetbe vesszük, hogy a nyúl szerveiből csak 5 órával az elpusztulása után történtek az oltások, mely idő elegendő arra, hogy rothasztó csírák hatoljanak be a meleg szobában tartott hulla vérébe és vérdús szerveibe. A nyúl-kísérlet a bonczolással és a bakteriologiái vizsgálással azt mutatta, hogy a nyúl a *b. avisepticus* által okozott septicaemiában pusztult el.

A nyúl vérből nyert agartenyészetből emulsiót készítettem élettani konyhasó-oldattal (kb. egy kacsnyi egy cm³-re) és abból 0.3 cm³-t felnőtt galamb szárnyvenájába oltottam. A galamb 24 óra múltán nem mozog, tollát borzolja, hasmenése van; 38 órával az oltás után kimúlt. A bonczoláskor a tyúkcholera-nál szokásos képet kaptuk: a belek hasártyája erősen belévelt, nyálkahártyája sötét-veres, bársonyosan duzzadt, helyenként apró tűszúrásnyi vérzésekkel; tartalma bő mennyiségű, szürkés-fehér, híg, tejfelszerű anyag. A lép, máj, nemkülönben a vesék bővérűek, duzzadtak. A májban sárgás (nyilvánvalóan zsírosan elfajult) fakó foltok. A pericardiumban valamivel több zavaros folyadék, a zsigeri lemez alatt apró éles-szélű, nyomásra el nem tűnő vérzések folt. Felkent készítményben nagy tömegben láthatók a polusfestésű bacillusok a máj, a lép és vesék kaparékában, a pericardium izzadmányában és a jobb szívből vett vérben. Tenyészet a májból, vérből és pericardialis izzadmányból készült, a culturák teljesen tiszták és a jellemző tyúkcholera-bacillusokból állanak. Ez a kísérleti galamb is tyúkcholera-bacillusokból állnak. Ez a kísérleti galamb is tyúkcholera-bacillusokból állnak. Ez a kísérleti galamb is tyúkcholera-bacillusokból állnak. Ez a kísérleti galamb is tyúkcholera-bacillusokból állnak.

A tenyésztés és a két leírt állatkísérlet kétségtelenül bizonyítja, hogy a beteg béltartalmában látott *bipolaris bacillusok* valóban megfelelnek a tyúkcholera bacillusának.

Tudva azt, hogy a beteg szárnyasok vérében mindig

megtalálható a *bipolaris bacillus*, megpróbáltam a beteg vérből is tenyészetet készíteni. Ezért a vena medianából vett vért bouillonba és ferdeagarra oltottam. Ezek a culturák azonban teljesen sterilek maradtak. De ez a kísérlet nem értékesíthető arra nézve, hogy a bacillusok nem kerültek bele a beteg véráramába, mert a vérvétel már csak a beállott láztalanodás után történt, a mikor már megszűnhetett az előzőleg esetleg fennállott bacteriaemia.

Különben figyelemmel kísértem a betegen a tyúkcholera-bacillusok viselkedését a béltartalomban. Az észlelés második és harmadik napján a bélsár felkent készítményében még igen sok a jellemző bacillus, a leírt módon való elrendezésben. Később, egy hét, illetve egy hónap múlva, a bacillusok már nem láthatók a fenti módon vizsgálva, sőt a tenyésztési próba is negatív eredményt adott. A beteg tehát gyógyulása után bacillusrejtő nem volt.

A betegség további lefolyása így alakult: A beteg az észlelés második, tehát a betegség negyedik napján kritikusan deferveskál, de a hányás és hasmenés még mindig tart. Ugyanekkor észlelhető még a lépmegnagyobbodás is. Az ötödik napon szintén láztalan, a hányás és hasmenés még megvan, de már csekély mértékben. A hatodik napon ezek a tünetek is elmaradnak és a beteg néhány napi ágybanfekvés után gyógyultnak tekinthető.

Utólagos kikérdezéskor a beteg elmondja, hogy betegsége előtt egy héttel a városban mint kőműves több baromfiót tisztogatását és tatarozását végezte. A város azon részében, a hol dolgozott, sok baromfi pusztult és őt is éppen a járvány megakadályozása céljából bízták meg a ketreczek tisztogatásával. Szárnyashúst állítólag régóta nem evett.

Miután a beteg béltartalmából kitenyésztett bacillusról kétségtelenül kitént, hogy az a tyúkcholera bacillus, felmerült a kérdés, hogy vajjon ez a bacillus volt-e ebben az esetben a kórokozó, vagy csak mint ártatlan saprophyta tartózkodott a bélben?

A kérdés eldöntésére első sorban agglutinálni próbáltam a tiszta tenyészetből készült emulsiót* a beteg serumával. A reactio cseppben történt Petri-csészében 10, 20, 40, 60 és 100-szoros hígításban. Teljes agglutinatio jött létre a 10, 20 és 40-es hígításban; fekete alapon szabad szemmel tekintve, a csepp csakis rögeket tartalmaz, a folyadék teljesen feltisztult, vagyis az emulsióban volt bacillusok teljes számmal csomókba gyülekeztek. A 60-as hígításban is jól látható a csomósodás, főként lupeval; azonban itt a folyadék nem teljesen tiszta, hanem kissé még homályos. Kontrollképpen konyhasós emulsió szolgált egyfelől, másfelől hasonló hígításban két egészséges ember seruma. Az így beállított ellenőrző próbák mind negatívek voltak, a cseppek teljesen homogen emulsiót alkottak. A bacillus tehát önmagában nem agglutinált (első kontroll); másfelől pedig normalis ember savója sem agglutinálja (második kontroll). Az agglutinatio különben 37°-os thermostatban 1½ óra alatt állott be, hosszabb állás után sem változott. Ugy gondolom, hogy ez a jelenség mint specifikus agglutinatio fogható fel és bizonyítja a tyúkcholera-bacillusok kórokozó szerepét a betegen. Igaz ugyan, hogy az agglutinatio csak 60-as hígításig sikerült, de tekintetbe kell venni, hogy ezen csoport bacillusai csak nehezen agglutinálhatók; normalis ember-serummal pedig egyáltalán nem kaptam agglutinatiót.

A complementkötési kísérlet is specifikus antigen-antitest-reactiót mutatott. A próbát a beteg 1/2 óráig 56°-on inaktivált vérserumával és tengerimalacz friss serumával mint complementummal végeztem; antigen gyanánt a tiszta tenyészetből nyert kivonatokat használtam, melyek különböző módon készültek.

Először alkoholos kivonattal végeztem a kísérletet, a mely olyan módon készült, hogy sűrű vizes emulsióhoz 1:9 arányban abszolút alkoholt kevertem, majd 3/4 órai ráztatás után 24 óráig ülepittem. Ezen kivonat csökkenő mennyiségeit vettem állandó mennyiségű serummal és complementummal. Az eredmények a következők:

* A culturát régebben tenyésztettem elhullott libából.

Az antigen legnagyobb dosisának meghatározására végzett kísérlet:

Antigen	Complement	Eredmény
1/4	1	—
1/2	1	—
3/4	1	—
1	1	—
1 1/2	1	—
2	1	—
2 1/2	1	+
3	1	++

A főkísérlet táblázata:

Beteg-serum	Complement	Antigen	Eredmény
2	1	1/4	—
2	1	1/2	+
2	1	3/4	±
2	1	1	+
2	1	1 1/2	++
2	1	2	++

Ezen táblázatokról kitűnik, hogy a míg az antigen önmagában csak 3 mennyiségben adott kötést, addig a főkísérletben 1/2 mennyiséggel is volt már kötés, a mi ha kettőt vesszük ezen beállításban a legnagyobb adagnak az előbbi tábla alapján, akkor annak 1/6-át teszi csak ki.

Gátlást kaptam vizes kivonattal is, a mikor egy idősebb bouillon-cultura lecentrifugálása által nyert tiszta folyadékot használtam mint antigen.

A vizes kivonat legnagyobb adagjának meghatározása:

Antigen	1/4	1/2	3/4	1	1 1/2	2	3	5
Complement	1	1	1	1	1	1	1	1
Eredmény	—	—	±	±	+	+	++	++

Ennél a kivonathoz tehát 1/2 volt a legnagyobb használható adag, a főkísérlethez tehát ennél kisebb mennyiségeket kellett venni:

Beteg-serum	Complement	Antigen	Eredmény
2	1	1/2	++
2	1	1/4	+
2	1	1/6	±
2	1	1/8	±
2	1	1/10	—
2	1	1/2	—

Ebben az esetben is gátlást kaptam az önmagában kötő dosis töredékeivel is.

A vizes kivonattal olyanformán is megpróbáltam a reakciót, hogy különböző mennyiségeket vettem a vizsgálandó serumból, constans antigen- és complement-adaggal. Itt is egybehangzó az eredmény, a mennyiben a serum kisebb vagy nagyobb mennyiségei egyaránt adtak kötést bizonyos határok között.

Különböztetve a próbák a Detre-féle mikromethodussal végeztettek, kis 0.50 cm³-es csövecskékben, 0.30 cm³ összes mennyiségben. Haemolytikus rendszer gyanánt 5%-os mosott marhavér és az arra beállított amboceptor szolgált; az utóbbi úgy volt hígítva, hogy 10 perc alatt teljes oldást adjon. (A táblázatok számadatai század cm³-t jelentenek.)

A mennyiben ezen kísérletekben különböző antigenekkel, azok csökkenő mennyiségeivel kötést kaptam, ezen próbákat specifikus antigen-antitest-reakció-nak veszem.

A leírt két serológiai jelenség bizonyítja, hogy a tyúkcholerabacillus mint antigen szerepelt a betegben. Ha ez nem is jelent egyet a pathogen hatással, feltétlenül mutatja, hogy

a kérdéses bacillusok olyan immunisatiós kölcsönhatásba léptek a beteg szervezettel, a minőbe természetes viszonyok között csakis pathogen bacteriumok lépnek.

A pathogenitás közvetlenül meg nem határozható, hanem csakis hatásáról ismerhető fel; mindenesetre feltételezhető ott, a hol vele egyenértékű biológiai elváltozások jöttek létre azonos körülmények között.

Az irodalomban Rigler, valamint Kolle és Hetsch tan-könyveiben van említés téve arról, hogy állatorvosok a tyúkcholerabacillus tenyésztésével fertőzték magukat, mire hasmenést és hányást kaptak. Kitt említi Zürn és Willach közleményeit, a kik arról emlékeztek meg, hogy tyúkcholerában elhullott szárnyasok fogyasztása után némelyek hányást kaptak. De ezen szerzők nem tudtak arra nézve dönteni, hogy vajjon csak az utólagos undor okozta-e ezen tünetet, vagy pedig fertőzésről volt-e szó. Miután alkalmam volt ezen esetben meggyőződni arról, hogy a tyúkcholera bacillusa emberre pathogen lehet, azt hiszem, hogy ezek az irodalomból felhozott esetek szintén fertőzésből eredhettek. Sajnos, a tyúkcholera igen nagy irodalmát nem volt alkalmam átnézni jelenlegi beosztásomnál fogva s ezért nem hasonlíthatom össze az esetleg még ismeretes esetekkel az általam észleltet.

Epikrisis: Emberen igen heves hányással és hasmenéssel járó acut gyomorbelihurut volt jelen, melyet a b. avisepticus okozott. A betegség hidegrázással kezdődött, majd choleraszerű hányás és hasmenés állott be. A láz állandóan magas volt, majd a negyedik napon kritikusan leesett, noha a gyomorbelitünetek még tartottak. További két nap multán gyors javulás állott be.

A beteg ürüléke egy polusfestésű, zömök, lekerékített végű, igen nagy tokot fejlesztő, Gram-negatív, nemi mozgó bacillust tartalmazott nagy tömegben. Ez tenyésztés és állatkísérlet útján a septicaemia haemorrhagica csoportba tartozó bacillus avisepticusnak bizonyult. Más pathogen csirát a beteg széke nem tartalmazott.

A kitenyésztett bacillus avisepticus a beteg vérével specifikusan agglutinálható volt; a tenyésztéssel készített antigennel a beteg inaktivált seruma complementkötést adott, mely két jelenség azt bizonyítja, hogy az emberen előfordult, leírt betegséget a bélből kitenyésztett bacillus okozta, a mely tenyésztéssel és biológiai viselkedésével alapján tyúkcholerabacillusnak bizonyult.

A fertőzés valószínűleg a beteg baromfiak ketrecreinek tisztogatása közben történt a bacillusokat tartalmazó baromfiürülékekkel való szennyeződés útján.

Végül köszönetet mondok Martynowicz Mihály dr. vezetőorvos úrnak, parancsnokomnak, a ki az általa vezetett kórház laboratóriumában alkalmat és módot adott a munkálkodásra és a laboratórium ténykedését mindig élénk figyelemmel kísérte.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud. egyetem orr- és gégyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr. egyetemi tanár.)

A nyelési fájdalom kezelése gégetuberculosisban.

Írta: Réthi Aurél dr., egyetemi tanársegéd.

A gégetuberculosis a tüdőtuberculosis prognosist főképpen akkor rontja, ha dysphagia, azaz nyelési fájdalom áll be. A beteg testileg-lelkileg szenved. Kétségtelen, hogy a tüdőtuberculosis jó hangulata, mely főképpen a gyógyulás biztos reményében gyökeredzik, nagy befolyással van a betegség lefolyására. A tüdőbajosnak, ki reményét veszítette, kedélyállapota nyomott és ez a körülmény befolyással van idegrendszerére, anyagcseréjére és táplálkozására. Így ásatik alá a szervezet még fennálló ellenállása; szerencsére a tüdőbajosok kevés fájdalmat éreznek és ezért gyógyulásukban szilárdul bíznak. Ha azonban a tüdőbajhoz gégetuberculosis társul, akkor a laikusok előtt annyira rettegett gégesorvadástól a betegek kedélye annyira szenved, hogy orvosi

tekintélyünk súlyával suggestivum kell megkísérlni, hogy a betegre hassunk és bajának gyógyíthatóságáról őt meggyőzzük.

Mit tegyünk azonban, ha a gégetuberculosis gyakori kísérője, a nyelési fájdalom jelentkezik? A fájdalmak oly mértékben fokozódnak, hogy a betegek inkább elviselik az éhséget és szomjúságot, mint a nyelés gyötrelmeit.

Minden eszközt igénybe kell vennünk, melytől a fájdalmak megszüntetését remélhetjük.

Ezúttal nem akarom a különböző eljárásokat vázolni, a sok gyógyszert felsorolni, mely a nyelési fájdalom megszüntetésére rendelkezésünkre áll. Mindenesetre bizonyos, hogy teljes biztossággal a fájdalmak megszüntetését nem ígérhetjük, csak azon esetben, ha vezető idegét, a n. laryngeus sup.-t átvágjuk. De az átvágás maga is oly műtét, mely egy legyöngült tuberculosusra nézve nem egészen közömbös. Az alkohol-befecskendezések csak igen kis részben biztosítják a kívánt sikert. A hatás többnyire 1—2 óráig tart, csak igen ritka esetben fordul elő, hogy a hatás napokig, sőt hetekig tartott volna. Viszonylag azonban az alkohol-befecskendezés volt a legjobb eljárás.

A német gégeészek stuttgarti gyűlésén beszámoltam kísérleteimről, melyeket előbbi — a königsbergi gégeklinikán (Prof. Gerber) végzett — kísérleteim alapján végeztem.

Ezen korábbi vizsgálataimat cikkemben „A gégetuberculosis gyógykezelése, különös tekintettel a nyelési fájdalomra“ („Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie“ 1912 és „Orvosi Hetilap“ 1913. évf.) pontosan leírtam.

Vizsgálataim bizonyítják, hogy a nyelési fájdalmak oka a n. laryngeus sup. túlérzékenysége (hypersensibilitás).

Az idegek túlérzékenysége a fekélyes alakokban könnyen megmagyarázható, mivel a kis idegvégződés csupaszszá váltak. A másik alak az, a mikor nem találunk kifelévesedéseket, hanem csak infiltrációt, ezeknél a változatoknál a tuberculosus granulatiók nyomást gyakorolnak a finom idegvégződésekre, miáltal ingerlékenységük csökken és ezáltal a gégecső nyálkahártyája is igen gyakran csökkent érzékenységgé válik.

Ugyanezen granulatiók az ideg nagy ágaira is nyomást gyakorolnak; de mert e nagy ágak igen ellenállóak, a nyomás csak izgalmat okoz, minnek az ideg túlérzékenysége lesz a következménye. Ha a beteg nyel, a nyomás emelkedik, így jön létre a fájdalomérzés.

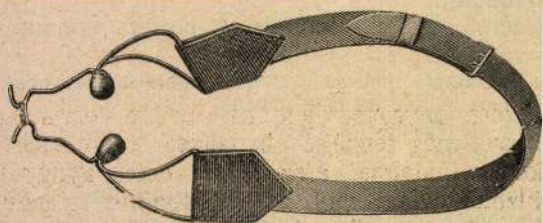
Vizsgálataim közben feltűnt nekem, hogy a fájdalmak rövidebb időre megszűntek és a beteg egy időn keresztül jól tudott nyelni, ha a fájdalom helyére, az ideg belépése helyére nagyobb nyomást gyakoroltam.

Utólag újból feltűnt ez nekem és arra gondoltam, vajjon nem lehetne-e a nyelési fájdalmat valamely hasonló eljárással befolyásolni.

Közismert dolog, hogy mielőtt az orvostudomány az általános és helyi érzéstelenítőket ismerte, a végtagokat sebészi beavatkozások előtt erősen leszorították, miáltal érzéstelenséget értek el. Ismeretes, hogy ha hosszabb időn át bizonyos helyzetben ülünk, lábaink elzsibbadnak, azaz az idegek bénulnak.

Hasonlóan célhoz jutunk a nyelési fájdalomnál kicsiny, de tonusos nyomással.

Ezért a Garay-czégnél (Budapest) pelottát készítettem. Egy ívalakban meggörbített háromszög csúcsán kaucsuk-gomb van, innen előre nyúlik egy horog. A háromszög alapján csattal ellátott zsinór van megerősítve (1. ábra). Alkalmazása

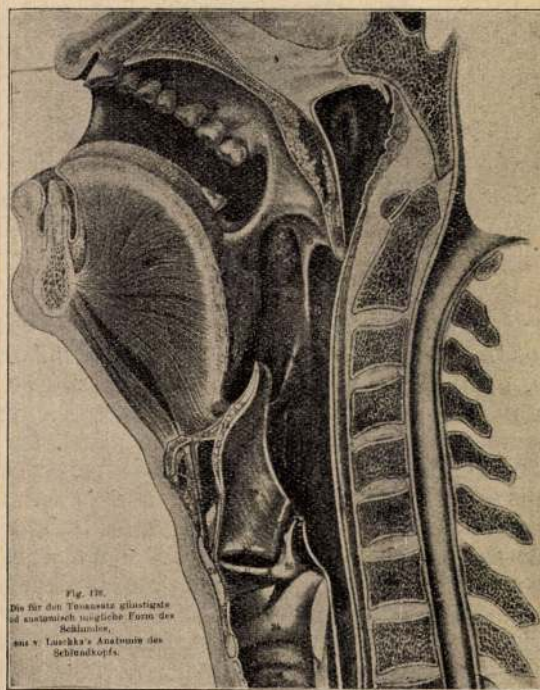


1. ábra.

akként történik, hogy felkeressük mindkét oldalt a fájdalom-pontokat és a kaucsuk-gombokat rögzítjük ezen a helyen, a segéd pedig ezalatt a szíjjakat csatolja össze. A kapcsoló gummifonallal kötjük össze, miáltal tetszésszerűt nagy, tonusos nyomást tudunk a fájdalom pontjára gyakorolni. A beteg később fájdalom nélkül tud nyelni és a pelotta nem okoz neki semmi kellemetlenséget.

Ettől az eljárástól nem vártam többet, mint a mennyit elértem. A fájdalmakat enyhíti, de az eljárást ismételni kell. Czélunk azonban a fájdalmak gyors és teljes megszüntetése nagyobb beavatkozás nélkül. Tökéletes és tartós eredményt azonban csak az ideg átvágásával érünk el. Erre vonatkozó két esetet közöltem. Az ideg átvágásától nem kell félnünk, hiszen az alkohol-injectióval is teljes érzéstelenséget akarunk létrehozni, csak az tarthatna vissza minket, hogy ehhez műtetre van szükség. De műtét nélkül is meg tudjuk szüntetni — ha csak néhány hónapra is — az ideg folytonosságát!

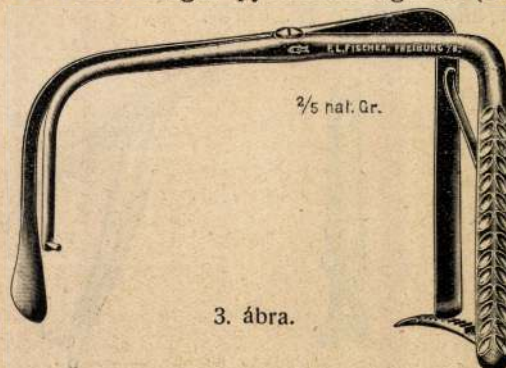
Tudvalevőleg a n. laryngeus sup. átfúrja a membrana hyothyreoideát és a nyálkahártya alatt harántul a recessus pyriformison halad át. Az esetek egy részében az ideg itt redőt emel, a plica n. laryngei-t (2. és 4. ábra). Itt kell az ideget megközelítenünk!



2. ábra.

A recessus pyriformis azonban többnyire zárva van és az ideg sem feszül meg. Ki kell tehát tágítanunk a recessust és meg kell feszítenünk az ideget.

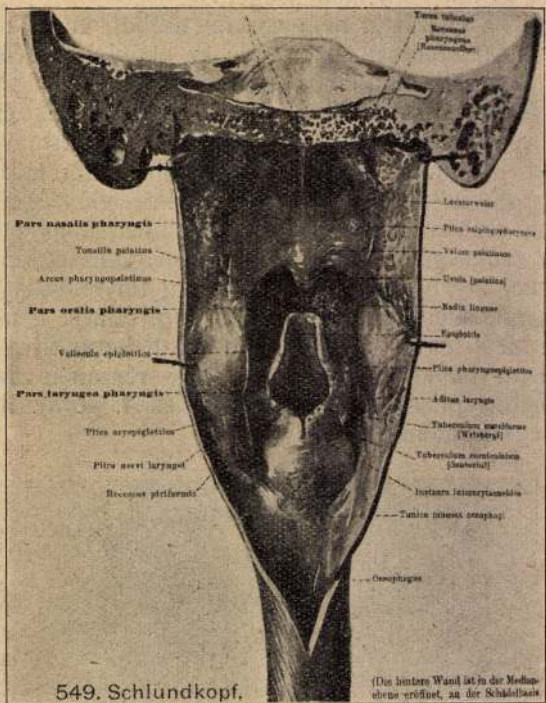
Erre a czélra szolgál pyriformis-tágítóm (3. ábra). Az



3. ábra.

erős műszernek két karja van és oldalirányban nyílik. A lateralis kar rövidebb és lateralisan kiálló csapocskája van; a medialis kar széles végével a gégefőt a másik oldalra nyomja, miközben a lateralis kar csapocskája éppen a pajzporcz felső szélé és a nyelvcsont alsó szélé között foglal

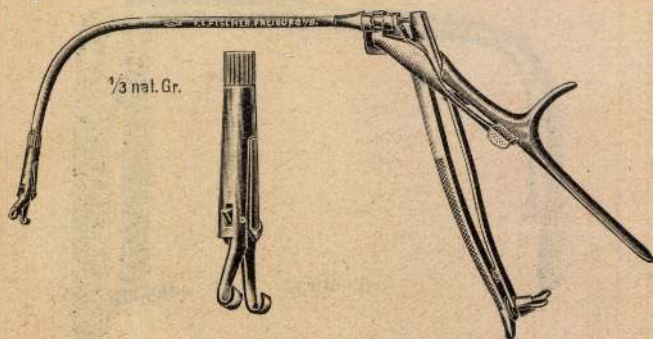
helyet a n. laryngeus sup. belépése helyénél. Arra kell csak ügyelnünk, hogy a csapocska a plica epiglotticopharyngea (4. ábra 16.) alá kerüljön, s akkor már a kellő helyen van. Ha a recessus pyriformis megfelelően ki van tágitva, akkor teljesen szabad a beteketésünk. Az ideg erősen megfeszül és plastikusan kiemelkedik.



4. ábra.

Természetes, hogy jobb- és baloldali tágitóra van szükségünk. Nagyon fontos, hogy a jobboldali műszert a jobb kezünkkel, a baloldali a bal kezünkkel vezessük be. Így bevezetésük nagyon megkönnyíttetik. A bevezetés előtt a nyelvgyök és a megfelelő recessus a gégebemenettel együtt gondosan érzéstelenítendő. Célszerű kívülről a megfelelő oldalon perineurális novocain-injectiót adni, miáltal a beavatkozásunk okozta fájdalom is teljesen ki van küszöbölve.

Most az ideg egy megfeszített redőben egész felületesen fekszik előttünk. Éles műszerrel vagy galvanokaustikával nem tanácsos átvágni, mert közelében fut le az arteria. Az electrolysis nagyon sokáig tartana. Maradna tehát egy igen pontos alkohol-injectio, melyet directe az idegbe adhatunk. Ez utóbbi azonban elég gyakran hagy cserben minket. Nem marad végül más hátra, mint az ideg tompa zúzása. Ez utóbbi eljárás biztosan célra vezető. Erre a célra megfelelő zúzó készítetttem, mely a Blunk-féle vérzéscsillapítóhoz hasonlóan működik. Két kar illeszkedik meglehetősen pontosan egymásra, miáltal a beszorított szövetet egészen vékonyra szorítjuk össze. A zúzó szögleiben megtörött és Fischer-féle universal-gégefogóra alkalmazható (5. ábra).



5. ábra.

Ezzel az eljárással tulajdonképpen nem is okozunk sebet. Az ideg nincs átvágvva, folytonossága mégis fel van függesztve. Az ideg újból összegyógyulhat, a mi azonban mégis néhány

hónapot vesz igénybe. (A műszer Fischer-Freiburg czégnél kapható.)

A beteg maga tartja a nyelvét, mialatt a gégetükörrel a pyriformis-tágitót bevezetjük. Ha a 2. és 4. ábrát megtekintjük, látjuk, hogyan kell a műszert bevezetni. A tágitó végének az epiglottis megfelelő széle mentén kell lecsúsznia, míg a műszer nyelét kissé emeljük. A tágitó vége egészen le fog csúszni. Itt kell utalnunk arra, hogy az epiglottistól fölfelé az oldalsó garattal felé egy redő, az ú. n. plica epiglotticopharyngea fut le, s ez a tágitó végét visszatarthatja. A redőt ki kell kerülnünk és a műszer végét lejjebb kell csúsztatnunk.

A viszonyok nagyon jól láthatók a 2. ábrán. Ezen az ábrán a 16. szám a plica epiglottico-pharyngeát jelzi.

A redő alatt a nyelvcsont van jelezve. A nyelvcsont alatt lép az ideg a membrana hyothyroideán át a recessusba. Az ideg helyét fehér vonal mutatja. A 2. ábrán kifejezetten látható a plica n. laryngei.

Okvetlenül szükséges, hogy a tágitó oldalsó csapocskája szintén a plica epiglottico-pharyngea alá kerüljön, mert csak ebben az esetben kerül a csapocska a nyelvcsont alá. Csak ebben az esetben fejthet ki a lateralisan kinyúló csapocska az ideg belépése helyére oldalirányban ható nyomást és így módon feszítheti meg az ideget.

Fentebb már említettük, hogy a szélesen végződő medialis kar a gégefőt medialis irányban elnyomja, miáltal a recessus pyriformis szabadon áttekinthető. A műszer természetesen csak akkor nyitható, ha a megfelelő helyen van.

Most igyekezünk a tágitót úgy beállítani, hogy a megfeszített ideg lehetőség szerint plastikusan tünjön fel.

A továbbiak alatt a tágitónak zárral ellátott széles nyelét segéd tartja.

Ha a beteg rosszul tart, akkor az ideg zúzását direct úton is eszközölhetjük. Erre a célra a Fischer-czégnél (Freiburg) megfelelő toldalék leírását adtam, melyet utólag fogok közölni.

Közlemény a m. kir. 30. honvéd-pótzászlóalj lábadozó osztagából.

Inversio viscerum completa.

Irta: *Deutsch Ernő* ezredorvos, orvos-főnök.

Az inversio viscerum totalis, transpositio viscerum s. situs transversus esetei relative ritkák; *Taruffi* (Storia della teratologia. Bologna, 1881—1895) az 1569—1888 időszakból 235, *Küchenmeister* (Ueber die angeborene, vollständige seitliche Verlagerung der Eingeweide des Menschen. Leipzig, 1883) az 1643—1883 évek irodalmából 149 ily esetet ismertet. Az általam észlelt eset közlését az ez anomáliára vonatkozó *Röntgen-felvételek** ritkasága teszi indokolttá. A II., III. s IV. ábrán a mellkasi és hasúri szervek felvételét, az I. ábrán a zsigerek tájboncztoni elhelyeződését, a V. ábrán egy boncztoni készítményt látunk feltüntetve.

A situs transversus a rendes állapot tükörképe, *Küchenmeister* szerint egy „situs rarior“-t képviselő anomalia, de nem torzképződés.

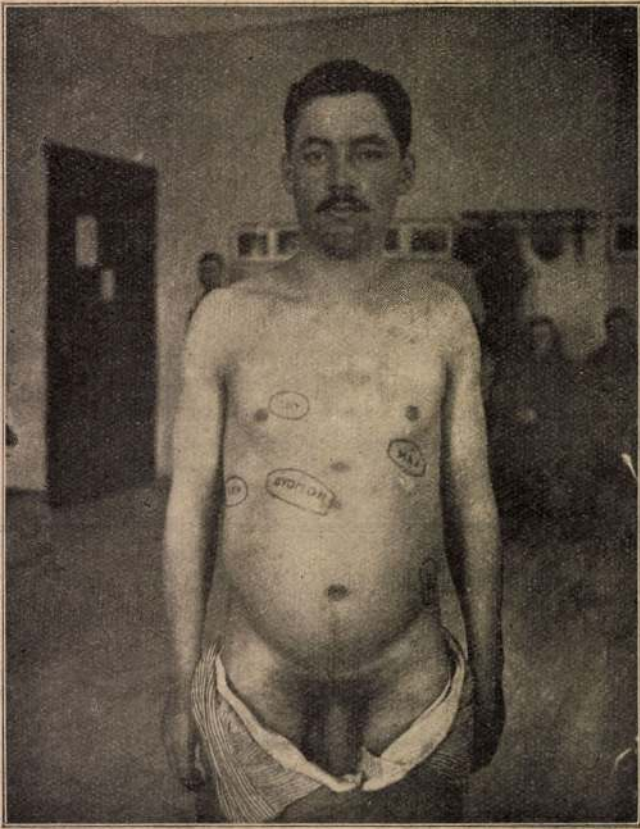
Röviden utalok *H. Fol* és *A. Warynski* által leírt (Sur la production artificielle de l'inversion viscérale ou hétérotopie chez les embryons de poulet. Compt. rend. 1893, XCVI.) trepanált tyúktojások egyoldalú hőbehatásnak kitétele után létrejött heterotaxiákra s *Baer*, *Bareste*, *Kölliker* és *Remak* ez anomalia létrejöttét magyarázó tanulmányaira. Az inversio viscerum esetünkben nem okozott functionalis zavart, az anomaliát az illető szolgálatképességének megállapítása közben konstatáltam.

Végezetül ide iktatom *Méry* e tárgyra vonatkozó versikéjét:

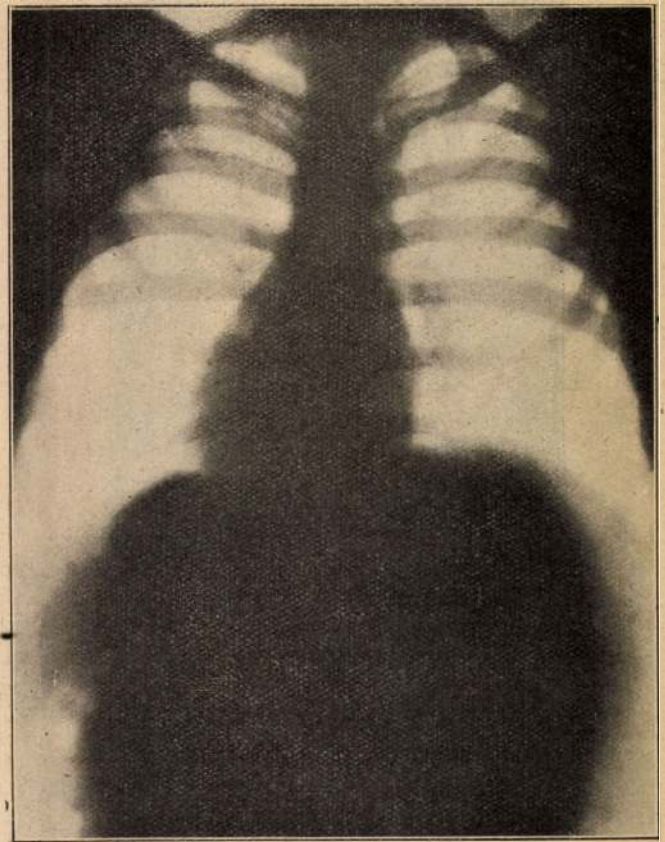
„La nature, peu sage et sans doute en debauché,
Plaça le foie au côté gauche,
Et de même, vice versa,
Le coeur à le droite plaça.“**

* A Röntgen-felvételek a III. sebészeti klinikán készültek.

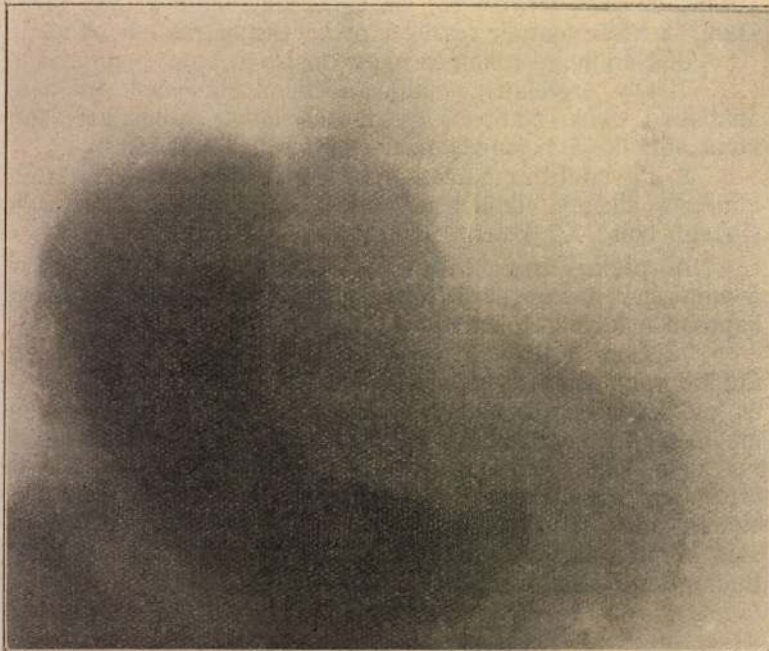
** A természet bölcsesség hiányában s valószínűleg tévedés folytán baloldalra helyezte a máját s vice versa jobbfelé a szívet.



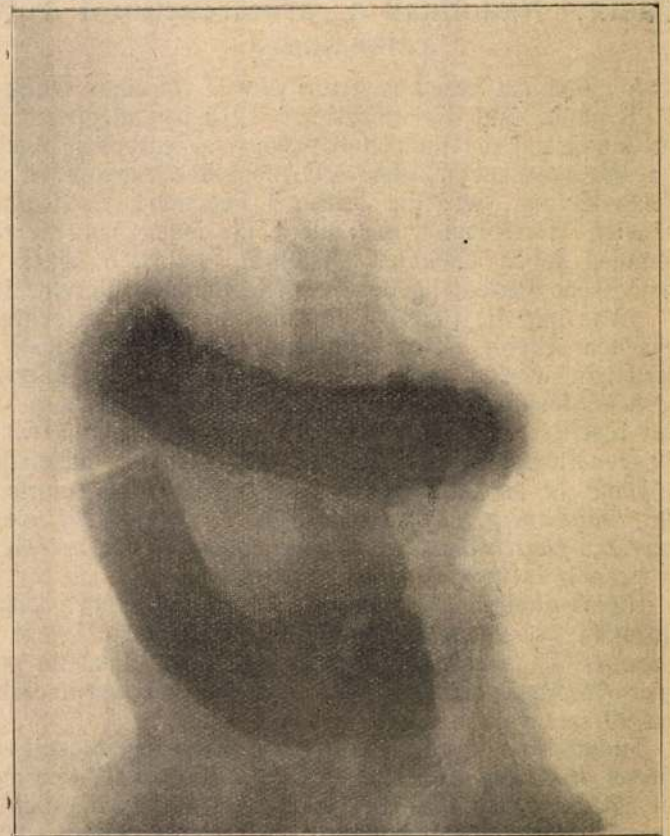
1. ábra.



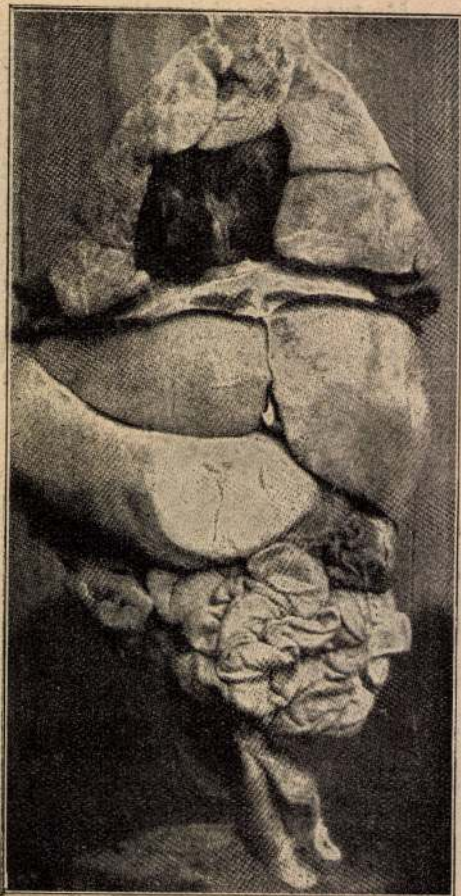
2. ábra.



3. ábra.



4. ábra.



5. ábra.

Néhány megjegyzés Hudovernig Károlynak és Fabinyi Rudolfnak a carbolreactióról írott cikkeihez.¹

A napokban kezembe került *Nonne* classikus munkájának „*Syphilis und Nervensystem*“ 1915-ben megjelent legújabb kiadása. Ezen munkájában *Nonne* a carbolsav-reactióról a következőket mondja: „Die Pándy-Reaktion hat dieselbe Bedeutung, wie die Phase I. Reaction“ ... „Ich habe bei vielen Hunderten von Fällen, in denen ich die zwei Reactionen neben einander ausführte, gefunden, dass die pathologische Bedeutung der zwei Reactionen dieselbe ist.“

„Was mir die Phase I. Reaction praktisch brauchbarer zu machen scheint, ist der Umstand, dass die Pándy-Reaction zu fein arbeitet, dass heisst zu kleine Mengen anzeigt.“

A kérdésnek egyik leghivatottabb bírálója tehát a carbolsav-reactiót nemcsak a nevével elnevezett Phase I. reakcióval egyenértékűnek, hanem még *túlérzékeny*nek is találja s így *Nonne* is azokhoz csatlakozik, a kik, mint *Zaloziecky*, *Kafka*, *Rautenberg*, *Grahe*, *Fabinyi* s a *Fabinyi* által idézett *Gumprich*, *Herrensneider* s *Hauptmann*, a carbolreactiót igen élesnek és megbízhatónak találták.

Hivatkozhatom *Mertens*-nek *Nonne* intézetében készült dolgozatára is. *Mertens* paralysis 19 esetében a Phase I.-t 13-szor (68%), a carbolpróbát 17-szer (89.4%) találta pozitívnak. (*Kafka*-*Rautenberg* 100 paralysis-esetében a carbolpróba 99-szer volt pozitív.)

Tudomásom szerint legutóbb *Kirchberg* foglalkozott ezen kérdéssel. *Kirchberg* az *Archiv für Psychiatrie* 1917-ben megjelent 57. kötete első füzetében a következőket írja: „Auch bei meinen Untersuchungen hat sich die Reaction Pándy's stets als eine ebenso feine, wie zuverlässige Methode erwiesen“.

Sem *Fabinyi*, sem én nem tudunk — pedig mindkettőnk évek óta érdekel a kérdés irodalma — olyan dolgozatról, a hol valaki számbavehető vizsgálatok alapján (ha

csak a *Bisgaard* 7 (!) esetét nem vesszük figyelembe) a fentebbiektől eltérő eredményekre jutott volna; ha *Hudovernig* ilyen munkát ismer, módjában lenne a kérdést erről az oldalról is megvilágítani.

Hogy a *Hudovernig* saját eredményei tévesek, azt különben táblázatának nagy részletességgel készült adatai is bizonyítják. A carbolpróba egyszerű chemiai reactio, a mely, ha kellő gondossággal végeztetik és jó a reagens, elszigetelten sem adhat másnak látszó chemiai eredményt. Ha a liquorban abnormisan sok a globulin, akkor a carbolsav ezt kicsapja s ez azonnal vagy legfeljebb néhány másodperc múlva élesen meglátszik. *Hudovernig* egyes eseteiben 9, 10, 12 Nissl-fok, tehát nagyon sok fehérje s az erősen pozitív Wassermann-reactio szerint sok globulin volt a liquorban; ezekben az esetekben a carbol bizonyosan kicsapja a globulinokat s ha nem, akkor a reactio végzésében vagy a leolvasásban hiba volt; vagy a reagens, vagy a liquor lett eltévesztve, vagy más valamely tévedés történt.

Pándy Kálmán dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Sebészet.

A rosszindulatú daganatok modern kezelésére nézve *Stabholz* az irodalom és a gyakorlati tapasztalatok kritikai szemléje alapján az alábbi következtetéseket vonja le:

1. Az összes jelenlegi gyógyító eljárások közül, a melyek a rosszindulatú daganatokra vonatkoznak, a sebészi beavatkozás az, a mely célhoz vezet.

2. A daganatokat nem csupán idejekorán, hanem radikálisan kell megoperálni.

3. Minden esetben szükséges a műtét után a beteg prophylaxisos besugárzása.

4. A besugárzás azonban ne legyen sémás.

5. Előrehaladt esetekben is szükséges a műtéti beavatkozás; ha csak lehetséges, az egész daganatot el kell távolítani, a visszamaradt részeket pedig besugárzásnak alávetni.

6. Kerüljük a ritkán és nagy dosisban való besugárzást.

7. Oly esetekben, midőn a műtét ellenjavalt (például anatómiai okok, általános gyengeség miatt), a besugárzáson kívül adjunk a betegnek arsen, enzytol, cholint stb.

8. Egyedül besugárzással való gyógyításra csak a bőrből kiinduló kicsiny, felületesen fekvő daganatok alkalmasak. (*Przepl. chir.*, XI. kötet, 1916.)

M.

A *plexus brachialis* *Kulenkampff* szerint való érzéstelenítésének veszélyeiről *Capelle* egy halállal végződött esete kapcsán a következőket írja:

72 éves férfibetegének az érzéstelenítés alkalmával a tüdőbe való beszűrás folytán pneumothoraxa s ebből tüdő- és mellkasfal-emphysemája keletkezett, minek következtében meghalt. Ily sérülést a *Kulenkampff*-féle érzéstelenítésnél nem lehet teljesen biztosan kizárni. Mégis bizonyos esetekben ez eljárást kell használni, habár a *Hirschel*-féle eljárás, mely a felkarnak a latissimus dorsi magasságában való körülfeckendezésében áll, kevésbé veszélyes. (*Brun's Beiträge zur klin. Chir.* CIV. kötet).

Venereás betegségek.

Meggátolható-e némiképpen a békekötés után a gonorrhoea terjedése és a szaporodásnak ezzel kapcsolatos csökkenése címen közli nézetét e kérdésről *H. Reiter* (Saarbrücken). A gonorrhoeának a hadseregben való mostani elterjedését pontosan nem ismerjük. Mindenesetre feltehető azonban, hogy a háború folytán rendellenes nemi életet élő katonák között a kankó jelentékeny mértékben elhatalmasodott. A háború már eddig is oly rettenetes rést ütött a nemzetek életébe és vagyonába, hogy a jövő legfon-

¹ Orvosi Hetilap, 1917, 8., 9., 16., 17. sz.

tosabb teendője a beállott nagy hiány lehető pótlása. Minden egyes férfi az államvagon egy részét képviseli. Az egyén jelen értékéhez azonban azt az értéket is kell adnunk, melyet az mint új egyének termelője, létrehozója jelent. E nagy feladatnak egyik jelentékeny megakasztója a gonorrhoea, annak valamennyi következményével együtt. A családba bevitt kankó oka lesz annak, hogy sok ezer gyermek nem fog megszületni! Fontos ezért, hogy a katonák betegségüket hazájukba vissza ne vigyék. Első teendő tehát, hogy csakis az egészséges férfiak térhessenek haza. Ezt gondos vizsgálattal kell eldönteni, a mi azonban nem oly könnyen megoldható kérdés. A látszólagosan már meggyógyult kankós beteg fertőzőképességének elbírálása igen nagy körültekintést igényelhet. A szerző homályos esetekre nézve 1911 óta már több ízben ajánlotta „biológiai diagnostikáját”, mely abból áll, hogy a vizsgált egyén gonococcus-vaccinás injectiót kap. Most is ezt a reactiót ajánlja, mely szerinte igen alkalmas, hogy a gyógyultnak látszó egyén rejtett kankós baja manifestté váljék. A szerző ezt a subcutan vaccina-injectiót a demobilisatio alkalmával teendő intézkedések sorába óhajtaná iktatni. Tervezte a következő: 1. Valamennyi friss vagy még nem gyógyult kankós katonát vissza kell tartani s gyógyulásig alkalmas (hadtápbeli) kórházban kezelni. 2. Valamennyi katona, a ki a háború folyamán kankó ellenében kezelés alatt állott s állítólag bajából kigyógyult, újra kórházba kerül, a hol gonococcus-vaccinás injectióban részesül. 3. A vizsgálat úgy megy végbe, hogy valamilyen polyvalens gonococcus-vaccinából 1 cm³-nyi mennyiséget adunk subcutan, mely után másnap reggel a húgycsővet bacteriologialag meg kell vizsgálni. Ha a bajnak semmiféle fellobbanása sem mutatható ki, a katona mint valóban gyógyult hazabocsátható. Az eljárás legfeljebb 3 napot vesz igénybe. Positív eredmény esetén kórházba kerül a beteg. 4. A kórházból gyógyultan kikerült katona természetesen újabb diagnostikai injectióban részesül. 5. Fontos és kívánatos, hogy még a háború folyamán egyrészt összeírják a gonorrhoeás betegeket, másrészt nagyobb mértékben állítsák elő a gonococcus-vaccinát (állami intézetekben). (Deutsche med. Wochenschrift, 1917, 22. sz.) Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Dysenteria eseteiben *Rosenhaupt* nagyon jó eredménnyel használja a caseint, a melyet a következő módon állít elő: 1 liter tehéntejhez vízben oldott ojtófermentumot (Lab-pulver) adva, enyhe melegítésre kicsapódik a casein; ezt tüllön átszűrve megszabadítjuk a savtól és 10—20 gramm cukorral megédesítve egy nap alatt elfogyasztjuk. A kedvező hatás úgyszólván rögtönösen beáll s főleg a bél peristaltikás nyugtalanságának megszűnésében, a bélürülék consistensebbé válásában, a vérnek és nyálkának az ürülből eltűnésében, a láz csökkenésében és az általános állapot javulásában nyilvánul. A casein mellett kezdetben liszt- és nyálkalevesek adandók, csakhamar fehér kenyér és kétszerült, majd pedig burgonyapép. A tejtől és a tejjel készült ételektől hosszabb ideig óvakodni kell. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 22. szám.)

Tüdögümőkór eseteiben *Bacmeister* tanár a láz ellen csak akkor ad gyógyszerert, ha magasabb fokú, hosszasan tart és ágynyugalomra nem szűnik meg. Legjobb tartja a lázellenes szerek combinatióját: 5 centigramm pyramidont 25 centigramm aspirinnal vagy diplosallal, továbbá kis adag salicylsavat 10 centigramm chininnel. (Therapie der Gegenwart, 1917, 5. füzet.)

Gonorrhoeás izületgyulladás friss súlyos eseteiben *Landeker* a fulmargint ajánlja (hetenként 2—3 befecskendezés 5 cm³-rel), emellett Bier-pangást, ichthyolt és forró levegő-kezelést használ; régebbi, izületmrevségre vezetett esetekben pedig a fibrolýsintől látott eredményt (hetenként 3-szor egy-egy ampulányi intramuscularisan); mellette természetesen masszage-t, forró fürdőket, forró levegőkezelést is használ, valamint a felszívódást elősegítő gyógyszereket rendel. (Mediz. Klinik, 1917, 10. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 26. szám. *Remete Jenő*: Húgycsőfistulák műtétéről.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 27. szám. *Stankovits Kornél*: Domopon alkalmazása tabes dorsalisnál. — *Sarbó Artur*: A háborús idegbajokról. — *Janits Dezső*: Körkörös hüvelyrepedés húgycsőszakadással, körkörös hüvely- és húgycsővarrat.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Csallner Ottó* dr.-t Medgyes város közkórházának főorvosává nevezték ki.

A Stefánia-gyermekkórházban s a vele kapcsolatos egyetemi gyermekklinikán az elmúlt évben 1787 fekvő és 28.323 járóbetegét kezeltek. A fekvőbetegekre átlag 27 ápolási nap esett; a halálozás 8-64% volt.

Személyi hírek külföldről. A kölni orvosi akadémián a belorvostan rendes tanárává *Fr. Kuelbs* strassburgi rendk. tanárt nevezték ki. — *H. Lippmann* berlini magántanárnak (belorvostan) tanári címet adományoztak.

„Gedenkschrift anlässlich des zweijährigen Bestandes des k. u. k. Augusta-Barackenspitals in Budapest” címmel mintegy 200 lapra terjedő kötet jelent meg, melyben elsősorban a kórház parancsnoka, *O. Byk* főtörzsorvos számol be a kórházról általában s azután tudományos dolgozatokat találunk *Paunz Márk*, *Gellért Elemér*, *Ungar Dezső*, *Glass Izor*, *Donath Gyula*, *Makai Endre*, *Némai József* és *Berger Iván* tollából.

Meghalt. *Deák Imre* dr., Ujvidék város első kerületének tisztii orvosa. — *Patkós Gábor* dr., kisjenői járásorvos, 54 éves korában. — *Radics Péter* dr. Szabadkán 67 éves korában. — *Pittepich Ágost* dr., Fiume város nyugalmazott tisztii főorvosa 88 éves korában. — *G. Rummo*, a belorvostan tanára a nápolyi egyetemen, Olaszország legelterjedtebb orvosi szaklapjának, a La Riforma Medicának alapítója, 63 éves korában.

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

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.
Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete
Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égekészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15.
Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegyí és Röntgen-laboratorium.**

Dr. HALPERTH ÁKOS
KARLSBAD
HAUS HERZOG v. BRABANT

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetében VII., Nyár-u. 22. sz.
fekvő betegek is felvétetnek.

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fasor 11.
Telefon József 14—51.
Belbetegek részére. — Vizgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen.
Dr. RAJNIK PÁL. — Dr. KOVÁCS ALADÁR.

Dr. FORBÁT bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratorium. Antigenek, haemolysin, vaccinák.
VI., Teréz-körút 22. Telefon 121-02.

Budapesti **ZANDER** -intézet. Sesselweis-utoza 2.
medico- Kossuth Lajos-utoza sarkán.
mechanikai Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

Művégtagok járó és támasztógépek, egyenestartók, rugónélküli sérvkötők, műczipők stb. modern kivitelben készülnek
Orthopaedia-Részvénytársaságnál Budapest VI., Nagymező-u. 4.
Telefon 11—08. — Gyors és individuális kiszolgálás.

RÖNTGEN-REINIGER
és vill. orvosi készülékek **GEBBERT és SCHALL R.-T.**

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.
1010 méter magasan a tenger felszine felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (V. rendes tudományos ülés 1917 február 17.-én). 382. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(V. rendes tudományos ülés 1917 február 17.-én.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Csiky József.

(Folytatás.)

Az agyvelősérülések zárt kezelése.

Bárány Róbert (vendég): Az agyvelő minden lött sérülése, még az első 24 órában a sebész kezébe kerülő is, már elsődlegesen és másodlagosan fertőzöttnek tekintendő. (Az elsődleges fertőzés maga a lövés okozta fertőzés, a másodlagos fertőzés pedig a kötés alkalmazása után a sebzés bőszelei felől a sebváladék mozgása által okozatik.) A főkérdés tehát nem az, vajjon elsődleges avagy másodlagos fertőzés áll-e fenn, hanem az, hogy mily körülmények segítik elő a fertőzés kifejlődését, illetve mily módon hátrítható el ez. A fertőzés kifejlődését elősegítik 1. úgynevezett holt üregek, 2. újabb szövetsérülések, a melyeket az agyvelőpulsatio létesít, ha csontszilánkok hatoltak az agyvelőbe, 3. elhalt szövet a sebben. Különböző szerzők vizsgálatai kimutatták, hogy a sebzéstől számított 12. óráig csak nagyon kevés csira található, többnyire csak a 24. óra után mutatkozik a mikroorganizmusok élénkebb szaporodása és geny. Ha tehát meg akarjuk akadályozni a fertőzés kifejlődését, a sérülés után lehetőleg korán, mindenestre még az első 24 órán belül kell operálnunk. Az operatio a seb kímetszéséből (*Friedrich*) és minden durvább mechanikai szennyezettség, valamint minden csontszilánk (már a mennyire elérhető) eltávolításából álljon; legkíméletesebb és legbiztosabb módnak a kisujjal való tapogatást ajánlja az előadó. Ha az első 24 órán belül operálnunk, az agyvelősebet a bőr összevarrásával teljesen fednünk kell. Nagyobb dura-hiányt a fascia lata-val kell fedni. A seb zárását esetleg megelőzheti az agyvelő sebének desinfectiója sublimat-oldattal. A seb elzárásával nagyon sok esetben sikerül a fertőzés kifejlődését megakadályozni és prima intentionál gyógyulást elérni. A 24. órán túl azonban, a mikor a fertőzés már kifejlődött, a seb zárása elgenyedésre fog vezetni. Az előadó a jelzett eljárással 12 esetet gyógyított meg s más szerzők (*Karger, Szubinski, Hische* stb.) szintén eredménnyel használták e módszert, úgy hogy most már 50-nél több eset van, a nélkül, hogy csak egy esetben is kárát vallotta volna a beteg. *Pribram*, a ki többnyire már 48 óras esetekben használta az eljárást, 3 esetben prima intentionál gyógyulást látott, 10 esetben pedig ismét ki kellett nyitnia a sebet, baj azonban nem történt. Az elsődleges elzárás egyébként izület- és tüdőlövés eseteiben is használható (*Payr, Klose, Lochwood, Gray* stb.), nemkülönben agyvelősérülés nélküli koponyalövés, arclövés, a végtagizmok sima átlövése, valamint szemsérülés eseteiben (*Krusius*). A végtagok csontsérülése és kiterjedt lágyrész-sérülés eseteiben azonban nem ad jó eredményt, mert ilyenkor holt üregek vannak, a melyek nagyon jó táptalaját teszik a fertőzéseknek, úgy hogy genyedés áll be.

A kérdés irodalmára, valamint *Langenbuch* érdemeire, a ki az elsődleges sebezárást már 1912-ben ajánlotta, az előadó rövid referatumban nem terjeszkedhetett ki; ezeket kimerítő irodalmi közléseiben fogja pótolni.

Kuzmik Pál: *Bárány* dr. szíves a koponyasebek ellátására vonatkozó különnyomatát a felszólalónak is megküldeni, melyért neki itt köszönetét fejezi ki. A cikk elolvasása után, daczára a felhozott kiváló eredményeknek, csak nehezen tudta magát annak gyakorlati kivitelére elhatározni. Alkalmasnak látszó két esetben mégis *Bárány* dr. ajánlata szerint járt el, de nagyon megbánta. Mindkét sérült életét csak a bevart koponyasérülés gyors felbontása árán lehetett megmenteni. Az eljárást nem fogja többé alkalmazni.

Kétségre vonja, hogy a mai, a tökéletességgel határos aseptikus eljárásaink mellett ne tudnánk a nyitva kezelt sebeket a másodlagos fertőzéstől megóvni. A klinikai tapasztalatok mind azt bizonyítják, hogy ez igenis lehetséges. Megengedi, hogy erre vonatkozó szabatos vizsgálatok még nem végeztek, de gyakorlatilag mindenestre teljesen bevált az eddigi eljárásunk.

Nem osztja az előadó azon nézetét, hogy a csont és a bőr felülete között nem behatoló koponyasérülés eseteiben holt üreg inkább marad vissza, mint behatoló s átlövéses sérülés eseteiben. Ez utóbbiakban a koponya hézagjában valószínűbb az esetleges üreg.

A kisujjal való kutaszolást és az idegen testeknek, csontszilánkoknak ily módon való keresgélését nem tartja közömbösnek s az aseptikus biztosításának. Valamint nem ajánlja a kemény agyburok azonnali pótlását sem fasciával, a mellyel a fertőzött löcsatornát elzárjuk.

Nagy különbséget lát a koponya-, illetve agysérülések és egyéb lágyképleti sérülések ellátása tekintetében, mert a míg ez utóbbiaknál esetleges szövödmények esetén a varratok eltávolításával a másodlagos gyógyulás nagyobb zavar nélkül bekövetkezhetik, addig az agysérüléseknél a complicatiók megnyilvánulása a legtöbb esetben már a legnagyobb veszélyt rejti magában.

Messünk tehát ki minden életképtelen, fertőzöttnek tekinthető szövetet, s részesítsük a sebet aseptikus kezelésben. Ezen eljárással a legszebb eredmények érhetők el.

Manninger Vilmos: *Bárány* ajánlatában legfontosabbnak tartja az elsődleges fertőzés kiiktatását. *Friedrich* szép kísérletei szerint a 6. óráig súlyos, feltétlen halálos fertőzés biztosan megállítható és a sebkímetszéssel prima intentio érhető el. Épp ezért a kora műtétben, és nem a kora zárásban látja *Bárány* kitünő eredményeinek kulcsát.

Félreértések elkerülésére annak hangsúlyozását tartja igen fontosnak, hogy nem szabad operálni és varni, csak egészen friss esetekben.

Az infectio megeredésére fontosabbnak tartja az idegen testet, mint a holt üreg képződését. Annak eltávolításával feltétlenül csak használunk a betegnek.

Lobmayer Géza: Azon tételek, melyeket az előadó mai előadásában hangoztatott, sokban ellentétben állanak a sebészet mai állásával és azokat kritika nélkül elfogadnunk nem lehet, mert azt gondolom, hogy általánosításuk esetén esetleg többet ártanánk a sebesültnek, mint használnánk. Különösen áll ez a sebek primaer bevarrásáról. Lött sebet bevarrni veszedelmes dolog, mert a legtöbb esetben a bejutott fertőző anyag a sebet inficiálja és ilyenkor a váladék szabad lefolyásának meggátolása súlyos következményekkel jár. Nem osztja az előadó azon nézetét, hogy a csontok csatorna-lövésai nem gyógyulhatnak aseptikusan. A csontsérülések lehetnek fertőzöttek vagy sterilek, hogy minők, azt csak a lefolyás klinikai képe mutatja meg. Elképzelhető, és vannak is nagyon ritkán ily esetek, hogy a csont lövés-csatornáját oly véralvadék tölti ki, mely steril marad és mely mellett a csont elsődlegesen gyógyul. A ruhafoszliányokat mindig fertőzöttnek tartja, melyek legtöbb esetben állandó genyedést tartanak fenn; a midőn csirák kevésbé virulensek, a genyőcöz közepén fekszenek, mely akár nem is okoz klinikai tüneteket s melyet csak a hónapok múlva végzett másodlagos csont- vagy idegvarrat alkalmával találunk meg.

Hogy a háború elején a sebészek véleménye a koponyasérülések ellátása körül annyira eltérő volt, nem csodálatos, nem állott senkinek sem oly bőséges tapasztalat rendelkezésére, mint amilyent a hosszú háború nyújtott. Ma már a sebészek túlnyomó többsége a koponyasérülések műtéti ellátása mellett foglal állást. De a hozzászóló veszedelmesnek tartja a régebbi koponyasérülések vagy koponyaátlövés műtéti teljes elzárását. A képződő váladék levezetéséről mindig gondoskodni kell. Hogy vajjon az előadó eredményei, a melyek jelenleg oly kitünők, maradandóak-e, azt most megítélni nem tudjuk. Mert még e három éves háborúban is a koponyasérülések végleges sorsáról szerzett tapasztalataink sem elegendők, mert épp a koponya és agyvelő sérüléseinek látjuk, hogy csontcallus-képződések, összenövés a lágyrészekkel vagy durával, agyvelőcysták, az agyvelő hegei, késői agytályogok esetleg csak hosszú idő, évek múltán teszik válságossá a sebesült életét.

Bárány Róbert: *Kuzmik* tanár két esetében a műtét a sérülés után 36 órával történt; nem csodálkozhatunk tehát rajta, ha genyedés állott be. *Manninger*-rel, azt hiszi, egyetért. Megengedi, hogy egy kis csík, a mely éppen csak a bőrbe van tolva, mint azt *Karger* és *Szubinski* tette, nem árt. Ha azonban az agyvelő nincs fedve fasciával, véleménye szerint czélszerűbb a drainezés mellőzése, ha pedig draineztünk, a csíkot mielőbb, már 24 óra múlva el kell távolítanunk. *Friedrich* excidált, de nem varrt. Az agyvelőnél azon-

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Scipiades Elemér: Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem II. számú női klinikájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos. 385. lap.

Forbát Sándor: Közlemény Budapest székesfőváros dunajobbparti közkórházainak (igazgató: Irsay Artur dr., egyetemi tanár) központi orvosi laboratóriumából. I. A Wassermann-reactio eredményének értékelése. — II. Tizenkét hónapi statisztikám 813 Wassermann-reactióról. 387. lap.

Leitner Fülöp: Közlemény a laibachi cs. és kir. 5. számú tartalékkórházból. (Kórházparancsnok: Zörmlaib Sándor dr., ezredorvos. A theazylon nevű új diureticumról. 389. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés.* W. Guttman: Medizinische Terminologie. — A. Pöhlmann: Die Technik der Wassermann'schen Reaction. — *Lapszemle.* Belorvostan. Hofbauer: Állcsontlövészek kapcsán fejlődő sajátos légzőszervi elváltozások. — *Venerális betegségek.* E. Finger és R. Müller: A Wassermann-reactiónak a syphillis diagnózisában és terápiájában való jelentősége. — *Általános kör- és gyógytan.* Neukirch: Typhus exanthematicus elleni védőoltás. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Lange: Combelen. 392—393. lap.
Magyar orvosi irodalom. 393. lap.
Vegyes hírek. 393. lap.
Tudományos Társulatok. 394—395. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem II. számú női klinikájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos.)

Osteomalacia-esetek.

Irtá: *Scipiades Elemér* dr., egyetemi magántanár, klinikai adjunctus.

1911 júniusának végén a bécsi orvosegyesületben *Bab H.* a Wertheim-klinikáról 10 osteomalacia-esetről számolt be, melyekben a kezelés eszközüül pituitrinum infundibularet használt, még pedig úgy, hogy ezen anyagot két cm³-es adagokban, jóformán naponta, hónapokon, leghosszabban 1/2 éven át nyújtotta a betegnek.

Bab ezen kezelés elméleti megindolására azon antagonikus jelenségeket hozta fel, melyek az acromegalia és az osteomalacia szembeállításánál esetén fedezhetők fel. Ezek a következők:

1. Az acromegalia — melyet a hypophysis-kiirtás gyógyít — petefészek-atrophiával jár. Az osteomalaciát ellenben *Fehling* azon felfedezése óta, hogy ezt a betegséget castratio révén meg lehet gyógyítani, sokan az ovarium hyperfunctiójának tulajdonítják.

2. Az asszonyoknak acromegaliában való megbetegedése feltűnően gyakori a climax, tehát a petefészek-functio kialvása után. A hypophysis kiirtására pedig az amenorrhoeás asszony vérzése újra visszatérnek.

3. Az acromegaliás asszonyok nem concipiálnak. Az osteomalaciás nők ellenben feltűnően fertilibek.

4. Acromegaliásaknál csakhamar kialszik a libido sexualis. Osteomalaciásaknál legalább is megmarad.

5. Az acromegaliásaknak nagy százalékában glycosuria van jelen, osteomalaciásakon ellenben még az adrenalin-glycosuria is alig váltható ki.

6. Az acromegaliában bizonyos myxoedemás, tehát hypothyreoides vonatkozásokat találni, míg az osteomalacia elég gyakran *Basedow*-hoz, tehát hyperthyreoidismushoz kapcsolódik.

7. Acromegaliában thyreoidinnel, osteomalaciában ellenben antithyreoidinnel (*Möbius*) tapasztaltak bizonyos gyógyeredményt.

8. A hypophysis-hypertrophia a csontállomány appositiojával jár, az ovarium-kivonat ellenben a castrált állat csontnövekedését gátolja.

9. A castratio hypophysis-hypertrophiára vezet, a hypo-

physis hyperfunctioja ellenben petefészek-hypofunctióval jár együtt.

S jóllehet *Bab* ezen szembeállítások kapcsán kerülte az osteomalacia aetiologiájára vonatkozó fejtegetéseket, a csökkenő petefészek-tevékenységet okozó fokozott hypophysis-működésre való ráutalással mégis bizonyos útmutatásokat adott ez irányban.

Én ezen közlésemben még ennyit sem kívánok tenni, mert rövid időn belül lesz alkalmam az osteomalacia kérdéseire, tehát köztük az aetiológiára is egy másik közleményben visszatérnem. Most tehát egyszerűen csak regisztrálni kívánom, hogy *Bab* — minthogy a hypophysis-kivonattal való kezelést 10 esetéből csak egyben találta teljesen eredménytelenné s csak további egy esetében nem egészen kellőnek — tapasztalásaiból azt a következtetést vonta, miszerint: *a pituitrin az osteomalaciás esetek bizonyos számában a csontfájdalmakat megszünteti s ezáltal a beteg mozgás képességét megjavítja.*

Mi *Bab*-nak ezen közlésére belső secretiók tanulmányaink közben akadtunk rá; s minthogy ő csupán öreg arteriosclerosisos egyéneknél intett óvatosságra s ezenfelül az injectiók egyetlen hátrányaként csupán azt hozta fel, hogy egyik-másik asszonyon tőle fájdalmas méhcontractiók támadnak, *Tauffer* tanár engedelmével elhatároztuk magunkat e kezelésmód megpróbálására.

I. Az első eset [szül. fejl. sz. 1911, 832—715.; 1913, 523—468.; 1915, 1231 1158.; Nőgyógy. fejl. sz.: 1916, 184.] csakhamar jelentkezett is egy 40 éves egyén személyében, a kitől a kikérdezések azt hallottuk, hogy 15 éves kora óta menstruál, 6 éve van férjné, a mióta (és pedig 5 év alatt) háromszor szült, mindannyiszor klinikánkon.

Első szülésekor a 38.2 C°, hőmérsékkel jelentkezett s további 9 óra hosszat észlelésben állott, 145 cm. magas asszonyon 57 órával a fájások kezdete s 54 órával a burokrepedés után, emelkedő hőmérsék (38.4°) és glanduitrinrel sem javítható fájásgyengeség miatt, 4 ujjnyi méhszáj mellett méhszájincisiók és episiotomia után üregi fogót végeztünk. Az élő fiúmagzat (33:52:3160) másnap elhalt. A beteg, varratának ulceratioja miatt 7 napi lázaskodás (39° C max.) után, a gyermekégy 15. napján egészségesen távozott.

Második szülésekor a még mindig 145 cm. magas egyén 7 1/2 órával a burokrepedés és 1/2 órával a fájások kezdete után, láztalan állapotban, ujjnyi méhszájjal s placenta praevia lateralissal jelentkezett, mely utóbbi a terhesség utolsó hetében többször okozott neki vérzéseket, kivált a felvétel előtt 2 nappal erőset. A felvételkor csak szivárgó vérzés van, a bemenetre illeszkedett koponya mellett. Ezt a szülését is, mint az előbbit, az atonia dominálja, melynek leküzdésére három ízben nyújtottunk glanduitrint, mire 5 1/2 órai észlelés után spontan született meg a kora fiúmagzat (33:46:2400). A lepényi időszak, alig számbajövő vérzéseket nem tekintve, normalis. A gyermekágyban nem genitális okból egyszer lázas (38.1° C max.) s annak 12. napján a ma is élő magzattal távozik.

Harmadik, az előbbi 19 hónap mulva követő terhességének már első hónapjában beteg, a mennyiben különösen kezének és lábának csontjaiban fájdalmak kínozzák, melyek miatt orvoshoz fordul, a ki fürdőket és porokat rendel neki, azonban haszon nélkül. Ezért egyik belgyógyászati klinikára megy, a hol ischiasra gyanakszanak s csak mikor kiderül, hogy terhes, küldik egyik közközházi nőgyógyászati osztályra, a hol 5 hétig tartják phosphor-kezelés mellett, aztán pedig elbocsátják azzal, hogy ha állapota rosszabbodnék, jelentkezék.

Nálunk a terhesség végén, 4 órával a fájások kezdete után, két ujjnyi méhszájjal, láztalanul, éppen a burokrepedéskor jelentkezik. Ezért is, meg mert járni egyáltalán nem tud, fürösztés nélkül feketik ágyba, a hol további 4 órai észlelés után spontan élő fiút szül (36:50:3000).

A láztalanul folyó gyermekágy 4. napján megállapítatik, hogy a beteg mozgása hanyattfekvő helyzetben csak a karokkal való alátámasztás után sikerül. A szegycsonton difformitás nincs, de az alsó felén nyomásra érzékeny. Ugyanígy fájdalmas a bordaív is. A medenczecsontokon hasonló érzékenység mutatható ki. A gerincoszlopon alaki eltérés nincs, az ágyéki szelvény és a keresztáj azonban nyomásra erősen fájdalmas. Hasonlóan fájdalmasak a csöves csontok is.

Az osteomalacia megállapítván, a gyógyítás érdekében castratiót határozunk, melyet a gyermekágy 33. napján végzünk el Pfannenstiel-metszéssel. A beteg 14 nappal a műtét után per primam gyógyult hassebbel távozott. A klinikáról phosphor-pilulák receptjét vitte magával, mert csontfájdalmi továbbtartottak.

Phosphort több turnusban szedett otthon, azonban állapota nem javult. Emiatt 8 hónappal legutolsó szülése után újra a klinikára véteti fel magát.

A beteg ekkor két botra támaszkodva, összegörnyedve, nagynehezre csoszog. Csontjaiban, mint régen, mindenütt nyomásra és mozgásra élénk fájdalmi vannak. Lépcsőt járni egyáltalán nem tud. Ha székre leül, onnan csak támogatás mellett tud felkelni. A klinikán ekkor, gondos észlelés érdekében, jó táplálás, de minden kezelés nélkül 28 napon át tartjuk, hogy lassuk, a változott hygienés viszonyok nem befolyásolják-e állapotát. Nem javult. Ezért 1916 május 29.-én glanduitrin-injectiókat rendeltünk, melyeket 1 cm³-es adagokban subcutan nyújtottunk és pedig néhány napon át a magunk megfigyelése alatt, aztán mert láttuk, hogy bajt nem csináltak, az injectiókat vidéken, magánorvossal folytattattuk.

Ezek hatása alatt a beteg annyira jól érezte magát, hogy, mert visszakerülvén Budapestre, a lépcsőn való járás terhére úgy, a gyógyszer vételét abbahagyta. Erélyes felszólításunkra 3 heti szünet után újra kezdte az injectiókat, de megint csak 7 héten át, mert viszonyai azokra időt szálni nem engedtek.

Azon 10 hét alatt, míg a beteg a befecskenzéseket kapta, teljesen jól érezte magát, csak bal lábfeje fáj, sőt három hónappal azután is, hogy injectiót már nem kapott, annyira jól volt, hogy bot nélkül járt le harmadik emeleti lakásáról s nagyon is szorult viszonyai közt nemcsak két gyermekét gondozta maga, hanem összes házimunkáját: főzését, mosását, vasalását stb. is maga látta el s legfeljebb időváltások esetén voltak itt-ott bujkáló fájdalmi.

II. Ezen esettel közel egy időben jelentkezett észlelésre egy másikeosteomalaciás beteg [szül. fejl. sz. 1916, 1406—1315], egy 32 éves, 7.-szer terhes, 151 cm. magas nő személyében. Ennek 5 szülése észlelésünkön kívül rendszeren, élő magzatokkal folyt le.

Hatodik terhességével már klinikánkon jelentkezett [szül. fejl. sz. 1914, 182—264.], és pedig a 8. hónapban, a mikor a következőket adta elő. Két évvel előbb már 5. gyermekágyából nagyon gyengén, derékfájdalmakkal kelt fel, két hónappal később fájdalmi támadtak mindkét alsó végtagjában és keresztcsontjában. Azonnal orvoshoz fordult, a ki rheumásnak tartván fájdalmait, artézi-fürdőket rendelt, melyekre panaszai teljesen megszűntek. Körülbelül egy évvel ezután, hatodszor való teherbejutását körülbelül 3 hónappal megelőzőleg, újra jelentkeztek elmult csontfájdalmi, de most annyira intensive, hogy járni is alig tudott. Egy hónappal később már olyan orvos kezébe jutott, ki megállapította, hogy medenczebaja van és sósfürdőket, meg phosphort rendelt neki. Erre két-három hónap után újra jobban lett, járása megkönnyebbedett. Ekkor jutott hatodszor teherbe, a mire állapota megint rosszabbodott. Bajával most egyik közközházi nőgyógyászati osztályra került, a hol injectiókkal (adrenalin?) kezelték, a mire még rosszabbul lett, ezért jött vissza klinikánkra. Itt mindjárt megállapítottuk az osteomalacia diagnózisát az alsó végtagok csontjainak s a medenczecsontoknak nyomásra érzékenységéből és a medenczének, bár csak kissé kifejezett, osteomalaciás típusú alakjából. Minthogy a betegnek hanyattfekvésben elviselhetők voltak a fájdalmi s mivel a terhesség rendes vége sem volt messze, phosphorkezelés mellett expectatióra határozottuk el magunkat.

Az észlelés harmadik hetében ismeretlen okból centralis pneumonia jelentkezett a beteg jobb tüdejébe alsó lebenyében, a melylyel kapcsolatos magas láz hatása alatt (39:30 C max.) megindultak a fájások is. A szülés azonban annak ellenére, hogy a méhszáj már a szülészeti észlelés legkezdetén 3 ujjnyi volt és a burok sem állott, még 14 órával később sem folyt le, miért is azt ekkor az állandó magas lázra (állandóan 39 C fölött) és a vajudónál kezdődő dyspnoëra tekintettel, műtéttel fejeztük be, még pedig úgy, hogy a medenczealakulat folytán nyilvánvalóan az egyenesbe illeszkedett s csaknem legnagyobb kerületével a bemenetben álló fejet minden lényegesebb lágyrészsérülés nélkül magas-fogóval húztuk keresztül.

A gyermekágy 5. napján a beteg még mindig lázas 39:7 C^o maximummal, a pneumoniának minden jelével, melyekhez a szívcsúcson

és a pulmonálison systolés zöreje, a vizeletben pedig geny és fehérje társult. A beteg az 5. napon túl láztalan. Azonban csak a gyermekágy 32. napján volt kibocsájtható, mert az ügyis lassú reconvalescenciát még egy ergotin injectio után a jobb czombon keletkezett tályog zavarta.

Az előzményeket ilyen részletesen azért kellett elmondanom, hogy megérttessem, miért nem foganatosítottuk ekkor az osteomalacia szokott műtéti kezelését. Különbö a türelmetlen beteg tanácsunk ellenére távozott a klinikáról.

Nem is láttuk ezután kerek két esztendeig, mely idő alatt állítólag elég jól érezte magát. Ekkor újra két és fél hónapos 7. terhességével jelentkezik a klinikán.

A betegnek járása ekkor csoszogó, mindkét alsó végtagjában és medenczecsontjaiban vannak fájdalmi. A medencze alakja a régihez képest változatlan, azonban az egyén magassága 5 cm-t apadt (148).

A terhességnek ilyen korai szakában, kivált ha az osteomalaciás medencze-elváltozások lényegesek s a panaszok is erősek, hogy a beteget a hosszas szenvedésektől megszabadítsuk, rendszerint úgy szoktunk eljárni, hogy a betegnek terhes méhét annak tartalmával s a gyógyulási akadályát alkotó petefészkekkel Chrobak-műtét útján eltávolítjuk.

Ennél a betegnél azonban relativ jó állapotára s a medencze-elváltozások csekélységére tekintettel (26:5:29:5:20:5; CD: 11:5, trochanterek távolsága 30; acetabulumok tája mérsékeltben benyomott; spontan szülés várható) a terhesség kiviseltesére határoztuk el magunkat azon esetre, ha a glanduitrin-injectiókkal sikerülne a beteget a szenvedésektől megkímélni.

1916 május 31.-én kezdtük meg az injectiókat 1 cm³-es subcutan adagokban. 7 injectióra fájdalmi megszűntek, járása javult. Ezért elbocsájtottuk. Ettől kezdve körülbelül 3 hónapon át naponta kapott injectiókat s ezen idő alatt semmi szenvedése nem volt s bot nélkül fennjárt. Ekkor azonban a terhesség 7. hónapjába lépven, részben elnehezedett, részben gyermekeit nem tudván kire bízni, injectiókat többé nem vett. Erre állapota hirtelen rosszabbodni kezdett, végül annyira, hogy botal is csak épp vonszolni tudta magát. Másfél hónapi kimaradás után mi kerestük fel lakásán, a hova ezután kijártunk injectiókat adni. Már 4—5 injectio után enyhültek fájdalmi, járása javult, úgy, hogy botal megint jobban tudott járni, bár bal lábát csak vonszolta maga után. Terhességének végén felvettük a klinikára, a hol az injectiókat folytattuk, melyeknek hatása alatt teljesen fájdalommentessé vált, motilitásán azonban az nehéz terhe mellett csak nagyon minimálisat tudott javítani. Az egyén, miután medenczebeli csontelváltozásai terhesége alatt constatálható mértékben nem romlottak, 1916 december 2.-án, terhességének rendes végén, kilencz órai vajadás és egy órával a burok repedése után II. állású tökéletlen lábfejkvésben a magzat köldökéig spontan, azonutól pedig extractióval, továbbá kar- és Smellie-Weit-féle fejkiéjtéssel sérülés nélkül szült.

Az ágyat a gyermekágy 13. napján hagyta el, azonban még annak 24. napján is csak csoszogva tudott járni. Ezért glanduitrin-injectiók alkalmazását kezdjük meg újra. Ezeket a gyerekágy 32. napjáig folytattuk, a mikor a beteg hirtelen lázas lett. Hat napi lázas-kodás alatt polyarthritiss fejlődött ki, mely betegség az első roham után a két térdizületben s ezek közül is főként a jobboldaliban lokalizálódott. Erre való tekintettel megvizsgáltuk a vaginalis váladékot, melyben gonococcusokat találtunk.

Miután a hőmérsék hat nap után leesett, az izületeket csupán immobilizáltuk és borogatás alatt tartottuk, majd hat napi teljes láztalanság után a gyerekágy 44. napján újra kezdtük a glanduitrin-injectiókat. Ezeket megint az 55—59. nap között szakítottuk meg, mikor az izületek fájdalmassága kissé fokozódván, salicylt adtunk a betegnek. Ezután a glanduitrin-kúrához újra visszatértünk.

A beteg a szülés utáni 74. napon kelt fel, járása azonban csak a szülés utáni 94. napon kezdett szemmel láthatóan javulni. A klinikát a 98. napon hagyta el, az injectiókat azonban tovább is, legfeljebb 1/2 éven át folytatni fogja. Járása azóta (egy hónappal a kibocsátás után) annyira javult, hogy ha még nem is sokat, de bot nélkül tud járni. Meg kell említeni, hogy a beteg állapota ellenére erőteljes gyermekét maga táplálja.

III. Harmadik esetünk tárgya egy 30 éves X. P. [Szül. fejl. sz. 1916, 1383—1247.]. Ennek szülései közül az első kilencz 13 év alatt folyt le és pedig az első hét — leszámítva azt, hogy az első szüléskor kora halott magzat született — normálisan magától. Hetedik szülése után 9 hóig egyáltalán nem tudott járni. Járása azóta is nagyon rossz. Utóbbi jelenlegi terhessége alatt, melynek a felvételekor éppen 8. hónapját töltötte be, még rosszabbodott, úgy, hogy most csak két mankón tud járni, mert csontjai nagyon fájnak. Emellett, mint mondja, testmagassága folyton csökken.

Felvételekor a mellkas és medencze összenyomása élénken fájdalmas. A bordaív legalsó bordái a csipőtarajra fekszenek. A medencze 24:26:5:21 cm méretű. A trochanterek távolsága 22 cm. Belső vizsgálatra az arcus pubis egy harántujjnyira szűkült. A legmelyebben egymáshoz közelített két szemérem-ülöcsonti ponttól a keresztcsont csúcsáig eső távolság két harántujjnyi (körülbelül 4 cm). A keresztcsont csúcsa kampószerűen behajlik, a promontorium beugró, de a szűkület miatt távolsága nem mérhető jól. Mindezek alapján önmagában összehajló, osteomalaciás medenczét kellett felvennünk abszolút szűkülettel.

Hogy a magától bekövetkező szülésig a fájdalmak csillapításáról lehetőleg gondoskodjunk, glanduitrin subcutan adagolásához fogunk. Az első injectio után néhány órára enyhé méhösszehúzódások támadnak, ezek azonban csakhamar kimaradnak. Összesen azonban csak hat napon át folytathatjuk a kezelést, mert ekkor, körülbelül két héttel a terhesség

ségnek számított normalis vége előtt, renyhe contractiókkal megindul a szülés.

Ernek lebonyolítására az abszolút szűk medenczére való tekintettel a császármetszést választottuk, melyet, hogy a nagyon leromlott beteget a vérvesztéstől s a gyermekágy nedvvesztéseitől és eshetőségeitől is megkíméljük, a ligamentumok előzetes leszorításával, utóbb pedig *Chrobak* szerint supravaginalis amputatióval és castratióval egészítettünk ki.

A műtét kora fiú-magzatot hozott a világra 29:45:2000 méretekkel.

Az ágyat a beteg per primam gyógyult hassebbel a műtét utáni 21. napon hagyta el, de annak ellenére, hogy nem is szoptatott, még a 37. napon sem mutatott az állapota semmi lényeges javulást s járnai is csak két mankóval tudott.

Ezért a javulás gyorsítása érdekében glanduitrin-injectiókat kezdtünk. Erre 14 nap után, mankóit letéve, már csak két botra támaszkodva jár, újabb 10 nap után pedig bot nélkül tud már menni, s a műtét utáni 80. napon bot nélkül hagyja el klinikánkat.

Ezen eseteket mint a belső secretiós therapia érdekes hatásainak s mint az osteomalaciás folyamat szövevényes belső secretiós vonatkozásainak példáit óhajtottuk közölni. A tapasztaltakból azonban nem szándékunk egyelőre conclusiót levonni, csupán leszögezni kívánjuk a következőket.

A hypophysis-kivonatnak *Bab* által ajánlott hosszas subcutan adagolása előnyös, sőt bizonyos mértékig a bajt megállító hatással volt az osteomalaciának egy olyan esetében, melyet a castratio meggyógyítani nem tudott, sőt a melyben minden egyéb therapia eredménytelen maradt.

Ezen szer adagolásával továbbá panaszmentesen és minden konstatalható hátrány nélkül sikerült kiviseltetni a terhességet egy olyan osteomalaciával, a kinek petéje különben — minthogy a szenvedések a terhesség operatív megszakítását bizonyára kikényszerítették volna — áldozatul esett volna. Ugyanezt az egyént továbbá a gyermekágyban keletkezett és a beteget nagy mértékben lerontott, tehát minden műtéti kezelést kizárt izületi gyuladás ellenére sikerült e szerrel csontfájdalmainak teljes megszüntetése mellett láb-állítani.

A harmadik esetben végül a hypophysis-kivonat subcutan adagolása meg tudta indítani, még pedig feltűnő gyorsasággal, az osteomalaciás folyamat javulását egy olyan betegen, a kinek — talán a nagyfokú leromlás következtében — ezen javulás bekövetkezését egymagában a castratiótól hiába vártuk.

Mindhárom esetben oly figyelemre méltók ezen eredmények, hogy érdemessé lesznek a *Bab* ajánlotta gyógyszert az osteomalacia alkalmas eseteiben használni s a vele szerkezhető tapasztalásokat tovább gyűjteni.

Közlemény Budapest székesfőváros dunajobbparti közkórházainak (igazgató: Irsay Artur dr., egyetemi tanár) központi orvosi laboratoriumából.

I.

A Wassermann-reactio eredményének értékelése.

Irta: *Forbát Sándor* dr., a laboratorium vezetője.

Jóllehet a Wassermann-reactio immár több mint tíz esztendő, aktualitása — mely kifejezéssel a tárgy körül nem csökkenő hévvel folyó tudományos vitákat akarom jelölni — a legmodernebb orvosi problémákkal vetekszik. Ennek oka az, hogy a próba viszonylagos jelentősége ismereteink bővültevel mind jobban kidomborodott, azoknak az ellentmondásoknak és kitéréseknek elméleti magyarázata tehát, melyek a reactio beálltának vagy elmaradásának törvényszerűségében mutatkoztak, állandóan ébrentartotta a kérdéssel foglalkozók figyelmét. Egy részük túlságos felelősséggel ruházták fel a reactiót, mindazt luesnek tartotta, a melyben a próba pozitívnak bizonyult és nem tartott luesnek olyan megbetegedést, illetve tagadta lues főnnállását, ha negatív volt a reactio eredménye. A kutatók más része lebecsülve jelentőségét, a körjelzést csak igen alárendelt szerepet biztosított a próbának.

Nagy kár, hogy azon folyamatok lényegével, illetve azon anyagok természetével, melyeknek a reactio beálltában és

elmaradásában egyaránt szerep jut, máig sem vagyunk teljesen tisztában. Így a *complementum* természete és viselkedésének lényege, sőt azon feltételek, melyek valamely anyagot *antigenné* hajlamosítanak a Wassermann-reactióban, még nincsenek teljes bizonyossággal felderítve. Éppenséggel hézagos a tudásunk az *ellenanyagok* fajlagossága és természete felől, melyek jelenlétének mintegy indicatora, jelzője a reactio beállta. Ha az ilyenkor lejátszódó folyamatok valódi lényegével tisztában volnánk, akkor nem empiriás tapasztalatok, hanem szigorúan tudományos törvényszerűségek alapján tudnánk megállapítani azokat a különböző betegségekkel kapcsolatos biológiai, morphológiai stb. változásokat, melyek a reactio beálltát vagy elmaradását befolyásolják. Világosabban kifejezve, bizonyos rendszer és törvényszerűség volna megállapítható arra nézve, hogy mely megbetegedések, által feltételezett élettani vagy sejtkórtani változások akadályozzák meg vagy segítik elő a reactio beálltát. Elképzelhető ugyanis, hogy vannak bizonyos megbetegedések, melyek a reactióban szereplő tényezők egyikére a szervezetben belül oly kedvezőtlen feltételeket teremtenek, hogy azoknak valódi szerepét megváltoztatják vagy teljesen felfüggesztik, a mi által a reactio elveszíti önkormányzóképeségét. A mellett a próba biologicce teljesen fajlagos lehet.

Ha például elfogadnók *Jacobsthal* (Münchener mediz. Wochenschr., 1910, 19. sz.) azon elméletét — a mint hogy erre nincs kellő alapunk —, hogy a leukocyták legtagabb értelemben vett szétesése a Wassermann-reactióban szereplő gátlótestek képződését következményezi, akkor elképzelhető, hogy a luesen kívül más betegségek is okozhatják leukocyták szétesését, anélkül, hogy ezen az egy hasonyszerűségeen kívül más rokonságban lennének a syphilissel. Ez az egy hasonyszerűség azonban elegendő lehet pozitív Wassermann előidézésére, anélkül, hogy lues lenne jelen és anélkül, hogy szigorú értelemben ne kellene fajlagosnak mondani a lues serodiagnosisát, mert hiszen a gátlóanyagok (— antitestek —) egymagukban nem elegendők a reactio létrehozására, hanem megfelelő antigenre stb. is van szükség.

Gyakorlati értelemben mindazonáltal nem lehet a lues serodiagnosisát fajlagosnak mondani, mert számos szerző a betegségek egész sorát írta le, a melyekben a Wassermann-féle seroreactio pozitív lehet (*Much, Eichelsberg, Jakobovits, Leibfreid, Wechsellmann, Michaelis, Cumming, Hoffmann, Neisser, Elias, Salomon, Levaditi, Weil, Braun, Nonne, Forbát* stb.). Ismétlem, hogy egymagában ez a körülmény elméleti értelemben még nem szól feltétlenül a reactio fajlagossága ellen, ha ez az állítás paradoxnak is látszik első pillanatra.

Bizonyos, hogy aránylag oly csekély és annyira távolálló természetű betegségekről derült ki, hogy a Wassermann-reactio eredményét pozitív irányban befolyásolhatják, hogy ezek a betegségek könnyen kizárhatók. Ebből következik, hogy a Wassermann-reactio pozitív eredménye — ha a néhány szóbanforgó betegséget kizártuk — feltétlenül lues mellett szól. (Mindig feltételezve természetesen azt, hogy műhibát nem követtünk el.) A negatív eredmény létrehozásában szerepet játszó körülmények felől — ha lues jelenléte esetén mégis negatív a reactio — természetesen kevesebb tájékozottságunk van. Ilyen esetekben azonban aránytalanul gyakrabban felelősek a reagenseink és kellőszámú meg minőségű ellenőrző-próbáink sokszor kényszerű hiánya, mint a bizonyos szervezetekben végbemenő olyan változások, melyek a Wassermann-reactio beálltásához szükséges feltételeket keresztezik. Ezt mindenki tudja, a ki nagy számmal és állandó nagy anyagon végez serodiagnosisát. Nem jog nélkül állítja számos szerző, hogy csak a szélsőséges gondosságú serológiai dolgozás bir kellő értékkel és ha mindnyájan állandóan három-négy különféle extractummal végeznénk minden Wassermann-reactiót és minden egyes savót négy-ötféle mennyiségben állítanánk be vizsgáló-sorozatunkba, ha továbbá több subjectiv kontrollpróbát is alkalmaznánk, bizony meglepetve látnánk, hogy az eredmény leolvasása nem könnyű, mert az egyes kivonatokkal, különféle mennyiségekkel stb. a savó más-másképp viselkedik. Viszont a tömegdolgozás

kizárja a szélsőséges gondosságot, bármennyire sajnálatos is ez a körülmény. Ha valamely nyilvános intézetben — a mint az gyakran naponta előfordul — egyszerre 80—100—130 és még több Wassermann-t kell végezni és mindegyiket tiz-tizenegy ellenőrző és fokozati próbával kellene beállítani, akkor a serologus 15 nappali órában egy félórára sem hagyhatná el helyét.

A dolgokat elfogadván úgy, a hogyan kivitelük embe-rileg és a viszonylag legpontosabban lehetséges, savónként 3—4 ellenőrző-próbával valószínű megbízható eredményt érhetünk el. Természetes, hogy a szabály alól gyakran mutatkoznak kivételek, a reactio sokszor nem úgy végződik, a hogy várnók és hinnők. Nem tudom azonban, egyesek miért olyan túlzók a Wassermann-reactióval szemben állított követeléseikkel?

A malaria legtöbbször léptumorról jár, de gyakran nincs léptumor és mégis egészen bizonyos, hogy malariával állunk szemben, mert plasmodiumok mutathatók ki a vérben. Typhus abdominalisban roseolák mutatkoznak a bőrön, de gyakran nincsenek roseolák és mégsem kételkedhetünk abban, hogy typhussal van dolgunk.

A Wassermann-reactio is legtöbbször megteszi kötelességét, de vannak kivételek. Ha a kartársak, a kik a Wassermann-reactiót nem maguk végzik, hanem az eredményt kézhez kapják, a reactio viselkedését nem konok verdiktnek, hanem a lues tünetének fogják tekinteni, mely legtöbbször megvan, de néha el is maradhat, akár a lues egyéb tünetei: primaer sclerosis, secundaer tünetek stb., akkor sokkal több örömmel lesz a reactióban és gyakran értékes segítők a diagnosis felállításában, mikor minden egyéb tünet hiányzik.

Néhány rövid, áttekinthető pontban foglalom össze azokat az irányelveket, melyeknek figyelembevételét a Wassermann-reactio értékelésében azoknak, a kiknek a beteggel kapcsolatos működése nem a laboratóriumban, hanem már a betegágyánál kezdődik, igen ajánlom:

1. Wassermann reactiót végeztetünk, ha a) luesre gyanús, azonban nem jellegzetes újképlettel vagy kiütéssel van dolgunk; b) ha minden tünet nélküli esetben a kórelőzmény felől akarunk tájékozást szerezni; c) ha befejezett antilueses kúra után annak hatásáról kívánunk meggyőződni.

2. Utóbbi esetben a befejezett kezelés után legalább

5—6 hónappal végeztessünk csak Wassermann-reactiót, mert ennyi ideig tart, míg az alkalmazott gyógyszer által kiváltott ellenhatásnak a Wassermann-reactióra való közvetlen befolyása megszűnik.

3. A Wassermann-reactiót nem szabad *egyedüli* határozó tényezőnek tekinteni annak eldöntésekor, hogy kérdéses esetben lues fennáll-e vagy nem. A reactiót a lues *tünetcsoportjába* kell behelyezni, mely csoportban egyike a legérzékenyebb és ritkán kieső tüneteknek, és igen gyakran akkor is kimutatható, amikor minden egyéb támpont teljesen hiányzik. Néha nyilvánvalóan fennálló lues esetében a reactio elmarad.

Ilyenkor alkalmasint a szervezet belsejében (véráramban) levő, előttünk a hatáskifejtés lényege szempontjából ismeretlen anyagok, elbontás közben szabaddá váló productumok vagy egyéb termékek stb. változtatják meg olyképpen a reactióban szerepet játszó tényezők valamelyikét, hogy a próba eredménye befolyásoltatik.

4. Éppen ezért a Wassermann-reactio negativ eredményét óvatosan kell értékelnünk. Positiv eredményét ellenben, ha a kevésszámú könnyen felismerhető megbetegedést — melyek ritkán szintén positivvá tehetik a reactiót — kizárjuk (I. Forbát, O. H. 1916), a fennálló vagy lefolyt syphilis biztos jelének kell tekintenünk.

II.

Tizenkét hónapi statisztikám 813 Wassermann-reactióról.

Irta: *Forbát Sándor* dr., a laboratórium vezetője.

1916 január 31.-étől 1917 január 31.-éig összesen 813 Wassermann-reactiót végeztem. A mely esetben csak módomban volt, az aetiológiára, anamnesisre, fennálló betegségre vonatkozó adatokat feljegyeztem, másrészt jegyzeteket készítettem arra vonatkozólag is, hogy egy és ugyanazon savó különböző antigenekkel szemben (állandóan kétféle antigennel dolgozom), továbbá mennyiségi fokozatokban (a savót leg-alább kétféle — 0.05 és 0.1 cm³ — mennyiségben használom), hogyan viselkedik. Ilyképp érdekes adatokat nyertem, melyek egyben a Wassermann-reactio értékelésére vonatkozó előbbi cikkben foglaltakat támogathatják.

Táblázat.

Esetek száma : 813. Ebből 444-re vonatkozó adatok részben vagy egészben hiányoznak. A fennmaradó 369 eset statisztikája a következő :

	Primaer lues	Secundaer lues	Tertiaer lues	Tabes	Anamnesisben lues nem szerepel	Anamnesisben lues szerepel, de jelenteg nincs tünet	Anamnesisben a férj illetve a feleség luese (abortus) szerepel
Esetek száma :	16	31	98	53	92	70	9
a) A reactio: mindkét antigennel positiv	9 (56%)	24 (80%)	85 (83%)	49 (92%)	8 (9%)	24 (34%)	7 (80%)
b) Az egyik atigennel positiv, a másikkal negativ (kétes eredmény)	1 (6%)	3 (10%)	7 (7%)	1 (2%)	6 (6%)	10 (1.3%)	0
c) Az a) és b) rovatba sorolt savók közül már 0,05 ccm. mennyiséggel is positiv	7	21	83	46	10	8	6
d) Az a) és b) rovatba sorolt savók közül csak 0,1 ccm. mennyiséggel positiv	3	6	9	4	4	26	1
e) Mindkét antigennel negativ	6 (38%)	4 (10%)	6 (5%)	3 (6%)	78 (85%)	36 (64.7%)	2

A c) és d) rovat az a) és b) rovat részletezése lévén, az a) és b), valamint a c) és d) rovatok számainak összege egyezik.

Előrebocsájtom még összehasonlításképp, hogy az ismertebb szerzők közül pl. *Hoffmann* és *Blumenthal* a syphilis *primaer stadiumában* a Wassermann-reactiót 50%-ban, *secundaer stadiumában* 82%-ban, *tertiaer stadiumában* 88%-ban találta pozitívnak.

A táblázat fontosabb adatai a következők: Primaer lues eseteiben 56%-ban, secundaer lues eseteiben 80%-ban, tertiaer lues eseteiben 88%-ban, tabes eseteiben 92%-ban feltétlen bizonyossággal pozitív eredményt kaptam. (Mindkét antigennel pozitív reactio.) Bizonyos százalékban ezenfelül kétes volt az eredmény, az egyik antigennel negatív, a másikkal pozitív. Ha ezt a százalékot az előbbihez hozzáadván, a percentek változása felső határának veszem, akkor megállapítható, hogy eseteimben a pozitív Wassermann latitúdeje *primaer lues eseteiben* 56 - 62%, *secundaer lues eseteiben* 80 - 90%, *tertiaer lues eseteiben* 88 - 95%. Ezek az adatok *Hoffmann* és *Blumenthal*-éival csaknem pontosan egyeznek. Kivétel csak a *primaer lues* esetei, melyekben én átlagban 10%-kal többször találtam a Wassermann-t pozitívnak. Valóban, ez már régebbi tapasztalatom is.

Végül — mert a gyakorlati megítélés gyakran előfordul kényes és felelősségteljes feladatára vet világot — nem lesz érdektelen a következő esetek megemlézése:

1. Egy rendkívül intelligens és feltétlenül szavahihető, dúsgazdag fiatalembertől ugyancsak igen felvilágosult és gazdag (a gazdagságot azért említem, hogy a szereplők anyagi érdek által nem befolyásolt vallomását bizonyítsam) leendő apósa azt kívánta, hogy — (jóllehet a fiatalember eszményi termetű és erejű, egészséges férfi volt, a ki meggyőző intelligenciával állította, hogy legjobb tudomása szerint soha semmiféle nemi baja nem volt) — házassága előtt Wassermann-reactiót végeztessen. A reactio váratlanul erősen pozitív eredménnyel végződött, azonban a savónak csekélyfokú önkötése volt. Két nappal később újból vettünk vért (mindig a vena medianából) és egy másik laboratóriummal egyidejűleg újból megejtettük a próbát. Az eredmény hajszálnyira egyezett. A savó erősen pozitív eredményt adott, csekély önkötéssel. Egy harmadik laboratóriumban újból való punctio után ismét megejtett Wassermann negatív eredménnyel járt.

2. Egy asszony háromszor abortált és három élő gyermeke van. A férj és a három gyermek Wassermann-ja negatív, az asszonyé pozitív.

Közlemény a laibachi cs. és kir. 5. számú tartalékkórházból.
Kórházparancsnok: Zörnlaib Sándor dr., ezredorvos.

A theazylon nevű új diureticumról.

Irta: *Leitner Fülöp* dr., kolozsvári egyetemi tanársegéd, osztályos főorvos.

Kórházunknak általam vezetett belgyógyászati osztályán állandóan meglehetősen sok vesegyulladásban és szívbajban szenvedő beteg kerül felvételre. A rendelkezésünkre álló, általánosan ismert diureticumoknak esetleg kombinált adagolása segítségével legtöbbször aránylag gyorsan sikerül a szervezetből az ott kórosan felszaporodott folyadékot kiküszöböltetni. Mégis előfordult több esetben, hogy különösen idősebb vesegyulladásban szenvedők nagyfokú oedemájával szemben a rendelkezésre álló diureticumok hatástalanok maradtak, ellenben a *Merck*-céggel által „*theazylon*” néven forgalomba hozott új diureticum megindította a diuresist.

Osztályom nagy beteganyaga bőséges alkalmat szolgáltatott a gyógyszer adagolására, illetőleg hatásának, diuresises értékének kipróbálására. Minthogy pedig eddig a hazai orvosi irodalomban nem jelent meg — tudomásom szerint — eredeti közlés e szerről, indítatva érzem magamat arra, hogy ezen kiválóan bizonyult diureticummal végzett therapiás kísérleteim eredményeit röviden közreadjam.

A „*theazylon*” (*acetylsalicylotheobromin*) fehér színű, szagtalan, majdnem íz nélküli kristályos por, mely vízben, alkoholban, aetherben és híg savakban rosszul oldódik. A *lúgos bélnedv* hatása alatt elszappanosodik, illetve *salicylsavra* és

theobrominra bomlik. A gyomorból változatlanul távozik, éppen ezért a gyomor nyálkahártyáját általában nem izgatja.

Ebből magyarázható, hogy a gyomor meglehetősen jól tűri és sokkal ritkábban ad okot gyomorpanaszokra, esetleg hányásra, mint más diureticum. Az esetleg mégis elentkező gyomorpanaszok a gyomornedv sósavtartalmának hiányára, illetve ez okból eredőleg a theazylonnak már a gyomorban történt bomlására vezethetők vissza. Ilyenkor kevés híg sósav adagolásával megszüntethetők a gyomorpanaszok.

Az új diureticummal az első klinikai kísérleteket *Hoffmann*¹ düsseldorfi tanár végezte és igen kedvező eredményekről számol be. Vizsgálatai szerint a *theazylon* igen erőlyes vizelethajtó hatású szer és nemcsak a híg alkotórészek, hanem a vizelet szilárd alkotórészeinek is élénkebb, gyorsabb kiválasztását eredményezi. A konyhasó és a N-tartalmú agyagok napi kiválasztott mennyisége fokozódik hatása alatt. A kísérletképpen adagolt jódot is a theazylonnal kezelt egyének veséi gyorsabban választották ki, mint rendszeren. Hatásához tartozik még, hogy a vesegyulladásban szenvedők fokozott vérnyomását rendszeren leszállítja.

Hoffmann kedvező eredményein felbuzdulva, számos más német szerző, így: *Bergmann*,² *Feldheim*,³ *Radwansky*,⁴ *Meyer*⁵ stb. végeztet a gyógyszer kipróbálása végett therapiás kísérleteket. Kasuistikus közléseikből az tűnik ki, hogy a theazylon különösen vesegyulladás és szívbaj esetén fejlődött oedemák gyors leküzdésére igen alkalmas. Sőt néhány esetben valósággal életmentő hatást fejtett ki idősült nephritisek nagyfokú, általános oedemái gyors megszüntetésével.

Saját vizsgálataim összesen 19 esetre vonatkoznak és pedig: idősült vagy subacut nephritis (12 eset), insufficiencia aortae cum stenosi — incompenzált stadium (1 eset), pleuritis exsudativa tuberculosa (3 eset), cirrhosis hepatis (2 eset) és peritonitis tuberculosa (egy eset).

Már eleve megjegyezhetem, hogy betegeim (a 2 máj-cirrhosis-eset kivételével) általában szívesen vették a gyógyszert, melyet részint por, részint tabletták alakjában adagoltam, és pedig legszívesebben kevés ásványvízben vagy tejben elkeverve. Tejjel való adagolását különösen igen kellemesnek tapasztaltam.

Fontos, mint más theobromin-készítménynél is, hogy a *theazylon*t mindig telt gyomorral, étkezés után vagy közben adjuk be. Betegeim egy része a tejjel elkevert por-alakú gyógyszert szívesebben vette, mint a tablettákat.

Korábbi közlések ajánlata alapján én is rendszeren naponta 3×1.0 gm.-ot adagoltam a theazylonból, de 2—3 esetben, a melyekben enyhe gyomorpanaszok jelentkeztek, előnyösebbnek tapasztaltam a 6×0.5 gm. formában való adagolást.

* * *

I. *Idősült vagy subacut nephritis* 12 esetében mindig prompte jelentkezett a diuresises hatás és a betegek állapota gyorsan megjavult. Szemléltetésül közlök kivonatossan néhány kórvázlatot:

D. P. 43 éves honvéd. 1916 július 14.-én megpöfödött az arcza; majd megdagadt mindkét lábszára és a hasa is. Július 18.-án került felvételre. Állítólag azelőtt sohasem szenvedett vesebajban. *Status.* Láztalan. Arcz, szemhéjak duzzadtak. Has megnagyobbodott, benne sok szabad folyadék. Hasbőr térsza-tapintatú; lábszárak is erősen oedemások. Tüdőszerte hurutos jelenségek. Szívhangok tompák. Érverés percenként 54, feszes, szabályos. *Vizelet* napi mennyisége: 200 cm³ (felvételtkor); fajsúlya: 1022; fehérje-tartalma: 15⁰/₁₀₀ (Esbach!). Üledékben meglehetősen sok vér, fehér vérsajt, hámsejt és elég sok durván szemcsézett henger.

Kezelés: szigorú étrend és ágynyugalom, később napi 4 gm. diuretin.

Kórlefolyás: 8 napon át összesen 32 gm. diuretint fogyasztott el, de az oedemák változatlanul fennállanak, a vizelet mennyisége alig szaporodik: 200, 350, 600, 750, 650, 900, 1000, 900, 800 cm³ Szív működés gyengül.

Therapia: Diuretin (3×1.0 gm.) és coffeinum natrio-benzoicum (4×0.25 gm.).

Ujabb 27 gm. diuretin és 12 gm. coffein hatása alatt a diuresis mérsékelten fokozódik, de csak napi 1200 - 1300 cm.³-ig. Az oedemák változatlanul fennállanak, a beteg állapota határozottan rosszabbodik. Augusztus 8.-án megkezdem a *theazylon* adagolását, előbb

4×0.5 gm., majd 2 nap múlva 3×1.0 gm. adagot nyújtva. Beteg a gyógyszer kitünően tűri, nem hány, semmi gyomorpanasza nincs.

A vizelet mennyisége már a 3. napon felszaporodik az előző napi 1150—1200 cm³-ről 2050 cm³-re; a következő napokon pedig rohamosan emelkedik: 3050 cm³, 3300 cm³, 5300, 2250, 3420, 3450, 2580 cm³-re.

Augusztus 18.-án. 28 gm. theazyron adagolása után a szert kihagyom. A beteg teljesen lefogott, oedemái eltűntek; légzési panaszai szűntek; étvágya megjavult. — Tíz nap alatt a beteg kiürített összesen több mint 30 liter vizeletet; maximalis napi diuresise 5300 cm³ volt a gyógyszer adagolása 5. napján.

A vizelet fajsúlya 1022-ről gyorsan lecsökkent 1006-ra, majd 1008 és 1012 közt ingadozott.

A fehérjetartalom már a diuretin adagolása közben lecsökkent a kezdeti 15⁰/₀₀-ról 9⁰/₀₀-re; a theazyron adagolása közben tovább csökkent: 5⁰/₀₀, 3⁰/₀₀ — sőt augusztus 14.-én (a maximalis diuresis napján 5300 cm³) 1¹/₂⁰/₀₀-re. E napon azonban a vizelet észrevehetően véressé vált. — A következő napon a vizelet fehérje-tartalma már 4¹/₂⁰/₀₀, majd ingadozik: 1¹/₂⁰/₀₀, 3¹/₄⁰/₀₀, 5¹/₄⁰/₀₀, 4³/₄⁰/₀₀, 6¹/₂⁰/₀₀, 4¹/₂⁰/₀₀, 3³/₄⁰/₀₀, 2¹/₂⁰/₀₀, 2¹/₄⁰/₀₀; heteken át 2—3⁰/₀₀ közt van és csak körülbelül 6 hét múlva csökken le újból 1¹/₂⁰/₀₀-re.

Kiegészítésként még ki kell emelnem, hogy a beteg augusztus 19.-étől szeptember 3.-áig bezárólag semmiféle diureticumot nem kapott ennek dacára 16 nap alatt további 41.5 liter vizeletet ürített.

Az ismertetett esethez hasonló a következő eset: Sz. J. 22 éves közkatona 1916 szeptember 22.-én vétetett fel súlyos általános, minden testrésztére kiterjedő oedemákkal.

Hőmérséke rendes. Tüdők felett minenütt hurutos jelenségek. Szívhangok tompák, de tiszták. Érverés percenként 80, feszes, de szabályos. Étvágy csekély. Szék rendben.

Vizelet napi mennyisége 650 cm³; fajsúlya 1014, világos szalmasárga színű, savi kémhatású. Fehérje-tartalom: 15⁰/₀₀ (Esbach). Üledékben: 1-1 vörös vérsajt, elég sok szemcsés hámsejt és látóterenként 3-4 finoman szemcsézett henger.

Kezelés: Agnyugalom, szigorú diéta, 3×1.0 gm. diuretin.

Október 4. A diuretin adagolása eddig (összesen 30 gm.) hatás nélkül maradt. Vizelet napi mennyisége 900—1200 cm³ közt ingadozik, az oedemák nem apadnak. — Kínzó fejfájásról panaszkodik, többször hány. Pulsus igen feszes.

Fenyegető uraemiás jelenségek miatt venaepunctio útján 300 cm³ vért bocsátok.

A következő napokon tovább adagolom a diuretint coffeinnel kombinálva. (Más diureticum nem állott rendelkezésemre!)

Október 11.-én. Semmi javulás; ellenkezőleg az oedemák fokozódtak; szívereje hanyatlak, érverése gyakran kihagyó.

A vizelet fehérje-tartalma szaporodott: 22⁰/₀₀ (Esbach).

Therapia: Digitalis-főzetet adagolok, naponta 0.5 gm.-ot (100-ra).

Október 15. 2.5 gm. digitalis elfogyasztása után a szert kihagyom. Érverés javult, de az oedemák változatlanul fennállanak. Vizelet mennyisége 1400 cm³ körül; fehérjetartalom: 34⁰/₀₀.

Néhány napig újból diuretint szed a beteg coffeinnel, de mert a diuresis nem javul, október 20.-án megkezdem a theazyron-adagolását 3×1.0 gm.-mal. A vizelet fehérje-tartalma e napon 24⁰/₀₀ (Esbach). Az első napokban olykor hányt a beteg (a hányások sokszor reggel a gyógyszer bevétele előtt következtek be), de ez a gyógyszer adagolása abbahagyását nem tette szükségessé. — Emiatt áttértem 6×0.5 gm. formában való adagolásra. Így jól tűrte a beteg a theazyront és a hatás meglepő volt.

A vizelet napi mennyisége fokozatosan szaporodott 1400 cm³-ről 1750, 1780, 2250, 2350, 2450, 2600 cm³ — majd az adagolás 11. napján 3000 cm³-re. E napon, 33 gm. elfogyasztása után, kihagyom a szert, de a diuresis gyógyszer adagolás nélkül is még tovább fokozódik: 3200, 3700, 3900, 3460, 4550, 5900, 3050, 3900, 4200 cm³-ig, úgy, hogy a beteg az első 11 napon csak 26.5 liter, az utána következő 15 nap alatt 50.7 liter; 26 nap alatt összesen 77 liter vizeletet ürített.

A kiürített vizelet mennyisége szaporodásával lépést tartott az oedemák fokozatos csökkenése, majd teljes eltűnése; ezt nyomon követte a beteg közérzetének javulása és étvágyának visszatérése.

A fehérjemennyiség a theazyron adagolása alatt napokon fokozatosan csökkent a kezdeti 24⁰/₀₀-ról 20⁰/₀₀, 17⁰/₀₀, 12⁰/₀₀, az adagolás 7. napján 9⁰/₀₀-re. A következő napokon a fehérjetartalom előbb meglehetősen szaporodik 11⁰/₀₀, sőt 16⁰/₀₀-ig (a vizelet kifejezetten véressé válik!), majd újból csökkenni kezd s leszál előbb 6⁰/₀₀, a theazyron-adagolás 17.-ik napján 2⁰/₀₀-re. (Diuresis 5900 cm³).

*

Nephritis-betegeink kórtörténetei közül még csak egyet óhajtanék ismertetni példaképpen annak szemléltetésére, miképpen hat a theazyron minden más diureticummal végzett előzetes kísérletezés nélkül.

K. J. 30 éves közkatona. Gyermekkorában himlős volt (scarlatina?) és utána egész testében megdagadt. 18 éves korában ismét meg volt dagadva.

Status. Erőtlen, jól táplált. Láztalan. Arcza, nyaka, szemei erősen puffadtak. Has óriásilag megnagyobbodott. Haskerület: 92 cm. (köldök!). Has és mellkas bőre duzzadt, térsza-tapintatú, az ujbenyomatót megtartja. Hasban sok szabad folyadék. Nemi részek is erősen oedemások. Lábszárak csak mérsékelten duzzadtak.

Tüdők felett enyhe hurutos jelenségek. Szívhangok tompák. Pulsus gyér, percenként 48, feszes, szabályos. Léptompulat felső hátra a 7. borda magasságában kezdődik, nem tapintható. Májtajék nyomásra érzékeny, májtompulat is 2 bordával magasabban kezdődik és végződik. (Mindkét szerv feltölt!)

Vizelet: napi mennyisége 800 cm³, fajsúlya 1025, fehérje-tartalma: 19⁰/₀₀. Üledékében feltűnő sok szemcsés hámsejt és szemcsés meg hyalin-cylinder (8—12 egy látóterben). *Diagnosis: Nephritis chronica.*

Kezelés: 3×1.0 gm. theazyron tabletták formájában, egyidejűleg híg 1⁰/₀₀-os sósavat nyújtva.

Körlefolys. A beteg a szert kifogástalanul tűrte. Egyszer hányt ugyan, a maximalis diuresis napján, de egyébként sem emelygésről, sem gyomorajdalmakról sohasem panaszkodott.

A vizelet napi mennyisége október 29.-étől november 6.-áig a következő volt: 1550, 2050, 2850, 2900, 3560, 3450, 3480 cm³. A fehérje-tartalom pedig az egész észlelési idő alatt a következő értékek közt ingadozott: október 29.-én 13⁰/₀₀; október 31.-én 6⁰/₀₀; november 1.-én 2¹/₄⁰/₀₀; november 3.-án 3¹/₄⁰/₀₀; november 5.-én 5¹/₂⁰/₀₀; november 6.-án 6⁰/₀₀; november 9.-én 9⁰/₀₀; november 13.-án 3⁰/₀₀; november 15.-én 2⁰/₀₀.

November 1.-én a vizeletben mikroszkoppal vörös vérsajt mutatható ki (a felvételtől vértmentes volt a vizelet!); november 7.-én pedig a vizelet már szabad szemmel is észrevehetően véres volt. A vizelet fajsúlya ezen idő alatt 1025-ről 1014-re csökkent.

November 5. A theazyron-adagolás 7. napján az oedemák legnagyobb részben eltűntek, a lábszárak és arc teljesen oedemamentesek. Haskerület most 78 cm. (tehát 14 cm.-el kevesebb, mint felvételtől), közérzet jó, étvágy fokozott.

November 10. Három egymásutáni napon 0.20—0.20 gm. ergotint fecskendezek bőr alá. A 3. injectio után a vizeletben a vér gyorsan megkevesbedik és a fehérje-tartalom ezzel arányban csökken előbb 3⁰/₀₀-re, majd november 15.-én 2⁰/₀₀-re.

Javultán továbbitanom kell.

*

Többi nephritis-esetemben a theazyron hatása a vázolt esetekéhez hasonló mértékben érvényesült, miért is — közleményem rövidsége érdekében — a további kórvázlatok ismertetésétől elallok. Itt-ott észleltem hányást vagy hányásingert, de ez sohasem volt oly fokú, hogy a szer adagolásának beszüntetését félté volna szükségessé. Mindegyik esetben gyorsan eltűntek az oedemák, a vizelet-mennyiségek rohamosan emelkedésével arányban. A fehérje-tartalom hasonlóképpen a vázolt viszonyokat mutatta.

Észleléseim szerint a theazyron hatása alatt a diuresis szaporodása rendszeren a 2—3. napon kezdett jelentkezni, rohamosan fokozódott és átlag 6—8 nap alatt maximumát elérte.

A vizelet fehérjetartalma — nephritis eseteiben — eleinte fokozatosan csökkent a vizelet mennyisége szaporodásával és fajsúlya csökkenésével arányosan; a theazyronnak 6—8 napon túl való adagolása esetén ellenben a vizelet fehérje-tartalma előbb ingadozásokat mutat, majd határozottan szaporodik, a mint azt már Hoffmann is észrevette.

A fehérje kiválasztásának fokozódása mindig a vizelet „vér” tartalma szaporodásának volt a következő eseteimben, a mit a veséknek a theazyron által való túlságos nagyfokú irritációjaként foghatunk fel. Későbbi eseteimben, a mikor a 6—7. napon feltétlenül teljesen beszüntettem a theazyron adagolását, ez a kellemetlen utóhatása az új diureticumnak elkerülhető volt.

Szabályként ajánlanám, hogy 6—8 napon túl ne adagoltassék a szer, és maximalis összadagja ne legyen több, mint 18—20 gm.

A theazyron adagolásának 18—20 gm. után való beszüntetése annál inkább ajánlható, mert hiszen — mint láttuk — igen erőlyes vizelethajtó késői (cumulativ) vagy utóhatása is van. Ha egyszer megindult a diuresis, rendszeren még 10—14 napig nagy tömegű vizeletet ürít a beteg mindenféle gyógyszer adagolása nélkül is.

*

II. Theazyron adagolása szívbetegeknek. A theazyron inkompenzált szervi szívbajban szenvedő egyik betegünkön hasonlóképpen olyan feltűnő gyors és erőlyes diuresises hatást fejtett ki, hogy érdemesnek tartom kórvázlatát az alábbiakban ismertetni.

D. K. 51 éves trainkocsis, 8 hét óta beteg légzési zavarokkal, fullad, könnyen elfárad; 14 nappal felvétele előtt megdagadtak a lábai

és a hasa is. 1906-ban syphilit szerzett, akkor 18 kéneső-injectiót kapott, azóta nem kezelte baját.

Status október 1.-én: Alacsony termetű, zömök katona, nagyfokban dyspnoés, sőt orthopnoés. Felemelt felső testtel ül ágyában. Arcz, ajkak, végtagok újjai szederjések. Alsó végtagok oszlopszerűen megvastagodtak, térsztatapintatúak.

Hőmérsék rendes. Tüdők felett diffus hurut. Légzés szapora. Mellkas bőre oedemás. Szívcsücslökés az 5. bordaközben a bimbóvonalon kívül, körülírt és emelő jellegű. A szívcsücsön, de még kifejezettebben az aorta felett a jobb II. bordaközben hangos, fuvó systolés-diastolés zöreje hallható. Szívtompulat balra és lefelé megnagyobbodott. Szívműködés szapora. Erverés feszes és peczelő jellegű.

Has hordóalakúan megnagyobbodott. Haskerület: 94 cm. (köldök-magasság). Has bőre oedemás.

Vizelet napi mennyisége: 550 cm³, fajsúlya: 1020. Fehérje-tartalom: 1/2‰ (Esbach). Üledékben kevés hámsejt, hyalin meg szemcsés cylinder. A diagnosis *insuff. aortae c. stenosi (in stadio incomp.), nephritis chron.-ra* tettem.

Körlefolys: Hét (7) napon át 3×10 gm. theazylynt szedett a beteg (kizárólag!) egyidejűleg híg 1%-os sósavval. A beteg a gyógyszer kitűnően tűrte. Sohasem hányt, sem gyomorfájdalmakról, sem hányásingerről, sem émelygésről nem panaszkodott. A vizelet mennyisége már az első napon fokozódik, napról-napra nő és az adagolás kezdetétől számított 8. napon eléri maximumát: 6100 cm³, fajsúlya pedig 1008-ra csökkent. A vizelet napi mennyiségeit a következő számok tüntetik föl: 550, 1180, 2300, 3050, 3820, 3350, 5000, 6100 cm³. Hangsúlyozni kívánom, hogy a fehérjetartalom a diuresis fokozódásával kapcsolatosan fokozatosan csökkent; a 8. napon már csak 1/4‰, a 11. napon pedig csupán alig észrevehető nyomokban található; az üledékben vér még mikroskoppal sem volt később sem kimutatható.

A beteg összesen 6 hétig feküdt osztályomon. A theazylylon-adagolás beszüntetése utáni 14 napon át a beteg semmiféle gyógyszert sem szedett, ennek dacára a diuresis még heteken át igen jelentékeny volt és átlag 3.5–4.5 liter közt ingadozott.

Az oedemák óriási fokára és viszont a theazylylon hatalmas diuresis hatására jellemző, hogy a beteg a gyógyszer-adagolás első hét napján összesen 27 liter, a következő 15 napon 67 liter, a következő 17 napon pedig 63 3/4 liter: 39 nap alatt összesen 157 1/4 liter vizeletet ürített.

A beteg természetesen óriásilag lefogyott; súlyvesztését — sajnos — testsúlyméréssel nem kontrollálhattam, de jellemző, hogy haskerülete 11 nap alatt a kezdeti 94 cm.-ről 77 cm.-re csökkent, tehát 17 cm.-el lett kisebb.

A beteg vizeletében vér később sem volt kimutatható.

* * *

III. Gümös eredetű savós mellhártyagyulladás 3 esetében szintén igen kedvező eredménnyel alkalmaztam a theazylynt. A mellüri folyadékfelhalmozódások, melyek a gyógyszer adagolása előtt időnként akkora tömegre felszaporodtak, hogy ismételt csapolással 400–500 cm³-t kellett lebocsátani és diuretin-adagolásra sem mutatkozott a diuresis fokozódása, theazylylon-adagolásra (a folyadékfelvétel korlátozása mellett) az izzadmány átlag 12–14 napon belül teljesen eltűnt a mellürből és később sem ismétlődött. Ezt a később végzett próbapunctio negatív eredménye igazolta.

A kórvázlatokból röviden csak a legfontosabb adatokat közlöm:

1. eset. Z. J., 21 éves. *Diagnosis: Pleuritis seroso-tuberculosa lat. d.*

6 hét óta fáj a melle, fullad. Status december 5.-én: Hőmérsék 37–38° közt ingadozik. Jobb mellkasfél fölött a scapula közepétől lefelé massiv tompulat, nagy resistentiával, fölötté gyengült légzés.

Vizeletben fehérje nyomokban. Vizelet napi mennyisége 600–800–900 cm³ közt ingadozik két héten át.

1917 január 11.-étől kezdve 6 napon át 3×10 gr. theazylynt kap. A vizelet mennyisége már a 2. napon emelkedést mutat és pedig 1350, 1450, 1750, 2050, 1820, 2050 cm³-ig. 18 gr. elfogyasztása után a szert kihagyom, de a vizelet mennyisége tovább is 1000 cm³ fölött marad: 1100, 1300, 1750, 1500, 1600, 1650 cm³. A vizeletben a fehérjemennyiség nem szaporodott meg; az üledékben 1–1 vörös vérsajt, kevés hámsejt látható. Beteg a gyógyszert kifogástalanul, panaszok nélkül tűrte.

Január 21.-én végzett próbacsapolás alig 1/2 cm³ savós folyadékot eredményezett.

2. eset. G. S., 31 éves tüzer. *Diagnosis: Pleuritis serosa tuberculosa lat. sin.* Hőmérséke subfebrilis. Bal mellkasfélben nagy savós folyadékfelhalmozódás, mely a szívet jobbra áttolja. Légzési nehézségek. Vizelet napi mennyisége: 600–900, maximum 1200 cm³.

Január 8.-ától kezdve 6 napon át 3×10 gr. theazylynt adagolok. Négy napig kifogás és gyomorpanaszok nélkül tűri a szert, mely diuresisét már az első naptól kezdve fokozza 1400, 1950, 1530, 1750, 2050 cm³-ig. A 3. napon gyomorfájdalmakról és émelygésről meg hányásingerről panaszokdók, melyek híg sósav adagolására szűnnek. A vizelet még 2–3 napig 1000 cm³ fölött marad, utóbb 7 napon át ismét 700–900 cm³ közt ingadozik a napi mennyiség.

A vizeletben sem a kezelés előtt, sem utána fehérje nem volt kimutatható.

Hasonló prompt diuresis hatást fejtett ki a theazylylon harmadik esetében is. A vizelet ezen esetben is fehérje- és vérmentes maradt a kezelés után is.

* * *

IV. *Peritonitis serosa tuberculosa* egy esetében olyan váratlanul kedvező diuresis hatást fejtett ki a theazylylon, melyhez hasonló diuretinnel nem sikerült elérni. Az eset kórvázlatából a következőket emelem ki:

D. W., 34 éves tüzer. Nagy fokban lesóványodott. Dyspnoés. Hőmérséke 36.5°–38°–39.5° közt ingadozó, hektikus légzőrét mutat. Bal tüdőcsücs felett tompult kopogtatási hang, érdes, sejtes be-, nyújtott kilégzés, számos középhólyagú száraz szörtyzörej. Szívcsücsön systolés zöreje. Pulmonalis 2. hangja ékelt. Szívtompulat a haránt átmérő irányában megnagyobbodott. Erverés percenként 88, puha, szabályos. Has óriási mértékben egyenletesen megnagyobbodott, a köldök táján elődomborodó, tapintásra, sőt érintésre is mindenütt igen érzékeny. Hasban sok szabad folyadék. Haskerület a köldök magasságában 101 cm. Vizelet napi mennyisége 550–700 cm³ közt ingadozó; fajsúlya: 1028; fehérjetartalma: 1/4‰ (Esbach). Üledékben kevés hámsejt és 1–1 hyalin-cylinder látható. Vér nincs.

Kezelés: Néhány napig zöldszippanos bedörzsölés a hason, párakötés.

Január 11.-étől kezdve 9 napon át 3×10 gr. theazylynt kap híg sósavval egyidejűleg. A vizelet mennyisége csak lassan szaporodik: 550 cm³-ről 950, 700, 800, 850 cm³, az 5. napon 1300 cm³, majd 2100, 1600, 2300, 1800 cm³. Beteg összesen 27 gr. theazylynt szedett, de sohasem hányt, sem gyomorfájdalmakról, sem émelygésről nem panaszkodott.

A gyógyszer kihagyása után a diuresis lecsökken néhány nap alatt: 1100, 1450, 1100, 850, 900 cm³-re.

Január 19.-én a beteg állapota lényegesen javult, légzési nehézségei szűntek. Étvágy javult. Has kerülete 10 cm.-el kevesebb, most csak 91 cm.; a vizelet fehérjetartalma 3/4‰-re szaporodott. Üledékben valamivel több hámsejt és hyalin meg durván szemcsés henger látható. Vér nem mutatható ki mikroskoppal sem.

Január 26.: Közéret lényegesen javult. Has érzékenysége csökkent. Haskerület újabb 5 cm.-rel kisebbedett, most csak 86 cm. Vizelet fehérjetartalma ismét leapadt „nyomok“-ra. Javultán továbbíttatik.

* * *

V. *Cirrhosis hepatis* két esete közül az egyik esetben átmenetileg némi diuresis-javulást észleltem, a másik esetben a theazylylon várt hatása kimaradt. Mindkét beteg rosszul tűrte a gyógyszert, ismételten hányt; de meg kell jegyeznem, hogy mindkettőnek alig 10–14 nappal a bekövetkezett exitus előtt adagolhattam csak a gyógyszert. De az a körülmény, hogy az egyik betegnél, kinek óriási hasi folyadékfelhalmozódása előzőleg 19 napon át napi 3×10 gr. diuretin és 4×0.25 gr. coffein adagolására változatlan maradt (vizeletmennyiség 600–800 cm³), sőt digitalis-főzettel (3 napon át inf. digit. 1:100) sem sikerült a diuresist megjavítani, ellenben 14 nappal a halál előtt megkezdett theazylylon-adagolással a vizelet mennyisége 940, 1000, 1230, sőt 1400 cm³-re tudott felszaporodni, valószínűvé teszi a feltevést, hogy a theazylylon korábban megkezdett adagolással talán éppen olyan kedvező diuresis hatást fejtene ki cirrhosis eseteiben is, mint a fentebb felsorolt betegségekben.

Összefoglalás.

A „theazylylon“-nal gyógyszerkincsünk igen sokat érő új diureticummal gazdagodott. Előnye a diuretinnel szemben:

1. hogy sokkal erélyesebb vizelethajtó, hatása gyorsan, már a 2.–3. napon jelentkezik és

2. hosszan tartó késői (cumulativ) hatása van, melynél fogva nagy folyadékfelhalmozódások gyors és biztos eltávolítására kiválóan alkalmas;

3. előnye még, hogy aránylag rövid ideig, 6, maximum 8 napig kell (sőt tanácsos nem hosszabb időn át) adagolni.

Napi adag: 3×10 gr. vagy 6×0.5 gr.; összadag: 18–20 gr. A „por“ vagy „tabletta“ alakú gyógyszert célszerű kevés (1/2–1 deci) tejben nyújtani.

Gyomorpanaszok elkerülésére célszerű egyidejűleg híg (1‰-os) sósavat adni.

Kiváló eredménnyel sikerült alkalmazni a theazylynt: időszült nephritis, inkompenzált szívbaj, gümös eredetű pleuritis és peritonitis eseteiben; sokszor olyan esetekben is

sikerült vele erős diuresist elérni, a mikor más diureticumok hatástalanok maradtak.

Irodalom. ¹ Hoffmann: Zur Behandlung chronischer Herz- und Nierenkrankungen mit „Theazyon“. Münchener med. Wochenschrift, 1915, 33. szám. — ² Bergmann: Theazyon, ein neues Diuretikum. Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 1. szám. — ³ Feldheim: Beitrag zur Wirkung von Theazyon. Münchener med. Wochenschrift, 1916, 8. szám. — ⁴ Radwansky: Theazyon, ein neues Diuretikum. Münchener med. Wochenschrift, 1916, 8. szám. — ⁵ Meyer: Klin. Erfahrungen mit Theazyon. Med. Klinik, 1916, 24. szám. — ⁶ Hamann: Klin. Erfahrungen mit Theazyon. Therapie der Gegenwart, 1916, 6. füzet.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

W. Guttman: Medizinische Terminologie. Achte und neunte Auflage. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg.

Guttman orvosi műsötárára már többször felhívtuk olvasóink figyelmét. Maga az a körülmény, hogy 14 év alatt kilencz kiadást ért meg, használhatósága, sőt a hasonló munkák közül kiválósága mellett szól. Az új kiadáson újból meglátszik a gondos szerkesztő munkája, valamint állandó főrekvése, hogy a könyvet teljesen kifogástalanná tegye. Azt azonban, hogy a mostani kiadásba először felvett kis rajzok szükségesek-e, nagyon vitatható kérdésnek tartjuk. A jól kiállított, testes kötet ára vászonkötésben 24 korona.

A. Pöhlmann: Die Technik der Wassermann'schen Reaction. Müller & Steinicke, München, 1917.

A két íves könyvecske az u. n. „frankfurti methodust“ tárgyalja, melyet Sachs alkalmazott először. Az eredeti módszertől ez az eljárás tudvalevőleg főképp abban különbözik, hogy mesterséges extractumot alkalmaz. Sachs az inaktiválás mellőzésére vonatkozó modificációját később saját maga is elvetette, a cholestearines marhaszivkivonat mint „egységes antigen“ pedig szintén — méltán — nem tudta az eredetileg előírt antigen népszerűségét elérni. A szerző munkája tehát propagandaműnek tekintendő a frankfurti methodus mellett, ha nem is mond semmi újat és csak a reactio kivitelének és a reagensek elkészítésének tárgyilagos ismertetésére szorítkozik.

Az alapismereteket feltételezi, ezért kizárólag a technika részletes tárgyalását tűzte ki céljául. Néhány nehézkes és elnyertelen tabella komplikálja az egyébként eléggé logikus előadást. A gyakorlati használatra hivatott könyvecske némely utasítása azonban a gyakorlatban alig kivihető. Így például a szerző azt ajánlja, hogy a betegtől legalább 10—15 ccm. sávót szerezzünk. Ez egyértelmű azzal, hogy körülbelül 30 ccm. vért vegyünk punctio útján, a mi mégis kissé sok!

Végeredményben nem volt nagy szükség a kis könyvre, melynek tárgyát nagy könyvtárra való kisebb-nagyobb mű dolgozta már fel, köztük oly kiváló és gondos munka, mint Mulzer-é.

Forbát Sándor.

Lapszemle.

Belorvostan.

Állcsontlővések kapcsán fejlődő sajátságos légzőszervi elváltozásokról számol be Hofbauer (Bécs). Az erősen lefogyott és halovány betegek erős köhögésről panaszkodnak, mely főleg az éjjeli órákban kínozza őket és legfeljebb reggel felé vezet némi nyálkás váladék kiürítésére. Az étvágy hiányzik. Az egyik vagy mindkét tüdőcsúcson kifejezett tompulat található; sokszor tompult a kopogtatás hangja a két lapoczka közötti téren is s ez utóbbi helyen száraz bronchusok hallhatók; úgy itt, mint a tüdőcsúcok fölött feltűnően gyengült a légzés. A jelzett tünetek alapján könnyen fejlődik a tüdőgümőkór jelenlétének felvétele, pedig a szerző szerint nem erről van szó, hanem az állkapocs-szerűlés következtében habituálissá vált szájlégzés követke-

ményéről. Szájlégzés mellett egyfelől bronchialis hurut támad, megszűnően az orron át való légzés védekező hatása a bejutó porral stb.-vel szemben; másfelől a légutak nyálkahártyája erősen kiszárad; ezenfelül felületesebb is ilyenkor a lélekzés, rövidebb és tágabb lévén a levegő útja, mint orrlélekzés mellett, ennek folytán a tüdőcsúcokban és a hilusrészletekben atelektasia fejlődik, a mi magyarázatát adja a található tompulatoknak. A lesóványodás az étvágyhiány következménye, ez utóbbi pedig azért jön létre, mert a szájon át légzés folytán a száj kiszárad, nyálkahártyáján berepedések támadnak, a visszamaradt ételrészecskék bomlanak, úgy, hogy sokszor erős szájbűz fejlődik. A szájon át lélekzés megszüntetésével a jelzett tünetek gyors visszafejlődésre birhatók. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1917, 10. füzet.)

Venereás betegségek.

A Wassermann-reactiónak a syphilis diagnosis-ban és therapiájában való jelentőségét tárgyalja E. Finger és R. Müller (Wien). A Wassermann-reactio jelentőségének ismerete még nem közkinccse az orvosoknak. Sokan túlbecsülik, sokan pedig lekicsinylik. A reactio lényegének mi-benléte mindmáig homályos, illetőleg földéretlen. Az bizonyos, hogy a lueses vérsavónak vegyi-physikai változásán alapszik. Vannak más betegségek is, melyek kisebb-nagyobb gyakorisággal positiv reactiót mutatnak (például framboesia, lepra, súlyos carcinosis, átmenetileg typhus exanth. és skarlát), mindezek azonban a gyakorlatban csak igen ritkán okozhatnak zavart. Az esetek óriási zömében a kifejezett positiv Wassermann-reactio főnálló lues mellett szól. Másfelől újabbban több oldalról (főként Heller) arra utaltak, hogy — bár a positiv esetek rendszerint a különböző vizsgálok kezében egyöntetű eredményre vezetnek — az egyes laboratoriumok egy-egy vérpróbáról más-más eredményt nyernek. Ennek lehetősége — főként a nem kifejezett positiv reactió esetekben — nem tagadható, de rendszerint a nem tökéletes vizsgáló eljárásról múlik. Fontos tudni, hogy az egyes alkotórészek, melyek a reactióban alkalmazásba kerülnek, valamennyien egytől-egyig igen labilisak, illetőleg igen érzékenyek. Különösen a tengerimalacz-savó — a complementum — rendkívül érzékeny, néha túl erősen, máskor túl gyöngén érzékeny. Ilyenkor legjobb azt nem használni. Fontos az is, hogy mindig elegendő számmal álljanak rendelkezésünkre bizonyosan positiv és bizonyosan negativ kontroll-vérsavók. A negativ reactio magában véve nem szól lues ellen. Itt a következő pontok jöhetnek tekintetbe: A 6. héten innen (post infectionem) a reactio negativ, kivételesen egészen a 8.—10. hétig. Primaer affectio esetén tehát a spirochaeta-vizsgálat a helyénvaló, ha a klinikai vizsgálat nem ad kielégítő választ. Secundaer és tertiaer tünetek esetén a Wassermann-reactio csak kivételesen negativ. Leginkább még a következő körülmények között: a) izolált kis góczytünetek (például egy papilla a tenyéren, stb.); b) kivételesen lues maligna esetekben; c) oly esetekben, melyek röviddel előbb kezelve voltak, a recidiva negativ Wassermann-reactióval járhat; d) anaemiás, rosszul táplált egyének tünet esetén is negative reagálhatnak. Meg kell azonban említenünk, hogy e most felsorolt esetek rendszerint incomplet positiv reactiót adnak, de negativat is adhatnak. Ezek az úgyszólván egyedüli eshetőségek, a mikor tünet jelenlétében a reactio negativ. Latens lues eseteinek körülbelül a felében a Wassermann-reactio negativ. E szakban fontosak az ugynevezett incomplet reactiók, melyek elég gyakoriak. A gyöngén positiv reactio inkább lueses tünet ellen és latens lues mellett szól (például a májban levő gumma vagy tumor kérdésében a gyöngé positiv reactio inkább a gumma ellen szól).

Tabes eseteiben a Wassermann-reactio gyakran negativ. Ennek oka még ismeretlen. A negativ reactio tehát sohasem szól tabes ellen. Paralysis eseteiben a reactio csak igen kivételesen negativ. Ily lelet tehát általában nagyon is erősen a paralysis diagnosis ellen szól. A lueses vér-elváltozások igen gyakran járnak positiv Wassermann-reactióval.

Fontos még az is, hogy az úgynevezett neurorecidivák (izolált idegváltozások, főként salvarsan nyomán) rendszerint negatív Wassermann-reactióval járnak. Pedig a szükséges antilueses kúra gyors elrendelésének elmulasztása a szervezet tartós károsodására vezethet.

A tünetes, veleszületett lues csaknem kivétel nélkül pozitív reactiót ad. Így például a keratitis parenchymatosa legtöbbször pozitív alakban reagál. Azok a gyermekek, a kik lueses szülőktől származnak, de tartósan negatív reactiót adnak, tapasztalás szerint lues-mentesnek vehetők fel. Közvetlenül a születés után azonban a negatív Wassermann-reactio távolról sem jelenti azt. Ez a dajka-választás kérdése szempontjából fölötte fontos.

A pozitív Wassermann-reactio a kezelés kérdésében is nagyjelentőségű. Általában azt kell mondanunk, hogy mindazon lues-esetek, melyek pozitív reactiót adnak, antilueses kúrát igényelnek. Még akkor is, ha semmi más jel sem áll fönn. Minél korábbi a syphilis, annál könnyebb a kúrával a pozitív reactiót negatívvá átalakítani. A szerzők azt ajánlják, hogy minden kúra végén serologiai vizsgálat történjék s ha az eredmény még pozitív, a kezelést folytatni kell. Ezt azonban csak akkor, ha egyáltalán látjuk, hogy a reactio intenzitása a kúrával befolyásolható. Hiszen általában ismert a szakemberek között, hogy a késői pozitív reactio gyakran mily nehezen befolyásolható kúrával. Frissebb lues-esetekben az aránylag könnyen elért negatív reactióval nem szabad megelégedni, hanem negatív reactio mellett is az idősülten intermittáló kezelést kell folytatni. Különösen áll ez akkor, ha az első kezelés már a secundaer szakban kezdődött. A késői latens szakban található erősen pozitív reactiók a kúrával legtöbbször csak igen nehezen, vagy sehogy sem befolyásolhatók. Néha azonban igen. Ez alapon indokolt, hogy egy ideig legalább megkíséréljük a kezelést. Siker esetén (ha a + reactio csökken, vagy negatívvá válik) a kúra később ismételhető. Teljesen refractaer esetekben azonban legjobb az erőltetett kúrát, mint hiábavalókat, elhagyni. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1917, 8. és 9. szám.)

Guszman.

Általános kór- és gyógytan.

Typhus exanthematicus elleni védőoltást kísérelt meg Neukirch 28 egyénen. Nicolle eljárását használta: 6—8 nap óta erősen lázas kiütéses typhusos beteg karvenájából vért véve, az ebből készült serumot zárt edényben chloroform fölött állni hagyta 48 óráig s azután 5 cm³ mennyiségben befecskendezte a védőoltandók melléne bőre alá. Az illetőkön semmiféle reactio sem állott be, s noha állandóan ki voltak téve a fertőzés veszélyének, csak négy betegedett meg közülük, de ez a négy is mind meggyógyult. (Mediz. Klinik, 1917, 11. szám.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A combelen nevű új anti diarrhoicumról ír Lange. A szerző nagyon jó eredménnyel használta a resaldol és az etelen nevű anti diarrhoicumokat, a melyeknek elseje resorcinkészítmény (resorcinbenzolaethylester) s a bélfalzat érző idegvégződéseinek izgalmanak csökkentése útján hat, második pedig tanninkészítmény (triacetyl gallussavaethylester) s mint ilyen adstringáló hatású. Az ezen szerek használata mellett néha mégis mutatkozott eredménytelenséget a szerző annak tudja be, hogy olyan esetben, a melyben talán inkább adstringáló hatásra lett volna szükség, a bélnyugtató resaldol adta és fordítva. Kísérletet tett tehát a két szer kombinációjával, még pedig igen jó eredménnyel. Ez a combinatio 0.5 grammos tablettákban combelen néven jön forgalomba. Gyermekeknek a 3. életévig először egy tablettát ad s utána naponként még 3-szor 1/2—1/2 tablettát. 10 éves korig az első adag két tablettát s utána naponként 3-szor 1—1 tablettát. Felnötteknek az első adag 4 tablettát s utána naponként 3-szor 2—2 tablettát. A hasmenés megszűntével ajánlatos még néhány napig kisebb dosisokat használni. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 18. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 27. szám. *Feldmann Ignác*: Paratyphus-A-bacillus okozta epehólyaggyulladás és epekőképződés esete.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 28. szám. *Guszman József*: Megjegyzések a venereás betegségek elleni küzdelem kérdéséhez.

Vegyes hírek.

Meghalt. *Zsigmondy Ottó* dr. Bécsben, június 30.-án meghalt. Nagy vesztéség érte ezzel a világ összes stomatologusait, a kik benne nemcsak tudományszakuk alapos művelőjét — jobbjára morphologiai téren — becsülték, hanem a stomatologiai újabb szakoktatási mozgalom egyik jelentékeny támaszát is. Az „Assoc. Stomatologique Internat.”-nak ő volt Ausztria részére képviselője; ugyancsak számos szakegyesület levelező- és tiszteleti tagja volt. Az innsbrucki egyetem ny. rk. tanárságára annak idején elsőnek ő volt jelölve. A budapesti nemzetközi orvosi congressus munkálataiban nagyértékű tanulmányal („Die Kieferbau-Grundlagen des anomalen Arcus dentium, mit Rücksicht auf die Odontorthopädie”) vett részt. Ő volt egyike azon nagyon keveseknek a világon, a kik reátermettek egy stomatologiai propaedeutikai tanszék betöltésére. Daczára, hogy mindig Bécsben élt, a magyar orvosi viszonyok iránt mindenkor melegen érdeklődött.

Választás. *Sternheim Ede* dr.-t segesvári körorvossá választották.

A székesfővárosi **tüdőbeteg gondozó intézetet** júniusban 260 új és 1563 régi beteg kereste fel. Köpetvizsgálat 232 esetben történt. A betegek között kiosztottak 450 kiló liszt, 945 kiló kenyér, 160 kiló bab, 1000 kiló burgonya és 1800 darab tojás. 145 beteg ingyen gyógyszert kapott.

Meghalt. *Eulenber A.*, az idegkörtan rendk. tanára a berlini egyetemen, 76 éves korában. Az elhunyt jeles idegkörtani dolgozatain kívül különösen a „Realencyclopädie für die mediz. Wissenschaften” kiadásával tette nevét ismertté. — *O. Schirmer* tanár New-Yorkban, főlegben a szemészet tanára a strassburgi egyetemen, 52 éves korában. — *M. Knies*, a szemészet rendk. tanára a freiburgi egyetemen.

Személyi hírek külföldről. *Th. Ziehen* tanár, régebben az elmekörtan tanára a berlini egyetemen, a ki leköszönt volt állásáról, hogy egészen philosophiai tanulmányainak élhessen, most elfogadta a meghívást a hallei egyetem philosophiai tanszékére.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.
Vizgyógyintézet, gyógymechanika, orthopédia, svédgymnastika, inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15.
Felvétetnek férfi- és nőbetegek
nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete
Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-
égkészülékek, frigitherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

DOLLINGER BELA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Máriator. 34.

Dr. Widder Bertalan operateur orthopäd-sebészeti intézete. Budapest, VII., Rákóczi-
út 10.

Istvánúti sanatorium és vizgyógyintézet
Budapest, VII., Hungária-körút 9. (István-út végén.) Telefon 120-69, 81-01.
Sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és szülészeti osztály.
Szabad orvosválasztás.

Igazgató-főorvos: **Dr. CZIRFUSZ DEZSŐ** kir. tanácsos.

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.
Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis. —
bénulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át
nyitva.
UJTÁTRAFÜRED. Helioterapia.
1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

Művégtagok járó és támasztógépek, egyenestartók, rugónélküli sérvkötők, műcipők stb. modern kivitelben készülnek
Orthopaedia-Részvénytársaságnál Budapest VI., Nagymező-u. 4.
Telefon 11-08. — Gyors és individuális kiszolgálás.

Dr. Eckwert és Murányi orvosi-, vegyi- és bakteriologiai
LABORATORIUMA
Budapest, V., Lipót-körút 13, II. 12. * Telefon: 134-40.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VI. rendes tudományos ülés 1917 márczius 24.-én). 394. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(VI. rendes tudományos ülés 1917 márczius 24.-én.)

Elnök: Herczel Manó báró.

Jegyző: Molnár Béla.

Az osteomaláciáról.

(Belső secretiós tanulmány.)

Mindenki, a kinek munkakörébe a csontlágulás kérdéseivel való foglalkozás beletartozik, tudja, hogy ezen betegség aetiologiája tisztázva mai napig sincsen.

Legrégibb keletű s leginkább túlsúlyban levő az aetiologiai felfogás, hogy a csontlágulás általános véralkati (dyskrasiás) betegség. *Winckel* a dyskrasia felidőzőjeként a szervezetet hosszasan érő általános kártékony, ú. n. közegészség-ellenes tényezőket tekint, mely felfogásnak valószínűsége mellett úgy embereknel, mint állatoknál sok tapasztalás szól.

Keletkeztek azonban egyéb aetiologiai elméletek is, melyek a betegség okául parasitákkal való fertőzést (*Morpurgo-f.* diplococcusok), a petefészkek fokozott működéséből eredő csonttrophoneurosis (*Fehling*), thyreosis (*Hönnicke*), parathyreoideális túltengést (*Erdheim*), a mellékvese működésbeli elégtelenségét (*Bossi*) s a hyphophysis csökkent működését (*Bab*) vetették fel.

A legtöbb (főként német) pathologus szerint azonban azt a gondolatot, hogy az osteomaláciát specifikus kórokozó idézni elő, egyelőre teljesen el kell vetnünk. *Recklinghausen* pedig — a ki egyik legtekintélyesebb kutatója volt a kérdésnek — azt mondja, hogy a szervkiirtások eddigi eredményeiben annak bizonyítékát, hogy a csontok maláciája egy egyetlen szerv tevékenységének zavarából származnék, s kivált, hogy az emberi maláciának is ilyen sajátlagos tényező volna az oka, nem lehet megtalálni.

A csontlágulás okaként feltételezett szervek kiirtásából egy nagyjelentőségű tény mégis maradt a tudománynak s ez *Fehling*-nek azon korszakot alkotó felfedezése, hogy az ivarmirigyek kiirtása (castratio) a csontlágulást meg tudja gyógyítani; de hogy miért, arra a biztos felelet máig is hiányzik.

Scipiades 1915 tavaszán kezdett a csontlágulás okának kutatásával foglalkozni, munkálataira a gátormirigy (thymus) működésének a szervezetben való jelentőségét kereső más vizsgálatok feltűnő eredményeiből nyert serkentést. Kiderítették ugyanis, hogy a gátormirigy egészen azonos tényezők (nevezetesen a szervezetet tartósan érő általános kártékony behatások) befolyása alatt szokott adott esetben sorvadni (accidentális involutio), mint a milyenekhez a tudomány a csontlágulás keletkezését szokta kötni (*Hammar*). Látták, hogy a gátormirigy-működésnek műtét (totalis extirpatio) útján előidézett kiesése fiatal állatokban olyan elváltozásokat okoz a csontokon, melyek a csontlágulással lényegileg azonosnak mondott angolkóros elváltozásokhoz hasonlítanak (*Basch, Close, Vogt, Matti*). Tisztázták végül (*Calzolari* stb.), hogy az ivarmirigynek az ivarérettség ideje alatt végzett kiirtása a gátormirigy térfogatát annak háromszorosára is megnövesztheti, mely állapot az elcsontosodás meggyorsulásával párvonalosan haladó újraéledésével (reviviscentia) e mirigynek jár együtt.

Scipiades tanulmányában mindenekelőtt arra a *Recklinghausen* által a bizonyításhoz okvetlenül szükségesnek mondott két kérdésre kereste a feleletet: lehet-e állatokon a gátormirigy kiirtásával csontelváltozásokat előidézni, kivált olyanokat, melyek az emberi csontlágulással (maláciával) minden részletükben megegyeznek; továbbá, hogy a gátormirigynek kísérletileg létrehozott fogyatékosága megfelel-e a gátormirigy állapotának az emberen jelentkező csontlágulásnál.

A mások által előírt minden szükséges kiváncságnak megfelelő kísérleteiben *Scipiades* négyhetes korát betöltött 17 kutyán irtotta ki teljesen a gátormirigyét s a csontokon

ezáltal kiváltott elváltozásokat 11 életben maradt kutyán vizsgálta meg kórszövettanilag 5—8 héttel a műtét után; ugyanolyan korú, hasonló életviszonyok között tartott s egy ellésből származó kontroll kutyákon is végezte e vizsgálatokat.

Ezen vizsgálatok eredményeképpen szövettani készítményeken szemléltetni tudta a csontgerendák lágulásos peremszalagjait, ezeknek fokozottabb festék-felvevőképességét (chromophilia), az elmesztelenedő perem és az ép csont határán a *Recklinghausen*-féle rácsalakzatokat, a csontkéreg (tela ossea) lemezekre hasadozását, annak *Volkman*-féle csatornáktól s lágulásos tokköpönyegekkel ellátott bimbódzó erektől való átfuratását, a csonttestecskék megduzzadását és szétesését (onkosis, autolysis), a csontok porczborítékában tömlőcskék keletkezését, a csontosodási vonal erős bővérűségét s végül a csontvelő vézéseit, illetőleg utóbbiak maradványaként festenyezettségét.

Igy hát kétségtelenül kiderítették e vizsgálatok, hogy fiatal kutyákon a gátormirigynek alkalmas időben végzett teljes kiirtása útján olyan csontelváltozásokat lehet előidézni, melyeknek szövettani képe az emberi csontlágulás ismert elváltozásaival minden részletben megegyezik.

A második kérdésre mások vizsgálataiból tudta megadni a feleletet, úgy, hogy a gátormirigynek kísérletileg létrehozott s a csontoknak éppen említett elváltozásait létrehozó hiányával a gátormirigynek az emberi csontlágulással oki kapcsolatba hozott tényezők mindegyike esetén jelenlevő hiányossága egyezik meg, azaz egy accidentális involutio, mely a csontosodásnak hasonló zavaraival jár párhuzamban.

Scipiades ezután azon maga által felvetett további két kérdésre keresett feleletet, vajjon bizonyítható-e, hogy az, ami egyrészt az operált kutya csontelváltozásait, másrészt az emberi csontlágulást előidéz, azonos biológiai folyamat; továbbá, hogy vajjon a csontlágulásnak esetleg bizonyítható thymogen származása nincsen-e ellentétben azon tapasztalásokkal és vizsgálati eredményekkel, melyeket a tudomány eddig kiderített.

Az első kérdésre való felelet keresése érdekében három csontlágulásos asszonyt, illetőleg négy egészséges terhest, továbbá két gátormirigyétől megfosztott, illetőleg két egészséges kutyát vett physikai és chemiai vizsgálat alá, hasonló körülmények között.

Adatait összesítve, azt találta, hogy az egészségesekhez viszonyítva, úgy a csontlágulásos egyéneken, mint a thymectomiás kutyákon: a vérmorphológiában lymphocytosis mutatkozik, megnyúlt a véralvadás ideje, kisebb lett a vér tapadóképesége és savanyúbb lett a vér vegyhatása. Osteomaláciásokon a meszkiürítés a bélsárral fokozódott s a thymectomiás kutyák meszkiürítése épp úgy viszonylik hozzá, mint az angolkóros gyerekeké a csontlágulásosakéhoz.

Vizsgálataiból tehát kitűnt, hogy az a folyamat, mely fiatal kutyákon az emberi maláciával egyező kórszövet-tani képet idéz elő, ugyanolyan physikai és chemiai, egyszóval biológiai tünetekkel jár, mint a milyeneket csontlágulásos egyéneken lehet kimutatni.

Utolsó kérdésére *Scipiades* az osteomaláciára és a thymusra vonatkozó eddigi irodalmi adatoknak, valamint a maga vizsgálatainak és észleléseinek összevetéséből szűrte le a feleletet. Ez így hangzik: a csontlágulás thymogen elmélete azon tapasztalásokkal és vizsgálati eredményekkel, melyeket a tudomány ezen betegségről eddig kiderített, nemcsak nincs ellentétben, hanem ellenkezőleg, közülük olyanokat is megmagyaráz, melyek eddig a csontlágulásnak ovarialis és egyéb elméletei alapján egyáltalán nem állottak világosan előtűnk.

Mindezek alapján *Scipiades* vizsgálatai minden valószínűséggel mutatják, hogy azon folyamatoknak, melyek az emberi maláciát előidéz, a gátormirigy a közvetítője s minden olyan körülmény, mely a gátormirigynek kellő mértékű kóros sorvadását idézi elő, adott esetben csontlágulást

fog az emberen előidézni, kivált ha e körülményhez terhesség s főként több gyors egymásutánban és a szoptatás utáni kellő szünetek nélkül való terhesség, illetőleg az ezzel együtt-járó thymus-involutio is társul.

Goldzieher Miksa: A tanulmányos és gondos munkán alapuló előadás alapján bizonyítottak látszik, hogy a thymuskiirtást követő csont-elváltozások szövettanilag valóban *azonosak* az osteomalaciás elváltozásokkal, továbbá, hogy ezen elváltozások ugyanolyan *módon* jönnek létre, mint az osteomalaciás növény. Ez azonban nem jelenti egyúttal azt, hogy mindkét esetben egy és ugyanazon ok szerepel.

Ha a thymusfunctio kiesése volna az osteomalacia oka, akkor abban a korban, a melyben a thymus functionál, különböző kóros behatások folyamán gyakrabban kellene osteomalaciának előfordulni. Már pedig a pubertás korát megelőzőleg osteomalacia nem szokott előfordulni. A magasabb életkorban pedig, a melyben az osteomalacia rendszeren észlelhető, a thymus többnyire már physiologicé involvált s viszont számtalan az olyan eset, a hol már egyáltalában nincs működőképes thymuszövet s mégsem jelentkezik osteomalacia. A thymuskiirtás kutyán is valószínűleg csak a legfiatalabb korban okoz csontelváltozást; felnőtt kutyán ez aligha lesz kimutatható s így itt az emberi kórfolyamattal szemben éppen fordítva áll a dolog.

Nem akarja azonban azt állítani, hogy a thymusnak nincs szerepe a bántalom pathogenesisében. Csak ezen szerep túlságos, egyoldalú kidomborítása ellen kellene állást foglalni, mert általában a belső secretiós szervek pathológiájában azt látjuk, hogy a különböző kórfolyamatok sohasem lokalizálhatók egyetlen egy belső secretiós szerv működés-zavarára, hanem mindig több, esetleg valamennyi szerv többé-kevésbé kifejezett bántalmával, illetve működés-zavarával van dolgunk. Ilyen értelemben el lehet fogadni, hogy a thymus kiirtása, illetve megbetegedése a belső secretiós szervek összhangzó működésének olyan zavarát tudja kiváltani, a mely osteomalaciára vezethet, bizonyos speciális feltételek fennforgása mellett. Nem kell azonban thymusfunctio kiesésre okvetlen osteomalaciának bekövetkezni, s éppen így az osteomalaciát eredményező belső secretiós zavar a thymustól független okokból is beállhat.

Fischl Armin: A gyakorló orvos szempontjából szól a kérdéshez, vonatkozással az előadó által is említett *Bossi-féle* adatokra, melyeknek megjelenése után alkalma volt a Szt. István-kórháznak előbb néhai *Hirschler* tanár, később *Dieballa* magántanár által vezetett osztályán összesen öt esetet steril 1 cm³-es phiolából fölszívott, egy-egy milligramm tonogent tartalmazó injectiókkal kezelnie.*

Volt közöttük egy ifjabb nullipara, jellemző medence-alakulással, mellkas-deformatiókkal és ízületi contracturákkal a végtagokon. Ezen esetben eredménytelen volt a tonogen-kezelés.

A többi négy eset ez: egy idősebb nő, a climacteriumon innen, ki 14 évvel azelőtt szült egyszer; egy körülbelül 30 éves nő a harmadik szülése után; egy hasonló korú nő ötödik graviditásával; a negyedik beteg hatodik graviditásával. A kórházba úgy hozták őket, ágyukon tehetetlenül fetrengtek és fájdalmaiktól nem tudtak aludni. A tonogen hatása alatt álmukat rövid néhány nap alatt visszanyerték, mert fájdalmaik szinte egy csapásra megszűntek. A gravidák is két hónap alatt, jóval graviditásuk vége előtt, járóképességüket visszanyerték, majd a kórházon kívül spontan szültek; mind a négy nő saját lábán, bot nélkül távozott a kórházból.

Három nap óta észleli és kezeli fölszólaó *Bencze* magántanár osztályán és szives engedelmevel a hatodik esetét. Ötödször grávida a terhesség hatodik havában, kinek panaszai a jelenlegi terhessége alatt keletkeztek; jellemző spontan fájdalmak, melyektől hetek óta nem bír aludni, az elviselhetetlenség fokozott nyomási érzékenység a csipő-izületben, a csipőtányérok, tarajok, keresztcsont és linea inominata mentén; igen apró lépésekkel kacsázó járás, de csak, ha széket tolhat maga előtt. Az első két injectio után fájdalmai megenyhültek, éjjel alszik; tehát a tonogen egyik hatása már érvényesült.

Ha a legteljesebb elismeréssel adózik is az előadónak szinte a physikai kísérlet szabatoságáig vitt tanulmányáért, mely az osteomalaciának úgy látszik thymogen eredetét bizonyítja, a tonogennel nyert kedvező tapasztalatok alapján nem zárkozzhat el azon indokolt következtetés elől, hogy osteomalacia eseteiben az endokrin mirigyánc tagjai egymást befolyásoló működésének olyan zavarával állunk szemben, melyet tonogen-injectiókkal módunkban van kedvezően befolyásolni s éppen azért adandó alkalommal újból a tonogent venné igénybe és alkalmazását a kartársaknak is ajánlja.

Scipiades Elemér: Erdemileg csak *Goldzieher* felszólaósa érinti az előadást. Vele ellentétben azonban abban, hogy a csontlágylás azon kornak a betegsége, melyben a thymus már nincsen in floribus, az előadó inkább argumentumot lát elméletének valószínűségére, mert hiszen az osteomalaciát éppen thymus-involutióval hozza kapcsolatba. Azt meg, hogy a csontlágylást a thymus okozná, az előadó nem is állította, azt pedig, hogy a csontlágylást a thymus közvetítheti, a hozzászóló is aláírja, így tehát álláspontjuk között lényegbeli differentia nincsen.

Fischl-nek azt válaszolja, hogy a csontlágylás és mellékvese közötti összefüggést nem ő tagadja, hanem a szerzőknek azon egész sora, a kik ezen utóbbi kérdéssel foglalkoztak. Az előadó az adrenalin-therapiát sem veti el, csak nem használja, mert kísérleti tanulságai szerint kedvezőtlenül befolyásolván az ásványsók mérlegét, éppen az

* A tonogennel a vérerekre gyakorolt mellékhatása enyhítésére naponta két evőkanálnyi ol. olivar-ot kaptak a betegek.

ellenkezőjét érné el vele, mint a mit óhajtana. Az előadó ezért inkább olyan therapeutikai eszközökhöz folyamodik, melyekkel a kísérletek tanulsága szerint is kedvező eredményt tud elérni, amilyenek például a hypophysis-kivonatok és a castratio. Előadó azt sem veszi tagadásba, hogy *Fischl* az adrenalin-kivonatok kapcsán láthatott kedvező eredményeket, mert hiszen kivülé 24%-ban mások is láttak kedvező eredményeket. A kérdés csak az, hogy ezen eredményeket az adrenalinnak lehet-e tulajdonítani. Nem szabad ugyanis elfelejteni, hogy a csontlágylásos beteg kellő hygienés viszonyok közé való helyzetetés vagy a szülés után magától is javulhat, továbbá az eredmények, mint arra *Biedl* is rámutat, az adrenalin általános gyógytani hatásával, milyen az érszűkítés a csontokban, magyarázhatók, anélkül, hogy az adrenalinnak specifikus hatását kellene feltételeznünk.

Visszatérve az általános themára, az előadó szerint kétségtelen, hogy a thymus-kiirtásra csontelváltozások keletkeznek, s ez nem is új, mert már mások is megállapították. Az új csak az, hogy azoknak hasonlóságát az előadó az emberi malaciával szemben is és az előadott részletességgel tudta konstatálni. Új a biológiai tünetek identitásának megállapítása és végül új az ily módon megállapított tényeknek az osteomalacia előfordulásával és a therapeutikai positivummal való összhangba hozása. Az előadó nem tehet róla, hogy ő az első szülész szakember, a ki ezen adatok összerakásához elsőnek ült le türelemmel, s arról sem, hogy ezen összerakásból kialakult kép veszedelmese hasonlít ahhoz, hogy az osteomalacia aetiologiája meg van vele oldva. Az mindenesetre bizonyos, hogy a csontlágylásnak olyan elmélete, melylyel annak ennyi kérdését lehetne megvilágítani, eddig egy sincsen. Akárhogy áll is azonban e kérdés, az előadó nagyon boldog lesz, ha előadásával a munkálatoknak és vizsgálatoknak oly sorát tudta kiváltani, mely ezen kérdést pro vagy contra tisztázní fogja.

PÁLYÁZATOK.

A belügyminister úr ő nagyméltósága 56.560/1917—XII. számú rendelete alapján a *Schächter Miksa* dr. tanár elhalálása által megürült gyermekmenhelyi sebészeti osztály főorvosi állására pályázatot hirdetek.

Az állás megbízatás útján évi 2000 korona tiszteletdíjjal töltesse be. A pályázati kérvények a belügyminister úrhoz címezve folyó évi augusztus hó 8.-áig hozzám adandók be.

Budapest, 1917 július hó 8.-án.

Dr. Szana Sándor

udv. tan., az állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa.

3610/1917.

Turóc vármegye turóczszentmártoni járásához tartozó Turóczszentmárton nagyközségben megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona évi törzsfizetés és négyszeri 200 korona ötödéves korpótlék.

A nagyközség pénztára által negyedévi előleges részletekben fizetendő 800 korona lakbér.

3. A szabályszerű beteglátogatási és rendelési díjak.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi július hó 28.-áig nyújtsák be.

A választást Turóczszentmárton nagyközség hivatalos helyiségében folyó évi július hó 30.-án délelőtt 10 órakor fogom megejteni.

Turóczszentmárton, 1917 július hó 5.-én.

Velits, tb. főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.



Natrarsen ERI

Pearson-oldat) 0,001—0,02 emelkedő sorozatokban a legideálisabb arseninfectio.

Rózsavölgyi Imre
gyógyszerész

Speciallaboratorium ERI
Budapest, VI., Aréna-út 124.

Próbák ingyen és bérmentve.

Aureollámpa Quarzlámpa (Művi magaslatti napfény).

Felvilágosítás

Az „Aureollámpa“ nem egyéb, mint egy **év-tizedek óta ismert** u. n. fénymásolóivlámpa csukott fényívvel, az ezen rendszer összes hibáival:

háromszor nagyobb áramfogyasztás, mint a Quarzlámpánál (magaslatti-napfény), állandó szénpótlás és kezelés. A védőhő-rang bevonása, megrepedése, nitrogázok keletkezése, egyenlőtlen fény és gyakori kialvása a lámpának.

Az „Aureollámpa“ mint újítás, vagy mint konkurrenzia a Quarzlámpa (magaslatti napfény) gyógyhatásával szemben épp oly kevésbé jöhet számításba, mint az ugyancsak évtizedek óta ismeretes szénívfényszórók, vagy sugárzási ivlámpák, melyek csak ott használnak, ahol egy **gyenge** ultravioletthatás, a szűrött quarzlámpa-fénynek megfelelő, elegendő.

Az „ujdonságon“ nincs egyéb új, mint az elnevezés. Ez magában épp oly kevésbé érdemel figyelmet, mint magasabb árat. **Hasonló értékű fénymásoló ivlámpák bármely villanszerelőnél — és nálunk is — lényegesen olcsóiban beszerezhetők.**

Orvosoknak, a kik szénívlámpák iránt érdeklődnek, mint legolcsóbb forrás ajánlható a villanszerelő. Minden „Quarzlámpát helyettesítő“ csakis próbára szerezhető be, a visszavétel határozott kikötéssel azon esetre, ha a Quarzlámpával való összehasonlítása után a lényegileg csekélyebb hatóképessége felismertett.

További felvilágosításokkal szolgál:

Quarzlámpafabrik Linz A. Donau, Stammhaus Hanau.

Egyedüli előállítója a

Quarzlámpa „Künstliche Höhensonne“-nek, fontos minden orvos, kórház, lazarett számára, kb. 4000 darab használatban

„Jesionek-Quarzlámpa“-nak. Csarnoki quarzlámpa Prof. Jesionek után. 1916-os ujdonság. Fontos a tüdővész leküzdésére.

„Kromayerlámpa“-nak, nélkülözhetetlen minden bőrgyógyász számára. 1500 darab használatban.

„Solluxlámpa“-nak, kiegészítője a quarzlámpának. Sokatigéző ujdonság, különösen gazdag hőszugárzást ad.

Számos könyvirodalom.

Több mint 400 közlés.

Áttekintés ingyen.

Narsodil Dr. Szelényi

A szakkörök egyhangú véleménye szerint a subkután alkalmazásra szolgáló legtökéletesebb magyar arsenkészítmény. Köbcentiméterenként 0.05 gramm, illetve 0.10 gramm dimethyl-natrium arsenatot tartalmaz ampullákban.

Teljesen steril.

Mellékhatásoktól mentes.

Legerősebb arsen gyógyhatás.

Nem mérgező.

Sohasem bomlik, tartós.

Dr. Szelényi-féle Narsodil-injectio a vörös vérszettek számát szaporítja. Különösen indikáltak anaemia, kezdő tuberculosus, chlorosis, malária, neufalgia, neurasthenia, stb. stb. eseteiben, továbbá idült bőrbajoknál: psoriasis, ekcema, lichen ruber stb.

Kis doboz 3 korona. Nagy doboz 4 kor. 50 fill.

Gyártja: Dr. Szelényi Árpád, vegyészeti gyára, Debreczen.

Orvosilag elismert speciális gyógyszerkészítmények:

Arsorobin. 0.05 és 0.01 Natr. Methylarsenat-oldat. Arzénkurára.

Argosol. Isotoniás kolloid. ezüst-oldat: sepsis, pneumonia, endocarditis stb. Intravenosus, intramuscularis injectio.

Hydarsol. Sol. Mercurisalicylarsenat. Lues esetében; intravénás vagy intramuscularis betecskendőzésre.

Mintákat díjmentesen küld az orvosoknak
MARBERGER GYULA, orvos-gyógyszerészeti laboratoriuma, UJPEST.

Ferglobin-Örkény.

(Tabl. ferr. glycerophosph. c. haemoglobino.)

Tablettánként glycerophosphathoz kötve, 0.03 gr. fémvasnak megfelelő könnyen felszívódó vasvegyületet tartalmaz.

Olcsó medicatio!

Obstipatiót nem okoz!

Ferglobin-Örkény

cum arseno.

Tablettánként 1/2 milligr. acid. arsenicosumot tartalmaz.

Tonicum. Roborans. Stomachicum.

Javalva: Anaemia, chlorosis, leukaemia eseteiben, leromlott phtisikus betegeknél és reconvalescenseknél.

Ára dobozonként 2.50.

Készíti: **Örkény Hugó**, „Nagy Kristóf“ gyógyszer-tára és gyógyvegyészeti laboratoriuma
Budapest, IV., Váci-utca 1.

Díjmentes orvosi minta szívesen áll rendelkezésre.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY
FŐSZERKESZTŐ.

EGYET. TANÁR ÉS

SZÉKELY ÁGOSTON
SZERKESZTŐ.

EGYET. TANÁR

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Leitner Sándor: Közlés a cs. és kir. 612. számú táborigazságból. (Parancsnok: Roediger Jenő dr., törzsorvos.) Kisebb kiütéses lázjárvány polgári lakosság körében különös tekintettel a kiütés nélkül lefolyó esetekre. 397. lap.

Rosenfeld Bernát: Közlemény a munkácsi katonai megfigyelő állomásról. (Vezető-
orvos: Stühmer Frigyes dr., ezredorvos.)

Tar Alajos: A hadiszívbjáról.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. H. Plotz, K. Olitzky, G. Baehr: Die Aetiologie des Fleckfiebers. — Lapszemle. Belorvosstan. A. Schmidt és R. Kauffmann: Az időszitt dysenteria. — Kisebb közlések az orvostudományról. Wolfenstein: Furunculosis. — Ebstein: Belső vérzés. — Ochsenius: Gyermekkori recidiváló bronchitis. 406—407. lap.

Magyar orvosi irodalom. 407. lap.

Vegyes hírek. 407. lap.

Tudományos Társulatok. 408—409. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a cs. és kir. 612. számú táborigazságból. (Parancsnok: Roediger Jenő dr., törzsorvos.)

Kisebb kiütéses lázjárvány polgári lakosság körében, különös tekintettel a kiütés nélkül lefolyó esetekre.

Irta: **Leitner Sándor** dr., főorvos.

Miként az 1915—16. év telén és tavaszán, úgy most is, az állóharcok alatt és a nagy hidegek miatt csökkent harci tevékenység idejében, a mikor több alkalom nyílik — különösen a hadtáptéren — a visszamaradt és az operációs területről kitelepített polgári lakossággal való érintkezésre (bevásárlások, élelmiszerek beszerzése stb.), hadseregparancsnokságunk az epidemiák leküzdésére igen czélszerű és eredményes intézkedéseket fogantatott.

Nevezetesen felosztotta a hadtáptéren részekre (rayonok), melyeknek középpontjában egy-egy, a csökkent harci tevékenység miatt tartalékban levő kórház állított fel a polgári lakosság részére. Ezen kórházak a polgári lakosságot orvosi segélyben részesítik, a kerületi parancsnokságok, állomásparancsnokságok, a csendőrség és községi előjárók segítségével egészségügyrendőri szolgálatot teljesítenek, kutak, tetűtelenítő intézetek, árnyékszékek stb. megjavításával és felállításával jó közegészségi viszonyokat teremtenek, a fertőző betegeket és a gyanúsokat eliminálják, a hozzátartozókat, a beteggel érintkezésben levőket megfigyelés alatt tartják (contumacia) és végül elvégzik a desinfiálást és a tetűtelenítést.

Eme legnagyobb szigorral keresztülvitt közegészségi intézkedéseknek köszönhető, hogy a fertőző-betegek száma még itt is, az epidemiák ősi fészkeiben (Volhynia), dacára a lakosság háborús, rossz lakás- és táplálkozás-viszonyainak, megcsökkent. A legfontosabb azonban az, hogy ezen intézkedések által sikerült a hadsereget — leszámítva néhány esetet — az infekciós betegségektől megvédeni.

Kórházunk ilyen „rayon“-szolgálatot teljesített ez év telén és tavaszán Délnyugat-Volhynia egy részén, tehát olyan vidéken, a hol békében is uralkodó a kiütéses láz.

Az elmúlt évben is Volhyniában szolgáltam, a kiütéses láz áldozatául esett, felejthetetlen emlékű akkori parancsnokom, **Herrmann Viktor** dr. törzsorvos mellett. Ő hívta fel figyelmemet a kiütés nélkül lefolyó, kisebb-nagyobb lázzal járó typhosus megbetegedésekre, melyek typhus abdominalisnak nem bizonyultak és megjegyeztem: „A kiütéses láz

nem bőrbetegség, hanem a szervezetnek súlyos mérgezettsége és az egyéb symptomák tekintetbevételével a bőrbetegségek hiánya miatt a kiütéses láz diagnózisát feladnunk nem szabad.“ Akkor még nem kontrolláltuk a *Weil-Felix*-féle serologiai reakcióval a klinikai diagnózist.

Érdeklődéssel néztem tehát az idegi kiütéses lázjárvány elé, remélve, hogy alkalom nyílik kiütés nélkül lefolyó kiütéses lázeseteket pontosan észlelni, a mi csakugyan be is következett. Megfigyeléseimben nagy segítségemre volt kórházunk példásan tökéletes felszerelése, gyakorlott, értelmes ápoló-személyzete, különösen pedig két bakteriologiai laboratorium közelsége. Ezen laboratoriumok vezetői: *Hillenberg* dr. t.-o. és *Reichardt* dr. e.-o., a bakteriologiai és serologiai vizsgálatokat a legnagyobb gyorsasággal végezték el.

A legtöbb beteget Z. községből kaptuk. Mielőtt a kiütés nélkül lefolyó kiütéses lázeseteket közölném, álljon itt a Z. és Zd. községekben lefolyt kisebb kiütéses lázjárvány kitérésének története, mint példája annak, hogy milyen fontos a járvány megelőzésére az első eset felismerése.

Két collega 1916 október 30.-án L. J., 20 éves, Z.-ből beszállított, állítólag súlyos sepsises diphtheriában szenvedő beteghez hív. A beteg két nap óta van kezelés alatt. 14 nap óta beteg, fejfájása, torokfájása van, köhög és lázas. Az orvosi megfigyelés első napján, tehát az anamnesis szerint a betegség 14. napján, a beteg 3000 egység diphtheria-serumot kapott, mire a láz critico-lytikusan leesett. A vizsgálat eredménye: az uvulán, a jobb tonsillán, a pharynx hátulsó falán piszkos-szürke, nyálkás, vastag lepedék, mely csipeszbe fogott vattadarabkával könnyen eltávolítható. Demarcatiós udvarnak vagy már levált membrának semmi nyoma. Hasonló piszkos-szürke, zöldes-barna lepedék a nyelven és a foghúson. A mellen, a hason, a végtagokon petechiás vérzések. A léptompulat megnagyobbodott. Pulsus: 90, rhythmusos, jó. Sensoriumzavar. A toroklelet és a hőmérséklet daczára is fennálló, súlyos sensoriumzavar alapján a bőrbetegségek tekintetbevételével a kiütéses láz diagnózisát állítottam fel, bár abban az időben a környéken még egy eset sem fordult elő. A hőmérséklet leesését nem tartottam a serum hatásának, hanem mint a betegség 14. napján bekövetkezett rövid lysis és ajánlottam a bakterioserologiai vizsgálatok megejtését.

Egy ideig azután nem hallottam a betegről. Másfél hónap múlva, a mikor kórházunk az említett „rayon“-szolgálatot megkezdte, Z.-ba egy családhoz hívnak. A tömeglakásban három lázas beteget találok, kettőt exanthemával, egyet exanthema nélkül. A szobában még három feltűnően gyenge

Eset	Név	Kor	Diagnosis	Vér-epe	Widal			Weil-Felix	Betegség napja	Megjegyzés
					Typhus	Para-typhus-A.	Para-typhus-B.			
1	L. S.	26	Kiütéses-láz	steril		1:50 —		1:200 ++	8-10	
2	E. M.	23	"	"		1:50 —		1:200 ++	7	
3	J. S.	12	Kiütéses-láz exanthema nélkül	"		1:50 —		1:100 + 1:400 +	5 12	
4	D. D.	20	Kiütéses-láz exanthema nélkül	"		1:50 —		1:100 + 1:1600 +	5 24	
5	D. J.	10	Kiütéses-láz	—		1:50 —		1:400 +	8	
6	D. J.	55	"	steril		1:50 —		1:100 ++	12	Bronchopneumonia †
7	N. H.	27	"	"		1:50 —		1:200 ++	6	
8	K. F.	66	"	"		1:50 —		1:100 ++	7	Pneum. crup. l. inf. l. sin. †
9	M. A.	15	"	"		1:50 —		1:100 +++	14	
10	L. A.	46	"	"		1:50 —		1:100 +++	19-21	
11	N. J.	18	"	"		1:50 —		1:100 +++	20-22	
12	P. F.	19	"	"		1:50 —		1:100 ++	7	
13	L. V.	24	"	"		1:50 —		1:100 +++	7	
14	D. A.	38	"	"		1:50 —		1:100 +++	14	
15	J. A.	13	"	"		1:50 —		1:100 +++	6-7	
16	Z. J.	48	"	"		1:50 —		1:1280 ++	12	Bronchopneumonia †
17	E. R. dr.	33	Kiütéses-láz exanthema nélkül	"	1:50 ++	1:50 —	1:50 —	3		
					1:100 +	1:50 —	1:320 ++	6		
18	G. E.	18	Kiütéses-láz	"		1:50 —		1:1280 +	10-12	
19	K. S.	43	"	"		1:50 —		1:1280 +	10-12	†
20	J. S.	17	"	"		1:50 —		1:100 +++	7-8	
21	G. S.	15	"	"	1:400 +	1:50 —		1:400 ++	18-20	
22	G. M.	14	"	"	1:100 +	1:50 —	1:400 ++	14	6 év előtt typhus abdominalis (3 testvér)	
					1:100 +	1:50 —	1:200 +++	17		
23	G. G.	18	"	"	1:3200 ++	1:50 —	1:3200 ++	10		
					1:8000 ++	1:50 —	1:3200	13		
24	S. V.	14	"	"		1:50 —		1:800 +++	16	
25	H. L.	40	"	"		1:50 —		1:320 + 1:400 +	6 27	
26	H. P.	16	"	"		1:50 —		1:320 +	7	

Eset	Név	Kor	Diagnosis	Vér-epe	Widal			Weil-Felix	Betegség napja	Megjegyzés
					Typhus	Para-typhus-A.	Para-typhus-B.			
27	H. J.	8	Kiütéses-láz	—	1:50 —			1:160 +	17	
28	B. B.	30	"	—	1:50 —			1:320 +	7-8	
29	B. S.	7	Kiütéses-láz exanthema nélkül	steril	1:50 —			1:50 — 1:320 ++	3 7	
30	B. E.	4	Kiütéses-láz	—	1:50 —			1:200 +	8	
31	K. H.	16	"	"	1:50 —			1:200 +	7-9	
32	K. S.	25	"	"	1:50 —			1:200 + 1:1600 +	8 29	
33	K. D.	14	"	"	1:50 —			1:50 — 1:100 ++	4 8	
34	T. E.	18	"	"	1:50 —			1:200 + 1:800 +	6 9	
35	G. S.	6	"	—	1:50 —			1:50 — 1:100 +	3 8	
36	G. S.	13	"	"	1:50 —			1:200 ++ 1:800 +	6 9	
37	S. S.	7	"	—	1:50 —			1:1600 +	10-12	
38	G. J.	18	"	"	1:50 —			1:100 +++	8	
39	P. N.	20	Kiütéses-láz exanthema nélkül	"	1:50 —			1:100 ++ 1:6400 + 1:1600 +	6 12 26	
40	K. S.	18	Kiütéses-láz	"	1:50 —			1:3200 +	10	
41	S. H.	13	"	—	1:50 —			1:100 +++	6-8	
42	S. E.	10	"	—	1:50 —			1:100 +++	6	
43	B. P.	23	"	"	1:50 —			1:100 ++	7	
44	T. B.	9	"	"	1:50 —			1:1600 +	10	
45	G. M.	8	"	—	1:50 —			1:800 +	13	
46	R. B.	60	"	steril	1:100 + 1:400 +	1:50 — 1:50 —	1:200 + 1:200 +	1:800 ++ 1:800 ++	10 13	3 hónap előtt lázas gyomor-bélhurut (Typhus? Paratyphus-B.?)
47	G. B.	25	"	—	1:50 —			1:400 +	12-14	Moribund állapotban hozták, †
48	M. K. dr.	30	"	"	1:50 —			1:50 — 1:50 — 1:200 +	5 6 9	
49	K. M.	20	Obstipatio	"	1:50 —			1:50 —	4-6	Hőmérséklet: 39.3°
50	V. M.	20	Bronchitis, Obstipatio	"	1:50 —			1:50 —	7	Hőmérséklet: 38.6°

Eset	Név	Kor	Diagnosis	Vér-epe	Widal			Weil-Felix	Betegség napja	Megjegyzés
					Typhus	Paratyphus-A.	Paratyphus-B.			
51	K. J.	42	Pneumonia crup.	—	1:50	—	1:50	6		
52	K. N.	12	Tuberculosis	—	1:50	—	1:50	—		
53	M. S.	18	Eccema	„	1:50	—	1:50	—		
54	J. R.	28	Gastritis chr.	„	1:50	—	1:50	—		
55	N. N.	32	Tonsillitis, Obstipatio	„	1:50	—	1:50	5	Hőmérséklet: 39°0	
56	Z. M.	18	Peritonitis tbc.	—	1:50	—	1:50	—		

leány támológ. Legnagyobb meglepetésemre ott van a „diphtheriás“ beteg is.

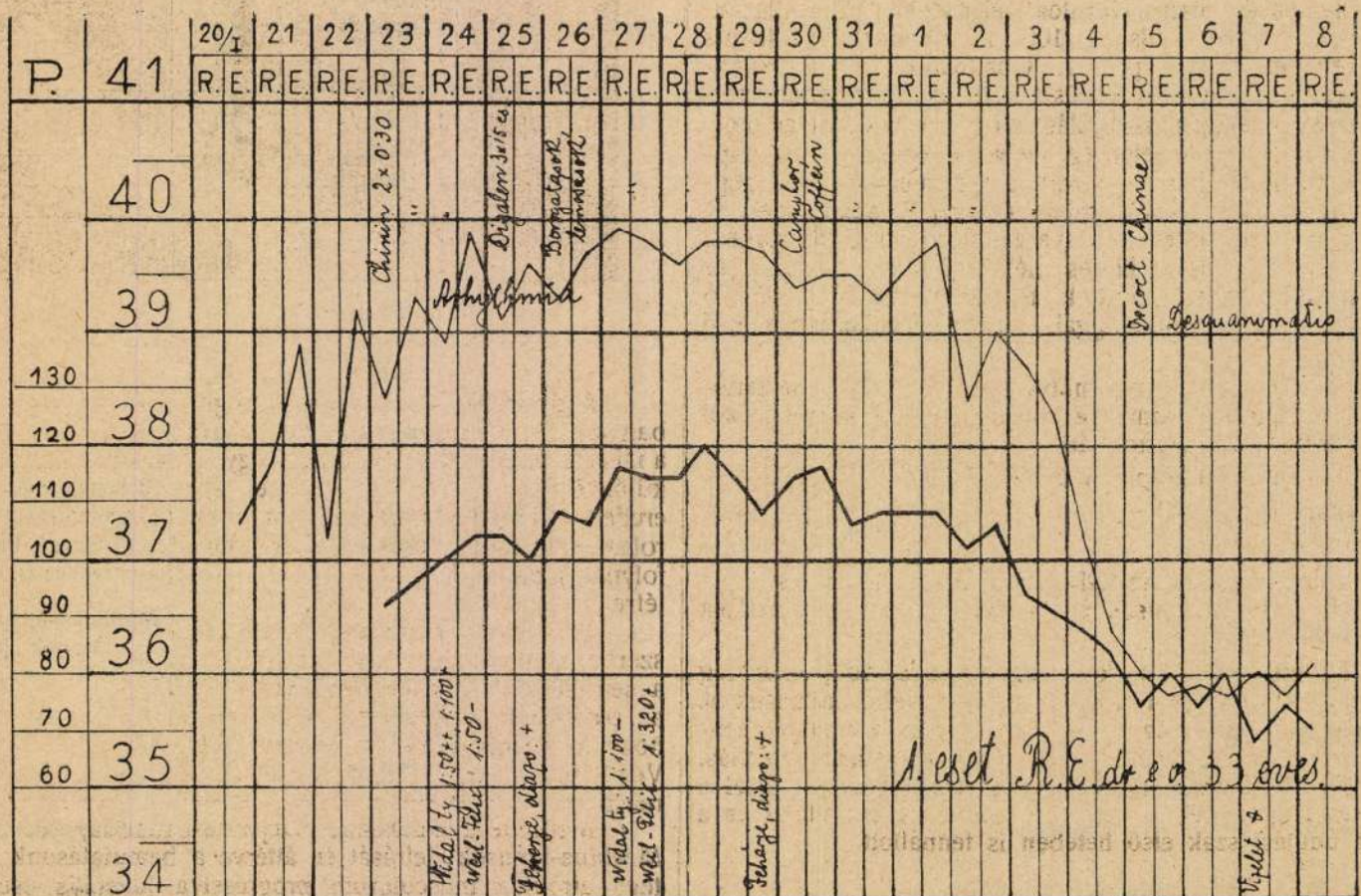
Kérdésekre elmondták, hogy a 20 éves L. J. megbetegedése óta ugyanebben a háznál még 6 személy betegedett meg és hogy a szomszédházban lakó D. is „typhus“-beteg.

A betegeket és a lábadozókat a kórházba szállítottuk. A klinikai kép és a bakterio-serologiai vizsgálat a kiütéses lázat állapította meg. De már a legpontosabban keresztülvitt elkülönítés, contumacia és tetületlenítés dacára sem tudtuk a kisebb epidemiát feltartóztatni Z. községben, mely kitelepített lakosokkal túl volt zsufolva. Ellenben sikerrel járt munkánk a Z.-től 1 1/2 km.-re fekvő Zd.-ban, a hol egy család három tagja betegedett meg kiütéses lázban, de az idejekorán keresztülvitt intézkedések elvágták a betegség terjedésének útját.

A járvány megállapításától kezdve minden lázas megbetegedés esetén számoltunk a kiütéses láz lehetőségével és ilyen

módon 5 kiütés nélkül lefolyó kiütéses lázesetet figyeltünk meg. Ezen eseteket vagy úgy kaptuk, hogy például 4 kifejezetten kiütéses lázas beteggel ugyanazon családból és házból egy ötödik lázas beteg is jött, a kinek az egész betegsége alatt kiütése nem volt, vagy olyan betegről van szó, a kinek lakásában kiütéses láz már előfordult és végül contumaciából kiemelt betegről, a kit az első lázas napon átvittünk a kórházba. Mindegyik kiütés nélkül lefolyó eset a betegség 1.—3. napjától a legpontosabb megfigyelésünk alatt állott. Mindegyik esetben megvolt az epidemiológiai kapocs más kiütéses lázesetekkel, és nem abortív esetek voltak ezek, a melyekben, mint ismeretes, az exanthema csekély számmal és rövid időre is jelentkezhetik.

Rövidség kedvéért csak három kórtörténetet közlünk, a többi eset, továbbá a kiütéssel lefolyó esetek, valamint különböző betegségek, a melyekben Weil-Felix-reactio végeztetett, a később megbeszélendő mellékelt táblázatból vehetők ki. (A táblázatba nincsenek felvéve azok a klinice ki-



f. ábra.

fejzetten kiütéses lázesetek, melyekben külső okokból *Weil-Felix-reactio* nem végeztetett.)

1. eset. R. E. dr. e.-o., 33 éves, kórházunk különítményének parancsnoka, január 21.-én P. városkában megbetegszik. Egy nappal előbb, bár már rosszul érezte magát, még ellátta szolgálatát, de a következő napon hideg-borzongás, fejfájás és hasogató láb-fájdalmak miatt ágyba kellett feküdnie. Hőmérséklete: 38.9°. Székrekedés. A betegség 3. napján (január 23.-án) keserűsöt vesz be, mire három vizes székletet ürít. Keveset köhög. Betegségét lovaglás közben való meghűlésnek tartja.

Ezen a napon jut a beteg megfigyelésem alá. Fejfájásról, melyet a tarkóra és a proc. mastoideusok tájára lokalizál, kereszt-fájdalmakról, az alsó végtagok hasogató fájdalomairól panaszkodik.

Status praesens: Jól fejlett, kissé elhízott egyén. Kipirult arc. Conjunctivitis nincs. Száraz, fehéresen bevont nyelv. Pharyngitis sicca. A tüdők felett néhány hurutos zörej. Szívtompulat jobbra a sternum bal szélét 1 cm.-rel meghaladja; szívhangok tiszták. Pulsus: 98, egyenlő, szabályos. Hőmérséklet: 39.3°. Has mérsékelten meteorismusos; bőséges zsírpárna. Léptompulat a VIII. bordától; lép nem tapintható. Roseola nincs. Közérzet jó. Vizeletben fehérje nyomokban; diazo: negatív; üledékében semmi kóros. A betegség 4. napján (január 24.-én): fejfájás változatlan, hurutos jelenségek kifejezettebbek, mint az előző napon, gyakori tüszűmentés. Mérsékelten injiciált conjunctivák. Léptompulat a VIII. bordától a bordáig. Lép nem tapintható. Roseola nincs. Hőmérséklet: 38.9°, pulsus: 100. Bacterioserologiai vérvizsgálat:

Widal-typhus: 1:50 + +, 1:100 + (typhus-beteg nem volt; typhus ellen nem volt oltva);

paratyphus-A és -B: 1:50—;

Weil-Felix: 1:50—;

vér-epe: steril.

A betegség 5. napján (január 25.-én): az előző napon fennálló jó általános közérzettel ellentétben a beteg súlyos beteg benyomását teszi. Hurutos jelenségek változatlanok. Hőmérséklet: 39.6°, pulsus: 100, arhythmiás. Exanthema nincs. Fehérje, diazo: positiv. Obstipatio. Bár a *Widal-reactio* positiv volt, mégis egyrészt a gyorsan súlyosbodó kór-kép, másrészt a fejfájás lokalizálása miatt a nyakszirtre és proc. mastoideusokra — oly jelenség, melyet a betegség első napjaiban fontosnak tartok —, továbbá a hőmérsékletnek megfelelő magas pulsus-szám miatt és végül azért, mert P. városka 1915—16. év telén és tavaszán a kiütéses láz hirhedt fészke volt, diagnosizom kiütés nélkül lefolyó kiütéses láz volt. Tekintetbe kellett vennünk még azt is, hogy az infectio lehetősége a polgári lakossággal gyakori érintkezésben levő kollegánál megvolt.

A lefolyás és a 3 nap múlva megejtett újabb bacterioserologiai vizsgálat eredménye megerősítette a kiütés nélkül lefolyó kiütéses láz diagnosizát:

Widal-typh., paratyph.-A és -B 1:100—;

Weil-Felix: 1:320 +;

Vér-epe: steril.

A székletben és vizeletben typhus-bacillus nincs.

A hőmérsék és pulsus viselkedését a mellékelt láztábla mutatja (1. ábra).

A középsúlyos eset lefolyása tipusos volt, aránylag súlyos agyvelő-tünetekkel és két ízben könnyebb collapsussal. A láztalan szakban még 3—4 napig tartó könnyebb sensorium-zavar és nagyothallás. Finom, korpaszerű hámlás. Végül még megemlítendő a makacs székrekedés, melyet a többi exanthema nélkül lefolyó esetben is észleltünk és a mely az üdülési szak első hetében is fennállott.

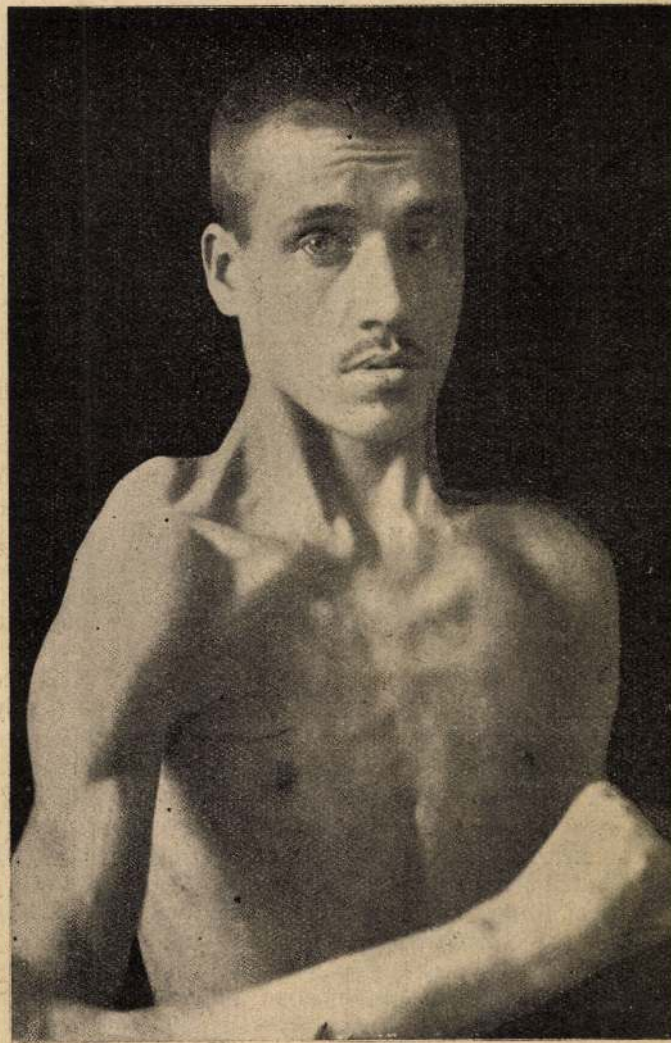
(Folytatása következik.)

Közlemény a munkácsi katonai megfigyelő állomásról. (Vezetőorvos: Stühmer Frigyes dr., ezredorvos.)

Dystrophia musculorum progressiva (atrophia progressiva musculorum juvenilis Erb) esete.

Irta: Rosenfeld Bernát dr., osztályvezető-ezredorvos.

A myopathiás eredetű izomsorvadások nem tartoznak a gyakran előforduló betegségek körébe. Tudjuk, hogy ezen izomsorvadásokat sokáig a spinalis eredetűekkel azonosnak tartották és hogy Erb-é az érdem, hogy az elsőket az utóbbiaktól különválasztotta és dystrophia musculorum progressiva név alatt önálló kórformába sorozta.



1. ábra.

A dystrophia musculorum progressiva sem mutat azonban mindig egységes, ugyanazokkal a tünetekkel járó kór-képet, a mi arra indította a szerzőket, hogy a betegség keretén belül különböző típusokat állítsanak fel. Ezen típusok már közös eredetüknél fogva is nemcsak hogy egymástól élesen elhatárolva nincsenek, hanem ellenkezőleg, sokszorosan egymásba folynak, a minek következtében ismét vegyes típusok jönnek létre.

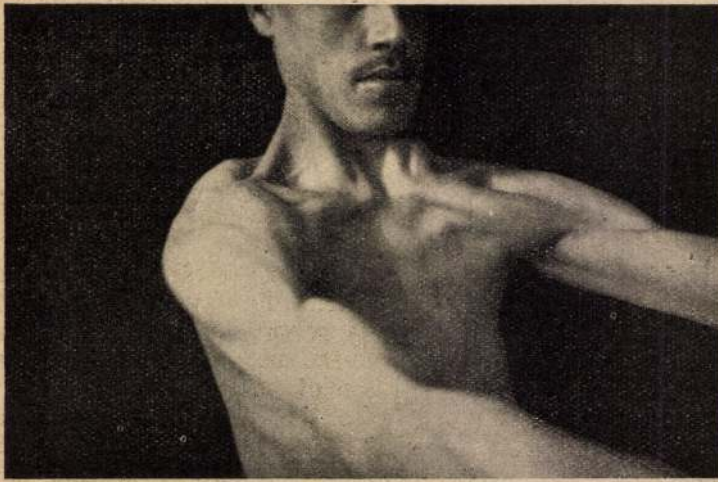
Mint közös sajátosságai kiemelendők: 1. Az a fontos szerep, melyet a hereditas játszik. 2. A gyermek-, ritkábban a serdülő korban való jelentkezés. 3. Az, hogy a betegség az esetek túlnyomó számában a törzs izmain kezdődik. 4. Az, hogy az atrophikiák mellett egyidejűleg hypertrophiák is vannak. Végül 5. az, hogy a legtöbb esetben az elektromos elfajulási reactio és a fibrillaris rángások teljesen hiányoznak.

Mellőzve a Duchenne-, Déjerine-Landouzy- és Leyden-Moebius-típusok leírását és áttérve a bemutatásunk tárgyát tevő atrophia musculorum progressiva juvenilis esetre, fel akarom említeni, hogy a mint a név is mutatja, a betegség a

serdülő korban jelentkezik és oly észrevétlenül támad, hogy a betegek a kezdet időpontját nem tudják megjelölni.

Elsősorban a hát, a lapoczka és a vállöv izomzata betegszik meg, majd lassankint áterjed a baj az ágyék, medenceöv és hasfal, a felkar és czomb izomzatára. Az alkaron a supinator longus, a lábszáron a tibialis anticus betegszik meg, míg a lábszár és alkar többi izma vagy egyáltalában nem, vagy pedig nagyon későn kerül sorra. A kéz és láb kis izmai pedig majdnem kivétel nélkül egészségesek maradnak.

A betegség legtöbbször kétoldali és egyúttal részarányos; a symmetria azonban nem minden esetben teljes. Vannak izmok, melyeket előszeretettel támad meg; a különböző szerzőknek erre vonatkozó adatai azonban meglehetősen eltérnek egymástól és az jellemzi a betegséget legjobban, hogy egészséges, sorvadott és túltengett izmok egyidejűleg és egymás mellett fordulnak elő.



2. ábra.

Az eset a következő: M. I. 23 éves gyári munkás, jelenleg katona, felvétetett f. é. február 2.-án szolgálatképességének megállapítása végett. Szülei élnek, anyja gyakori fejfájásban szenved, atyja minden valószínűség szerint potator. Négy testvére közül egy csontszúban és egy epilepsiában szenved. Családjában, még az oldalágakban is, ehhez hasonló betegség nem fordult elő. Mindig egészséges volt és jelenlegi bajára is csak a kórházban lett figyelmessé.

1915 februárjában községe mint hadimunkást küldte ki és mint ilyen az olmtüzi lókorházban teljesített szolgálatot. 1916 májusában egy ló, melyet kantárjánál fogva vezetett, hirtelen felágaskodott és a kantárt oly erővel rántotta ki kezéből, hogy a földre zuhant; esés közben rúgást is szenvedett a jobb lapoczkáján. Karja 14 napig erőtlenségben csüngött le és nem is használhatta, csontjának azonban, a mint a Röntgen-vizsgálat mutatta, nem történt baja.

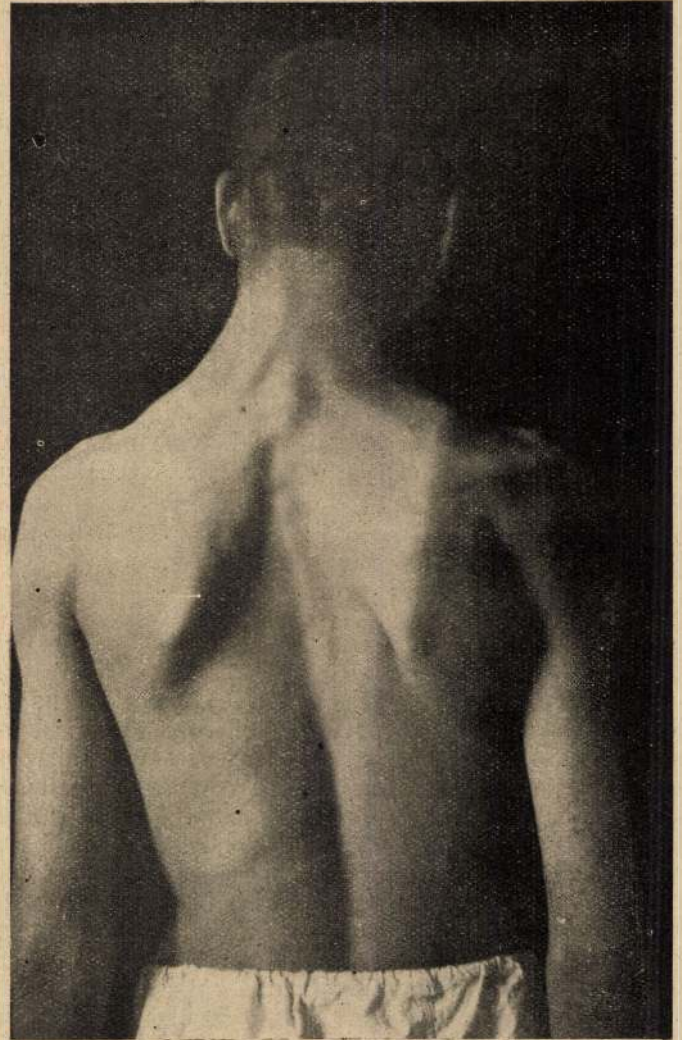
Ugyanez évi augusztusában a népfőlkelői szemlén bajának megállapítása céljából az olmtüzi honvédkórházba küldték, ahonnan 6 nap múlva, mint fegyverszolgálatra alkalmas, csapattestéhez bevonult.

Kiképzés közben vette észre, hogy a fegyver szíja a jobb lapoczkáján mindig fennakad és hogy maga a fegyver menetelés közben válláról minduntalan lecsúszik. Karácsony táján a menetszázzal idejött; itt azonban napról-napra kevésbé bírt menetelni és kénytelen volt visszamaradozni, mert a lélegzete kifogyott.

A kórházunkba utalt beteg állapota a következő volt: A magasabb termetű, elég erős csontrendszerrel bíró beteg kisebb fokban elmegegye. Homloka hátrahajlik, occiputja meredek, arcza asymmetriás, az alsó állkapocs eldugró. Mindkét tüdőben hurutos jelenségek. Erőltetett és erőtlen hangon olyformán beszél, mintha mindig az expirációs szak végén volna, a mikor a levegőkészlet már fogytán van.

Előlről megtekintve a beteget, elsősorban szembeötlő a

két hatalmas, kulisszaszerű sterno-cleido-mastoideus. A scapula belső szeglete a vállöv magassága fölé emelkedik és így elülről is láthatóvá válik. Hatalmasan túltengett a két deltoideus és a két pectoralis major clavicularis része, míg a pectoralis major többi része és a minor egészében annyira sorvadott, hogy a bordaközök mély vájulatokat alkotnak. E viszonyok kifejezettebbek a jobb, mint a baloldalon. Még szembeötlőbbé lesz a vázolt állapot, ha a beteg mélyen inspirál, vagy karjait emeli (1. és 2. ábra); ekkor a scapula magasra felszökik és felső szélével a vállövet jóval túlhaladja, a különben sorvadott trapeziusnak a kulcsfontozhoz haladó részlete inszerűen megfeszül, a kulcsfontfeletti árokban pedig a meg-



3. ábra.

vastagodott omohyoideus már messziről is láthatóvá válik. A mellkas jobb oldalsó része a serratus anticus eltűnése folytán lelapult, míg a baloldalon az izom tapadásai pontosan kivehetők. A gyomor tája besüppedt, az utolsó két borda végei messziről láthatók és éppen úgy, mint a bordaívök, közvetlenül a bőr alatt tapinthatók (obliquus-sorvadás). A jobb rectus abdominis felső két hasa eltűnt, a két alsó és a bal rectus egészében túltengett. A has mélyebb belélegzéskor beesik, a diaphragma azonban sértetlen (átvilágítás).

Hátulról nézve a beteget (3. és 4. ábra), látjuk a kypho-scoliosist a hát felső, a lordosist az ágyéki részen. A trapezius nyakrészlete ép, közép- és hát-része sorvadott. A jobb lapoczka erősen, a bal kevésbé áll el a testtől és mint-hogy egyúttal a középvonaltól is eltávolodtak, a hát széle-ebbnek mutatkozik. Ugyancsak szépen látható a túltengett jobb rhomboideus major és a szintén túltengett bal longissimus dorsi. Sorvadott a latissimus dorsi alsó fele és az alatta elterülő serratus posticus inferior harántul futó rostjai fibrillaris rángásokat mutatnak.

A többi izom, mely tapasztalat szerint megbetegedni szokott, továbbá az alsó és felső végtagok és medencezöv izomzata, a betegség még csak kezdeti szakának megfelelően, egyelőre egészségesnek látszik és ennél fogva a functionális zavarok is csekélyek. A beteg karjait rendesen használja, a vízszintes fölé is jól emeli, előre-hátra mozgatja és az erő-kifejtésben sem mutatkozik feltűnő csökkenés. Nagyobbfokú zavar csak légzéskor és köhögéskor mutatkozik, még pedig nem annyira a légzés-izmok elégtelensége, mint inkább a hasfalak bénulása következtében.



4. ábra.

Az izmok elektromos és erőművi ingerlékenysége a sorvadás foka szerint vagy megtartott, vagy csökkent, vagy teljesen megszűnt. A hypertrophiás izmok általában véve igen prompt és élénk összehúzódást mutatnak. Fibrillaris rángásokat a megbetegedett izmokon nem lehetett észlelni. A térd-reflex nehezen ugyan, de kiváltható. Az érzési kör, a hólyag és végbél működése rendes. A vizeletben kóros alkotórészek nincsenek.

Február hó 22.-én d. u. 4 órakor a beteget hysteriás roham lepte meg. Anélkül, hogy eszméletét elvesztette volna, clonico-tonusos görcsöket kapott és az ágyból kiesett. Miután az ágyba visszahelyezték, hirtelen egyenesre felemelkedett és rögtön utána ív-alakban hátragörbült. Az egész idő alatt értelmetlen szavakat mormogott; utólag elmondta, hogy még ebéd alatt észrevette, hogy valaki mérget tett az ételébe és emiatt érezte magát rosszul; két ujját be is dugta a torkába, hogy az ételt kiadja.

Az eddig csendesen és illedelmesen viselkedett beteg a roham óta egészen megváltozott; szeszélyes, fegyelmezhetetlen lett, üldöztetési téveszméi és illúziói támadtak és annyira nyugtalan lett, hogy el kellett szállíttatni.

Az esetet nemcsak aránylagos ritkasága miatt tartottam érdemesnek a közlésre, hanem azért is, mert nem illeszkedik be teljesen az *Erb* által leírt típusba. Elsősorban hiányzik, a mire oly nagy súlyt fektetnek, a hereditási momentum, másrészt megvan, ha csak látszólag is, a traumával való okozati összefüggés, a melyet pedig tagadnak.

Feltűnő a sterno-cleido-mastoideusnak, az omohyoideusnak és rectusnak a betegségbe való bevonása, holott ezen izmok a szerzők egybehangzó adatai szerint mindvégig egészségesek szoktak maradni; a jobb rhomboideus és a bal longissimus dorsi pedig atrophia helyett hypertrophiában van.

Végül megtalálható a beteg a némely szerző által kiemelt degeneratív alkat és nemcsak az elmeengességgel, hanem a hysteriával és a rokonságban előfordult epilepsiával való combinatio.

A hadiszívbjáról.

Irta: *Tar Alajos* dr., v. kórházi főorvos, jelenleg népfelkelő-orvos a 31. m. kir. honvédegyalozredben.

A háború, valamint a szellemi élet minden terén, úgy az orvostudományban is bizonyos jelszavakat vetett fel. Divatja kelt például, hogy *hadibetegségekről*, mint egyes kórformák új típusairól beszéljenek, így hadiszívéről, hadiszív-bajról is. Nyilvánvaló, hogy ez a felfogás a priori téves. A háború kiválthatta, ki is váltotta óriási számban egyes betegségeknek, kóros elváltozásoknak a békében — megfelelő, hasonló aetiologiai momentumok híján — ritkább alakjait. Azonban bárki előtt, ki a háború, a harctér belső életét tapasztalattól ismeri, kétségtelen, hogy a háborút mintegy új, különleges kórokozó gyanánt szerepeltetni nem lehet. A hadiszív-baj elnevezés nem szerencsésebb, mint például a „mocsárláz“, (mely *legtöbbször* mocsaras vidéken fordul elő), s alkalmas arra, hogy az aetiologia felől tévedésbe ejtsen, az elnevezés kapcsán tetszetős, nagyszabású, de szilárd tapasztalati alap nélküli feltevésekre adjon alkalmat. Erre éppen a *hadiszív-baj* kérdése a legszemléltetőbb példa.

Ennek a kérdésnek egész irodalma támadt, még pedig éppen a háború első, nagy álló és mozgóharcok hullámzása jellemezte szakában. Behatóan foglalkozott vele *Mackenzie*, *Jacoby*, *Rössler*, *Graul*, *Romberg*, különösen *Fürbringer*, ki nek véleménye a többiét is eléggé összegesíti. Szerinte a hadiszív-bajnak okozói a lövészárk-élettel járó állandó nagy testi megerőltetések, a modern harczmodor okozta traumás (légnymási stb.) és psychés, eddig hallatlan arányú meg-rázkódtatások. *Magnus Levy* ugyancsak közvetlenül a testi erőfeszítéseket, a tartósan fokozott vérmennyiséget okolja bizonyos, az *insufficiencia bicuspidalis* tüneteivel járó (systolés zörej, pulmonalis II. ékeltsége, jobb szív mérsékelt tágulata) elváltozásért, melynek a szívizom, a bal venás szájadék passiv megtágulása, nem pedig a szívizom vagy belhártya, billentyű elfajulásos vagy lobos megbetegedése lévén az alapja, mint *functionalis*, nem szervi elégtelenség, sokkal jobbindulatú, különösen tartós kezelés mellett. Ugyancsak ez a kiváltó momentuma szerinte a fiatal katonákon is elég gyakran észlelhető korai „*had*“ *arteriosclerosis*nak.

Elég hosszú, mintegy 19 hónapos frontszolgálatom alatt körülbelül 1400 általam kórházba utalt katona között az említett két kórforma alig néhány esettel szerepel. A *functionalis bicuspidalis-insufficienciát* összes jellegzetes tüneteivel egyszer sem észleltem. A korai *atherosclerosis* nem éppen ritkán, de szórványosan. Valamivel gyakrabban a szívneurosis, melynek gyér előfordulása, legalább a fronton, tapasztalataim szerint *Romberg* állítását igazolja.

Nem akarok azonban abba az egyoldalúságba esni, hogy adataimat más, a *harctéren tett* megfigyelések határozott tagadására próbáljam értékesíteni. Más megfigyelők, más hadihelyzetekben működő csapatoknál, például állandóan mozgóharcban levő, feltűnően rosszul táplált anyagon némileg eltérő, de lényegében kevéssé különböző eredményre juthattak. Az én adataim oly csapatokról valók, melyek mintegy 8 havi, aránylag zavartalan volhyniai állóharc után

körülbelül két havi igen heves mozgóharcba mentek át; valamint olyanokról, kik 3 havi, ismét elég nyugodt volhyniai állásból két havi tartalékszolgálat után elég izgalmas apró csatározásokkal és tetemes vagy igen nagyfokú tüzéségi harczzal foglalkoztatott olasz terepszakaszra jutottak. Az emberanyag magyar és oláh, közepes vagy kissé gyöngye, általában elég edzett, újabb, vegyes korú alakulatokból álló; táplálata még a volhyniai mozgóharc idején is jobbadán tűrhetően kielégítő volt, jelenleg elég jó.

Szükségesnek tartom megfigyeléseim külső körülményeinek ezt a rövid jellemzését. Ugyanakkor azonban *rá kell mutatnom a „hadibetegségek“ eddigi irodalmának*, egész orvosi feldolgozásának egy csodálatosképpen talán észre sem vett, de mindenesetre alig hangsúlyozott *igen nagy hiányságára*. A klinikai vizsgálatokat és jogerőssé leendő megállapításokat t. i. azok az egyébként igen alapos orvosok végzik a mögöttes országrészek kórházaiban, klinikáin, a kiknek a betegségek keletkezéséről, első tüneteiről semmi személyes tapasztalatuk nincs. Itt igazolódik annak az óhaj-tásomnak tudományos gyakorlati fontossága, melyet legutóbb is e lapban „A harcztéri egészségügyi szolgálat orvoslásáról“ írt cikkben kifejtettem, hogy a kísérleti és ritka megfigyelési anyag óriási tömegének, melyet e világháborúnak köszönhetnének, túlnyomó része kétségtelenül elvész a tudomány számára amiatt, hogy a hivatott, lelkiismeretes buvárok, gondolkodó és megfigyelő orvosok csak elvéve kerülnek a frontra, a csapathoz. Különös, de már-már kiirthatatlan babona az, hogy a haladás már csakis a bacteriologiai, vegyi és Röntgen-laboratoriumokon keresztül történhetik.

Igy eshetett meg az is, hogy igen jeles klinikusok a klinikán definiálták a hadiszívбай *aetiológiáját is*, még pedig tévesen vagy legalább is teljesen egyoldalúan.

Hadiszívбайról szólván, kikapcsoljuk a szívneurosis, meg a korai atherosclerosist; ha már elfogadjuk ezt a közkeletűvé lett elnevezést, rajta *azt a tünetsoportot* értjük, melyet *a harcztéri szolgálatban beálló szívizomkimerülés idéz elő*. „Hadiszívбай“ jelentkezik tehát atherosclerosisos, korai praesclerosisos, neurosisos vagy akár vitiumos, például kompenzált szíven is.

Subjectív tünetei: szívdobogás, szúrások, néha félelmi érzések, továbbá dyspnoë, kiterjedt, erősebb csúcslökés a neurosiséira emlékeztetnek, jellemző azonban, hogy 1. általában nem hirtelen, hanem munkavégzés kapcsán *fokozatosan jelentkeznek* és súlyosbodnak, továbbá, hogy 2. *kellő pihenés után az objectív tünetekkel egyetemben eltűnnek*, azonban, kivált ha a pihenő rövid, csak pár napig tartó volt, 3. *újabb munkavégzés, aránylag csekély megerőltetés után újra beállanak*.

Objectív tünetek: a szívtompulat 2—3 ujjal meghaladja a jobb szegyszélt, a szívcsúcslökés gyakran a bimbóvonalban, abszolút tompulat már a 3. borda alatt, szapora, meglehetősen üres, kevésbé feszes és gyors érverés, mely könnyen elnyomható; systole-különbségek folytán olykor puls. alternans, néha extrasystolék. Ahythmia perpetua soha sincs. Néha májtáji érzékenység, tapintható májszél, bokavizenyő (John). Mindennek oka az, hogy a szív izomzata kimerülvén, tágul, a szívüregekben s a csökkent vérnyomás folytán távolibb szervekben is pangás jelentkezik; ha emellett, t. i. a passiv tágulat mellett a szív energikusan dolgozik, jó vérnyomást tart fenn, megvannak a felételei a functionalis bicuspidalis insufficienciának (Bálint), melyet azonban egész jellegzetesnek mondott alakjában a harcztéren egyszer sem észleltem. Ennek egyik oka lehet az is, hogy éppen a harcztéren, a hol már a szívizom kimerülésére került a sor, nem lehetett mód, alkalom ama bizonyos fokú kompenzáció elérésére, mely *talán éppen az idősült, többszörösen recidivált alakoknál áll be*. Bálint találóan mutat ugyanis hadiszívбайban a digitalis-készítmények hatástalanságára, mint ex juvantibus körjelző eszközre; de éppen a hadiszívбай ama feltétlenül jellemző és fontos vonása, hogy újabb munkavégzésre kiújulás-sal reagál, arra vall, hogy a *szívizomban*, bár nem elfajulásos, de *maradandó szöveti elváltozások is vannak jelen*.

E dolgozatban azonban nem annyira a hadiszívбай többé-kevésbé már tisztázott tüneteiről, mint inkább annak eddig helytelenül definiált aetiológiájáról kívánok szólni, éppen arról, amiben a részletekben ellentmondó szerzők általában megegyeztek. Megegyeznek t. i. abban a fentebb vázolt feltevésben, hogy a hadiszívбайt a lövészárokharc állandó traumás és psychés behatásai, a pihenés nélkül való állandó erőfeszítés okozzák.

Ez, legalább ilyen formában, nem áll.

A *lövészárokharc*, mint tudjuk, éppen az állóharc typusa, már pedig éppen ebben észleljük a legritkábban a hadiszívбай fejlődését. A frontot csak hírből ismerő orvosok, mint általában az otthoniak, jóhiszeműen túlbecsülik az állásbeli, lövészárki élet nehézségeit. Ezek, kivéve egyes kisebb frontszakaszokat, nem olyanok, hogy *physikai munkabírás* tekintetében túlzott követelményeket támasztanak az egyénnel szemben. Ugyanezt mondhatom általában, s talán kevésbé és másképp hangsúlyozottan, a *psychés munkabírásról* is, de ennek részletezését más alkalomra tartom fenn.

Mik a lövészárokbeli katona teendői? Táborig- és figyelőszolgálat, mely testi munkával (fedezék, leplezés javítása) csak kivételesen jár s az általában megszokott, mérsékelt lelkiizgalmat kiegyenlíti a szolgálatot követő bőséges pihenés. A másik főszolgálat a vonalbeli munka, az állások kiépítése, javítása, mely 6—8 órai napi foglalkozást jelent, ebédidőre eső, csaknem 3 órás megszakítással. A munka inkább bizonyos célszerű gondosságot (gyeptéglarakás, harántgátkészítés, dorongtűdöngölés stb.), mintsem erőfeszítést igényel; különben is másképpen folyik, mint otthon, a hol napszám jár érte. Nincs olyan munkáltató, a ki eltűrné otthon azt a nyugodalmas kényelmet, eszmecserékkel fűszerezett tempót, a melylyel a munkára rendelt szakasz működik. Tekintsük azt, hogy a vonalban még gyalogolni valója is alig akad az embernek, ott lakik és dolgozik helyben. Nehéz szerelvényét nem viszi. Élelmét kihozzák. Ez általában a következő: reggelire, vacsorára 3—3 dl. feketekávé (1—1 kávékonzervből, mely két gr. cukrot és 20% bakkávé tartalmaz), ebédre 1/2 liter húsleves babbal, burgonyával, tész-tával vagy kukoriczakásával s 250 gr. főtt hús (csont nélkül). Ráadás csaknem minden napra valami: 40 gr. szalonna, 50—60 gr. sajt vagy egy elég biztató nagyságú kolbász. Kenyér azelőtt 700 gr., most kevesebb, de lényegesen több, mint az otthoni jegyre járó adag. Az összes caloria-tartalom jelentékenyen meghaladja a végzett munkához mért szükségletet. Némi megkülönböztetést kell ugyan tennünk fajok, az otthon is jól táplálkozó magyar vagy német és a ruthén, oláh között. Ez utóbbiak — mirabile dictu — gyakran meg is híznak idekűnn, az előbbieket kevésbé, de erőbeli állapotuk jó. Hiszen a hadvezetőségnek erős, pihent katona kell.

Nem hogy állandóan túlfeszített izom- és szív munkáról, ellenkezőleg, *arról van szó, hogy a physikai munkavégzés a szervezet megszokta mértéknél állandóan lényegesen kisebb; a szívnek bizonyos subactivitása van jelen*.

Különösen feltűnő ez a tisztéken, tisztjelölteken, telefonistákon, írkokokon és oly iparosokon, kiken a testi munka hiányát otthon a járás-kelés, gyaloglás pótolta s a kik az ezrednél hasonló beosztást kapva, a fronton még ettől is elszoktak. A tiszt, ha valahová nagyritkán kedve van elmenni nagyobb távolságra: kilovagol. Az ezred szabója, vargája a felvételező kocsira ül.

Ez az állapot eltart helyenként egy évig is, néhol 7—8 hónapig, kivált az ősz és tél folyamán, mikor az állóharc szabály. *Ez alatt azonban nem is találkozunk hadiszívбайjal az ember*. A segélyhelyet csak a sablonos rheumák, gyomor- és mellbajok látogatják. Hangsúlyozom, hogy a mondottak az *átlagos* viszonyokra vonatkoznak. Ezek azonban éppen-séggel nem egyértelműek holmi fegyverszünettel; az előbb ecsetelt idilli, „volhyniai“ élet az ellenséges tüzéség elég élénk működése közben folyik le.

Gyökeresen megváltozik azonban a helyzet, mikor ilyen állóharcból egy-kettőre mozgóharcba keveredik a csapat, ha csak egy pár hétre, 3—4 napra is. Pedig a mozgóharc

fáradalmi aránylag ritkán mülják felül azokét a hadgyakorlatokét, melyeket kiképzés alatt otthon vagy a menetzászlóaljknál végzett a legénység. A mozgóharc okozta ideghatásról is alig lehet szó, mert a hadiszív baj ilyenkor egyforma arányban mutatkozik a csapatbeli tényleges harcosok s kisegítő szolgálattak (írkokok, utászok, küldönczök, telefonisták) közt. Már pedig hadiszív bajos esetek sűrűn kerülnek elénk.

Mi az oka e változásnak?

Azt hiszem nyilvánvaló, hogy *inaktivitási hatással* állunk szemben. A szívizomzat acut elégtelenségét a harctéren: a hadiszív bajt nem maga a traumás, psychés vagy elsősorban physikai megerőtetés, nem annak mértéke, hanem az a hirtelen átmenet idézi elő, mely az állóharcban a normalisnál is csekélyebb munkavégzéshez alkalmazkodott szívet oly feladatok elé állítja, a melyekhez való edzettségét, trainingjét elvesztette.

Innen van az, hogy a hadiszív bajos esetek közt oly nagy számmal szerepelnek a tiszték, továbbá tisztjelöltek, írkokok, telefonisták stb., a kiknek nemcsak gyalogolnoki, hanem a súlyos szerelvényt is czipelniük kell, melytől pedig ugyancsak elszoktak. Innen van az, hogy aránylag ritkább a hadiszív baj például a 35—40 éves férfiak, mint a különben jól fejlett 20—24 éves ifjak közt; az utóbbiak szíve nem rendelkezik egy érett férfi két évtizedes trainingjével.

Nem lesz fölösleges, ha a hadiszív bajnak tanulmányozása közben tett megfigyeléseimről néhány statisztikai adatot közlök. Azt hiszem, szemléltetően erősítik némely megállapításomat.

Legutóbb az olasz harctéren 44 honvédet vizsgáltam meg abból a szempontból, hogy az ellenséges ágyútűznek az idegrendszerre való hatása mennyire befolyásolja szív-működésüket. A megfigyelésre jó kísérleti alkalmat adott az, hogy az ellenség, mely dolinánk: sziklatölcsérünk szélét egész délelőtt sűrűn szórta, délután srappellgránátokkal alaposan belelőtt a dolinában levő legénységi fedezékek közé. Sebesülés szerencsére csak egy történt, a legénységet azonban azonnal berendeltük a dolinában levő kavernába, védett barlang-fedezékbe. Ilyen, bár átlagos, állóharczi izgalomtól már jelentékeny hatást várna az ember a szív-működést illetőleg. S ime 44 ember közt csak 20-nak az érverése haladta meg vagy érte el a 84-et, nyolczé 72—76 volt. Hat altisztnek, kinek a fedezékébe belevágott a gránát, pulsusa a kellemetlenség után 3—5 perczzel 96, 98, 90, 98, 104 és 106 volt, kellő teltségű és feszességű. Ebből még le kellene vonni valamit, a mit a rövid, de annál hevesebb testmozgás rovására kell írni.

Nem szabad tehát túlbecsülnünk a harctéri katonán az efféle ideges alapú tényezők hatását.

Egy ízben 120 honvédet vizsgáltam meg cholera-oltás előtt, ebéd után két órával. Különösebb ok nélkül legfeljebb az oltástól való idegenkedés ingere s az emésztés állapota miatt 120 közül 36-on, 30%-ban találtam 84-et meghaladó érverést. Ez különösen tanulságossá teszi a fentebb említett adatokat.

Közlök végül két rövid táblázatot, némi illusztrálására a szív-működés viselkedésére hadmenetek alatt.

I. táblázat 41 honvédről. Menet dandártartalékból hadosztálytartalékba, 11 km., körülbelül 30 kgr.-os átlagos szerelvény, eléggé pihent csapat. Az első 5 km. után 20 percz, 7¹/₂ km. után 5 percz pihenő; később újra 5 percz. Rendes menetelés.

Érverés száma	18—24 éves	25—39 éves	39-(46) éves	Összesen
70—87 volt	5	1	3	9 emberen
88—100 "	5	3	2	10 "
100—110 "	3	1		4 "
110—120 "	6		5	11 "
120—140 "	5		1	6 "
140— "	1			1 "
Összesen	25	5	11	41 emberen

II. táblázat 28 honvédről. 4 km. menet, 6 napi hadosztálytartalékban pihent csapat, körülbelül 30 kg.-os szerelvény, pihenő nélkül. Mérsékeltén gyorsított menetelés.

Érverés száma	18—24 éves	25—39 éves	39-(46) éves	Összesen
70—87 volt	2 emberen			2
88—100 "	3 "	2	8	13
100—110 "	1 "			1
110—120 "	1 "	3	1	5
120—140 "	4 "	1		5
140— "	2 "			2
Összesen	13 emberen	6	9	23

Nyilvánvaló az ilyenmü táblázatok kezdetleges volta: hiszen a szív munkabírását maga a pulsus-szám alig fejezi ki. De az érverés teltsége, feszessége, a vérnyomás mineműsége szerint való további osztályozás a táblázatok áttekinthetőségét zavarta volna. Így egyet-mást első pillantásra láthatunk.

1. Az állóharczi élet alatt végeztetett menetek a szív munkabírását — a legénység tetemes részén — súlyosságukkal arányban nem álló nagy mértékben veszik igénybe.

2. E tekintetben, noha kor szerint elhatározó jelentőségű különbségek nincsenek, mégis azt lehet mondani, hogy feltűnő szívizomgyengeség inkább az ifjabb, még nem érett férfianyagon észlelhető. (L. a II. táblázatot.) E táblázatokban nincs kifejezve, de valójában az idősebbeken a pulsus szaporaságához ritkábban csatlakozik annak oly fokú üressége, elnyomhatósága, a minő fiatalokon aránylag gyakoribb.

Általában a szívizomzat viselkedésére nemcsak kor, fejlettség, de még alkat, habitusbeli typus szerint sem lehet feltétlenül érvényes szabályokat felállítani. Erős izomzatú, ép fiatal egyének szíve minden kimutatható ok nélkül is csekély munkabírásúnak, satnya, astheniás habitusúaké nem ritkán nagy teljesítőképességűnek mutatkozik. Mint minden szervben, a szívizomzatban is elsősorban a veleszületett dispositio a döntő.

Véleményemet röviden abban foglalom össze, hogy a hadiszív baj keletkezésében a szívizomzat állóharczbeli relatív subaktivitásának épp oly fontos, sőt fontosabb része van, mint az átmenet nélkül bekövetkező mozgóharczban redrött, inkább csak aránylagos hyperaktivitásnak.

Éppen ez az aetologia az, a mely a hadiszív bajnak, mint önálló kórformát nem alkotó alkalmi tünetcsoportnak bizonyos jellemző egységet kölcsönöz. Hasonló aetologia híján hadiszív bajnak kellene neveznünk a békebeli, huzamos túlerőtetésből származó, lényegében egyező állapotot is; már pedig ez elég visszás volna. Ismétlem: átlagos viszonyokról van szó. Hiszen például egyes olasz harctéri frontszakaszok, mint említettem, némiképp a mozgóharczba való átmenetet mutatják. Bár igen szórványosan, de itt is megesisik, hogy oly hadiszív bajjal állunk szemben, melynek aetológiájában az előzetes tartós subaktivitásnak nincs szerepe. Természetesen sokkal gyakoribbak ezek az esetek egy állandó mozgóharcz állandóan fokozott erőfeszítése folytán, a mire a hadiszív bajról eddig írt szerzők elsősorban gondoltak; de már itt is többnyire része van a hadiszív baj kiváltásában ama vázoltam legáltalánosabb momentumnak, melyet éppen mint hadi-betegségre jellemző sajátságot is fontosnak tartok; jellemző sajátságúak éppen a háború mai technikája, a „lövészárokharcz“ révén.

Fontosságára vall az a szerep, melyet a hadi vesebajok keletkezésében neki tulajdonítanunk kell. Azt hiszem, hogy a harctéri nephritisek okai közt, kivált már előzetesen megátamadott vesén, joggal keressük az átmenet nélkül való hirtelen meneteket súlyos, a hát alsó harmadát, az ágyéktáját nyomó szerelvényvel, görnyedt, az erecto trunci, quadratus lumborum stb. erőfeszítése által egyensúlyozott testtartással.

Ehhez járul a szívizomzat gyengesége, a következményes csökkent vérnyomás, melynek éppen a haemorrhagiákra hajló hadivesebajra való jelentőségét az újabb klinikai vizsgálatok tisztázták.

Irodalom. *Bálint*: A háborús szívbajokról. Orvosképzés, 3—4. sz., 1916. — *Fürbringer*: Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 31. sz. — *Graul*: Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 49. sz. — *Romberg*: Münchener med. Wochenschrift, 1915, 20. sz. — *Jacoby*: Münchener med. Wochenschrift, 1915, 14. sz. Feldärztl. Beilage. — *Mackenzie*: Ref.: Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 10. sz. — *Rössle*: Ref.: Münchener med. Wochenschrift, 1916, 17. sz. — *Magnus Levy*: cit. *Bálint, Antal Illés, Áldor, John*: Pénzintézetek Hadikórházának Évkönyve, 1915. — *Tar*: Das Kriegsherz. Deutsche med. Wochenschrift, 1917.

IRODALOM-SZEMLE

Könyvismertetés.

H. Plotz, K. Olitzky, G. Baehr: Die Aetiologie des Fleckfiebers. Urban u. Schwarzenberg, Berlin—Wien, 1917.

A szerzők első kutatásainak eredményeit felölelő munka a kiütéses typhus kórokozójáról az 1915. év nyarán jelent meg angol nyelven. Tapasztalataikat — mint egy amerikai egészségügyi missiónak a háború elején Bulgáriában működő tagjai — az európai harcztérten bővíthették. Részletes közleményük a kiütéses typhus kórokozójának felfedezéséről érthető feltűnést keltett, szakkörökben azonban a kísérletileg eléggé nem igazolt pathogenesist tartózkodással fogadták, mert ebben a tárgyban már számos csalódás érte a kutatókat. Az osztrák kormány *Paltauf* tanár intézetében helyiséget és anyagot bocsátott a szerzők rendelkezésére, hogy módszeres kísérletekkel igazolhassák a kórokozó fajlagosságát és a betegséggel való okozati összefüggését.

Hogy a kétségek nem voltak alapnélküliek, az események igazolták. Jóllehet a szerzők közzétett rendszeres tanulmányaik végső következtetéseképpen megmaradnak azon álláspontjuk mellett, hogy az általuk kiütéses typhusbetegek véréből kitenyésztett anaërob bacillus a betegség fajlagos okozója, az ellenőrző vizsgálatok csaknem az összes szerzők egybehangzó tapasztalata szerint nem erősítik meg ezt a feltevést. Hogy az activ védőoltás és a fajlagos bacteriotherapia sikertelen maradt, nem volna annyira bizonyító, mint az a tapasztalat, hogy a szerzők által leírt bacillus biológiai és morfológiai jellege egyáltalában nem olyan állandó, mint a minőnek a szerzők találták. Számos kutató coccus-alakú kórokozókat írt le, ismét mások mind a két féleséget látták és vegetatív alakoknak fogták fel. A serológiai vizsgálatok (agglutinatio, praecipitin-reactio, complementkötés) eredménye, melyre minden szerző mint bizonyítékra hivatkozik, legfeljebb amellyel szólhat, hogy több kísérő bacteriumtörzs egy a serológiai typhus-diagnózisban észlelhető paratyphusos „Mit-agglutination“-hoz hasonló serológiai jelenség okozója.

A szerzők munkája a vonatkozó irodalomnak mindenestre egyik igen figyelemreméltó képviselője. A fordító halás munkára vállalkozott. *Forbát Sándor.*

Lapszemle.

Belorvostan.

Az időszült dysenteriáról ír *A. Schmidt* és *R. Kauffmann* (Halle). Véleményük szerint a háborús járványok közül a dysenteria jár leggyakrabban a szervezet hosszantartó megkárosodásával. Az összes eseteknek legalább 5% ában időszültté válik a baj; az ilyen időszült dysenteriának halálózása 40—50% a heveny alak 2—10%-ával szemben. A heveny folyamatok időszültté válása olyan értelemben, hogy a jellemző tünetek (láz, tenesmus, véres-nyálkás ürülék), mérsékelt fokban ugyan, de megmaradnak, nagyon ritka; többnyire a gyógyultság benyomását kelti az ilyen eset, csak az időnként mutatkozó csekély láz, a székletnék néha nem normális külseje (kissé véres nyálka hozzákeverődése a most már pépes bélsárhoz) árulja el, hogy gyógyulásról még nem szólhatunk,

noha az illető nem érzi magát betegnek, legfeljebb néha vannak csekély fájdalmas sensatiói a vastagbél mentén a székelés előtt vagy után; az étvágy jó; rektoskoppal vizsgálva azonban csaknem mindig találunk az ilyen esetekben kicsiny, felületes fekélyeket az egyébként jelentéktelenül lobos nyálkahártyán. Ez az időszült dysenteria *ulcerosus alakja*, a mely quoad vitam kedvező prognosist, quoad sanationem azonban kevésbé kedvező; a therapia eredményei ezekben az esetekben nagyon gyengék, az illetők táplálkozása lassankint mindjobban szenved és lassanként kifejlődik a cachexiás végső stadium, a mely sokkal gyorsabban következik be azokban az esetekben, a melyekben a fekélyek között levő nyálkahártyaszigetek polyposusan túltengenek; ez utóbbi esetekben tömegesen ürül nyálka, a melyhez néha geny is van keveredve; a vég felé dyspepsiás jelenségek is beköszöntenek. Az időszült dysenteria másik alakja a *dyspepsiás*, a mely csaknem ugyanolyan gyakori, mint az *ulcerosus alak*. A dyspepsiás alakban nincsen láz, a székletnékben nincsen nyálka, geny, vér; csak elvétve találunk a szétdőrszült bélsárban apró nyálkapelyheket a vastagbélnyálkahártya másodlagos izgalma jeleként. A vizsgálat rektoskoppal nem mutat gyuladást tüneteket vagy fekélyeket a nyálkahártyán; a betegek általános állapota sokszor hosszú időszakokon keresztül egészen türethető, csak időnként áll be gyakoribb pépes vagy folyékony bélürülés jelentősebb fájdalom nélkül; dietahibák, a melyekre a betegek jó étvágyuk miatt nagyon hajlamosak, fokozzák a zavarokat; a bélsár a béldyspepsia típusos képét adja: emésztetlen ételmaradék, szabad szemmel is felismerhető kötőszövet, növényrészek, husdarabkák, mikroskoppal több izommaradék, szappantűk, keményítőszemcsék; nem mindig csupán erjedéses székről van szó, mint a hogyan azelőtt hitték, rothadásos szék vagy a kettőnek kevert alakja is előfordul; a gyomor sósavtartalma csökkent avagy teljesen hiányzik, a gyomorhurut tünetei ellenben nincsenek meg; teljes gyógyulást a szerzők eddig nem láttak, de halálesetet sem. Sokkal ritkább a harmadik, a *pericolitissés-spasmusos alak*; ez különböző kórképek alakjában jelenhetik meg; némelyik esetet a rohamokban beálló, a has körülírt helyének nyomásérzékenységével járó hasfájás jellemez; láz nincs, az általános állapot elég jó, a defaecatio zavarai csekélyek; más esetben a helybeli avagy általános peritonitis tünetei észlelhetők, noha kiemelendő, hogy ezek aránylag ritkán nagyon kifejezettek, talán azért, mert a bél részéről fennálló jelenségek elfedik őket.

Az időszült dysenteria jelzett három alakja között gyakoriak az átmenetek, valamint a combinatiók; vannak továbbá esetek, melyeket a periodusokban ismétlődő erős bélvérzés jellemez, valamint olyanok, a melyekben a marasmus annyira az előlérbe lép, hogy a helybeli jelenségek elkerülnek a figyelmet.

Mint hogy, a mint már említve volt, az időszült dysenteria prognosisa komoly: iparkodnunk kell a fejlődést megakadályozni azzal, hogy a heveny eseteket ne bocsássuk el előbb a kezelésből, míg a bélsárnak hosszabb időn át végzett pontos ellenőrzésével és rectoskopos vizsgálattal nem győződünk meg a folyamatnak teljes meggyógyulásáról.

A mi végül az időszült dysenteria prognosist illeti: a serum, a melynek heveny esetekben nagy értéke van, az időszült esetekben teljesen cserbenhagy. Ugyanez mondható a bolus-kezelésről és a nem veszélytelen evakuáló gyógyításról. Az *ulcerosus* alakban legtöbbet érnek a gyógyszeres beöntések, még pedig dermatol-suspensióval gummi-oldatban, esetleg kevés opium hozzáadásával, úgynevezett állandó befolytatás alakjában. Dermatol helyett jodoform is használható. Mindkettő egyébként por alakjában is bevihető a beteg nyálkahártyára a rectoskop igénybevételével. E mellett meleg borogatás, a hasnak napfényel besugároztatása, esetleg atropin mint görcsoszlató szer jöhet tekintetbe. Természetesen a dietára is nagy súlyt kell helyezni, főleg a dyspepsiás alakban, a melyben rendszeresen adandó sósav, esetleg valamilyen pankreas-készítmény, továbbá a szükséghez képest állati szén vagy valamilyen tannin-készítmény, valamint oxygen

duodenum-szondával vagy a végbélen át. Mindkét alakban egyébként megfontolandó az appendicostomia kérdése is, még mielőtt beállt volna a cachexiás végső szak veszélye. Ez a beavatkozás kétségtelenül sokkal nagyobb figyelmet és elterjedést érdemel még enyhébb esetekben is. A spasmos-pericolitises esetekben végül is nem marad más, mint a műtét, ha az elég hosszú időn át alkalmazott antispasmos szerek, meleg borogatások stb. eredménytelenek voltak. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 23. szám).

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Furunculosis eseteiben a recidivák megelőzésére *Wolfenstein* melegen ajánlja az enyhe arsenkezelést (Levico- vagy Guber-forrás). (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 24. szám.)

Belső vérzés ellen *Ebstein* a lipcsei belklinikán szerzett bőséges tapasztalása alapján 10%-os konyhasóoldatot ajánl, a melyhez még 0.02%-os calciumchloridot ad. Ez az oldat steril állapotban intravenásan fecskendezendő be 5 cm³ mennyiségben, még pedig nagyon lassan. Icterusok, főleg epekövettségben szenvedők operációja előtt is nagyon hasznosak ezek a befecskendezések, mert a vérnek ezen esetekben erősen csökkent alvadékképességét tetemesen fokozzák. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 25. szám.)

Gyermekkori recidiváló bronchitis eseteit *Ochsenius* a folyadékbevitel megszorításával és helybelileg az epipharynx befolyásolásával kezeli, mint a honnan a leszálló bronchitis a legtöbb esetben kiindul. Ez utóbbi célból a következő folyadékot rendeli: Rp. Argenti proteinici, Argenti colloidalis aa 0.1; Aqu. destill. ad 10.0. Ebből naponként 3-szor 5 csepp juttatandó mindegyik ornyílásba szemcseppentővel, mihelyt nátha indul meg avagy fejlődött már ki. (Deutsche med. Wochenschrift, 1917, 26. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 28. szám. *Pándy Kálmán*: A leukoplakiáról. Budapesti orvosi ujság, 1917, 29. szám. *Áldor Lajos*: Háború és gyomorbelbetegségek.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Dembitz Sándor* dr.-t palánkai, *Traub Alfréd* dr.-t hádsági járásorvossá nevezték ki.

Meghalt. *Reich Béla* dr. nyugalmazott körorvos, 47 éves korában július 9.-én. — *Stiglicz Zsigmond* dr. nyugalmazott galgóczi járásorvos.

Személyi hírek külföldről. A berlini egyetem kórbonctani tanácskére, mely *Orth* tanár nyugalomba vonulásával üresedett meg, *Aschoff* freiburgi tanárt hívták meg. — *Klostermann* hallei magántanár (közegészségtan) tanári címet nyert. — *Metschnikoff* utódja a párisi Pasteur-intézetben *Calmette* tanár, a lillei bakteriologiai intézet igazgatója lett, a ki azonban csak a háború után foglalhatja el állását, mert a németek előnyomulása alkalmával Lilleben maradt.

A gonovaccina termelése, forgalombahozatala és használata tárgyában a belügyminister a következő rendeletet bocsátotta ki: A nemi betegségek ellen való küzdés egyik fontos feladata a kankós fertőzések meggátolása és a betegségnek, úgyszintén szövődményeinek minél sikeresebb gyógyítása. A kankó szövődményei (izületek, herék és savóshártyák gyuladása stb.) ellen újabban sikerrel használják egyebek között a kankó kórokozó csirájának tiszta tenyészetéből előállított oltóanyagot. Minthogy ilyen készítmények ezideig csak külföldről voltak beszerezhetők, gondoskodtam arról, hogy megbízható hazai készítmény (gonovaccina) is rendelkezésre álljon. Előállításával a belügyministerium központi vizsgáló állomását bízom meg. E készítményt az említett intézet a közkórházak nemi betegosztályainak, úgyszintén a nyilvános nemi betegrendelő intézeteknek kérésére díjtalanul adja ki. Az erre vonatkozó kérés a szükséges mennyiség megjelölésével a vezetésem alatt álló ministeriumhoz kell intézni. A díjtalanul megküldött gonovaccina felhasználásáról évenként január hóban kimutatást kell felterjeszteni a belügyministeriumba. E kimutatás a gonovaccinával kezelt betegek nevét, foglalkozását, lakhelyét, a kórisme pontos megjelölését, a használt gonovaccina adagját, az elért gyógyeredményt és az esetleg egyéb megjegyezni valókat tartalmazza. A kimutatásokat a törvényhatósági tisztii főorvos vizsgálja meg, észrevételeit jegyezze fel és a kimutatás felülvizsgálását aláírásával igazolja. A belügyministerium központi vizsgáló állomása a gonovaccinát 5 köbcéntiméteres adagokban adagonként 3 koronáért a gyógyszerházaknak is megküldi. A gyógy-

szerezés a magáneladásban üvegenként 1 korona felárt számíthat. Ugyanígy árban (üvegenként 4 koronáért) kapható az 5 ccm.-es adag a termelő intézettől (Belügyministerium központi vizsgáló állomása, Budapest, IX., Gyáli-út 7. sz.) közvetlen megkeresésre is az összeg előzetes beküldése mellett. A gonovaccináról és annak használata módjáról az ide mellékelt „Ismeretítés” nyújt tájékoztatást. — *Ismeretítés a gonovaccina használatának módjáról.* A gonovaccinát a kankónak nehezen hozzáférhető szövődményei (epididymitis, arthritis, endocarditis, meningitis stb.) ellen alkalmazzuk, azzal a czéllal, hogy a kankó sajátlagos mérgeinek, toxinjának pontosan meghatározott, emelkedő adagjait bevive az emberi szervezetbe, ezt az ellenmérgeknek, az immunizáló anyagnak fokozottabb termelésére és így védekezésre indítsuk. A központi vizsgáló állomáson előállított gonovaccina úgy készül, hogy vérgaralemezokról a gonococcus friss tenyészetét steril konyhasóoldattal lemoszuk, ezt a folyadékot a gonococcusok előlése czéljából 1/2 óráig 56° C-on tartjuk, ezután felhígítjuk annyira, hogy az köbcéntiméterenként 50 millió gonococust tartalmazzon, 10/0 karbolsavat teszünk hozzá, végre az anyagot 5 ccm.-es steril üvegekbe zárjuk. A gonovaccinát befecskendezéssel juttatjuk a szervezetbe és pedig Pravaz-fecskendővel mélyen a farizmokba. Az első alkalommal 1/2 cm³ gonovaccinát adunk. Rendszerint pár óra múlva 1° C hőemelkedés, helybeli daganat és érzékenység áll be utána. Ennek elmúltával még két lázaltan napot várunk, mielőtt a második adagot, 1 cm³-t befecskendeznők. Ha az oltás után nem jelentkezik láz, már 2-3 nap múlva adható a következő emelkedő adag; ha a visszahatás nagyon heves volt, pár napot várunk és a következő befecskendezés alkalmával még nem fokozzuk az adagot. Rendes lefolyásnál az adagokat mindig 1/2 cm³-rel növeljük; 4 cm³-en túl menni rendszerint nem szükséges, noha kellő óvatossággal veszélytelenül haladhatunk magasabbra is. A gonovaccina adagolása az egyszerű, nem szövődött kankónál felesleges, s határozottan ellenjavalt heves tünetekkel, lázzal, bő nyenyedéssel és nagy fájdalommal járó megbetegedésnél. Ilyenkor előbb meg kell várunk a zavaró jelenségek lezajlását és csak akkor kezdetjük meg óvatosan az oltásokat.

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

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízyógyomód, villamos kezelések. Hízlaló, soványító kúrák. Bejáróknak is. Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon: József 44-35.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-éggkészülékek, frigittherapia, fürdők. Schnee-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvételtnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47. Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

Dr. HALPERTH ÁKOS KARLSBAD HAUS HERZOG v. BRABANT

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete, VII., Nyár-utca 22. szám.

Dr. FORBÁT bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratorium. Antigének, haemolysin, vaccinák. VI., Teréz-körút 22. Telefon 121-02.

Budapesti medico-mechanikai **ZANDER** -intézet. Sempelweis-utca 2. Kossuth Lajos-utca sarkán. Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

Művégtagok járó és támasztógépek, egyenestartók, rugonélküli sérvkötők, műcipők stb. modern kivitelben készülnek. Orthopaedia-Részvénytársaságnál Budapest VI., Nagymező-u. 4. Telefon 11-08. — Gyors és individuális kiszolgálás.

RÖNTGEN-REINIGER és vill. orvosi készülékek GEBBERT és SCHALL R.-T.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia. 1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VI. rendes tudományos ülés 1917 márczius 24.-én). 408. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 409. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(VI. rendes tudományos ülés 1917 márczius 24.-én.)

Elnök: Herczel Manó báró.

Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

Echinococcusnak tartott vesekövek.

Révész Vidor: A 20 éves betegre 8 esztendősen korában rakás deszka dőlt, eltörött a jobb lábszára és két héten át véres volt a vizelete. Attól kezdve 14 éves koráig véres-geyenes volt a vizelete, 14 éves kora óta csak geyenes. Néha voltak rövidebb-hosszabb ideig tartó deréktáji fájdalmi is, melyek miatt több ízben ágyba is kellett feküdnie. Vesekölikái sohasem voltak. Több ízben állott orvosi, sőt kórházi kezelésben is, de nem javult az állapota. 1914-ben cystoskoppal is megvizsgálták és úgy találták, hogy mindkét veséje beteg. Röntgennel sohasem vizsgálták meg.

1914 őszén *Ilyés* tanárhoz került, ki functionális vesevizsgálattal megállapította, hogy a jobb vese normalisan, a bal azonban egyáltalában nem működik. A vizelet amphoter, fajsúlya 1012, nagyon sok fehérje és geny mutatható ki benne, az üledékben nagyon sok genysejt.

A Röntgen-vizsgálat szintén normalis jobb vesét mutatott, a bal vese képe nem látható a lemezen (elpusztult a veseparenchyma), azonban a vese helyén két nagy, teljesen szabályos geometriai (az egyik beállításban ellipsis, a másikban kör) alakú, tökéletesen éles vonallal határolt és 3 kisebb, ugyanolyan szabályos folt látható. A foltok homogének és intensitive fehérek. Nagyságuk, de főként alakjuk és elhelyeződésük miatt nem merete e foltokat kőnek tartani, hanem elmeszesedett echinococcusnak nézte őket (*echinococcus multilocularis renis*).

A műtétet szükségessé tette az elpusztult vesében 12 év óta fennálló haematuria-pyuria, ezért *Ilyés* tanár megoperálta őt Rókus-kórházi osztályán.

A vese feltárásakor kiderült, hogy a foltokat létrehozó képletek óriási, szabályos korong-alakú, éles körvonalú kövek, melyek valamennyien a maximalisan kitágult pyelumban ülnek és lecsiszolódott felületekkel egymáson csuszálnak, mint a malomkövek. A veseparenchyma elpusztult, a kis vese úgy lógott a kövekkel telt vesemedenczén, mint valami függelék.

A kövek rétegzetesek, legnagyobbbrészt phosphat-carbonatból állanak, súlyuk egy gr. híján negyed kiló (224 gr.).

Orrcorrectura esetei.

Réthy Aurél: Deformált orr esetén igen sok egyénen kedélyi depressio áll be. A bemutató egyik esetében a beteg hónapokon át esténként kezével bizonyos helyzetben fixálta az orrát eredmény nélkül. Más esetben műtét után az operált egyén nem azért érzi magát boldognak, mert szép lett, hanem mert psychés depressiójától megszabadult. Ezen okból jogsultak ezen műtétek, melyek lényege az, hogy intranasalisán behatolva, subcutan lefejti az orrhát bőrét a porcos-csontos vázról és fűrészszel, késsel a deformáló részletet eltávolítva, avagy megfelelő vázrészeltávolításával egyenes, szabályos, avagy megrövidített orrot nyerünk. Általában *Joseph* technikája szerint dolgozik, saját módosításával. Az első esetben egy csontos dudor felett paraffint fecskendezett be, miáltal azonban most már két kiemelkedő göb lett. Subcutan eltávolította a paraffint és fűrészszel a deformáló csontgöböt. Számos eset kapcsán bemutatja a műtéli eredményeket és az utókezelés technikáját. Bemutatja eseteit, a melyekben traumás vagy lueses orrbesüppedés miatt a tibiából vett sajka-szerű csontrészt ültetett be. A csontrésztelket Röntgen-képeken mutatja be. Demonstrálja az elálló fül correctioja céljából végzett

műtéli eredményét. Különös fontosságot tulajdonít az utókezelés technikájának. Bemutatja a beültetett csont rögzítésére szolgáló készülékét.

Polyák Lajos: *Joseph* könyvéből eléggé ismeretesek ezek az eljárások. Szóló *Halle*-nél látott Berlinben szép kozmetikai orrműtéteket, s ő maga is csinált ilyeneket, de a háború az operálásra alkalmas egyéneket másfelé szólitotta. Vigyázni kell, hogy az eltávolított „Höcker“ helyén ne legyen nagy laposság. A paraffint nem ítélné el, mert *Halle* paraffin-blockot helyez a műtéli sebbe és így célt ér.

Különben a demonstrált eseteket sikerülteknek tartja.

Mély Röntgen-sugárással kezelt leukaemia-esetek.

Rosenthal Jenő: Beszámol a Röntgen-besugárzás azon módosításáról, mellyel az I. belklinikán történtek kísérletek. A besugárzások Lillienfeld-csővel, illetve berendezéssel végeztették 0.5 mm. vastag sárgaréz-szűrővel, nagy terheléssel. Ilyenformán a *Wehnelt* szerint egyáltalán nem mérhető keménységű sugárzásnak igen nagy dosisa (körülbelül 350 F.) egy ülésben volt alkalmazható. Ezen eljárással három myeloid leukaemiában szenvedő beteg kezeltetett, kik közül az egyik más kezelésben nem részesült, a második négy heti arsen-, hat heti benzol- és egy felületi Röntgen-kezelés után alig javult és a harmadikon előzetesen a régi felületi besugárzás történt három ízben. Mindezen esetekben *egyetlen* mély besugárzás a fehér vérsejtek számát igen rövid idő, napok, legfeljebb egy hét alatt lényegesen csökkentette és csakhamar a normalis értékre nyomta le. A fehér vérsejtszám csökkenésével a betegek subjectiv és objectiv állapota lényegesen javult, a betegek léptumora igen jelentékenyen visszafejlődött.

Kelen Béla: A sugár-absorptio eredményeiből levont számítások már régóta a sugárkeménység fokozására utalnak. Most, mikor a *Lillienfeld*-csövek a keménységet nem várt mértékben engedik fokozni, a Röntgen-therapia minden téren jobb eredményeket tud felmutatni. Ugyanezeket az eredményeket régebben csak hosszabb kezeléssel lehetett elérni. Várható, hogy az újabb eredmények a régieket tartósság tekintetében is felül fogják múlni.

Vérzéscsillapítás anaemiás egyéneken végzett császármetszés alkalmazásával. Placenta praevia-esetek.

Frigyesi József: Szülőintézetekben újabban a placenta praeviás szülések terapiájában a régi kezelésen kívül a sebészi iránynak is van tere. A tágulási szak elején levő szüléseket élő, érett magzat mellett nem inficiált esetekben császármetszés útján fejezzük be.

Nagyon kivértett, acut anaemiával észlelésre kerülő placenta praeviás szülőnkön *Pfannenstiel* indicatioja alapján a méh supravaginalis amputatioját végzik, hogy a „normalis szüléseknél is elkerülhetetlen vérvesztéstől“ megkíméljék őket. A belső nemi szerveknek ez indicatio alapján való kiirtásának elkerülésére ajánlja, hogy conservativ császármetszések alkalmazásával rugalmas klammerek segítségével (bélklammerek) szorítsuk össze az uterushoz haladó ereket magában foglaló ligamentumokat és így a császármetszés vérvesztés nélkül végezhető. Három nagyfokú vérvesztés után műtetre került placenta praevi-esetben végezte ekként a császármetszést jó eredménnyel. A klammerekkel elzárja a ligamentumok lemezei közt haladó art. vena spermaticát és az uterinákat. A méh a vértelenítést jól tűri, az így előidézett oxygenhiány erőteljes méhösszehúzóásokat vált ki. Műtét alatt a méh izomzatába $\frac{1}{2}$ —1 cm³ tonogent fecskendez be és a hol szükségét látja, a császármetszés sebében keresztül végzi az uterovaginalis tamponade-ot. Így megbízható módon veszi elejét a műtét utáni vérzésnek. Az eljárásnak előnyei az anya szempontjából: a vérzés elkerülése, belső nemi szerveinek conserválása és végül az a körülmény, hogy a műtétet, a méhseb szabatos varrását, az asepsis megóvását

megkönnyíti, hogy nem kell a műtőnek a műtét alatt a szokásos vérzéscsillapító módszerekkel, masszálással, forróvízes steril kendők alkalmazásával stb. foglalkoznia.

A ligamentumok illetően való összeszorítása a magzat szempontjából is előnyös, mert a szorítók zárása és a méhür megnyitása, illetve a magzat kiemelése között alig néhány másodperc telik el, tehát olyan rövid idő, a mely semmiképp sem veszélyeztetheti a magzatot. Három súlyos állapotban műtetre került és placenta praevia miatt e módon eredményesen operált beteget bemutat.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Anaemia pernicioza javulása lépkiirtás után
Gerhardt a „Würzburger Aerzteabend“ április 24.-én tartott ülésén anaemia perniciosában szenvedő beteget mutatott be, a kinek baja egy évvel előbb kezdődött májzavarokkal és mérsékelt icterussal, s nagyon gyorsan vezetett nagyfokú elgyengülésre. Arsenkezelésre (Fowler-oldat, majd salvarsan) nem állott be javulás; a haemoglobin mennyisége 40% maradt, a vörösvérsejtek száma 1.3—1.7 millió, kifejezett poikilocytosis, kis magvas vörösvérsejtek, leukopenia; retina-érzés nem volt. A lépkiirtás után előbb bőven, majd kisebb számmal normoblastok, a haemoglobin mennyisége lassanként 75%-ra, a vörösvérsejtek száma 3 millióra emelkedett.

PÁLYÁZATOK.

5038/1917. sz.

Besztercebánya sz. kir. város közkórházánál megüresedett, nyugdíjosultsággal egybekötött bennlakó **rendelőorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: 2300 korona évi fizetés és a kórház épületében adandó fűtéssel, világítással ellátott egyszobás lakás.

Felhívom mindazon nőtlen orvostudor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának második bekezdésében előírt képesítésüket igazoló és eddigi szolgálatukról tanuskodó bizonyítványokkal felszerelt folyamodvényaikat hozzám legkésőbb **1917. évi augusztus hó 15.-éig** nyújtsák be.

Később érkezett folyamodványokat figyelembe nem veszek.

Besztercebányán, 1917. évi július hó 13.-án.

Répszéki Máttyás dr. s. k., alispán.

5673/1917. kig. sz.

Csik vármegye gyergyószentmiklósi járásában Gyergyóújfalu székhelyvel Kilyénfalva, Vasláb és Tekerőpatak községekből álló közegészségügyi körben üresedésben levő **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. szakaszában előírt képesítésüket s eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi **augusztus hó 14.-éig** annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Az állás javadalmazása 1600 korona törzsfizetés, 200—200 kor. korpótlék, természetbeni lakás, szabályrendeletileg megállapított látogatási és rendelési díjak, halottkémlelési és vágóbiztosi díjak.

Megjegyzem, hogy a legtávolabbi község a kör. székhelyétől 6 km. távolságra fekszik.

A választást Gyergyóújfalu községénél f. évi augusztus hó 16.-án délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Zakariás, főszolgabíró.

A főváros által rendezett egyéves **orvoslaboratoriumi tanfolyamot** végzett urilány keres **kórházi laboratoriumban** alkalmazást.

Megkereséseket Üllői-út 26 portásához kér Dr. M.



Legjobban ajánlalom
önműködő zárrakkal ellátott és a
Pharmacopoea Hung. III.-nak megfelelő

**Dr Thilo-féle
Chloroethyl**

készítményemet.
Az önműködő üvegek újra tölthetnek meg.
Prospektusok rendelkezésre.

MR. C. RAUPENSTRAUCH
em. Apotheker. WIEN II. Castellezg. 25.

A tuberculosís leküzdése

a mai kor követelménye.

Prof. Hagemann, Marburg, Prof. Vulpius, Heidelberg és Prof. Jesionek, Giessen kezelési alaptörvényeinek és tapasztalatai szerint, a kvarzlámpa által való teljes besugárzása eddig elérhetetlen kedvező hatást eredményez skrofulózis, tüdőbaj, gyanított tuberkulózis és elerőtlenedésnél, nevezetesen gyermekeknél és ifjaknál is.

Újdonságunk 1916-ról, a csarnoki kvarzlámpa Prof. Jesionek, Giessen szerint, új erősebb fényű kvarzégők által minden orvosnak lehetővé teszi, hogy besugárzásonként nagyon csekély költséggel **ambulatoriumot (besugárzási csarnokot)** egyidőben számos beteg besugárzására, Prof. Jesionek szerint berendezzen.

A budapesti VI. és VII. kerületi betegsegélyező pénztár rendelőintézetéből, (Főorvos Dr. Friedr. ich Vilmos. egyet. m. tanár), Dr. Schein M. a „Gyógyászat“ 1915. 25/27. számaiban azt írja: Még feltűnőbb a Quarlámpa besugárzás hatása az egész szervezetre. Sok beteg étvágyat kap, jobban néz ki, élénkebb, mozgékonyabb lesz, erősebbeknek éri magát és testsúlyban gyarapodik. Ezen hatást felnőtteken is tapasztaltam, de főleg gyermekeken. A vegyileg ható sugaraknak a szervezetre számos esetben gyakorolt hatása kell, hogy az orvosnak imponáljon! A skrofulózis és tuberkulózis kivált a szegény néposztály betegségei. Ezek azon betegségek, melyek a társadalmi nyomort leghűbben követik. Ha az ultraviolettsugarak az egész bőrfelületet eléri, egy olyan gyógyimódot képviselnek, mely az egész szervezetre hatással kell hogy legyen.

A szegényebb néposztálynál ezen fénysugárzás módja pótolja a klimatikus gyógyintézeteket.

Elegendő, ha a bőrfelület naponta 5—10 perczig lesz az ultravioletts ugaraknak kitéve. Nem tűzök, ha mondom, hogy az általános besugárzás — nem minden — de sok esetben hasonló eredményt hoz az egész szervezetre és a tuberkulózis lokális természetű megbetegedéseinél, mint a tengerpart vagy magaslati levegő. Néhai Prof. Albert sebésztanár Wien-ben, kinek a szegényebb néposztály betegei számára mélyen érző szíve volt, sokszor esett búskomor hangulatba, ha felolvasásai alkalmából a skrofulózisban és tuberkulózisban szenvedő gyermekek egész sorát mutatta be. Nem tudta eléggé ismételni: Tei, tojás, hús és friss levegő. Ma hozzátehetné még, hogy: fény. Ezen utóbbit könnyen nyújthatjuk a szegény betegeknek, mert

egy ambulatoriumot „mesterséges magaslati napfény“-nek elnevezett lámpával való kezelésre, minden orvos — városi hatóságok (iskolák), gyárigazgatóságok, vagy intézetek — közreműködésével könnyen beszerezhet.

□ □ □

Költségvetés és irodalom díjmentes.

Quarzlampenfabrik Linz a. D. Stammhaus Hanau.

Ferglobin-Örkény.

(Tabl. ferr. glycerophosph. c. haemoglobino.)

Tablettánként glycerophosphathoz kötve, 0.03 gr. fémvasnak megfelelő könnyen felszívódó vasvegyületet tartalmaz.

**Olcsó medicatio!
Obstipatiót nem okoz!**

Ferglobin-Örkény cum arseno.

Tablettánként $\frac{1}{2}$ milligr. acid. arsenicosumot tartalmaz.

Tonicum. Roborans. Stomachicum.

Javalva: Anaemia, chlorosis, leukaemia eseteiben, leromlott phtisikus betegeknel és reconvalescenseknél.

Ára dobozonként 2.50.

Készíti: **Örkény Hugó**, „Nagy Kristóf” gyógyszerháza és gyógyszerészeti laboratoriuma
Budapest, IV., Váci-utca 1.
Dí mentes orvosi minta szívesen áll rendelkezésre.

MÉRŐESZKÖZ

Röntgen-sugarakhoz magyar szabadalom 65243 sz. vevő, vagy szabadalomátvevő kerestetik. Kérdezősködés „Sp” jelige alatt Petőfi irodalmi vállalatához Budapest, VII., Kertész-utca 16 intézendők.

UNIV. MED. **Dr. PÉCSI DANI** nyilvános tehénhímlő-
:: termelő intézete ::
A magy. kir. állami serum-termelő intézet szétkötődő osztálya.
Budapest, II. ker., Margit-körút 45. szám.
És balparti ügyfeleink részére: IV., Eskü-út 6. (Klotild-palota.)

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szívesen szolgál:

Dr. EGGER LEÓ és EGGER J.
Gyógyszerészeti és vegyészeti czikkek gyára
BUDAPEST, VI., Révai-utca 12. szám.

Collargol

Gyakran az egyedüli sikert ígérő szer súlyos
általános fertőzéseknel,
sepsis, pneumonia, wolhyn. láz,
acut izületi csúz stb.-nél.

Fontos az intravenosus injectiót illetőleg:

Steril concentrált Collargol-oldat 1,1 és 2,2 ccm.-es ampullákban; ugyanannyi mennyiségű steril vízzel a mellékelt ampullákból hígítandó.

Csővecskék 1 g collargollal.

Dobozok 3 ampulla steril Collargol-oldattal és steril vízzel.

Arsamon

Monomethylarsinsavas natrium

(Arrhenal, Metharsinat, Arsinal) steril oldata

fájdalmatlan subkutan befecskendezésekhez.

1 ccm megfelel 0,05 g. Natr. monomethylarsenicic.-nek.

Javalatok:

Arsenjavalatok, tehát kachektikus állapotok, neurasthenia chlorosis, malaria, lues stb.

Dobozok 20 ampullával à 1 ccm.

Electrocollargol

„Heyden“

Villamos porlasztás által előállított steril, kolloidális ezüstoldat intramuscularis és intravenosus befecskendezések számára

általános fertőzéseknel,

valamint gyuladós szövetbe való befecskendezésekre (epididymitis).

Dobozok 6 ampullával à 5 ccm. Electrocollargol és 6 ampulla konyhasóoldat isotonisálásra.

Jodäthyl-Thiosinamin

„Heyden“

egy a jóhatással gazdagított thiosinamin-készítmény.

20%-os oldatban

subkut és intramuscularis injectiók számára.

Javalatok:

Hegék utánkezelése, metaluetikus idegbetegségek, nyirkmirigyduzzanatok, arteriosclerosis, asthma, specialis jodjavalatok.

Dobozok 12 ampullával a 20%-os oldatból.

Irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

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.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Pándy Kálmán: Az epilepsia gyors felismeréséről, különös tekintettel a cocain-módszerre és a hadseregére. 411. lap.

Leitner Sándor: Közlés a cs. és kir. 612. számú tábori kórházból. (Parancsnok: Roediger Jenő dr., törzsorvos.) Kisebb kiütéses lázjárvány polgári lakosság körében, különös tekintettel a kiütés nélkül lefolyó esetekre. 416. lap.

Kellermann Emil: Közlés a . . . sz. tábori kórházból. (Parancsnok: Veres Ferencz dr., törzsorvos, egyet. magántanár.) Élő piócza a légszobában. 419. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Felix Reinhard: Geschichte des Heeressanitätswesens, insbesondere Deutschlands. — Új könyvek. — **Lapszemle. Sebész. Rosenstraus:** Narcosis alatt létrejövő esetleges karidegbénulások megelőzése. — **Geltzky:** Az appendicitis aetiológiája. — **Venerás betegségek. E. Rossen:** A new-yorki prostitutio. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Momburg:** Helybeli vérzéscsillapító szer. 419—420. lap.

Magyar orvosi irodalom. 420. lap.

Vegyes hírek. 420. lap.

Tudományos Társulatok. 421—422. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az epilepsia gyors felismeréséről, különös tekintettel a cocain-módszerre és a hadseregére.

Irta: **Pándy Kálmán** dr., a nagyszabeni állami elmeorvosi intézet igazgatója.

Régi idők óta tudjuk, hogy az epilepsiát rendkívül változatos megjelenése s nyom nélkül továbbtűnése miatt felismerni néha nagyon nehéz. „Varium ac prodigiosum morbi genus est epilepsia“ írja **Aretaeus**, s **Trousseau**s mondotta, hogy az epilepsia felismerésében a leggyakrabban tévedünk.

Az orvosi munkának ez a nehézsége különösen fontos lesz akkor, ha el kell döntenünk, epilepsiás-e valaki s ezért nem való katonának, vagy bizonyítanunk kell, hogy nem epilepsiás s ezért a háborús, mások sorsát is érintő szolgálatot teljesítheti. Baj és igaztalanság, ha valakit ezen a címen a szolgálatból elvonunk, veszedelem, ha tévedésből vagy jól meg nem gondoltan a szolgálatba küldünk.

Ezen nehézségek részben való megoldhatása végett egy bécsi katonai kórház keretében külön osztályt rendeztek be, a melybe csak rohamokban (Anfälle) szenvedő betegeket hoztak. Az osztály nagy munkáját **Jellinek** bécsi docens a Wiener klin. Wochenschrift 1915 szept. 23.-i számában ismertette. **Jellinek** írja, hogy ezen az osztályon a háború első évében 5606 beteg volt s ezek között 1561 „állítólagos“ rohamok miatt.

Ezen felvett betegeken kívül 10.833 (!) egyén járt be megállapítás végett (Konstatierer). Érdekes és tanulságos, hogy ezen rendkívül nagy számból — együtt 16,439 — a legnagyobb rész szolgálatraképesen lett elbocsájtva és a közvetlen megfigyelés alá vett 1561 esetből epilepsiás rohamot (!) csak 59-en — tehát körülbelül 4% — állapítottak meg.

Ez a szám megfelel **Binswanger** idézetének, a mely szerint a német hadseregben 100 hadköteles férfi között átlag 4 az epilepsiás, másrészt ezt a számot a férfilakosságnak a háborúban a rendes időknél sokkal nagyobb mértékben való katonasorba vonása és a háborús életnek sok rejtett epilepsiát megszólaltató hatása jelentősen megnövelheti.

Jellinek figyelmeztet arra, hogy már a foglalkozás is némileg útbaigazít, epilepsiás-e valaki vagy sem; mert nem valószínű, hogy az autovezető, vívómester, kéményseprő, cserepező, kőműves, borbély és színész epilepsiás legyen. Ez kétségtelenül így megközelítőleg igaz, de csak akkor, ha valakinek ezen foglalkozások megtanulása előtt kezdődött az

epilepsiája s az olyan súlyos vagy egyébként olyan megjelenésű volt, hogy az illetőt foglalkozásában akadályozta. Tudjuk, hogy az epilepsiások betegsége néha csak a 18—20 éves korban vagy később kezdődik, máskor a baj csak éjjel, vagy 8—10 évben egyszer jelentkezik; az ilyen epilepsiás lehet akár borbély, akár cserepező, akár színész, sőt, a mint látni fogjuk, hivatásos katona is. **Camp** írja, hogy epilepsiát állapítottak meg vonatvezetőknél és fűtőkön, és erről az illetők maguk sem tudtak.

Figyelmeztet **Jellinek** a betegek gondos és sokoldalú megvizsgálására, a mely gyakran kideríti, hogy az állított „roham“ nem epilepsiának, hanem valamely egészen más bajnak a megnyilatkozása. A katona összeeshetett tüdő-, szív- vagy vesebaj miatt, máskor a sorozó- vagy kezelő katonaorvos figyelmét elkerüli a nem epilepsiás idegbaj, esetleg acut alkoholmérgezés (!) is megtéveszthet.

Különösen sok tévedésre ad alkalmat a hysteria. Ilyen „rohamot“ **Jellinek** százsámra észlelt s a mint láttuk, csak 59 esetben volt a roham epilepsiás. Itt nagy jelentősége van **Jellinek** szerint a **Babinski**-féle jelnek, a melyet ő minden epilepsiás rohamban látott, hysteriás rohamban soha. Figyelmeztet azonban arra, hogy a **Babinski**-féle reflexet nem a roham tetőfokán, nem is annak teljes elmúlása után, hanem a tetőfokot követő 10—15 perc alatt kell vizsgálni.

Tanulmánya végén említi **Jellinek**, hogy ők a megfigyelési idő megrövidíthetése végett mesterségesen is próbáltak rohamot létrehozni. **Wagner** v. **Jauregg** professor ajánlatára körülbelül 100 katonának a bőre alá 0.05 gr. *cocainum hydrochloricumot* fecsenkendeztek s az illetőket 10—12 órán át gondosan megfigyelték.

A befecskendés után $\frac{1}{4}$ órával egy katona epilepsiás rohamot kapott, egy másikra a roham $\frac{3}{4}$ óra múlva jött. 2 más epilepsiáson 5 órával a befecskendés után nem történt semmi s csak ekkor mondták, hogy aurát éreznek és rohamuk lesz. A roham azonban ennek dacára elmaradt s az illetőknek csak a kezei rángatództak.

14 esetben acut cocainismus tünetei jelentkeztek, 2 esetben viharos jelenségek 38°-os lázzal. Mind a 2 eset fekete kávéra és jeges fej- és szív-borogatásra elég gyorsan megjavult.

16 más esetben is 38°-os hőemelkedés volt — egyszer 39.2° — minden más változás nélkül. 70 más esetben a 0.05 gr. cocain semmiféle változást sem okozott.

Ezeket az adatokat jól értékesíteni nem lehet, mert a szerző nem írja, hogy a „körülbelül“ 100 katona közül hánynak volt az anamnesis s gondos hozzáértő megvizsgálás

szerint bizonyosan epilepsiája és hányak nem s így nem tudhatjuk, hogy a cocain-befecskendés hányszor mondott igazat, hányszor tévedett és hányszor hagyott bizonytalanságban.

Valószínűleg ezen bizonytalanságot érezve, mondja *Jellinek*, hogy pozitívabb eredményekhez nagyobb vagy ismételt cocain-dosisokkal, esetleg más szerek adásával kellene jutni s így a rohamok arteficialis létesítésével s a *Babinski*-jel figyelembevételével az epilepsia „gyors” felismerésére oly eljárást felépíteni, a mely különösen a katoná-orvosra volna fontos.

A német irodalomban, a mint tudom, ezzel a *Wagner-Jellinek*-féle methodussal a Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1916 július 10.-én tartott ülésén foglalkoztak, a hol *Lewandowsky* figyelmeztetett arra, hogy annak gyakorlati alkalmazhatósága kétséges, mert néha már csekély cocain-dosisoknak is jelentős káros hatását észlelték, sőt hirtelen halálesetek is előfordultak, másrészt psychopathákra ezen eljárásnak subjective rossz hatása lehet.

Nálunk 1915 végén *Lévy* és *Pach* foglalkozott a cocain-methodussal. Az epilepsia megállapítása végett beküldött 25 katonára közül 0.03 gr. cocainum muriaticum befecskendése 13-on typosos, szerintük „epilepsiás” rohamot okozott, a mely rövid megszakításokkal 5—25 percig tartott, s a melyet csaknem mindig több órán át tartó fásultság, általános levertség és többé-kevésbé kínzó főfájás követett. Az esetek egy harmadában a *Babinski*-reflexet is megállapíthatták.

Megjegyzik a szerzők, hogy eseteik közül orvosi megfigyelés az epilepsiát csak 2 esetben igazolta. Egy esetben cocain 2 ízben való befecskendése sem csinált rohamot, de 36 órával később a betegnek spontán rohama lett. (Epilepsiás roham volt-e ez, azt nem írják.)

Egy más katonakórház 5 betege közül 4-en sikerült cocain-injectióval rohamot kiváltani, ezek közül 2 betegnek megfigyelés amúgy is megállapította az epilepsiát, az 5. betegnek csak jóval később lett rohama, ennél az orvosok előzetesen hysteriát tételeztek föl.

Lévy és *Pach* közléséből sem lehet látni, hogy a kísérletes 30 katonára közül hányak volt biztosan epilepsiája a kísérlet előtt és hányak nem s így hányszor mondott a cocain-próba legalább látszólag igazat, vagy hányszor segítette elő az igazságot és hányszor tévedett. Véleményem szerint a cocain-próba használhatóságát s így ajánlhatóságát csak az ezen kérdésre adott válasz dönthetné el.

Azt sem látom a közlésből, hogy vajjon azokat a katonákat, a kiket a cocain-befecskendés epilepsiásnak vagy nem epilepsiásnak minősített, a szerzők is ezen döntés minden következményével együtt epilepsiásnak vagy nem epilepsiásnak nyilvánították-e?

Maguk a szerzők kedvezően ítélik meg az eljárást, azt határozottan alkalmas és értékes vizsgálati segédeszköznek, egyszerűnek és veszélytelennek tartják, a mely: „mindenképpen megérdemli, hogy vele a legszélesebb terjedelemben kísérletezzenek, mert nagyon közeli annak a lehetősége, hogy ilyen módon az amúgy is túlterhelt katonai orvosok felelősségteljes munkájuk egy részétől felszabaduljanak, a katonai kórházakból ily betegek nagyrésze elbocsáttassék és így a katonai kórházakban oly betegek helyeztessenek el, a kiknek intézeti ápolása a maguk és a hadsereg érdekének szempontjából sürgősebb és indokoltabb. Mivel végül ily módon a megfigyelési időt lényegesen leszállíthatjuk, egyben tetemes megtakarításokkal is kecsegtet ez a módszer, úgy, hogy mindenképp ajánlatos volna, hogy az illetékes magasabb körök ennek a módszernek legszélesebb alapon való kötelező alkalmazását tervbe vennék.”

Ezen ajánlat, de az egész ügy elbirálásánál elsősorban annak megvizsgálását tartom szükségesnek, hogy igazán veszélytelen-e ez az eljárás? Szabad-e, ajánlatos-e, azért, hogy valakinek epilepsiáját gyorsan felismerjük, az illetőnek 0.03—0.05 cgr. cocaint, esetleg *Jellinek* szerint többet, sőt ismételve befecskendezni, nem is szólva arról, hogy ezt *Lévy* és *Pach* szerint a legszélesebb alapon kötelezően alkalmazzuk?

Az ügy iránt érdeklődőknek nagyon tanulságos az az összeállítás, a melyet *Falk* 1890-ben (Therap. Monatshefte) a cocain-mérgezésekről közölt. Néhány esetet említek, a melyek a kérdést közelről megvilágítják.

Falk idézi *Lustgarten*-t, a ki egy potatornak, a kinek sohasem (!) volt epilepsiája, 0.05 gr. cocaint adott s ez több percig tartó epilepsiás rohamot okozott. *Slayter* 0.75 gr. cocain bőr alá fecskendezése után cyanosis mellett epileptiformis görcsöt észlelt. (Ennek a betegnek sem volt azelőtt sohasem epilepsiája.) *Abadie* esetében egy 71 éves asszony 0.04 gr. cocain vétele után reszketni kezdett, eszméletét veszítette és az injectio után 5 órával, minden mentési kísérlet daczára, meghalt. *Gooding* esetében 0.03 gr. cocaintól furi-bundus deliriumok támadtak s 3 óráig tartó collapsus. Egy 19 éves ápolónőn 0.03 gr. cocain vételére 30 óráig tartó deliriumok és hallucinációk jelentek meg (*Witzel*). *Bettelheim* esetében 0.01 gr. cocain rövid megszakításokkal másnapig tartó öntudatlanságot okozott. *Liller* betege 0.06 gr. cocain adására mozdulatlan lett és meghalt. *Laborde* egy orvos esetét említi, a kin 0.05 gr. cocain syncopet, a közeli halál érzésével járó praecordialis félelmet, 3—4 óráig tartó collapsust s a következő napokban ájulási állapotokat okozott. *Matthes* 0.04 gr. cocain után görcsöket és collapsust észlelt. *Browning* esetében 0.063 gr. cocain adására az injectio oldalán (!) hemiplegia támadt, a mely csak a következő napokban mult el. *Woot* 0.0125 (!) gr. cocainra görcsöket, opisthotonust, *Cheyne-Stokes*-légzést látott. *Pajor* esetében 0.075 gr. cocainra az ideges nőbeteg 3 órai öntudatlansággal járó epilepsiás(?) rohamot kapott.

Megszívlelni való, a mit *Falk* a cocainról általánosságban is mond: „bald sollen grosse Dosen bis zu 1 Gr. ohne Schädigung der Gesundheit vertragen worden sein, bald sind es wenige Milligramm, die eine schwere Intoxication hervorrufen“ . . . „gewiss sind aber noch weit mehr Fälle als Syncopé gedeutet worden, als hysterische Anfälle, als „zufällige“ Epilepsie, bei denen es sich um wirkliche Intoxicationen handelte; sicher ist ferner die grösste Anzahl der Vergiftungen nicht veröffentlicht worden.“

Ugyancsak *Falk* figyelmeztet arra, hogy a cocain-mérgezések nem idiosyncrasia következményei: „sehen wir doch wiederholt, dass Personen, welche einmal nach Cocain eine Intoxication bekommen, ein zweitesmal eine gleiche Dosis ohne jede Nebenerscheinungen vertragen. Dass dieses aber nicht eine Gewöhnung an das Mittel ist, beweist unter anderem ein Fall, bei dem schwere Intoxicationerscheinungen eintraten, nachdem vorher 2 mal die gleiche Dosis gut vertragen war.“¹

Sem az életkor, sem a nem a mérgezésre nem disponál . . . „im Gegenteil finden wir nach dem 40. Jahre eine geringere Anzahl von Intoxicationen, als bei jugendlichen Individuen. Hingegen ist bei vielen der durch Cocain Vergifteten bemerkt, dass sie anaemisch oder nervös waren, und in der Tat scheint die von *Lépine* betonte Ansicht, dass anaemische und nervöse Personen den Cocain-Intoxicationen besonders leicht ausgesetzt sind, volle Berechtigung zu haben.“

„Nach *Berger* (*Schmidt's Jahrb.* 1886) sind es namentlich Epileptische, bei denen neben Unfähigkeit zur geistigen Tätigkeit allgemeine Depression ein hervorragendes Symptom der Cocain-Intoxication bildet“ . . . „Namentlich das Schwindelgefühl ist ein Symptom, das schon bei leichter Vergiftung sich findet und häufig so excessiv wird, dass die Patienten kaum stehen können“ . . .

. . . Die Reflexe sind bei Cocain-Intoxicationen erhalten, nicht selten gesteigert, nur der Pupillenreflex ist häufig erloschen, während gleichzeitig der Conjunctivalreflex äusserst empfindlich bleibt. Die Steigerung der Reflexe ist bisweilen eine so bedeutende, dass der Körper auf mechanische und

¹ A cocain szeszélyességét 1893-ban házinyúl-mérgezéseknél láttam. Egy ízben 0.04 gr. cocain reggel egy állaton rendkívül erős epileptiformis görcsöket váltott ki s ugyanaz nap délután ugyanazon állaton 0.06 gr. rángatózásokat nem okozott.

chemische Reize mit Convulsionen reagiert. Derartige Convulsionen finden sich auch, ohne dass eine ausgesprochene Reflexsteigerung vorangeht; häufig sind es *epileptiforme* Convulsionen, wie sie *Feinberg* auch bei Tieren experimentell erzeugen konnte, sie sind nach ihm corticalen Ursprunges und durch Anaemie des Gehirns bedingt.“

Ezek az adatok, azt hiszem, eléggé intenek arra, hogy az epilepsiának „gyors“ felismerésére a cocain-befecskendés már csak azért sem ajánlatos, mert a cocain-befecskendés okoz ugyan az epilepsiához hasonló állapotokat, de ezek nemcsak kellemetlen, hanem súlyos mérgezési tünetekkel járnak együtt, sőt nagyon veszedelmesek is.

Más nagy baja az egész ötletnek, hogy rendkívül tág teret ad a tévedéseknek és megtévesztésnek. Láttuk, hogy emberen, állaton epileptiformis állapotot okoz a cocain akkor is, ha azelőtt sohasem volt az illetőnek olyan állapota, tehát epilepsiának minősít biztosan nem epilepsiásokat, másrészt nem okoz a cocain epileptiformis állapotokat olyanokon, a kiknek biztosan van epilepsiájuk. *Stier* figyelmeztet a complicatiókra, a melyeket ilyen artificialis epilepsia révén a „Rentenberechtigung“ gondolata okozhat; másfelől visszaélésekre figyelmeztettek, a melyek nélkül pedig amúgy sem szűkölködünk.

Az epilepsia gyors vagy bárminő felismerésére, bizonyítására a cocaint teljesen alkalmatlan, czélszerűtlen és veszedelmes dolognak tartom s körülbelül ugyanez áll minden más chemiai szerre, a mely epilepsiához hasonló, tehát mint a cocain, nem epilepsiás, hanem epilepsoid állapotokat okoz. Tudjuk, hogy ilyen szerek az alkohol, a kámfor, a nicotin, az antipyrin, a kávé, az apomorphin, az ólom, ilyenforma állapotokkal jár az ergotismus. *Gowers* említi, hogy a cocculus indicus (pikrotoxin) epilepsiás betegek bőre alá fecskendve, az biztosan rohamot okoz s a mint *Bernatzik* és *Vogel* tankönyvében olvasom, *Albertoni* és *Palmieri* 1878-ban a sienai tébolydában cinchonidinnel epilepsogen hatását látta.

Éppen így nem várható segítség az epilepsia felismerésében *Arzechowski* és *Meisels* methodusától. Ezek a szerzők 20 epilepsiásnak adrenalint, pilocarpint és atropint fecskendeztek be s azt állítják, hogy ha egy különben bizonytalan esetben ezen befecskendezés vagotoniás reactiót okoz, ez bizonyos mértékben epilepsia mellett szól. Elismerésre méltó, hogy a szerzők véleményüket eléggé tartózkodóan fejezik ki.

Egy más diagnostikai segítővel, a mely veszélyesség dolgában közel áll a cocain-injectióhoz, *Tsiminakis* kísérletezett. Ő 116 epilepsiás közül 108-on a *carotisok összenyomására* öntudatlanságot és görcsöket látott. 42 hysteropilepsiás asszonyon azonban a *carotisok összenyomásának* ugyanilyen eredménye volt. Ezen methodusról írja *Oekonomakis*, hogy voltaképp már 1797-ből *Jacobitól* ered. *Oekonomakis* szerint a *carotisoknak* 15–30 percnyi összenyomása egészségeseken is öntudatlanságot és görcsöket okoz, a mi valószínűnek is látszik.

Az epilepsia felismerésének ezen, mondhatni, fojtogató methodusához mindenesetre sok bátorság és még több neurologicali naivitás szükséges, a mely mellett *Momburg*-nak, a kiváló sebésznek, a vállalkozása is némileg érthető, a ki az epilepsiát mindkét *carotis* állandó megszüktetésével akarta gyógyítani.²

Még mint curiosumot említem meg, hogy *Oppenheim*

² A *carotisok* lekötését is próbálták; *Alexander* éppen ilyen neurologicali tájékozatlansággal a *vertebralisok* lekötését kísérte meg. Mindezek az orvosi gondolkodás sajnálatos következetlenségeit mutatják. Az egyik tartós anaemiával gyógyítani akarja az epilepsiát, a másik múltó agy-anaemiával epilepsiát produkál, holott az epilepsia az agy-anaemiától teljesen idegen betegség. *Löwy P.*-nek kedvezőbb véleménye volt. („*Schnelldiagnostic der Epilepsie und Hysterie im Felde*. Der Militärarzt, 50. 378.) „*Löwy* empfiehlt wärmstens das von *Tsiminakis* beschriebene Verfahren der Carotidencompression. Dadurch wird bei einem Epileptiker ein specifisch epileptischer Anfall, bzw. das bestimmte individuelle Aequivalent, bei einem Hysterischen ein hysterischer Anfall ausgelöst, während bei einem Normalen eine gewöhnliche atonische Bewusstlosigkeit eintritt.“ (*Bauer* az *Alzheimer-téle* Zeitschriftben érthető skepsissel referálja; még jó, hogy *Löwy* a szívbajokat, a nagyfokú arteriosclerosist s az átfutó betegségeket mint contraindicatiót megemlíti.)

epilepsiás gyermekén megijesztéssel váltott ki epilepsiás rohamot s ugyanezen esetben egy újabb megijesztéssel (*Gegenschreck*) a rohamot meg tudta szüntetni. (Pár hét előtt katonakórházból hoztak ide egy beteget, a kin az iratok szerint rákiáltással lehetett epilepsiás állapotot okozni és ezt így produkálni; az epilepsia azonban rákiáltás nélkül is megállapítható volt.)

Az ismertett gondolatoknak és ötleteknek az eredménytelenségtől és veszélyességtől eltekintve egy, hogy úgy mondjam, velükszületett hibájuk van s ez az, hogy az epilepsia igazi mivoltát elfeledve vagy nem ismerve, azt egy esetleg visszatérő görcsös roham által meghatározott betegségnek tartják, s az összes további orvosi munkában ezen az úton mennek. Szerintük, ha a katonának magától vagy artificialisan — s ezt, a mint láttuk, meglehetősen változatos módon érthető el — görcsös rohamai vannak, a melyben még jó, ha *Babinskit* is látnak, akkor ennek a katonának epilepsiája van, s ha nincs ilyen, akár artificialis roham, akkor epilepsia sincsen.

Ezt a teljesen hibás felfogást csak az mentheti, hogy lépten-nyomon találkozunk vele s az epilepsiával is foglalkozó orvosok gondolkodásából kiirtani alig lehet. Pedig már 1860-ban *Falret* és *Morel* figyelmeztetett arra, hogy az epilepsiás elmebaj felismeréséhez a roham nem szükséges. „Il n'est pas nécessaire pour moi que les accès soient confirmés.“³ 1865-ben *Russel Reynolds*, majd 1876-ban *Samt* s 1879-ben *Weiss* (*Salgó*) figyelmeztetett arra, hogy a psychés tünetekből roham nélkül is fel lehet és fel kell ismerni az epilepsiát. Különösen *Salgó* írja világosan és nagy jelentőséggel, hogy az epilepsia teljesen görcsök nélkül folyhat le s maga a görcs még nem teszi az epilepsiát.

Ezen régi időkből származó nagy értékű tapasztalatok és tanítások daczára még új orvosi írók sem igen adnak világos és határozott kifejezést annak, hogy az epilepsia felismerésére a görcsös vagy eszméletlenségi roham nem *conditio sine qua non*.

Szinte kivételes az újabb szerzők között *Sarbó* (1904.) a ki gondos kritikai összefoglalásában ismételtlen mondja, hogy az epilepsia tünetében nemcsak a paroxysmalis állapot, éppen a görcsös roham, a fontos, hanem ezzel egyenértékűek az interparoxysmalis jelek is, a melyeket természetesen gondosan keresni kell. *Aschaffenburg* is mondja: „nach meinen Untersuchungen sind die Krampfanfälle nicht das häufigste, nicht einmal immer das charakteristische Symptom der Epilepsie“ . . .

Ezekből is látni, hogy az epilepsia felismerését a görcsös rohamtól függővé tenni és a súlyt erre az egyetlen jelre tenni tévedés.

Az epilepsia megállapíthatásához első sorban az epilepsia fogalmának jó meghatározása szükséges. Önként értendő, hogy ezen meghatározásnak is minden lényeges jegyet magában kell foglalnia s minden lényegtelen vagy zavaró jegyet kihagyni.

Mai ismereteink szerint az epilepsia histologiai (organumos) agybetegség, a mely az agyvelőnek hibás szöveti fejlődéséből vagy később szerzett szöveti elváltozásából ered és az agykéreg időszakos működési zavaraiiban nyilatkozik meg. Histopathologiai időszakos agykéreg-functio-zavar. Ez a meghatározás — azt hiszem — minden idetartozót összekapcsol és minden nem epilepsiás dolgot kizár.

Az agykéreg-functio kóros zavarairól lévén szó, első sorban a gondolkodás, illetve tágabb körben a psyche zavaraira gondolunk; nemcsak eszméletvesztésre, hanem a gondolkodás időszakos endogen meggyorsítására (maniás állapotok), megnehezülésére (melancholiás állapotok) s megzavarodására (múltó szórakozottság, spontán zavarodás). De a gondolkodás neurastheniás, hypochondriás, paranoid átalakítása ezen gondolkodási hibák minden psychiatriai subtilitásával szintén epilepsiás jel lehet, ha időszakosan epizod-szerűleg jönnek és mulnak, tehát szembeszökően vagy kimutathatóan elütnek a beteg azelőtti és ezen kóros állapot

³ *Morel*. Traité des mal. ment. p. 481.

utáni gondolkodásától és viselkedésétől s egyszersmind külső okból is kielégítő módon meg nem fejthetők.

Igy jelentkező bajok már a jelentkezés módja miatt, másrészt elmulva és ismét a régi egyént hagyva az előtérben, a legnagyobb mértékben valószínűvé teszik az epilepsiát. Bizonyít az, hogy maguktól ismétlődnek, de ismétlődés nélkül is rendszerint felismerhetők. (Lásd *Samt* rendkívül finom megfigyeléseit.)

Pár hónap előtt német auto-vezetőt hoztak az intézetbe. Elmondta, hogy újtjáról visszatérve, jelentést tett; mit hibázott, nem tudja, csak arra emlékszik, hogy a tiszt nekitámadt, majd reggel egy ágyon tért magához, egy őrmester is volt ott. Határozottan állítja, hogy nem ivott s hasonló állapota sohasem volt. Mestersége lakatos, később hivatásos auto-vezető, katonai kötelezettségének 3 éven át tett eleget, a háború kezdete óta mint auto-vezető szolgál, altiszt.

Csak epilepsiára lehetett gondolni (Nerwenschwäche-diagnosissal hozták be) s megállapítottuk, hogy a betegnek nemcsak önként ismétlődő eszméletvesztései, de epilepsiás görcsei is voltak. Ezek nálunk heteken át nem jelentkeztek, azért visszaküldtem csapatjához a helyes diagnosissal és azzal a véleménynyel, hogy sem auto-vezetőnek, sem más singuláris szolgálatra nem alkalmas, tömegszolgálatra igen. Ma is szolgál.

A katonarvosnak nem azt kell megtudni a betegről, volt-e bármikor is görcsös rohama vagy eszméletlensége, ezt a beteg környezetétől, hozzátartozóitól is bajos megtudni, a válasz értékesítése is bizonytalan. A katonarvosnak azt kell megtudnia a betegről, a kísérőktől, a beküldő egészségügyi állomásokról, a csapattól és így tovább, hogy miért küldték be a beteget, mit csinált az, hogyan viselkedett, micsoda változást vettek rajta észre; ha ezt összevetjük a beteg gondos kikérdezésével s éppen ilyen gondos megvizsgálásával, akkor jó útra jutunk és jó felvilágosítást adhatunk, a nélkül, hogy görcsös vagy eszméletlenségi állapotot kellene látnunk, okoznunk vagy bizonyítanunk.

Német hadseregbeli fiatal tisztet autón hoztak be azzal, hogy környezetét megtámadta s hogy lehetőleg ne románok közelében helyezzük el. A beteg álmosan, ködös állapotra emlékeztetően viselte magát; megfürdött, jól aludt s másnap értelmesen beszélt. Elmondta, hogy a románok körülfogták, társait elpusztították, ő maga nem tudja, hogyan menekült meg; hogy környezetét megtámadta volna, arról nem tud. Soha ilyen állapotban nem volt sem ő, sem senki a családjából, ő maga a háború kezdete óta kifogás nélkül, sőt kintüntetve szolgál. Gondolkodása kissé nehézkes volt, régi lues jeleit láttam a szájában (leukoplakia), pupillái is kissé renyhén reagáltak. Psychés okból származott elmúlt öntudatlanságot állapítottam meg s pár hónapi otthoni üdülőhelyre ajánlottam. Epileptiformis állapota epilepsia nem volt.

A gondolkodásnak és viselkedésnek tehát az agykéreg-funkcióknak belső okból eredő vagy a külső okkal nem arányos sajátos megzavarodása az epilepsia felismerésének csak egyik tényezője; a másik annak a felismerése, hogy a szóbanforgó agykéreg veleszületett vagy szerzett okból szövetében organikus beteg. Erre ismét legbiztosabban a beteg gondos megvizsgálása vezet.

Az agykéregnek beteg, illetve hibás alakulása, a mint erre különösen *Sarbó* figyelmeztet, elsősorban az interparoxysmalis funkcióban látszik. Az ilyen betegről megtudjuk azt, hogy ő sohasem volt valami jó felfogású, nehezen tanult az iskolában, a gyermekkortól kezdve mindig elmaradt a többtől. Nem bírta olvasni megtanulni, vagy csak írott betűt olvasott, nem bírta a számolást vagy a földrajzot, legény korában nem tudott vetni vagy kaszálni, csak a marhát őrizte vagy más durvább munkát végzett. Egy szintén német katona-betegem, a ki elmegyógyító-intézetben is volt, tanulókorában két mesterséget is abbahagyott, végre mint mázoló-napszámos tudott megélni s családját is így tartotta el. Epilepsiás állapotját a háború-sanyarúságok hívták vissza, pihenésre szépen magához jött és helyes diagnosissal csapatjához tömegszolgálatra visszatért.

Az agyműködések histogen eredésű hibáit, a gondolkodás szükségét, nehézségét, lassúságát, a debilitas mentis s imbecillitas sok féleségét — a mely természetesen úgy a polgári, mint a katonai munkával összefér — a vizsgáló orvos közvetlenül állapíthatja meg.

Máskor az agyvelő localis hibáinak a nyomát találjuk. Ilyen a balkezűség, a mely *Redlich* szerint az epilepsiások 15%-ában fordul elő. *Féré* szerint epilepsiásokon gyakori a nystagmus; egyeseknél tic-et vagy a myoclonia különböző formáit látjuk. *Clark* és *Scripture* szerint az epilepsiások beszédje monoton.

Nem igen gondolható el, hogy születés óta hibás fejlődésnél ez a hiba csak az agyvelőt érje, ilyen fejlődési hibákat a test más részein is kell keresnünk. Ilyen hibás fejlődés jele a szögletes, rhachitises, eltorzult, feltűnően nagy, feltűnően kicsiny koponya. *Lasègue* (1877), *Laufenauer* (1879) figyelmeztetett az epilepsiások koponyájának a koponyaalap hibás csontosodásából eredő eltorzulásaira. *Schüller* és *Redlich* ezen koponyaalapi csontosodási hibákat *Röntgen*-vizsgálattal is kimutatta. Epilepsiások koponyájának a vaskosságára már *Esquirol* figyelmeztetett. Ezt a vaskosságot jól látni s a szemgödörszéleken, járomíven, alsó állkapcspon kitapintani is lehet. Hibás csontfejlődés nyoma látszik a *Hutchinson*-féle fogakon, a durva végtagsontokon, az esetlen kezeken és ujjakon. *Pierce Clark* epilepsiáson a humerus veleszületett nagyfokú megrövidülését látta. Ilyen csontfejlődési hiba a *félholdas szélű lapoczká*, a *Graves*-féle scapula scaphoidea is, a mely az esetek nagy számában hereditaer luesre utal.⁴ Ritkaságképp epilepsiásokon úszóhártyához hasonló bőrhidakat, számfeletti ujjakat láttak, vagy az ujjak születéstől hiányoztak. *Kennedy*, *Cooper* és *Guild* epilepsiás családot írt le, melyben majdnem minden tagnak kisebb volt a balszeme, mint a jobb. A nagyszülők elmebetegségek voltak.

Gyakran látható hibás szövetfejlődés nyomai a naevusok, fibroma molluscumok. Igen érdekes, hogy a histiodysgenesis egyik legjobban ismert példája, a sclerosis tuberosa és a neurofibroma molluscum, a melyet a test többi szövetének dysgenesis is kíséri szokott (adenoma sebaceum), igen gyakran jár együtt epilepsiával. Más veleszületett neoplasmák, éppen a multilocularis myomák, lipomák, sarcomák, angiomák, szintén járhatnak az agyvelő dysgenesisével és epilepsiával.

Az egész test hibás fejlődésének nyomát látjuk nagyon sok epilepsiás testének vaskos vagy aránytalan növényén. Epilepsiával járhat az infantilismus, eunuchoidismus, kryptorchismus.⁵

Ezek a durva testfejlődési hibák teszik lehetővé, hogy az epilepsiás beteget néha már ránézéssel megismerjük. *Oppenheim* írja tankönyvében, hogy a mikor ő egy ízben a *Charité* görcsrohamos betegeinek osztályát bejárta, megkísérlette, hogy a rohamok természetét a betegek arczáról leolvassa. S ez, egy-egy kivételt leszámítva, sikerült.⁶

Önként érthető, hogy az akár a testen, akár a funkcióban látható fejlődési hiba nem jár okvetlenül epilepsiával. Tudjuk nagyon jól, hogy az agyvelő fejlődésbeli fogyatékságának egyik legdurvább esete, az idiotismus, sokszor, de nem mindig jár epilepsiával. Az epilepsia éppen az agy-funkciók histopathiás endogen megzavarása, a fejlődési vagy más organikus hiba ezt csak magyarázza.

Az epilepsiát jól ismerő orvos a diagnosishoz szükségeseket rendszerint magán a betegen megtalálja, attól megtudhatja. Ezeket ellenőrizni, megítélni közvetlenül lehet. Esetleg a beteg családjáról is véleményünket befolyásoló módon értesíthet. Lehet, hogy epilepsia larvatája van a betegnek s

⁴ Egy esetben infantilis hemiplegiánál nagyon erősen kifejezett félholdas szélű lapoczkát csak a bennült oldalon láttam, a másik oldali lapoczká ép volt. Itt a scapula fejlődése az izomzatával együtt maradt vissza.

⁵ Egy kryptorchismusos, szép, de felismerhetően buta lovunkon típusos epilepsiát láttam, diagnosist az állatorvos is megerősítette.

⁶ *Morel* írja, l. c. 699. „Plus d'une fois cet habitus extérieur a suffi pour que d'anciens employés nous disent, à propos de malades sur lesquels on n'avait pas de renseignements: „C'est pour sûr un épileptique; il n'y a qu'à le voir marcher et parler.“

testvérei között volt valakinek manifest epilepsiája, idetartozó lelki vagy testi hibája, a ki nem boldogult az iskolában, születés óta nyomorék, balkezes volt, nem tanult jární, beszélni úgy mint más gyermek. Lehet, hogy a szülők egyikének vagy mind a kettőnek volt epilepsiája vagy más agybaja. Egy 14 éves epilepsiás leánybetegem anyjának ticje volt, anyja testvére epilepsiában ebben az intézetben halt meg, az anya 2-szer abortált, egy gyermek fogzási görcsökben halt meg. Magának az epilepsiás leánynak *Hutchinson*-féle fogai vannak, félholdas-szélű scapulái, leukoplakiák, kissé vaskos koponyája s a beszéde nehézkes.

Az epilepsiát kísérni szokott testfejlődési hibák és az agyvelő fentebb ismertetett functionalis hibái nemcsak a méhen belől való életből, de a későbbi kifejlődési időből is eredhetnek. Gyakran látjuk az epilepsiát éppen scarlatina után. Az a meningitis, encephalitis vagy más organumos baj, a mely ilyen esetben az epilepsiát okozza, rendszerint más nyomokat is hagy maga után, a melyeket gondosan keresve, szintén fellelhetünk.

A testfejlődés befejezése után kezdődő epilepsia leggyakrabban lueshez, alkoholismushoz, fertőző betegségekhez (typhus, malaria) csatlakozik; ezek a bajok is nyomokat hagynak maguk után. Alkoholismusból a tremor, a multiplex neuritis nyomai, a májmegnagyobbodás, luesben a pupillák, a leukoplakia, a lüvedo racemosa fognak segíteni. A cerebrospinalis liquor vizsgálata eldöntheti, van-e gyuladós folyamat az agy- és gerincvelő hártáiban s lueses-e ez vagy pedig nem. Vascularis eredésű epilepsiában a liquor normalis marad.

Az elmondottakkal csak jelezni akartam az epilepsia felismerésének irányadó gondolatait, mert ezek alkalmazhatóságához elsősorban az epilepsia rendkívül változatos tüneteiben való tájékozottság s ezen alapuló elbíráloképesség szükséges. Ez egyszersmind nemcsak a biztos, de a gyorsított felismerésnek is egyetlen megbízható eszköze.

Nézzük most, mi történjék valakivel, hogyha epilepsiás és katona. Saját tapasztalataimból azt látom, hogy nem az, a mit a katonai szabályzat előír, hanem az, a mi éppen abban az esetben a legcélszerűbb.

Kétségtelen, hogy az epilepsiásokat a hadseregből ki-rekeszteni nem lehet, de nem is szükséges, sem a békében, annál kevésbé a háborúban. *Stier*, a kiváló német psychiater katonarvos írja, hogy a leggondosabb vizsgálat dacára 0-70/00 epilepsiás kerül a hadseregbe s kétségtelen, hogy ez a szám csak azokra vonatkozik, a kiknek az epilepsiája a szolgálat alatt kitudódott s a kiket ez a szolgálatra alkalmatlanná tett. Magam epilepsiás altiszttel szolgáltam együtt, a kinek betegségéről a századnál mindenki tudott és a ki mégis hivatásos altiszt maradt. *Dums* írja, hogy az 1901 szeptemberben Wuhlgartenben kezelt epilepsiások 12%-a katonai kötelezettségének eleget tett.

Nem tartom sem szükséges, sem igazságos dolognak azt, hogy a kit epilepsiája a polgári életben nem akadályoz, az mint katona is miért ne tehesse a köteletségének eleget. Hiszen lehet, hogy a biztosan epilepsiás beteg zavartsága, rohama vagy bármely más kóros megnyilvánulása csak pillanatos, csak éjjel vagy hónaponként, évenként egyszer jelentkezik, akár egyetlen egyszer az egész szolgálat alatt. Az én nézetem szerint az ilyen, a szolgálatot nem akadályozó epilepsiás csak szolgáljon tovább.

Önként érthetőleg nem tartom sem békében, sem háborúban katonai szolgálatra jónak az olyan epilepsiást, a kinek sűrűn jövő, súlyos epilepsiás rohamai vannak, legalább is addig, a míg ezek hosszú időre el nem múlnak. Pedig hogy elmúlnak, nem egyszer látjuk.

6 és fél év előtt a nagyszombeni elmeegógyintézetben fiatal katonasorban lévő epilepsiás beteget találtam nagyon súlyos izgalmi állapotokkal. Az egész ápolószemélyzet megilletődött, a mikor a nyugtalansága újra kezdődött. A beteg később foglalkozni kezdett, nyugtalansága ritkább lett, elmaradt s most már évek óta baj nélkül keresi kenyerét egy szénbányában. 2 más, előbb igen súlyos epilepsiában

szenvedő beteget intézetben évekig tartó gondozás után gyógyultan elbocsájtottam, s az egyiket katonai szolgálatra is alkalmazni nyilvánítottam, tudtommal szolgál; a másik egy év óta odakint van, semmit sem tudok róla.

Az intézeti elmeorvosok éveken át látják, hogy az epilepsiások között az intézet legjobb munkásai vannak, az osztályon, a gazdaságban, a műhelyekben, néha csak a régi írásokból derül ki, hogy ezek voltaképp epilepsiások s a mikor az ilyen epilepsiásokat az intézet háztartásában kiváló sikerrel lehet a legváltozatosabb munkákban értékesíteni, nem látom helyes és jó dolognak, hogy éppen a hazai föld és minden ehhez tartozó legnagyobb érték megvédelmezésénél lemondjunk róluk s őket idehaza tartva, a pusztulás mezején másokkal felcseréljük.

Az epilepsiások katonai alkalmazása mégis meggondoltan és körültekintéssel történjék. Az epilepsiások egy része a hadseregben is az átlagos emberi értékkel felér — *de singularis szolgálatra* nem való, sem auto-⁷, sem repülőgép-, sem vonat-, sem csapatvezetőnek, sem őrállásra, de ezenkívül végtelen sok más munkára s éppen a tömegszolgálatban helyét más embernél jobban is betölti.

Az epilepsia és a hysteria megkülönböztetéséről akarok még néhány szót szólni. Gondos, részletes vizsgálattal ez a kérdés az esetek legnagyobb számában eldönthető, a földolog itt is nem a módszer, hanem a szakorvosi hozzáértés és gyakorlottság. Általában mások nemcsak a symptomák, hanem az azokat nyilvánító betegek is. Az epilepsiában, a mint ezt ismételtelen mondtam, organumos agy- és testfejlődési hibák s ehhez kapcsolódó funkciós bajok vannak, a hysteria az idegrendszer organumos fejlettségétől független functionalis labilitás, a mely megnyilvánulásaiban is rendszerint kívülről jövő okokhoz kapcsolódik. Más a hysteriás habitus, más az epilepsiás, de kétségtelen, hogy ha az epilepsiának vagy a hysteriának csak egyes tünetét nézzük (éppen a görcsös rohamot), akkor eligazodni nehezen tudunk.

A görcsös rohamnak egyszerű hypertoniás, kis kitérésű, clonusos rángásos formája a nagy hysteriás rohamtól éppen *ex cathedra* és *in libris* könnyen különválasztható; de meglepő módon látunk nagy kombinált, associációs mozgásokat epilepsiában s mozgásokat alig csináló merev, az egész testre kiterjedő contracturákat hysteriásokon. A nyelv megharapása,⁸ a vizelet és bélsár kiürülése előfordulhat hysteriában és hiányozhatik az epilepsiás rohamban.

Gowers figyelmeztet arra, hogy a valóságos epilepsiás roham a közönséges epilepsiás rohamtól nagyon különböző lehet, s hogy mily nehéz lehet a hysteriás rohamot az epilepsiástól megkülönböztetni, azt a következő idézet is bizonyítja. *Dilley* mondja: „Bisweilen gelangt man nach längerer Beobachtung zu dem Resultat, dass hysterische und genuin epileptische Krämpfe bei einem Individuum vorkommen und oft stellen sich anscheinend hysterische Anfälle später als epileptische heraus.“ *Hermann* esetében 20 évig fennállott epilepsiához félreismerhetlen súlyos hysteriás tünetek csatlakoztak.

A *Babinski*-féle jel sem segít bizonyosan, mert igaz ugyan, hogy ez a hysteriás rohamban rendszerint hiányzik, de *Van Gehuchten* itt is látta, másrészt a *Babinski*-jel nincs meg mindig és minden epilepsiás rohamban s előfordulhat előrehaladt tüdő-tuberculosisban, pneumoniában, pericarditisben, máj- és vesebetegségben, uraemiában, *Benedek* szerint eclampsiában az interparoxysmalis időben is. *Babinski*-jelt láttak chronicus alkoholismusból, hyoscine-injectióra, sőt *Lévy* és *Pach* a cocainos epileptoid-görcsökknél is. Ezért ez az egy jel magában sokat nem mondhat, még pedig annál kevésbé, mert *Neumann Salamon* 257 epilepsiás közül *Babinski*-t csak egyen

⁷ *Thalwitzer* 2 szerencsétlenségéből kifolyólag hatósági úton akarja megakadályozni, hogy epilepsiások auto-vezetők lehessenek; azt hiszem, ezt az elővigyázatot a vasúti személyzetre s még sok más foglalkozásra is ki kellene terjeszteni s nem csak az epilepsiások, de a paralysis s az alkohol ennél még sokkal nagyobb veszedelme ellen is védekezni kellene.

⁸ *Stier* írja, hogy a nyelv megharapása vonulási ájulásoknál (*Marschohnmächte*) is előfordul.

tudott kiváltani. Különben a közönséges epilepsiás roham a plantaris reflex-re való ingerlés nélkül is eléggé typosos, a Babinski-féle symptoma pedig csak egy sajátos eloszlású hypertoniának a jele, tekintet nélkül arra, hogy milyen eredésű agykéreg-izgalom okozta azt.

A pupillaris reflex kimaradása sem bizonyítja azt, hogy epilepsiás volt a roham, mert itt meglehet a reflex s hysteriás rohamban, sőt cocainos epilepsoid állapotban, vagy alkoholismus hatása alatt is, eltűnhetik. Ügyeljünk arra, hogy a pupillákat a roham előtt és a roham után is vizsgáljuk s ezt a singularis symptomát is túl ne értékeljük.

A hadsereg czéljaiért a kérdésnek ilyen feltevését: hysteriás vagy epilepsiás rohama volt-e valakinek? nagyjelentőségűnek nem tartom. Nézetem szerint érdemesen csak arról lehet szó, hogy hysteriája vagy epilepsiája miatt lehet-e valaki katoná vagy sem? Az előzőkben fejtegettem, hogy az epilepsiások egy része a hadseregben békében, háborúban beváltan szolgál, másrészt kétségtelen, hogy a hysteria is katonai szolgálatra teljesen alkalmatlanná tehet valakit; hiszen a hysteria is nagy, néha az epilepsiánál sokkal súlyosabb betegség, a melyben nemcsak a nézőközönség és az orvosok szószakoztatásáért szenved valaki.

Közlés a cs. és kir. 612. számú tábori kórházból. (Parancsnok: Roediger Jenő dr., törzsorvos.)

Kisebb kiütéses lázjárvány polgári lakosság körében, különös tekintettel a kiütés nélkül lefolyó esetekre.

Irta: Leitner Sándor dr., főorvos.
(Folytatás.)

2. eset. D. D. 20 éves, két nap óta beteg. Betegsége rázóhidgeggel kezdődött. Fejfájásról, melyet a nyakszirtre és proc. mastoideusokra lokalizál, gyomorfájásról, hányás-ingerről panaszkodik. Köhög. 3 nap óta székrekedése van. Betegségét arra vezeti vissza, hogy 3 nap előtt romlott húst evett.

Jól táplált és fejlett leány. Conjunctivitis. Fehéresen bevont, száraz nyelv. Tüdők felett diffus száraz hurut. Szív-tompulat rendes, szívhangok tiszták. Pulsus: 98, rhythmusos, telt. Hőmérséklet: 38.6°. Has mérsékelt meteorismusos. Léptompulat a VIII. borda felső szélén kezdődik. Roseola nincs. Vizeletben fehérje nyomokban, diazo: negativ. A betegség 5. napján: az illető súlyos beteg benyomását teszi, rosszul hall. Álmatlanság nagyfokú nyugtalansággal. Pulsus: 104, arhythmias; hőmérséklet: 39.0°. Roseola nincs. Lép tapintható. Diazo: positiv. Szék csak beöntésre. Bakterio-serologiai vérvizsgálat:

Widal-typh., paratyph.-A és -B 1:50—;
Weil-Felix: 1:100+;
Vér-epe: steril.

A betegség 10. napján: febris continua. Exanthema nincs. Stadium depressivum. Hőmérséklet: 39.0°, pulsus: 110. 16. nap: Lysis befejeződött (2. lázgörbe). Lép nem tapintható. Labilis szív működés. Korpaszerű hámlás a hátán, a mellen és a karon.

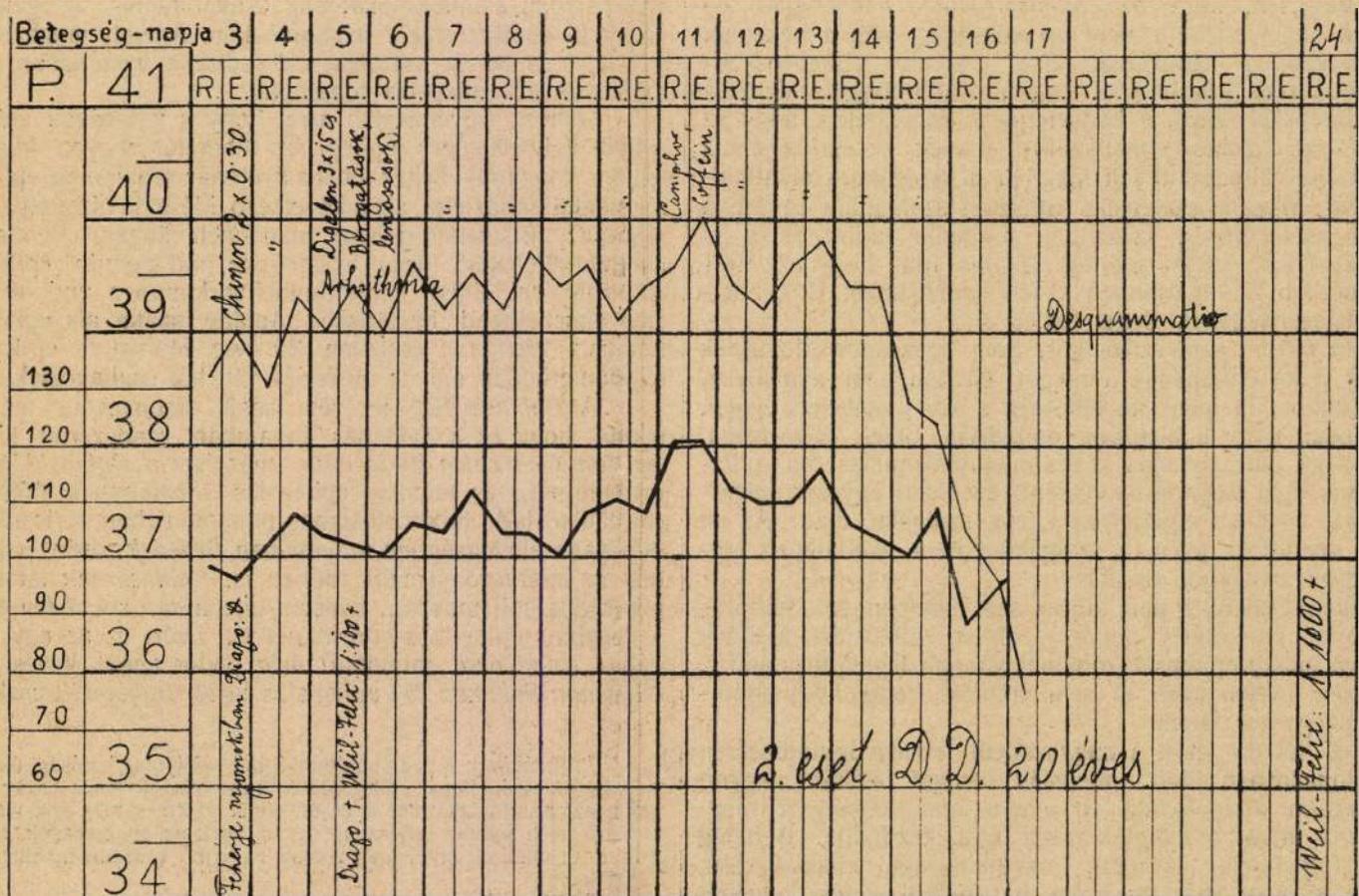
24. nap (8. láztalan nap) újabb bakterio-serologiai vérvizsgálat:

Widal-typh., paratyph.-A és -B 1:50—;
Weil-Felix: 1:1600+;
Vér-epe: steril.

Két hétig tartó, minden gyógyszeres és diatás kezeléssel daczó székrekedés.

3. eset. Nem typosos eset, 5 napig tartó lázzal, de súlyos agyvelő-tünetekkel, melyek még a láztalan napokon is fennállottak és ezáltal meningitis gyanúját is felvetették.

S. J. 12 éves beteget az elkülönítőből az első lázas napon hozzuk át a kórházba. Az aránylag intelligens gyermek fejfájásról panaszkodik, melyet a fej hátulsó részében érez. Két nap óta széke nincs. Január 3.: Feltűnően lesóványodott, elgyengült gyermek. Száraz nyelv. Hőmérséklet: 38.3°, pulsus: 70, egyébként objective semmi sem mutatható ki. Január 5.: Bevont, száraz nyelv. A fej előrehajlításakor a beteg fájdalomról panaszkodik. Lép nincs megnagyobbodva, roseola nincs. Hőmérséklet: 37.5°, pulsus: 62. Diazo: ? Szék csak



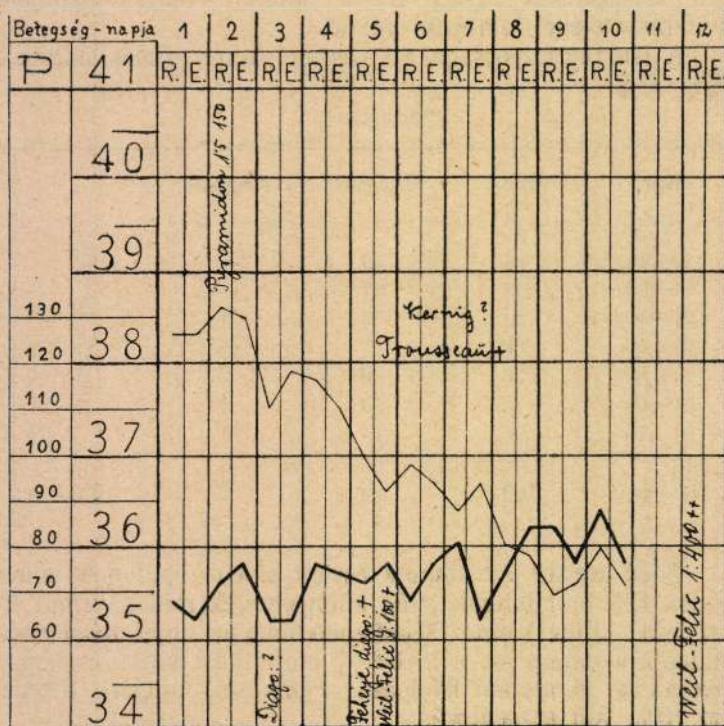
2. ábra.

beöntésre. A betegség 5. napján (január 7-én) hőmérséklet: 37,0, pulsus: 72, rhythmusos. Nagyfokú nyugtalanság, hyperaesthesia. Trousseau: +, Kernig, Brudzinski: ? Léptompulat megnagyobbodott. Bacterio-serologiai vérvizsgálat:

Widal-typh., paratyph.-A és -B 1:50—;
Weil-Felix: 1:100 +;
Vér-epe: steril.

Január 9.: Két nap óta láztalan. Kernig, Brudzinski: negatív. A beteg nyugodt és enni kér. A betegség 12. napján (január 14.-én) ismételt bacterio-serologiai vizsgálat:

Widal-typh., paratyph.-A és -B 1:50—;
Weil-Felix: 1:400 ++;
Vér-epe: steril.
Hosszú üdülési szak.



3. ábra.

Ismeretes, hogy egy különben kiütéssel lefolyó fertőző betegségben egyéb symptomák jelenléte mellett az exanthea teljesen hiányozhatik (scarlatina, morbilli, variola sine exantheate). A kiütés nélkül lefolyó kiütéses lázesetekről egyre több és több közleményt olvashatunk, melyek lassankint határozott formát öltenek.

Jochmann „Lehrbuch der Infektionskrankheiten“-jében a kiütés nélkül lefolyó esetek diagnosisában bizonyos visszatartásra figyelmeztet. Brauer felemlíti azokat a biztos kiütéses-láz eseteket, melyekben a foltok feltűnően csekély számmal jelentek meg. Kollert, bár azon az állásponton van, hogy exanthematicus sine exantheate nem valószínű, megjegyzi: „In mehreren durch die Epidemiologie sehr suspekten Fällen der Nachweis des Ausschlages nicht gelang.“

Jürgens szerint az exanthea nélkül lefolyó esetek oly ritkák, hogy gyakorlatilag nem fontosak. Hasonló eredménye van Fonyó-nak (1:500), ellenben Dorendorf Szerbiában egy kisebb kiütéses-láz-járvány alkalmával, Rondke a görli tzi fogoly-kórházban több esetet észlelt. Otto 9 ilyen esetet közöl.

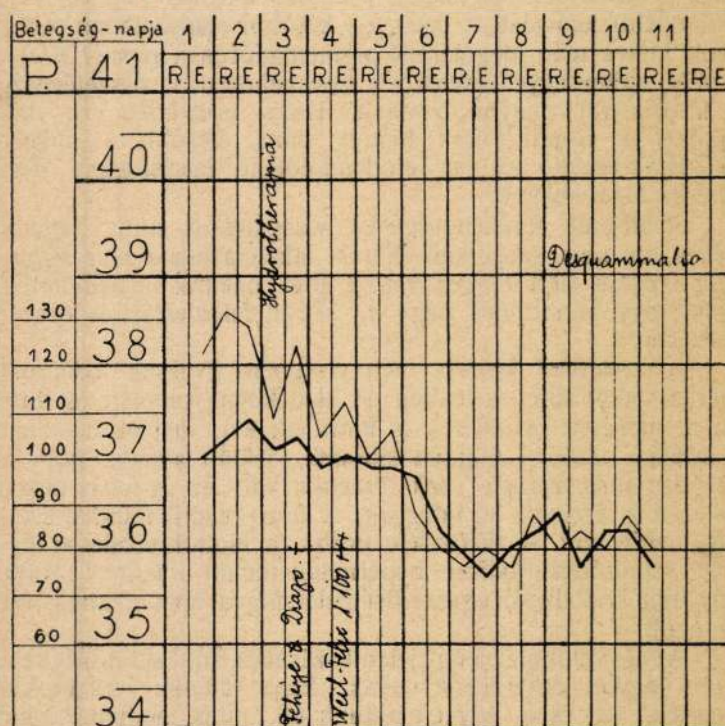
Fuchs az 1915.—16. évi kelet-galicziai járványban kétségtelenül megállapította, hogy a kiütéses-láz esetek 3—5%-ban kiütés nélkül folytak le. Ugyanezt az eredményt adta a mi megfigyelésünk az itt megbeszélte, Délnyugat-Volhynia egy részében 1916—17 telén és tavaszán lefolyt kisebb kiütéses-láz-járványban, nevezetesen 5%-ot.

Ismételten hangsúlyozzuk, hogy ezen kiütés nélkül lefolyó esetek szigorúan elválasztandók az egészen könnyű és abortív esetektől, melyek különösen gyermekeken 5—6 nap alatt egyszer csekély, másszor bőséges kiütés jelenlétében minden

súlyosabb agyvelő- és keringési jelenség nélkül lefolyhatnak. Ilyen eset például a következő:

S. T. 12 éves, az elkülönítőből. A betegség első napján hőmérséklet: 38,1°, pulsus: 100. Mérsékeltlen száraz nyelv. Fejfájás. Obstipatio. 2. nap: 3—4 roseola-gyanús folt a mellkas bal felén. Conjunctivitis, pharyngitis. Lép nem nagyobb. 3. nap: kifejezett exanthea a mellen, a hasfalán, a háton és az alkaron. Dietsch-symptoma. Hőmérsék: 37,4°, pulsus: 102. Fehérje, diazo: +. Vérvétel —. 4. nap. Közérzet jó. Reggeli hőmérséklet: 37,2°, pulsus: 98, rhythmusos. Léptompulat megnagyobbodott, a lép nem tapintható. A bakterio-serologiai vizsgálat eredménye:

Widal typh., paratyph.-A és -B 1:50—;
Weil-Felix: 1:100 + + +;
Vér-epe: steril.



4. ábra.

A 6. napon láztalan. Kiütés elhalványult. Radirgummi-jelenség. Rövid üdülési szak. Korpaszerű hámlás.

Ezen abortív és könnyű, valamint kiütés nélkül lefolyó esetek könnyen elkerülhetik a figyelmet, pedig epidemiologiai szempontból éppen olyan fontosak, mint például a közönséges anginának tekintett könnyű és rudimentaer scarlatina-vagy diphtheria-esetek, vagy mint a bacillus-hordozók typhusban és choleraiban. Ilyen könnyű esetekre hívják fel a figyelmet Töpfer és Schüssler, kiemelve a fertőző voltukat és ilyen esetekre gondolnak a betegség átnyaralását illetően. Ilyen esetek kerülhettek ki ama észlelők figyelmét, a kik 3—4 heti incubatióról írnak. Nekünk is sikerült egy „febris exanthematica ambulatoria“-t — mint Darányi ezen eseteket nagyon találóan nevezi — utólag felfedezni, a mikor tőle egy család három tagja már inficiálódott (28., 29., 30. eset). Így domborodik ki ezen esetek ismétlésének fontossága.

Klinikai megfigyeléseinkből csak néhányat akarunk röviden felemlíteni. A betegség kezdetére vonatkozólag kiemelendő a beteg környezetének is feltűnő sápadtsága, mely a lázas szakot megelőzi. Azon betegeken, a kik az elkülönítőből kerültek át a kórházba, mi magunk is megfigyelhetjük ezt a feltűnő sápadtságot, melyet Kollert a későbbi vasoparalysist megelőző fokozott vérér-tonusnak tart.

Az ismert, gyötrő, álmatlanságot okozó fejfájás rövidebb-hosszabb ideig minden esetben jelen volt. Figyelemre méltó — mint fentebb kiemeltük — a fejfájás lokalizálása a nyakszirtre és a proc. mastoideusok tájára, különösen intelligensebb betegeknél részéről.

A hőmérséklet és pulsus viselkedését a fenti görbék

eléggé mutatják. A betegség kezdetén beálló remissiókat, az egész betegség alatt jelentkező, különböző típusú arhythmákat, melyek a toxinnak a szívre mérgező hatását mutatják, esetünkben többször észleltük.

A conjunctivák, a torok-képletek és a felső légutak hurutja többnyire jelen volt.

A bélrendszer részéről a makacs obstipatio említendő, mely egy ideig még az üdülési szakban is fennállt.

A kiütés azon esetekben, a melyekben a kórházi megfigyelés alatt tört ki, nagyobb számmal a mellkas felső és oldalsó részein, a hónaljárokban és az alkar hajlító oldalán jelentkezett. Kiterjedése és alakja nagyon különböző volt, de mindig az ismert típusos képet mutatta. Gyermekeken gyakran nagyon hasonlított a morbilli exanthemájához. Ha még ehhez hozzávesszük az esetleg jelenlevő hurutos jelenségeket, a könnyebb lefolyást, a betegség későbbi stadiumában pedig a volt kiütés után megmaradó pigmentációt és a pozitív diazo-reactiót, akkor egyes esetekben gyermekeken az összetévesztés kanyaróval nagyon könnyű. Kétes esetekben az első napokon a Koplik-foltok hiánya dönt, később a pozitív *Weil-Felix-reactio* és az epidemiologiai összefüggés más kiütéses lázesetekkel.

A bőrerek törékenységének vizsgálatára mint nagyon értékes, de nem specifikus eljárást alkalmaztuk a már *Mayrhofer* közlése előtt *Finger-Kollert* által nekünk is bemutatott fogást: egy bőrredőnek négy ujj között felemelését és összenyomását.

A vizeletben kisebb mennyiségben gyakran találtunk fehérjét. Súlyosabb esetekben az üledékben finoman és durván szemcsézett cylinderek is fordultak elő, melyek azonban az üdülési szakban teljesen eltűntek, jeléül annak, hogy a vese bántalmazottsága csak átmeneti volt és gyorsan bekövetkezett a *restitutio ad integrum*. A *diazo-reactio* minden esetben pozitív volt. A *Weiss-féle* próba (a hígított vizelet arany-sárga színeződése kalium hypermanganicum-oldattal 1:1000, vagy egy kristállyal) egyszerűségénél fogva igen alkalmasnak bizonyult.

Az agyvelőtünetek úgy jelentkezésükre, mint súlyosságukra nézve nagyon különbözők voltak. Ezen tünetek általánosan ismertek. Itt csak egyet említettünk fel, mint nagyon rossz prognosisos jelet: az arc izomzatának fibrillumos rángásait. Ha ehhez még az ajak, az ujj és a kéz tremora is járul, vagy pedig az uraemiás görcsökhöz hasonló görcsök állanak be: akkor a vég nagyon közel van.

A sympathicotoniáról, illetőleg az adrenalin-anyagforgalomról végzett vizsgálataink (*Löwi-* és *Csépai-féle* reakciók segítségével) nem adtak olyan eredményeket, hogy belőlük következtetéseket lehetne levonni.

Complicatiót csak csekély számmal észleltünk, és pedig:

- pneumoniát 3,
- parotitist 1,
- thrombophlebitist 1,
- súlyos decubitust 1.

Egy esetben (41.) a lázas szak vége felé fejlődött phlyktaena calomel-behintésre és meleg borogatásokra feltűnően gyorsan gyógyult. Végtagoknak vagy ujjnak, a fülnek vagy az orrnak gangraenája, melyről több közleményben olvashattunk (*Jürgens, Gränz*), egy esetünkben sem fordult elő.

A halál fokozatos szívgyengeség következtében állott be, két esetben az említett súlyos agy-intoxicatiós symptomák kíséretében.

A diagnosis az epidemia megállapítása után a klinikai kép és a *Weil-Felix-reactio* alapján nem okozott nehézségeket. Bár a *Weil-Felix-reactio* értékelése megbeszélésünk tárgyához szorosan nem tartozik, mégis ráakarunk mutatni arra, hogy a táblázatra vetett első pillanatra kitűnik, hogy e reactio a klinikai diagnosissal minden esetben egyezett. Azokban az esetekben, melyekben a serum a betegség 3.—4. napján még nem agglutinált, a reactio a későbbi napokban pozitív lett, sőt nem egy esetben az üdülési szakban megejtett *Weil-Felix-reactio* támogatásával visszamenőleg is állapítottunk meg kiütéses-lázat. Más betegségben (pneumonia, tuber-

culosis, a gyomor-bélrendszer nem infectiós megbetegedése, eczema stb.) a reactio mindig negatív volt. E szerint a *Weil-Felix-reactio* az x_{19} proteus-törzsszel biztos diagnostikai segédeszköz. A próba maga egyszerű és látszólag specifikus (*Soucek*).

A serum minden esetben *Widal-typh.*, paratyph.-A és -B-re való agglutináló képességére is vizsgálat alá került. Ha a táblázatban foglalt vizsgálati eredményeket nézzük, láthatjuk, hogy a *Widal-typhus-agglutinatio* 1:50 és azon felül való hígításban csak 5 esetben volt pozitív. Három esetben (három testvér) a megbízható anamnesisben 6 év előtt kiállott typhus abdominalis volt kimutatható. *Fuchs* az említett kelet-galicziai járványban 16.6%-ban talált 1:100 és azon felüli hígításban pozitív *Widal-reactiót*. Ezen körülményt régebbi időben kiállott hastyphusra vezeti vissza, mely a helyi viszonyok tekintetbevételével könnyen érthető.

A járvány súlyosságát a következő összefoglalás mutatja:

100 esetből:

Kor	Szám	Gyógyult	Meghalt	Halálozás %-ban
0—10	16	16	—	5%
11—20	37	37	—	
21—30	20	19	1	
31—40	11	11	—	
41—50	11	9	2	
51—60	4	3	1	
61—70	1	—	1	
Összesen	100	95	5	5%

Ezek szerint az általunk észlelt kisebb epidemiát könnyűnek kell mondanunk, még könnyebbnek, mint a *Vieting E.* által leírt „Eine kleine Fleckfieberepidemie unter russischen Landeseinwohnern“-t, a ki 6.6% mortalitást közöl és hangsúlyozza a jóindulatú lefolyást. *Fuchs*-nak polgári betegei közt 10% volt a halálozás.

A fenti összeállítás azt is mutatja, hogy — mint már régen ismeretes — a kor a kiütéses láz ellen semmi immunitást sem nyújt. Csecsemő-betegünk éppen úgy volt, mint 60 éven felüli, bár a fiatalabb egyének kétségtelenül kevésbé vannak veszélyeztetve.

A betegség súlyossága a kiütés intenzitásával nem áll egyenes arányban. Kiütés nélkül lefolyt két esetünk súlyosnak mondható, viszont olyan betegünk is volt, a kin az exanthema az arcra is ráterjedt, anélkül, hogy a közérzet és szívműködés súlyosabb zavara lett volna jelen. Jó prognosisos jelnek tartjuk a léptompulat korán jelentkező kisebbedését, rosszznak az említett agytüneteket és a complicatiót pneumoniával. (Vigyázzunk a fűrdetés és tetűtlenítés alkalmazásával.)

Therapiásan a fejfájás ellen kisebb adag pyramidont adtunk és hideg fejbörögatásokat alkalmaztunk. Antipyreticum gyanánt chinin és hideg begöngyölések, lemosások szolgáltak. A legnagyobb figyelmet a szív ereje igényli. Az erélyes digitalis-therapiát azonnal kezdjük meg. (Digalen, digipuratum, ellenben a digitalis-levelek itt a harcztéren nem megbízhatók.) A lázas szak vége felé és a láztalanvá válás idejében, sőt az első láztalan napokon is a kámmal és coffeinnel ne takarékoskodjunk. A betegek szobájának permanens szellőztetésére nagy gondot fordítottunk.

A prophylaxisos intézkedéseket ezen munka keretei közt bővebben nem tárgyalhatjuk. A hadvezetőség részéről kiadott rendeletek és intézkedések a betegek és gyanúsok elhelyezését, a hozzátartozók megfigyelését és tetűtlenítését illetőleg tökéletesek és a helyi viszonyoknak leginkább megfelelnek. Csak egyet jegyzünk meg: ezen intézkedéseket és rendeleteket a legnagyobb szigorral és a legkíméletlenebb eszközökkel keresztül is kell vinni. Hogy mégis kórházunk különítménye-

nek két orvosa megbetegedett (jó kimenetellel), annak tudható be, hogy az egyéni prophylaxisos eljárások és intézkedések a polgári lakosságot saját lakásaiban is felkereső orvosok részéről nem vihetők keresztül teljesen.

Még egy megfigyelésünk érdemes a közlésre és pedig arra vonatkozólag, hogy a vér a láztalanná válás után mennyi ideig fertőző. Ezen kérdéstről különböző közléseket olvashatunk. *Jürgens* szerint: „Infektionen sind noch nie durch einen verlausten Fleckfieberrekonvaleszenten entstanden“; hasonlóképpen ír *Töpfer*, a ki csak a lázas szak végéig tartja fertőzőnek a beteget, sőt könnyebb esetekben csak az exanthema elhalványodásáig. *Jochmann* betegeit nem engedi el addig, a míg a bőr hámlása be nem fejeződik, mert a beteg vére a láz leesése után még fertőző. *Fonyó* 3 hétig fertőzőnek tartja a láztalanná vált beteget. Egy családot találtunk mi is, melyben más kórházból 14 láztalan nap után elbocsátott beteg két nővérét fertőzte meg.

Mi magunk az üdülőket 3 hétig tartottuk vissza kórházunkban.

Összefoglalva megfigyeléseinket a tárgyalt kisebb kiütéses láz-járványról, mondhatjuk:

1. Kétségtelenül vannak kiütés nélkül lefolyó kiütéses láz-esetek.

2. A kiütés nélkül lefolyó, továbbá az abortív és könnyű esetek epidemiologiailag nagyon fontosak.

3. Diagnosisuk a klinikai kép, a *Weil-Felix-reactio* és az epidemiologiai összefüggés alapján biztos.

4. A járvány elkerülése céljából az első esetek felismerése és az óvintézkedések kiméletlen, késedelem nélkül való foganatosítása szükséges.

5. Megfelelő kezelés és ápolás mellett a járvány nagyobb áldozatokat nem követel.

Ime, a kiütéses láz elvesztette régi neveit: „a háborúk réme“, „országokat elpusztító veszedelem“ stb. És ez nem véletlen! Ezt nem lehet az „enyhébb“ genius epidemicusnak betudni, hanem az orvosi tudomány, de különösen a higiéné és bakteriologia fáradságos munkája eredményének kell tekintenünk.

Közlés a ... sz. táborig kórházból. (Parancsnok: Veress Ferencz dr., törzsorvos, egyet. magántanár.)

Élő piócza a légsőben.

Közlő: *Kellermann Emil* dr., m. kir. honvéd-főorvos, alorvos a budapesti Szt. János-kórház gégeszeti osztályán.

A tracheában előforduló idegen testek változatos és érdekes casuisticáját szaporítja a következő eset:

H. O. A. 38 éves szmirnai születésű, török gyalogos 1916 augusztus 26.-án jelentkezett a kórházban felvétellel. Előadja, hogy 4 hét előtt, Gallipoli-félszigetről az északi harctérre jövet, egy patakából vizet ivott és akkor érezte, hogy valami lecsúszott a torkán. Nem törődött a dologgal, mikor azonban több társának a szájából, a kik ugyanabból a forrásból ittak, a zászlóaljorvosfőnök pióczát szedett ki, ő is beteget jelentett, azonban elutasították. Néhány nap múlva újra jelentkezett már kifejezett panaszokkal, de az eredmény újra elutasító volt. Végre az orvos „bájának megállapítása végett“ kórházba utalta.

A beteg gyakori nehézlégzésről panaszodik, állandó köhögésre ingerlő érzése van, melyet semmiféle csillapító szerrel befolyásolni nem lehet. Időnként egy-egy erősebb köhögésroham után véres köpetet ürít, mely után egyidőre szűnnek kellemetlenségei. A hang fátyolozott, rekedtes.

Szív, tüdő normalis. Szájban, garatban, kóros elváltozás nem észlelhető. Gégetükri vizsgálatnál, napfény mellett, mindkét hangszallag belöveltnek, duzzadtnak látszik. Mély belégzéskor a bal hangszallag alig tér ki a középállásból; a tracheában egy barnás, kisujvastagságú, baloldalról kiinduló, jobbra és lefelé tartó idegen test tűnik szembe, mely nemcsak a légzőmozgásokat követi, hanem activ mozgásokat (összehúzódást, elernyedést) is végez. A talált lelet teljesen iga-

zolta a beteg panaszait és kétségtelenné tette, hogy egy élő idegen test van légsőjében.

Az eltávolításra két mód állott rendelkezésemre. Közvetlen úton véres műtéttel, vagy pedig indirect úton, a táborig kórházak sebészeti műszertárában található hajlított fogó segítségével. Az utóbbira határoztam el magam, előkészítvén természetesen mindent esetleges erősebb utóvérzés csillapítására.

A gége alapos cocainozása után, este, lámpafény mellett a kép a következő volt. Egy barnás, vöröses tömeg lógott a tracheában, mely látszólag a bal hangszallag alsó felületéről, annak szabad szélé közeléből indult ki.

Be- és kilégzéskor a szóbanforgó testen passiv mozgást lehetett észrevenni. Az activ mozgások valószínűleg a cocainozás folytán szűntek meg. Óvatosan bementem a két hangszallag között, a fogót kissé jobbra fordítva, s ekkor éreznem lehetett, hogy a két szár közé puha, rugalmas test került. Lassú húzás és emelés után napvilágra jutott egy kb. 10 cm. hosszú, 1½ cm. vastag u. n. lópiócza. Véletlenül alkoholba dobtuk, de életbenléte demonstrálása végett hirtelen kivittük és vízbe tettük. Néhány percig eszméletlenül hevert, de nemsokára teljesen magához tért és élénk mozgásokat végzett.

Pár óra múlva egyikünk alkarjára helyeztük és akkor meggyőződhattünk életképessége felől, minthogy a piócza rövid néhány másodperc alatt megkapaszkodott szívójával a bőrben. Ennek a kísérletnek a kórház parancsnoka és egész orvosi személyzete tanúja volt.

Kétségtelen, hogy a piócza aspirálás útján jutott a gégebe és ott valószínűleg folytonos mozgás közben lekerült a hangszallagok alá. Kérdés, hogyan maradhatott meg ebben a helyzetben heteken keresztül, mikor tudvalévő dolog, hogy a piócza, ha tele szívta magát vérrel, elengedi a szívott felületet és leesik. Lehetséges, hogy nem érzett biztos talajt maga alatt és ezért nem engedte el a tapadáshelyet. Hogy mennyire erősen kapaszkodott, legjobban bizonyítja az a körülmény, hogy mikor cocaintól bódultan, mint egy élettelen test lógott le a tracheában, még akkor sem engedte el a hangszallagot, hanem bizonyos fokú erőt kellett eltávolítására fordítanom.

A beteg utána jól érezte magát, mindkét hangszallaga szabadon mozgott. Semmi utóvérzése nem volt. Másnapra hangja teljesen feltisztult és harmadnapra egészségesen elhagyta kórházunkat.

Közlésre méltónak találtam az esetet, mert tudtommal hozzá hasonló az irodalomban megemlítve nincs. *Härting* közöl ugyan a Münch. med. Wochenschrift 1916 október 17.-i számában 3 esetet, de itt a pióczák a hangszallagok felett voltak.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Felix Reinhard: Geschichte des Heeressanitätswesens, insbesondere Deutschlands. Mit 2 Abbildungen im Text. Jena, Gustav Fischer, 1917. Ára 2 márka.

A specialis kutató részére több rendbeli tekintélyes munka áll rendelkezésre. *Reinhard* érdeméül kell betudnunk, hogy az első kis méretű, mindössze 78 lapnyi, monographiát bocsájtotta a nagy orvosi közönség rendelkezésére, mely dióhéjban és mégis velős rövidegességgel mutatja be főleg Németország hadegészségügyének fejlődését, alkalmat nyújtván ilyenformán egy oly orvosi szakma története iránt tájékozódást szerezhetni, a mely szakma manapság az orvosok túlnyomó többségét foglalkoztatja. Az első rész az ó-kort tárgyalja a legrégebb időktől kezdve a római császárságig; a második a középkort, a harmadik pedig — a munkának voltaképpen súlypontja — az újkorral foglalkozik a Frigyes-előtti időktől fogva a jelenkorig.

A munkának egy észrevehető hiányát nem hallgathatjuk

el. Franciaországnak a hadegészségügy fejlesztése terén semmi körülmények közt el nem mellőzhető, egyenesen úttörő érdemei vannak. Ezekről *Reinhard* nem emlékezik meg.

A munka kiállítása a *G. Fischer* kiadóczég gondosságát dicséri.
Györy.

Új könyvek.

O. Naegeli: Unfalls- und Begehrungsneurosen. Stuttgart, F. Enke. 9.40 m. — *E. Villiger*: Gehirn und Rückenmark. Leipzig, W. Engelmann. 14 m. — *E. Korschelt*: Lebensdauer, Alter und Tod. Jena, G. Fischer. 5 m. — *E. H. Kisch*: Die sexuelle Untreue der Frau. Bonn, Marcus und Weber. 4.50 m. — *S. Kutna*: Seuchentafel. Die wichtigsten Kenntnisse und Vorschriften über die Bekämpfung der Infektionskrankheiten. Wien, M. Perles. 2 K. — *J. Misch, C. Rumpel, A. Guttmann, J. Joseph und H. Lennhoff*: Die Kriegsverletzungen der Kiefer und der angrenzenden Teile. Berlin, H. Meusser. 34 m. — *R. Klapp und H. Schröder*: Die Unterkieferschussbrüche und ihre Behandlung. Berlin, H. Meusser. 14 m. — *W. H. Becker*: Briefe an Angehörige von Geisteskranken. Berlin, S. Karger. 2.50 m. — *O. Reinhard*: Sonnenlichtbehandlung in der Chirurgie. Stuttgart, F. Enke. 11.60 m.

Lapszemle.

Sebészet.

A **narcosis alatt** létrejöhethető esetleges karidegbénulások elkerülése céljából *Rosenstrauss* a beteg karjait a mellkason keresztbe téve, a betegnek alulról felfelé hajtott ingébe csavarja bele. Ha a kezek az első bordát elérték, e helyzetben rögzíti őket. 1400 ily módon altatott beteg közül egyetlen egyen sem észlelt bénulást. (Münchener med. Wochenschrift, 1917, 22. sz.)
M.

Az **appendicitis aetiologiájára** nézve *Gelinsky* főorvos a következő észleleteit közli: Az utóbbi időben az ország belsejében feltűnően megfogyott a heveny appendicitises betegek száma. China és Perzsia bennszülöttjei között az appendicitis ismeretlen megbetegedés, holott a megfelelő égvő alatt élő európaiak között gyakori. E különbséget a szerző abban találja, hogy míg a kínaiak és perzsák túlnyomóan vegetáriánusok, az európaiak inkább hús- és zsírvivők s így ez utóbbiakon az ezen állati eredetű táplálékok által előidézett homlás-termékek a belek rendes peristaltikáját megváltoztatva (obstipatio), appendicitist idézhetnek elő.

E feltételből kiindulva érthető, hogy a mióta a kis hús- és zsíradagok léptek életbe, az acut appendicitisek száma is feltűnően alábbszállott. (Münchener med. Wochenschrift, 1917, 23. szám.)
M.

Venereás betegségek.

A **new-yorki prostitútoról** ír *E. Rossen* (Wiesbaden). A new-yorki rendőrség erélyes működése következtében a nyilvános prostitúto New-Yorkban lényegesen csökkent a legutóbbi időben. A világ legnagyobb városában elvesztette a nyilvános prostitúto nagy méretét és szerveztségét. A prostitúto búvóhelyei a következők: 1. nyilvános házak; 2. nagy bérkaszárnnyák; 3. bizonyos szállodák és „butorozott szobás házak”; 4. találkahelyek; 5. massage-intézetek. A nyilvános házban a nők rendszerint nagy közös teremben tartózkodnak (úgynevezett parlor house). Vannak oly házak, melyekben a prostituáltak nem tartózkodnak állandóan, hanem a hová őket a kereslet szerint hívják (call house). Ez az intézmény hasonlít némiképpen a japán teaházhoz. New-Yorkban és környékén 1915-ben 142 nyilvános ház létezett. Az ezekbe tartozó prostituáltak száma 1668 volt. Ezzel szemben 1915-ben már csak 22 ily ház állt fenn, összesen 50 lakóval. 575 nagy bérkaszárnnyában (tenement house) 1172 lebujt találtak 2294 bennlakó nővel. Ez 1912-ben volt, a mivel szemben 1916 végén e lebujok száma már csak 150 volt. E szép eredménnyel szemben azonban növekvőben van a találkahelyek száma, a mi természetes is. Az elnyomott és elfojtott prostitúto nem tűnik el, csak jobban rejtőzik. Az ál-massage-intézetek 1912-ben még erősen virultak, számukat akkor 300-ra tették.

Az utcái prostitúto is lényegesen visszafejlődött. Nemcsak kevesebb az utcái prostituált, de kevésbé tolakodó is.

A bordélyosok nagyobb száma még néhány év előtt férfiból állott. 1912-ben még 600 bordélyos és felhajtót ismert a rendőrség. Mostanában tömegesen kivándorolnak. (Der matologische Wochenschrift, 1917, 24. sz.)
Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Helybeli vérzéscsillapító szer gyanánt *Momburg* melegen ajánlja a Merck-gyár által forgalomba hozott *fibrin Bergel-t*, a mely poralakban hintendő a vérző területre és szorítandó oda ujjakkal rövid időre. Még parenchymás májvérzés eseteiben is, a melyek pedig oly nehezen befolyásolhatók, jó eredménnyel használta. (Zentralblatt f. Chirurgie, 1917, 18. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 29. szám. *Stein Fülöp*: Alkohol és venerikus betegségek.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 30. szám. *Szabó József*: Az állkapocs sérüléseinek konservatív kezelése. — *Szász Emil*: Az Országos Hadigondozó Hivatal alsótátrafüredi tüdőbeteg gyógyintézete.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Rozsnyai Bertalan* dr. és *Bojársky Béla* dr. löcsei, továbbá *Teschler Antal* dr. iglói orvost Szepes vármegye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

A **budapesti önkéntes mentőegyesület** májusban 1069 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1287 szállítást végzett, 69 esetben mint mozgóorség szerepelt és 25-ször vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. A május havi működés főösszege tehát 2451.

Meghalt. *Mester Gyula* dr. Nagykőrös tiszti főorvosa július 16.-án. — *Klug Alajos* dr. mosonbátfalvai körorvos 36 éves korában július 17.-én. — *M. Knies*, régebbsen a szemészet rendk. tanára Freiburgban.

Személyi hírek külföldről. *H. v. Baeyer* müncheni magántanár a würzburgi egyetemen az orthopaedia rendk. tanárává nevezték ki. — *H. Schramm* magántanár Lembergben (sebészet) rendk. tanár lett; *Fr. Lewkowicz* dr., a gyermekorvos tanár a krakói egyetemen, rendes tanári címet nyert; *G. Olpp* (tropusi orvostan) és *H. Schlössmann* (sebészet) tübingeni magántanárok rk. tanári címet kaptak.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.
Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

Dr. Grünwald sanatoria Budapest, Városligeti-fasor 13-15.
Felvétetnek férfi- és nőbetegek
nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratorium.**

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete
Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égekzülések, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa.

DOLLINGER BELA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Máriá-utca 34.

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fasor 11.
Telefon József 14-51.
Belbetegek részére. — **Vizgyógyintézet.** — **Laboratorium.** — **Röntgen.**
Dr. RAJNIK PÁL. — **Dr. KOVÁCS ALADÁR.**

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

— **UJTÁTRAFÜRED.** — **Heliotherapia.**
1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

Művégtagok járó és támasztógépek, egyenestartók, rugónélküli sérvkötők, műcipők stb. modern kivitelben készülnek
Orthopaedia-Részvénytársaságnál Budapest VI., Nagymező-u. 4.
Telefon 11-08. — Gyors és individuális kiszolgálás.

DR. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.
Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis. — bénulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

Dr. Eckwert és Murányi orvosi-, vegyi- és bakteriologiai-
LABORATORIUMA
Budapest, V., Lipót-körút 13, II. 12. • Telefon: 134-40.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VII. rendes tudományos ülés 1917 márczius 31.-én). 421. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 422. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(VII. rendes tudományos ülés 1917 márczius 31.-én.)

Elnök: Tóth István.

Jegyző: Molnár Béla.

Ritka lefolyású polycytaemia esete.

Molnár Béla: Az 58 éves nőbeteg legújában f. év február 16.-a óta tartózkodik a III. sz. belklinikán. Legelső ízben már 13 év előtt feküdt a klinikán, a mikor is a *Bence* tagtárs által 1906-ban a Deutsche mediz. Wochenschrift-ban közölt 3 polycytaemia-eset egyike volt. Akkor a polycytaemia typusos képét mutatta. A vörös vérszámja 8,060,000, a fehér vérszámja 7300 volt. A szövettani kép eltérést nem mutatott. A mostani panaszai a betegnek más természetűek, mint 13 év előtt, vértódulásai egyáltalában nincsenek, bágyadnak, gyengének érzi magát, tehát oly panaszok állanak előtérben, mint a milyeneket anaemiásoktól szoktunk hallani. Az azelőtt kékes-vörös bőrű, polycytaemiás színű beteg bőre és nyálkahártyái halványak, olyan színben van, mint az anaemiások. A léptumor igen nagy, alsó szélével egészen a symphysisig ér, a máj is jelentékenyen meg van nagyobbodva, alsó szélé a köldök magasságáig ér le. Meglepően érdekes képet mutatott a haematologiai lelet. A vörös vérszám 350,000, a haemoglobin 45, a festési index 0.62. Nagyfokú elváltozást mutat a vörös vérszám szövettani képe, a mennyiben nagyfokú az aniso- és poikilocytosis, kifejezett a polycytomasia, basophil granulatiójú vörös vérszám láthatók, sőt normoblastok és megaloblastok is. 400 fehér vérszám megfigyelése közben 6 normoblastot és 10 megaloblastot számoltunk meg. A fehér vérszámja 8200 volt, ebből polynuclearis neutrophil leukocytá 49.5%, eosinophil 2.5%, basophil 2%, neutrophil myelocytá 13%, basophil myelocytá 1%, myeloblast 1%, Rieder-alak 2.75%, lymphocytá 16.75%, átmeneti 4.25%, mononuclearis 7.25. A vér szövettani képe a 13 évvel ezelőtti lelethez képest óriási változáson ment át. Polyglobuliás vérszám helyett oly csökkent vörös vérszámot kapunk, mely a normalison is jóval alul maradt. Differentialdiagnostikai szempontból gondolhatna valaki myeloid leukaemiára, Banti-kórra. Azonban a haematologiai lelet és a klinikai lefolyás alapján, és főleg elsősorban arra támaszkodva, hogy ismerjük esetünknek 13 évre visszamenőleg előző stadiumait, retrospective a diagnoszt atypusos polycytaemiára kell tennünk, mely annyira megváltozott, hogy maga a tiszta polycytaemia az észrevehetetlenségig a háttérbe szorult.

Az esetet talán úgy lehetne elképzelni, hogy az az agens, a mely a betegség elején főleg csak az erythroblastikus szövet hyperfunctiójára és így polycytaemiára vezetett, mindinkább a myeloid szövetet is izgatja, olyannyira, hogy mindkét rendszernek kimerülése jön létre és ebben a kimerült állapotában a rendszernek éretlen sejteteket juttat a keringésbe.

Korányi Sándor báró: A bemutatott eset azt a benyomást kelteti, mintha a polycytaemiát okozó elváltozás, legyen az akár hypsplenia, akár más, évek hosszú sora alatt kimeríthetné a csontvelőt. Akkor tevékenységének eredménye elégtelen, az inger hatása alatt pedig qualitative olyan, akár csak a haemolytikus anaemiák sorába tartozó anaemia peniciosákban, a leukopoëtikus rendszer működése quantitative szintén elégtelen, qualitative pedig éppen úgy elárulja a fokozott inger alatt végbemenő működést, mint a leukaemiában. A qualitative hasonlóság lehet talán a megfejtése annak, hogy a benzol a leukaemia vérvéképén kívül a polycytaemiát is javíthatja.

Az állkapocssérülések gyógyítása.

Wein Dezső: Az előadó hangsúlyozza, hogy az állkapocssérülések prognosisa szempontjából 2 momentum fontos: a betegnek azonnal való szállítása megfelelő kórházba és a therapiának a sérülés minden részletére egyformán kiterjedő, egységes szempontból való vezetése.

Az állkapocssérülések legnagyobb része törés és ezeknek gyógyításakor az első lépés mindenkor a törésvégek rögzítése, illetve az oclusio megzavarása esetében azok szabályozása. Csak normalis oclusióban levő törésvégeket szabad rögzíteni.

A lágyrész-sérülések heges gyógyulása után következik azok plastikája, majd a szükséghez képest az elveszett csontok osteoplastikai pótlása és végül a hiányos fogazat kiegészítése.

A sikeres csontátültetés előfeltételeit az előadó 3 tételben foglalja össze: 1. *asepsises műtét*, 2. *az állkapocs tökéletes immobilisatiója* és 3. *a transplantatum rögzítésekor minden idegen anyag kerülése*. A transplantatum viselkedésére vonatkozóan az a nézete, hogy a transplantatum felszívódik, de eközben megindítja a csontképző folyamatot, a mely a resorptiv folyamatot egyensúlyozza.

Ertl János: A mi az állkapocs hatti sérüléseit illeti, azoknak therapiája csakugyan a jelen háború alatt fejlődött ki; érthető tehát, hogy kezdetben e téren többféle, többé-kevésbé szerencsés eljárás keletkezett.

A VI. sz. tartalékkórházban még az 1914. év végén bevezetett a successive fejlesztett therapeutikai és műteti eljárások lényegesen különböznek a bécsi s németországi eljárásoktól, különösen pedig a düsseldorfitól.

Természetes, hogy a többféle therapiai eljárás közül azt kell jobbnak tartanunk, melyvel aránylag rövidebb idő alatt kevesebb művi beavatkozás árán tudjuk a sérültet definitive meggyógyítani, illetve újból szolgálatképessé tenni.

A VI. sz. tartalékkórház eljárásai a többtől lényegükben már abban különböznek, hogy mindazon friss középsúlyos eseteket, melyekben nincs kiterjedt csontdefectus, csupán körülbelül 2 cm.-es löcsatorna, megoperálják, ha 6–8 heti conservativ kezelésre spontan nem mutatnak consolidáló tendenciát.

Ezen esetekben osteoperiostalis plastikát végeznek. A löcsatornát feltárják, a periosteumot kétoldalt hajtják, a sequestereket eltávolítják, ha periosteummal összefüggő életképes csontszilánkokat találnak, azokat egymással contactusba hozzák, majd a periosteumot a löcsatorna felett összevarrják, a löcsatornát pedig a szájür felől jodoformgázzal kitömik. Ezen kezelésre az esetek 6 hét alatt consolidálnak s teljes functióval meggyógyulnak.

Az így kezelt eset tehát 12–14 heti összkézelésre definitive meggyógyul.

A tapasztalat azt mutatta, hogy mindazon esetek, melyek 6–8 heti conservativ kezelésre nem gyógyultak meg s osteoperiostalis plastikát rajtuk nem végeztek, pseudarthrosisokba mentek át.

Igy tehát azon esetek, a melyek osteoperiostalis plastikával 12 hét alatt meggyógyíthatók lettek volna, annak elmulasztásával, mint pseudarthrosisok, már csak sikeres transplantatióval voltak meggyógyíthatók, miáltal a gyógytartamuk évekig is elhúzódhatott.

Hozzászóló tapasztalatait nemcsak a kórházban kezelt közel 1000 eset, hanem a bécsi orvosegyesületben tartott előadás és discussio, valamint Németország legnagyobb „Kieferstation“-jainak (Berlin, Hamburg, Düsseldorf, Frankfurt, München) tanulmányozása s szaktekintélyekkel való személyes megbeszélés alapján szerezte.

Ez alapon az egész tan mai állásáról teljes áttekintést nyert.

A mi a transplantatiós eljárásokat illeti, az előadó Lindemann eljárásait minden részletben alkalmazza. A VI. sz. tartalékkórházban alkalmazott transplantatiós eljárások úgy conceptio, valamint műteti technika szempontjából Lindemann eljárásaitól lényegesen különböznek s ennek tudható be, hogy e téren sokkal gyorsabb, praecisebb gyógyulás-eredményeket értek el.

A transplantatio sikere szempontjából nem elegendő a transplantatum sima begyógyulása, hanem, hogy a functióképesség helyreállítsák, feltétlenül szükséges, hogy az a törésvégekkel csontosan is consolidálódjék. Lindemann eljárásainál a consolidatio nagyon lassan áll be. Sok esetben hónapokig, évekig is várakoznak reá, végeredményben pedig igen gyakran nem is tökéletes.

A VI. sz. tartalékkórházban a második héten már adaptatio észlelhető, a 6. héten a consolidatio Röntgen-képen is megfigyelhető, a 3. hónapban pedig már annyira tökéletes, hogy a transplantált már teljesen jól táplálkozik, kenyérhéjat, kemény chokoládét könnyen átharap.

Lindemann eljárásával csupán a mandibula egyenes részein ülő hiányok pótolhatók. Ha a defectus nagyobb s görbületet is igényel, Lindemann a Payr által ajánlott crista spinae ileivel pótolja két ülésben. Egy ülésben a corpus mentalis részét, s ha ez begyógyult, a haránt-szarát transzplantálja. Ezen eljárásnál a consolidatio már nagyon kétséges.

Ezzel szemben a VI. sz. tartalékkórházban bármily nagy defectust az ott bevezetett hajlítható transzplantatummal egy ülésben pótolnak. Ezen eljárásnál az eredmények még jobbak, mint a merev-rendszertől transzplantatióval. A 6. héten itt is teljes a consolidatio.

A VI. sz. tartalékkórház transzplantációs eredményeit legjobban illusztrálja a műtéti statisztika. 100 transzplantációra 3 primaer gyógyulás esett s 5 esetben az egyik törésvégén a consolidatio nem állott be; mindez azonban csupán az első esetekben fordult elő.

Jelenleg a fejlettebb műtéti s technikai eljárásoknak tudják be azon szerencsés körülményt, hogy minden transzplantációjuk teljesen jó funkciót eredményez s hogy az eljárást ma már mint akármely más típusos műtétet rendszeresen alkalmazzák.

Transzplantációs eredményei és személyes tapasztalatai alapján hozzászóló az előadó által demonstrált Lindemann-féle eljárással szemben a VI. sz. tartalékkórházban alkalmazott eljárásokat tökéletesebbeknek tartja.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Carcinoma cardiae hosszasan tartó esetét ismertette Gerhardt a „Würzburger Aerzteabend“ április 24.-én tartott ülésén. Az 54 éves betegnek 4 év óta vannak gyomorpanaszai. Egy év előtt laparotomiát végeztek rajta és inoperabilis cardia-rákot találtak. Azóta csak mérsékeltek voltak a panaszai; legutóbb mellkasa baloldalán székelő fájdalmak és általános gyengeség miatt jelentkezett. A vizsgálat nagy daganatot derített ki a bal hypochondriumban, továbbá oesophagus-szűkületet s a szűkület fölött tágulatot. Folyékony diéta és papaverin használatára állapota annyira javult, hogy foglalkozását ismét megkezdheti.

PÁLYÁZATOK.

5673/1917. kig. sz.

Csik vármegye gyergyószentmiklósi járásában Gyergyóújfalu székhelylyel Kilyénfalva, Vasláb és Tekerópatak községekből álló közegészségügyi körben üresedésben levő **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. szakaszában előírt képesítésüket s eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi augusztus hó 14.-éig** annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Az állás javadalmazása 1600 korona törzsfizetés, 200—200 kor. korpótlék, természetbeni lakás, szabályrendeletileg megállapított látogatási és rendelési díjak, halottkémlélesi és vágóbiztosi díjak.

Megjegyzem, hogy a legtávolabbi község a kör székhelyétől 6 km. távolságra fekszik.

A választást Gyergyóújfalu község-házánál f. évi augusztus hó 16.-án délelőtt 10 órakor fogom megtartani.

Zakariás, főszolgabíró.

ORVOSNÖVENDÉK

hosszabb kórházi gyakorlattal **fürdőhelyen** vagy **szanatóriumban állást vállal.** Ajánlatokat a „Petőfi“ irodalmi vállalat VII., Kertész-utca 16 továbbít.

Kapsulae Sangonor

sec. Kormos

a Gonorrhoea gyógyításának legjobban bevált **hazai** készítménye.

(Tartalmaz: Tiszta keletindiai sandalfa-olajt és Kawa-mézzat.)

Előnyei: Könnyen emészthető, a gyomor igen jól tűri, mellékhatások nem lépnek fel. A helyi kezelést előmozdítja, a betegség heveny és idült stádiumában.

Ezen kitűnő Antigonorrhoeicumból orvos uraknak mintadobozzal **készítéssel szolgál:**

Kormos Aladár

Magyar király gyógyszerértára

Budapest, V., Fürdő-utca 12.



Natrarsen ERI

Pearson-oldat) 0,001—0,02 emelkedő sorozatokban a legideálisabb arseninectio.

Rózsavölgyi Imre
gyógyszerész

Speciallaboratorium ERI
Budapest, VI., Aréna-út 124.

Próbák ingyen és bérmentve.

Orvosilag elismert speciális gyógyszerkészítmények:

Arsorobin. 0.05 és 0.01 Natr. Methylarsenat-oldat. Arzenkurára.

Argosol. Isotoniás kolloid. ezüst-oldat: sepsis, pneumonia, endocarditis stb. Intravenosus, intramuscularis injectio.

Hydarsol. Sol. Mercurisalicylarsenat. Lues esérében; intravenás vagy intramuscularis befecskendezésre.

Mintákat díjmentesen küld az orvosoknak
MARBERGER GYULA, orvos-gyógyszerészeti laborluma, UJPEST.

Nöhring B. IV

Tuberculosis elleni gyógyszer.

St. I: könnyebb eseteknek } Közelebbit a használati utasításon.
St. II: súlyosabb eseteknek }

Subkutan-injectio számára 1 ampulla=4—10 heti adagnak.

Eredeti csomagolások: St. I: 1 ampulla K 7.50, St. II: 1 ampulla K 5.—
5 ampulla K 35.—, 5 ampulla K 23.50.

Dr. med. Nöhring B. IV-Werk, Coswig (Sa.)

Főlerakat Ausztria-Magyarország és a balkánállamok számára: Th. Lindner, Wien VIII, Hamerlingplatz 7.