

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markosovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Dieballa Géza: Közlés a székesfővárosi Szt. István-kórház E) osztályáról. I. Egy 13 év előtt gyógyult anaemia sorsáról. II. Anaemia perniciososa remissiójának esete gümőkór kapcsán. 871. lap.

Alapy Henrik: Közlés a Bródy-gyermekekórház sebészeti osztályáról. A gümőkóros coxitis és gonitis conservativ kezelésének végeredményeiről. 874. lap.

Látrányi Sándor: Az epilepsia és az uratok viszonya. 877. lap.

Az orvosi továbbképzés ügye. 878. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Báró Kőrönyi Sándor dr.: Belorvostani előadások. — Lapszemle. Általános kórtan. Gros és Löwen: A helyi érzéstelenítő szerek hatása fokozásának új módszere. — Sebészet. Aschner és Graff: A laparotomizálандó betegnek adott subcután nucleinsav-injectiók haszna. —

Gyermekekórház. Giosuffi: Az általános subcután emphysema a gyermekkorban. — *Húgyvesztési betegségek.* Michailoff: A hátulsó húgyvesztési kórtanáról. — *Bőrkórtan.* H. Boas és Chr. Ditlevsen: A Much-féle tuberculosus-vírus vizsgálta lupus vulgaris eseteiben. — *Röntgenológia.* A vállizületnek trauma okozta elváltozása. — *Lehden:* Röntgen-besugárzás után keletkező rendellenes és kevésbé ismert hatásokról. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* White: Szer alopecia seborrhoica ellen. — *Franze:* Az antisclerosin kedvező hatása arteriosclerosis eseteiben. 879–882. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 882. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 882. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 883–887. lap.

Melléklet. Farbwerke, vorm. Meister, Lucius & Brünnig. Höchst a. M. cég „Eisensajodin-Tabletten“ című prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a székesfővárosi Szt. István-kórház E) osztályáról.

I. Egy 13 év előtt gyógyult anaemia perniciososa-esetnek további sorsáról. II. Anaemia perniciososa remissiójának esete gümőkór kapcsán.

Irta: **Dieballa Géza** dr., egyetemi magántanár, köz-kórházi főorvos.

I.

Tizenöt évvel ezelőtt ezen lap hasábjain¹ közöltem az anaemia perniciosának egy esetét, mely észlelésem alatt meggyógyult. Azóta évenként egy-kétszer volt alkalmam a beteget látni s időnként megvizsgálni. Mintegy 4 év előtt szem elől tévesztettem őt, mignem a véletlen játéka következtében az 1907. év őszén egy más betegséggel osztályomra került, ugyanott az 1908. év tavaszán meghalt s boncolás tárgya is volt.

Mint hogy az eset kivételes voltánál fogva megérdemli a körülményesebb ismertetést, azokra való tekintettel, kiknek az első közleménybe betekinteni nincsen módjukban, czélszerűnek tartom annak kivonatos megismétlését.

K. A., 50 éves napszámos, felvétetett a II. sz. belklinikára 1894 december 4.-én. 20 év előtt állítólag félétven át a mostanihoz hasonló betegségben szenvedett, mely pár év előtt két ízben megismétlődött s jelenleg fél év óta tart.

A jól fejlett és feltűnően sápadt betegnek szemfenéke retinális vérzéseket mutat. Mellkasi szervei épek. mája és lépje egyenletesen megnagyobbodott. Vizelete és széklete rendes. A vér haemoglobintartalma 43, fajsúlya 1040, a vörösvérsejteknek száma 1.200.000, a fehéreké 2600. Kifejezett poikilo- és anisocytosis. Kevés normoblast.

A következő hetekben a betegnek gyakran van orrvérzése

¹ Dieballa Géza. Adatok az anaemia pern. gyógyításához. Orvosi Hetilap, 1895.

és hasmenése, vérének állapota romlik. Február havában kifejezett sárgasága támad, mely heteken át tart, de vizeletében csak urobilin mutatható ki. Csakhamar erőbeli állapota is hanyatlani kezd, szellemi functiói is gyengülnek, mignem egy időre teljesen beszámíthatatlan lesz. elmetéveszések és hallucinációk lepik meg. Sápadsága a legnagyobb fokot éri el, szemhéja és bokatájéka vízenyösen duzzadt. A vér megromlása márczius és április hónapban éri el legnagyobb fokát; márczius hó 18.-án a haemoglobintartalom 20, a vér fajsúlya 1029.5, a vörösvérsejtek száma 536.000, a fehéreké 3600; április hó 28.-án a haemoglobintartalom 25, a vér fajsúlya 1031, a vörösvérsejtek száma 500.000, a fehéreké 2100. Április hó 28.-áig a gyógykezelés ferratin, csontvelő, arsen adásából, oxygenbelélegzésből stb. állott, innen kezdve pedig salolból (5 gm. pro die), melyet július hó végéig szed a beteg. A salol szedése óta minden irányban gyors javulás következik be s a vér összetétele május hó 11.-én: haemoglobintartalom 38, vérfajsúlya 1040.5, a vörösvérsejteknek száma 1.448.000, a fehéreké 2500. A javulás fokozatosan halad előre és csak két ízben áll be némi visszaesés, mindkét esetben a salol rövid idejű abbahagyásakor. Július hó 30.-án a közérzet és általános erőbeli állapot kitűnő, a physikális viszonyok normálisak, a vér haemoglobintartalma 80, fajsúlya 1055, a vörösvérsejteknek száma 4.440.000, a fehéreké 4200.

Mióta a beteg a klinikát elhagyta, állandóan jól érezte magát s többnyire mint házmester vagy mint napszámos kereste kenyerét. Az első években vérfajsúlymérésekkel győződtem meg vérének állapotáról, később már ezt sem tartottam szükségesnek.

1907 augusztus havában vette először észre, hogy lábai dagadni kezdenek, majd csakhamar a hasa is puffadt lett és nehéz lélekzés vette elő, miért is szeptember hó 30.-án a Szt. István-kórház E) osztályára vétette fel magát, a következő jelenállapottal:

A gyengén táplált betegnek bőre kissé halvány. A mellkasi szervek a rendestől csak annyiban mutatnak eltérést, hogy a tüdő alsó határa egy bordával magasabban végződik. A rekesz mozgása akadálytalan. A has elődomborodó, kissé feszes tapintatú, benne kevés szabadon mozgó folyadék mutatható ki. A felületes verő-

erek kemények és kanyargósak. A vizelet rendes. A hőmérsék az első nap reggelén 36.4, délutánján 38.6 C°.

A *vérvizsgálat* eredménye: haemoglobintartalom 75, vér-fajsúly 1049, a vörösvérsejteknek száma 3.080.000, a fehéreké 2800. A száraz és festett készítmény a rendestől semmi lényeges eltérést sem mutat.

A következő hetekben mérsékelt hasfájdalomról panaszkodik a beteg, hasvízkórja növekedett, s a jobb mellhártyaüregben is szabad folyadék mutatható ki. A hőmérsék délután s az esti órákban 38—39 C° között váltakozik. November 17.-én a jobb mellkasfélből 1250 cm³, vörhenyes, 1023 fajsúlyú, 4% fehérjét tartalmazó folyadékot bocsátunk ki. Deczember hó 5.-én újabb csapolás (1 liter).

Ezen év eleje óta a hasvízkór kezd visszafejlődni s február hó vége felé teljesen eltűnik. A mellhártyaizmadány sem szaporodott fel újból. Az erőbeli állapot fokozatosan hanyatlik, s a hőmérsék a délutáni órákban a 39 C°-ot is meghaladja. A február hó 7.-én megejtett *vérvizsgálat* eredménye: haemoglobin 60, vér-fajsúly 1051, a vörösvérsejteknek száma 3.160.000, a fehéreké 4000. Márczius hó 7.-én a beteg kimerülésben meghal.

Kórbonczolástani diagnosis (Genersich tanár): Tuberculosis disseminata peritonei cum concretionibus organorum abdominalium et pigmentatione grisea peritonei. Tuberculosis disseminata hepatis adiposi atrophici. Intumescencia lienis. Tubercula miliaria renum, disseminata pulmonum. Synechia pulmonum. Atrophia, anaemia universalis. Decubitus incipiens. Medulla ossium rubra. (Haemochromatosis nincs.)

A szövettani vizsgálatot Entz tanársegéd úr volt szíves végezni, melynek eredménye (kivonatossan) a következő:

Sem a felkent készítményekben, sem a metszetekben nem található semmi eltérés a rendestől a vér összetételét illetőleg. A vörösvérsejtek se formagazdagságot, se nagyság- vagy festődési eltérést nem mutatnak. Haemochromatosis a lép, máj és vesében nem mutatható ki. A csontvelő vérdúsabb, vörösebb a szokottnál, de a benne levő alakelemek, a zsíresejtek közti vérsejtfészkek nem tartalmaznak a normálistól eltérő sejtalakokat.

A fentebbiek után — a klinikai észlelés és a bonczolástani egybehangzó tanúsága szerint — nyilvánvaló, hogy a beteg 13 év előtt észlelt súlyos vérszegénységéből meggyógyult és egy attól teljesen független betegségben halt el.

Az ismert aetiológiával bíró anaemia perniciosa-eseteknek gyógyíthatósága nem szenved többé kétséget és nem is tartozik a ritkaságok közé.

Miután már évek előtt észlelték botriocephalus latus okozta gyógyult eseteket; újabban a terhességen és syphilisen¹ alapuló anaemia perniciosa gyógyíthatósága is beigazolást nyert.

Nem így áll a dolog az ismeretlen eredetű, úgynevezett kryptogen anaemia perniciosa nézve. Míg a szerzőknek egy része tagadja, hogy eddigél egy ilyen kétségtelen eset is véglegesen meggyógyult volna (Ehrlich-Lazarus,² Naegeli), addig Grawitz³ és mások ennek az ellenkezőjét állítják és gyógyult esetekről számolnak be.

Az ellenmondás onnan származik, hogy az anaemia perniciosa progressiva kór meghatározására nézve a szerzők között ma sincs egységes megállapodás. Egyesek tágabba, mások jóval szűkebbre vonják a határokat, melyek az anaemia perniciosa a többi anaemiától elválasztják. Míg arra vonatkozólag egységes a vélemény, hogy az előrehaladt eseteknek a *klinikai képe* a Biermer-től származó klasszikus leírással egyezik, addig a *vérképre* és az abból vonható következtetésekre nézve nagy a véleményeltérés.

Az Ehrlich-iskola a haematologiai kórjelzés conditio sine qua non-jának tekinti a vérnek (már régebben Hayem és Laache által észlelt) megalocytás elváltozását, mi viszont az anaemia perniciosa anatomiai substratumának, a csontvelő megaloblastos degenerációjának a következménye. A megalocytáknak relatív haemoglobingazdagságából következik, hogy a vérnek festéktartalma nagyobb lesz, mint az a vörösvérsejtek számának (a normálshoz viszonyítva) megfelel. A megalocyták anyasejtjeinek, a csontvelő megaloblastjainak a cirku-

láló vérben, a száraz festett készítmény útján való kimutatása az anaemia perniciosa kórjelzését feltétlen megerősíti, míg a negatív lelet nem zárja ki okvetlenül, s ilyenkor a klinikai tünetek mellett a vérnek megalocytás elváltozása lesz irányadó.¹

Naegeli² haematologiajában egészen hasonló álláspontot foglal el, élesen hangsúlyozva a vérnek megalocytás típusát és a haemoglobintartalom és vérsejtszám közötti viszonyoknak megzavarását, mely a haemoglobintartalom növekedésében nyer kifejezést.

Azoknak sorában,³ kik a fentebb vázolt vérképnek az anaemia perniciosa nézve jellegző voltát el nem ismerik, a legexponáltabb álláspontot Grawitz foglalja el.⁴

Grawitz szerint az anaemia perniciosa szenvedők vérenek legelődomborodóbb tulajdonsága a poikilocytosis, polychromatophilia, pontozott erythrocyták — szóval degeneratív jelek, melyek másfajta anaemiákban is észlelhetők —, ellenben a megalocytáknak felszaporodása nem tartozik a szabályszerű és jellemző tulajdonságok közé, a megaloblastoknak diagnostikai jelentősége pedig azért nagyon alárendelt értékű, mert azok más anaemiákban is előfordulnak.

Ez utóbbiakra vonatkozólag hangsúlyozza, hogy a normális csontvelőben is megtalálhatók, s így ha egyes anaemia-esetekben ott felszaporodnak s a keringő vérbe jutnak, az nem degenerációnak a jele, hanem az anaemia súlyosságának a mértéke, a mi arra mutat, hogy már a vérképző rendszernek utolsó erőforrására került a sor. Az Ehrlich iskolája értelmében vett s az anaemia perniciosa specifikusan jellemző vérelváltozás tehát Grawitz szerint csupán az anaemia súlyosságára, nem pedig annak a természetére enged következtetni.

A fentebbiekből kitűnik, hogy Grawitz Ehrlich-nek tanát alapjában, anatomiai substratumában támadja meg, s így a különbség a két felfogás között annyira lényegbevágó, hogy még akkor sem lenne kiegyenlíthető, ha az összes eddig észlelt kryptogen anaemia perniciosa idővel valamely egységes kóroka derülne ki, már pedig ennek az ellenkezőjére sokkal több a valószínűség.

Az anaemia perniciosa fogalmának tág körre való kiterjesztése adja egyszersmind magyarázatát azon lényeges eltérésnek, mely Ehrlich-Naegeli és Grawitz nézete között az anaemia perniciosa prognosisa nézve nyilvánul és teszi érthetővé Grawitz-nak feltűnő gyógyulási eredményeit.

Az e kérdésben való állásfoglalást még inkább megnehezíti az a tapasztalat, mire maga Ehrlich szolgáltatja az első példát, hogy tudniillik a klasszikus Biermer-féle kórkép nem minden esetben jár együtt a jellemző vérelváltozással s a csontvelőnek megaloblastos degenerációjával (aplastikus anaemia perniciosa), vagyis a Biermer-féle kórkép és az Ehrlich-féle lelet nem fedi teljesen egymást; továbbá azok az észleletek, melyek azt bizonyítják, hogy a Biermer-féle kórkép és megaloblastos csontvelő mellett hiányozhatnak az életben a jellemző (megalocytás és -blastos) vérelváltozás. (Körmöczy).⁵

Ilyen körülmények között, a nagyobb fogalomzavarnak elkerülése végett és azon törekvéssel, hogy a kérdés idővel közmegegyezéssel tisztázva legyen, czélszerűnek mutatkozik mindazon eseteket, melyekben a Biermer-féle kórkép és az Ehrlich-féle vérkép együttesen van jelen, Naegeli példájára Biermer-Ehrlich-féle anaemia

¹ Ehrlich-Lazarus: Die Anaemie, II. rész, 172. lap. 1900. „Werden in wiederholten Blutuntersuchungen Megaloblasten nicht gefunden, so wird damit die auf klinische Erscheinungen begründete Diagnose der progressiven perniciosen Anämie nicht ohne weiteres hinfällig. Hier ist, wie schon oben auseinandergesetzt, aus dem Verhalten der kernlosen roten Blutkörperchen die Entscheidung zu entnehmen: ein Blut von ausgesprochen megalocytischem Charakter ist auch ohne Megaloblasten für die progressive perniciose Anämie beweisend.“

² O. Naegeli: I. c.

³ Nem tartozhatik e közleménynek szűk keretébe az összes ezen kérdéssel foglalkozó szerzők véleményének felsorolása, e tekintetben a Mediz. Klinik 1908. évfolyama 41—43. számaiban megjelent His, Ortner, Eichhorst, Naegeli, Jaksch, Grawitz, Schultze, Pappenheim, Runeberg, Lorenz, Noorden és Strümpell-től származó igen tanulságos közleményekre utalok; éppen ezért csupán Ehrlich-Naegeli és Grawitz álláspontjának ismertetésére terjeszkedtem ki bővebben, minthogy ők képviselik az anaemia perniciosa haematologiajában kérdésében a legélesebb ellentétet.

⁴ E. Grawitz: I. c.

⁵ Körmöczy: Kann die Diagnose der Anaemia perniciosa aus dem hämatolog. Bilde festgestellt werden? Deutsche med. Wochenschrift, 1902. I. sz.

¹ O. Naegeli: Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. 1908.

² Ehrlich-Lazarus: Die Anaemie, II. rész. Nothnagel's Spec. Path. u. Therapie, 1900.

³ E. Grawitz: Klinische Pathologie des Blutes. Leipzig, 1906.

perniciósának nevezni. Ezen elnevezés tisztán descriptiv értelemben veendő; de míg Ehrlich követői alatta egy anatómiai egyiséget fognak érteni, addig a Grawitz után indulók csupán az esetnek súlyosságára fognak abból következtetni.

Különösen fontosnak tartom a megkülönböztetést olyan esetekben, midőn therapiái eredményeknek elbírálásáról vagy gyógyulásról van szó, mert az eddigi tapasztalatok azt bizonyítják, hogy az idiopathiás Biermer-Ehrlich-féle anaemia rossz prognosztis nyújt, sőt Grawitz szerint is a vérszegénységnek már olyan fokát jelenti, melyből alig van visszatérés.

Ez okból jelen esetben is szükségesnek tartom annak megállapítását, hogy a 15 év előtt észlelt kórkép megfelelt-e a Biermer-Ehrlich-féle anaemia követelményeinek, és jöllehet annak idején már kifejtettem e részben nézetemet, az azóta még teljesebben kialakult felfogás értelmében megkísértem az esetnek revisióját.

* * *

A klinikai képet illetőleg az eredeti közleményre utalok, melyből kitűnik, hogy az a Biermer-féle kórképnek teljesen megfelelt, sőt az azóta észlelt eseteimmel egybevetve, mondhatom, hogy jellemzettség dolgában egy sem multa felül. Mint ritkább tünetet, felemlitendőnek tartom a betegnek huzamos időn át tartott sárgaságát, melynek tartama alatt a vizeletben urobilin bőven, de epefesték nem volt kimutatható. Újabb ismereteink szerint az ilyen icterust nem illeti meg jogosan az urobilin-icterus elnevezés, mert a bőrnek festékességét ilyen esetekben nem urobilin, hanem bilirubin okozza (Sahli).¹ Figyelemre méltónak tartom ezen esetekben az icterust azért, mert Naegeli² legújabbban olyan embryonális típusú anaemiáról tett említést, mely a Biermer-féle anaemiától klinikailag icterusrohamaival tér el és ebben nagy hasonlatosságot mutat a cirrh. hepatitis hypertrophicához, de a vérképet illetőleg teljesen annak felel meg. Naegeli kétségtelennek tartja, hogy az ilyen esetekben is toxogen haemolytikus anaemia van jelen, de észleleteinek közlését későbbre tartja fenn magának.

A mi a véreletet illeti, az oligocythaemia a betegségnek tetőpontján olyan fokot ért el, minőt másféle eredetű anaemiákban csak a legkritikább esetben szokott. Rendkívül kifejezett volt az egyes vörösvérsejtek között az alak- és nagyságbeli eltérés — poikilocytosis és anisocytosis — és hogy a megalocyták milyen arányban voltak képviselve, legjobban bizonyítja a feltűnő aránytalanság, mely a vörösvérsejteknek száma és a vérnek festéktartalma között — az utóbbinak javára — a betegségnek egész tartama alatt észlelhető volt. A haemoglobin-index kivétel nélkül nagyobb volt 1-nél, sőt néhányszor 2 körül ingadozott. Grawitz tagadja, hogy az anaemia perniciosa vérnek haemoglobin-indexe a rendeshez viszonyítva emelkedett volna és a hasonló leleteket arra vezeti vissza, hogy a nagyfokú poikilocytosis miatt sok apró vörösvérsejt a számláláskor elhanyagoltatik, míg azoknak haemoglobinja a festék meghatározásakor érvényesül. Készségesen elismerem, hogy nagyfokú poikilocytosis esetén egyes mikrocyták kicsinységüknél fogva kimaradhatnak a számításból, s hogy ez a körülmény hozzájárulhat a haemoglobin-index növeléséhez, de még a legfelületesebb és leggyakorlatlanabb vizsgáló sem hagyhat számításán kívül annyi vörösvérsejtet, hogy az a haemoglobin-indexet a normálisnak csaknem kétszeresére emelhesse s így újból hangsúlyoznom kell, hogy a jelen esetben a haemoglobin-indexnek magas volta kétséget kizárólag az egyes vörösvérsejteknek relatív festékgazdagságára, vagyis a vérnek megalocytás típusára volt visszavezethető. Szóba jöhetne ez esetben még az icterus is, mely a vérplazmának epefestéktartalmánál fogva zavarólag hathatott és a valódinál nagyobb haemoglobinértéknek felvételére vezetett; de az a körülmény, hogy a haemoglobin-index kezdettől fogva magas volt, míg az icterus csak a megfigyelésnek harmadik hónapjában kezdett mutatkozni, ezt a lehetőséget is kizárni engedi. Egyébként — mint az eredeti közleményből kitűnik — a vérfestékmeghatározással egyidejűleg minden esetben vérfajsúlymérést

is végeztem s ennek adatai is a mellett bizonyítanak, hogy a talált haemoglobinértékek a valóságnak megfelelőek voltak.¹

Megaloblastokat a betegnek vérében nem találtam, de ezen negatív lelet ezen esetben legkevésbé sem bizonyít a Biermer-Ehrlich-féle anaemia ellen, mert a vérnek megalocytás elváltozása csupán a csontvelőnek megaloblastos degenerációja alapján fejlődhetett s végre is a dolognak ez a súlypontja.

A fehérvérsejteknek viszonyára nézve kifejezett leukopenia mutatkozott az egész megfigyelési idő alatt s a megfogyás első sorban a polymorph magú leukocyttól volt feltételezett, mi természetesen az egymagvú sejtek arányszámának emelkedésében nyert kifejezést. A lymphocytáknak arányszáma ugyan normális volt, de abszolút számuk mégis csökkent, míg a nagy mononuclearis és átmeneti alak relative feltűnő, absolute is jelentékeny szaporulatot mutatott.

Végül még néhány szót a betegségnek aetiologiájáról. A hónapokra terjedő megfigyelés semmiféle olyan okot sem derített ki, mely tapasztalat szerint nagyfokú vérszegénységre szokott vezetni, úgy, hogy ezen értelemben a jelen esetet kétségtelenül megilleti az úgynevezett „kryptogen“ vagy „idiopathiás“ jelző. Emésztési zavarok (nagyfokú étvágytalanság, hasmenések, de sohasem dysenterias alakban) gyakran voltak az előtérben, de nem nagyobb mértékben, mint a Biermer-anaemiában általában szoktak. A magam részéről — a salolnak elvitázhatlan gyógyító hatásából ítélve — hajlandó vagyok ugyan ezen esetben azoknak kórokozó (intoxicációs) termékek felszívódása, haemolysis) befolyást tulajdonítani, míg azok, kik az anaemia perniciosa egyes eseteinek ilyen úton való keletkezése lehetőségét kétségbe vonják, úgy is értelmezhetik a dolgot, hogy a csontvelőnek még teljesen ki nem aludt gyógyulási képessége mellett, a betegség egyik legelődomborodóbb tünetének, az emésztési zavaroknak javulása adta meg a lökést a kedvező fordulatra.

Mindezek után a klinikai és haematologiai tünetek alapján feljogosítva érzem magamat megállapítani, hogy a jelen esetben úgynevezett elsődleges Biermer-Ehrlich-féle anaemia perniciosa volt dolgunk, mely a hosszú észlelés és a boncolástelet tanúsága szerint teljes gyógyulásba ment át.

II.

A fentebbieknek kapcsán alkalomszerűnek tartom ismertetni az anaemia perniciosa egy másik esetét, mely feltűnő remissiót mutatott olyan körülmények között, melyeknek befolyása alatt inkább a súlyosbodására lehattunk elkészülve. Az eset egy szersmind bizonyosságul szolgál annak, hogy az anaemia perniciosa kórokozója, ha nem is egységes, de mégis bizonyos értelemben véve (a csontvelőre gyakorolt hatás tekintetében) specielis valami és nem minden banális, másodlagos anaemiára vezető befolyás alkalmas arra, hogy ezen betegséget kiváltsa vagy elősegítse, még akkor sem, ha a csontvelő már disponálva van rá.

P. J., 55 éves napszámos, az osztályra felvételét 1907 április hó 22.-én. Mostani bajától eltekintve nagyobb betegségben nem szenvedett. Körülbelül fél év óta gyengélkedik, alsó végtagjai — főleg bal bokatájéka — fájnak és néhány hét óta dagadtak.

A középtermű és közepesen fejlett csontrendszerű betegnek bőre feltűnően halvány. Az alsó végtagoknak bőre vizenyösen duzzadt. A bőrön elszórtan néhány gombostűfej-lencsényi petechia, a bal bokatájékon körülbelül tenyérnyi ecchymosis látható. A tüdő rendes viszonyokat mutat. A szívtompulat rendes nagyságú, a csúcson s a pulmonalis felett gyenge systolés zöreje hallható. A hasi szervek rendellenességet nem mutatnak. A vizelet normális.

A vérnek haemoglobintartalma 32, fajsúlya 1037.5, a vörösvérsejtek száma 1.600.000, a fehéreké 5600. Igen kifejezett poikilo- és anisocytosis, feltűnő sok megalocytá, minden készítményen 1—2 megaloblast.

A próbareggeli után 1 órával kivett gyomortartalomban szabad sósav nem mutatható ki.

A következő hetekben a betegnek általános állapota csak annyiban változott, hogy a bal alsó végtagnak bokatájéka még

¹ Sahli: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. 1905, 28. lap.

² Naegeli: L. c. 279. lap.

¹ L. azon táblázatot, melyet a vérfestéktartalom és vérfajsúly közötti viszonynak feltűntetésére (a hydraemiával járó eseteknek kizárásával) egybeállítottam. „A haemoglobintartalom és vörösvérsejtszám befolyása a vér fajsúlyára.“ Magyar Orv. Archivum, 1896.

duzzadtabb lett mint előbb s az ecchymosis kiterjedt a bal lábszár alsó harmadára. A többi petechia eltűnt. A hőmérsék reggelenként 36.8—37.2 C°, délutánonként 37.5—38.2 C°-ra emelkedik. A beteg néha köhög, de nem köp, a tüdőben rendellenesség nem mutatható ki.

Június 15. Haemoglobintartalom 28, vérfajsúly 1034, a vörösvérsejteknek száma 1.200.000, a fehéreké 3100. A poikilocytosis és a vérnek megelocytás typusa igen kifejezett, normo- és megaloblastok minden készítményben láthatók.

Rendelés: Sol. arsen. Fowleri.

A nyár folyamán a beteg sokkal jobban érzi magát, erőbeli állapota gyarapodik, hőmérséke délutánonként is ritkán éri el a 37.5 C°-ot, keveset köhög, tüdőlelete rendes viszonyokat mutat.

Szeptember 30. Haemoglobintartalom 62, vérfajsúly 1046, a vörösvérsejteknek száma 2.800.000, a fehéreké 4500. Kisfokú poikilocytosis. A vérnek nincsen megalocytás typusa, magvas vörösvérsejtek nem találhatók benne.

Október és november hónapokban a beteg újból gyengébbnek érzi magát, többet köhög, de nem köp. A bal tüdőcsúcs felett néhány pattogó szörtyzöreje hallható.

December hónapban az erőbeli állapot gyorsan hanyatlak, a délutáni hőemelkedések a 38 C°-ot többnyire meghaladják, a bal tüdőcsúcs felett kifejezett tompulat mutatható ki, felette csengő szörtyzörejek hallhatók.

December 28. Haemoglobintartalom 70, vérfajsúly 1050, a vörösvérsejteknek száma 3.500.000, a fehéreké 6000. A festett készítmény csak annyiban mutat eltérést a rendestől, hogy egyes vörösvérsejtek feltűnő halványak, a polynucleáris leukocytáknak granulatiói pedig igen gyérek, sőt némelyiknek protoplasmája egyáltalán nem szemcsézett.

1908 január havában a tüdőbeli folyamat gyorsan terjed, a délutáni hőemelkedések a 39 C°-ot is meghaladják, a beteg bőven köp, köpetében tuberculosisbacillusok mutathatók ki.

Január 15. Haemoglobintartalom 72, vérfajsúly 1050.

Január 26. A beteg meghalt.

A kórboncolástani diagnosis (Guersich tanár): tuberc. peribronch. fibr. et caseosa pulmonum et caverna magnitudinis pugni virilis l. sinistra. Tuberc. disseminata chronica peritonei. Synechia pulmon. et intestinorum. Anaemia pernicioza. Haemochromatosis lienis, hepatis, renum et myocardii. Medulla femoris dextri rubra.

A szövettani vizsgálatot Entz tanársegéd volt szíves végezni, melynek eredménye (kivonatosa) a következő:

A lépből készült felkent készítményeken feltűnik a vörösvérsejtek sokalakúsága és különböző intenzitású festődése.

Első sorban magtartalmú vörösvérsejtek is láthatók, még pedig több a megaloblast, mint a normoblast. Basophil granulatiójú és polychromatikus vörösvérsejtek nem találhatók.

A vörösvérsejteknek hasonló tulajdonságai észlelhetők a szervekből készített metszetekben található véredek véreben is.

A csontvelő még részben zsírsejteket tartalmaz, de legnagyobb részében vörös velővé alakult át; finom, kocsonyás szövetre emlékeztető hálózata át meg át van hatva a felkent készítmények leírásában már említett különböző véresejttípusokkal. Természetesen jóval több a magtartalmú vörösvérsejt, mint a szervekből készült készítményekben.

A szervekben (lép, máj, vese) gyéren elszórtan miliáris gümöket találunk, a májban kifejezett zsíros beszűrődés is észlelhető. Ezenkívül különböző mennyiségben szabálytalan alakú s nagyon különböző nagyságú sárgás-barna szemcséket is találunk a sejtekben. A legnagyobb tömegben a lépben találhatók, sósavval és ferrocyanalkiummal vas-rectiót adnak, tehát nyilván vérfesték-derivatumok, a mi a perniciosus anaemiában észlelhető haemochromatosisnak teljesen megfelel.

Egészben véve: úgy a szervek véredek, mint a csontvelőnek mikroszkopos szerkezete teljesen megfelel az anaemia perniciosában észlelhető elváltozásoknak.

* * *

Mint a fentebbiekből látható, a klinikai észlelés és a vizsgálat kétségtelenné tette, hogy a beteg Biermer-Ehrlich-féle anaemia perniciosában szenvedett, mely az arsen szedése alatt javulásnak indult. Jóllehet a tüdőlelet hosszú időn át rendes viszonyo-

kat mutatott, a köhögés és a délutáni hőemelkedések már ekkor erős gyanút engedtek specifikus tüdőfolyamatra, melyet azután a további lefolyás és a köpetvizsgálat is beigazolt. Feltűnő volt, hogy az anaemia a tüdőbeli folyamat előrehaladása közben nemcsak nem súlyosbodott, hanem folytonos javulást mutatott úgyannyira, hogy a halált megelőző hetekben a vérnek összetétele körülbelül olyan volt, mint a milyennek egyéb súlyos tüdőbántalmak kapesán találni szoktuk. Csúpan a polynucleáris leukocyták granulatiójának hiányossága volt szokatlan a képen és hívta fel a figyelmet a csontvelő-működésnek zavarára. A boncolás és szövettani vizsgálat azután kiderítette, hogy az anaemia pernicioza végleges gyógyulásáról ezen esetben nem lehetett szó, csúpan időleges remissióról.

* * *

Az anaemia pernicioza-eseteknek irodalmát végig lapozva, feltűnő, hogy a tuberculosis csaknem sohasem szerepel az aetiológiai momentumai sorában. Hogy a tuberculosis nagy elterjedtsége mellett egyes esetekben együtt észlelték a két betegséget, természetesnek találhatjuk.^{1,2} De éppen a tuberculosis nagy elterjedtsége s a két betegség együttes jelentkezésének ritka volta inkább az antagonizmus, mint a rokonság mellett látszik szólni.

A mi a jelen esetnek magyarázatát illeti, mindenekelőtt kizárhatjuk azt, hogy az anaemia perniciosát lappangó tuberculosis indította volna meg, mert akkor az anaemiának a tüdőbeli folyamat előrehaladásával együtt súlyosbodni kellett volna. Azt sem vehetjük fel magyarázatul, hogy a gümös fertőzés direkt a csontvelőre gyakorolt volna kedvező befolyást; ellene szól ennek az a tapasztalat, hogy a gümőkór maga is rendszerint kisebb-nagyobb másodlagos (nem haemolytikus) anaemiára szokott vezetni.

Nem marad tehát egyéb hátra, mint vagy felvennünk azt, hogy a tuberculosis az anaemia perniciosával szemben közömbösen viselkedett (s ezen esetben annak javulása az arsennek vagy valamely ismeretlen tényezőnek volt a műve), vagy pedig azt, hogy a gümös fertőzés az anaemia pernicioza ismeretlen kórokozójára gyakorolt gátló befolyást.

Egyébként az eset nem áll példa nélkül az irodalomban. Lazarus³ említi, hogy Renvers osztályán észlelt egy miliaris tuberculosisban szenvedő beteget, ki a megfigyelésnek kezdetén a súlyos anaemia perniciosának tüneteit mutatta. Hogy pedig a vérelet nem a tuberculosisnak a következménye volt, a kórlelelet bizonyította, ugyanis a beteg néhány hónap múlva a gümőkórnak áldozata lett, mialatt véredek állapota fokozatos javulást mutatott.

Közlés a Bródy-gyermekkorház sebészeti osztályáról.

A gümőkóros coxitis és gonitis conservatív kezelésének végeredményeiről.

Irta: Alapy Henrik dr., egyetemi magántanár, kórházi sebész-főorvos.

(Folytatás.)

4. A csontok és az izomzat sorvadásából, sajnos, csak az utóbbi némileg mérhető nagyság. Hálás tér volna a radiologia számára, ha használható módszert állapítana meg a csontsorvadás mérésére. Egyelőre ilyenről nem rendelkezünk. Oly megjegyzések, mint a milyenek az én kórtörténeteimben találhatók, mint: a czombesont sorvadása nagyfokú, vagy: a sorvadás a medenczén kifejezett, a czombesonton kisebbfokú stb., sokkal ingadozóbbak, semhogy értékesíthetők volnának. Ezek folytán a két végtag körfogatkülönbségének mérésére kellett szorítkoznunk, hogy megközelítőleg pontos mértékét találjuk az izomsorvadásnak. Ez az „izomsorvadás” kitétel megfelel az általános szokásnak, ámbar nagyon valószínű, hogy a végtag körfogata megcsökkenésében úgy

¹ Hills Fr. L.: A case of pern. anaemia complicated by tubercular infection of the lymph nodes, liver and spleen. Boston Journ. 1898.

² Pater et Rivet. Un cas d'anémie perniciose symptomatique au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. Tribune médicale, 1905. Ezen esetben a szerzők hajlandók voltak az anaemiát a gümös fertőzéssel oki viszonyba hozni.

³ A. Lazarus: Die Anaemie, 1900. 168. lap.

a csontok, mint az izomzat és a zsírszövet atrophája is szerepet játszik.

Coxitis.

IV. táblázat.*

Az utólag megvizsgált esetek (ez irányban csak 44 vizsgáltatott) izomsorvadása.

(Körfogat-különbőség centiméterekben.)

Rögzítés időtartama	Czomb	Lábszár	Rögzítés időtartama	Czomb	Lábszár
3 hó	2 cm.	1 cm.	2 év	8.5 cm.	6.5 cm.
3 "	3 "	1 "	2 "	8 "	1.5 "
3 "	4.5 "	0.2 "	2 1/4 "	0.1 "	1.7 "
4 "	0 "	0 "	2 1/2 "	3 "	0 "
6 "	0 "	0 "	2 1/2 "	3 "	1.5 "
7 "	3.5 "	0.7 "	3 "	5.5 "	0 "
7 "	2.5 "	1 "	3 "	6.5 "	1 "
8 "	1 "	0 "	3 "	4 "	2.5 "
8 "	3.5 "	6 "	3 "	8 "	0 "
8 "	3 "	1 "	3 "	0 "	1 "
10 "	2.5 "	0.6 "	3 1/4 "	2.5 "	0.5 "
1 év	6.5 "	1 "	3 1/4 "	4.6 "	2 "
1 "	9 "	3 "	3 1/2 "	6.5 "	2.8 "
1 "	3 "	0.5 "	4 "	0.5 "	0 "
1 1/3 "	4 "	1.2 "	4 "	3 "	0.9 "
1 1/2 "	2.5 "	0 "	4 1/2 "	4.3 "	1 "
1 1/2 "	0 "	0 "	5 "	6.5 "	0 "
1 1/2 "	6 "	3 "	6 "	5.7 "	0 "
1 1/2 "	3.5 "	1.2 "	6 "	6 "	2.5 "
1 1/2 "	2 "	0.7 "	6 "	3.5 "	2.2 "
2 "	1 "	1 "	7 "	7.5 "	3.5 "
2 "	2.5 "	0.6 "	9 "	5 "	5 "

¹ Callus.

² Resectiós eset.

Átlagban a czomb körfogata 3.8 cm.-rel, a lábszár körfogata 1.35 cm.-rel volt kisebb, mint az époldali végtagé.

Más statistikákkal ez eredményt, sajnos, nem hasonlíthatom össze, minthogy másutt ide vágó adatokat nem találtam. Hogy az ízület rögzítésének időtartama magában véve a soradás fokára

* Mult számunkban a III. táblázat helyett tévedésből a XII. táblázat közöltetett; íme pótlásképpen a III. táblázat:

Coxitis.

III. táblázat.

Az utólag megvizsgált 51 eset valódi rövidülése.

	Száraz	Tályogos	Sipolyos	Osteo- mizált	Resze- kált	Összesen
Nincs	9	2	1	—	—	12
1—2 cm.	6	7	3	—	—	16
3—4 "	1	4	2	1	—	8
5—6 "	3	4	—	2	—	9
7—8 "	1	—	1	2	—	4
11—12 "	1	—	—	—	—	1
13 "	—	—	—	—	1	1

Az utolsó, nem ide tartozó resectiós eset levonásával átlagban 2.82 cm. rövidülés.

Az ugyancsak tévedésből a 858. lap második hasábjának aljáról elmaradt 3 jegyzet a következő:

¹ Dollinger J.: Hüftgelenkentzündung, Kontraktur und Ankylose. A Joachimsthal-féle orthopaedikus sebészeti kézikönyvben, 1905—1907. 323. lap.

² Wagner: Über die Ausgänge der tuberculösen Coxitis bei konservativer Behandlung. Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1895. 13. k.

³ Von Aberle: Endresultate der konservativen Coxitisbehandlung. Zeitschrift für orthopaedische Chirurgie, 1906. 16. kötet, 276. lap.

nézve nem egyedül mérvadó mozzanat, arra a táblázatban számos bizonyítékot találunk; így például két éves rögzítés után egy esetben a különbség 8 1/2 cm.-t, illetőleg 6 1/2 cm.-t tett ki, ellenben egy másik esetben három éves, tehát hosszabb rögzítési tartam után csak 0, illetőleg 1 cm.-t, stb. Kétségtelen, hogy itt más körülmények is szerepet játszanak, mint: a folyamat többé-kevésbé súlyos volta, az időszak, mely lefolyt a rögzítés megszűnte óta, az utókezelés módja stb.

5. A kigyógyult csipőizület funkciójának leghibzatosabb próbakövet kétségtelenül a járási képesség szolgáltatja. A járásnak két komponensét kell tekintetbe venni, úgymint a) a járás szépségét, b) kitartását. Így például lehet, hogy a részleges mozgathatósággal, de nagyfokú ronsolással gyógyult ízület tulajdonosa egész szépen jár, alig észrevehetően biczeg, azonban már rövid idő múlva kifárad és akkor igen csúnyán sántít, míg ellenben a másik szilárdan ankylosisos ízületével, feltéve, hogy nincs nagyon zsugorodva, órákig el tud járni, bár sántítva, de kitartóan, fáradság nélkül. Első pillanatra úgy látszik, mintha az előbbi beteg volna előnyben. Ez azonban tévedés; kétségtelen, hogy a másodiknak, az ankylosisosnak járásképeségét magasabban kell értékelni. Ezt többszörösen észleltük, úgy hogy e tekintetben a Bergmann, Lorenz, Aberle és mások által nyilvánított nézetet teljes mértékben aláírom.

Hogy a járás nemét az utólag megvizsgált esetekben pontosabban meg lehetett állapítani, mint azokban, kik csak válaszlapot küldtek be, az világos. Az utóbbiaknál általánosabb adatokkal kellett megelégednünk.

Coxitis.

V. táblázat.

Járásképeség 1. az utólag megvizsgált 51 esetben.

	Száraz	Tályogos	Sipolyos	Osteo- mizált	Resze- kált	Összesen	%
A Ideálisan jár	9	2	1	—	—	12	23.53
B Nem sántít, de fárad	1	1	—	—	—	2	4
C Sántítása alig észrevehető, nem fárad	5	4	2	4	—	15	29.41
D Sántítása alig észrevehető, de elfárad	—	2	—	—	—	2	4
E Erősen sántít, nem fárad	2	2	1	1	1	7	13.72
F Erősen sántít, fárad	5	5	2	—	—	12	23.53
G Bot nélkül nem tud járni	—	—	1	—	—	1	2

2. azon 46 esetben, melyben használható válaszlapot kaptunk.

	Száraz	Tályogos	Sipolyos	Osteo- mizált	Resze- kált	Összesen	%
A Nem sántít	6	3	—	—	—	9	19.56
C Biczeg, nem fárad	9	6	2	—	—	17	36.95
D Biczeg, elfárad	2	1	—	—	1	4	8.7
E Erősen sántít, nem fárad	1	2	2	1	—	6	13.04
F Erősen sántít és elfárad	4	4	1	—	—	9	19.56
G Bot nélkül nem tud járni	—	—	1	—	—	1	2.17

3. Az összes 97 esetből:

Kifogástalanul jár (A)	21	21.6%
Jól jár (B C)	34	35%
Elég jól jár (D E)	19	19.6%
Rosszul jár (F G)	23	23.7%

Odáig érkeztünk, hogy most párhuzamot vonhatunk saját végeredményeink és egyrészt a resectio, másrészt a Lorenz-féle kezelési módszer végeredményei közt.

A resectióval való összehasonlítást röviden elintézhethetjük.

A halálkozásban nagy különbség nincs. Vannak resectió-

statistikák, melyek csekélyebb halálozást mutatnak ki, ezek oly kimutatások, melyek egészen fiatal gyermekekre vonatkoznak. Van-
nak másrészt oly statistikák, melyek az enyémnél magasabb halá-
lozást tüntetnek fel. Ezek megint oly kimutatások, melyekben csak
a legsúlyosabb esetek szerepelnek (*Bergmann*). Az újabb resectiós
statistikák közül csupán a *Manninger* (*Kocher-féle*¹) kimutatást
óhajtom idézni. Itt a halálozási szám 21·95⁰/o-ot tesz ki. Azt
gondolom, hogy nem tévedünk, ha feltételezzük, hogy a halálozás
a conservatív és az operatív kezelés mellett megközelítőleg ugyanaz.
Az én összeállításomban (VII. táblázat) 20·5⁰/o-ra rug.

Ellenben a conservatív úton kigyógyult esetek *functioja*
hasonlíthatatlanul jobb és pedig:

A fiatal reszekált egyéneknek csaknem kivétel nélkül *lőtyögő*
izületeik vannak többé-kevésbé nagyfokú zsugorodások kíséretében.
Lőtyögő izületek nem a szó megszokott értelmében, de *izület-*
roncsok hiányzó ankylosis mellett, mindazokkal a hátrányokkal, a
melyekkel az ilyen állapot jár, mint fentebb (II. táblázat) kifejtet-
tem. Ellenben saját eseteimben ezt a nem kívánatos állapotot csak
körülbelül az esetek harmadában találjuk.

Ennek folytán csaknem az összes reszekált gyermekeken ki
kell fejlődve lenni az ellenoldali medencezüppedés tünetének (nálam
csak 24⁰/o-ban). *Valamennyi reszekált gyermeknek sántítania kell.*
Majdnem valamennyi gyorsan kifárad (nálam kereken 24⁰/o), ideáli-
san kigyógyult izületről hibátlan járással (nálam 21·6⁰/o) a resec-
ciónál eleve le kell mondani.

A reszekált gyermekeknek okvetlenül erősebben kell sántita-
niok a sokkal jelentékenyebb rövidülés miatt is (6—11 cm.),
mely eseteimben átlagban csak 2·82 cm.-t tett ki.

Az egyetlen érv, a melylyel a resectio mellett harcolnai
lehet: a *kezelés rövidebb időtartama*, közelebbi megtekintésre
nagyon összezsugorodik. Igaz, hogy a conservatív kezelés mellett
a gyermekek coxitisének gyógyulástartama átlagban 3 évre tehető,
a reszekáltak ellenben, feltéve, hogy sipoly nem marad vissza,
néhány hét alatt ki vannak gyógyítva. Igen, ha gyógyulás alatt a
seb gyógyulását értjük. Azonban a közelítő-hajlító zsugorodásra
való makacs hajlam éveken át megmarad és így *évekre kiterjedő*
utókezelésre van szükség. Erre a célra pedig az éjjel alkal-
mazott súlynyújtásnak alig van értelme. A helyes út a *cspőizület*
rögzítésében áll gipszkötés segítségével, éppen úgy, mint a nem oper-
ált gyermekeken. Ez az előny ennél fogva nagyon is problémás-
természetű, mert ha úgy áll a dolog, akkor ugyanazt a
fáradtságot és időt fordítsuk inkább a *nem operált* gyermek izületei-
nek rögzítésére, hogy végül sokkal jobban functionáló végtagot
nyerjünk.

A mérleg oly kifejezetten hajlik a conservatív kezelés felé,
hogy nyugodtan ki merem mondani, miszerint:

15 éven aluli gyermekek gümőkóros cspőizületeinek resectioja
jogosulatlan eljárás, kivéve a resectio fent jelzett javallatát a fer-
tőzött sipoly és javulásra hajlamot nem mutató coxitisekben.

Forduljunk most a második összehasonlításhoz. Hasonlítsuk
össze végeredményeinket azon conservatív kezelés végeredményeivel,
mely elvül vallja az *indicatio morbi és indicatio orthopaedica*
sztévalasztását. Összehasonlítási anyagul csupán az említett *Aberle-*
féle munka használható, mely 1906-ban jelent meg a *Lorenz-féle*
ambulatoriumból és mely 157 gümőkóros coxitisre vonatkozik.

A *sorvadás*, sajnos, nem hasonlítható össze, mert idevonat-
kozó adatokat *Aberle-nél* nem találunk. Hogy eseteinkben a sorva-
dás nem túlnagy, azt a IV. táblázat mutatja.

Az átlagos *rövidülés* a *Lorenz-féle* kezelés után nem cseké-
lyebb, hanem ellenkezőleg 1 cm.-rel jelentékenyebb, mint a mi
eseteinkben. (3·87 *Aberle-nél*, 2·82 nálam a III. számú táblázat-
ban.) Ezzel elesik egy érv, melyet a florid stadiumban végzett
étappecorrectura ellen szoktak felhozni. Gyakran mondták, hogy
annak az emeltvíző nyomásnak, melyet a correctura alkalmával az
izfajra és izvápára állítólag gyakorlunk, szintén része van az izület
roncsolásában. A III. számú táblázatból minden inkább kiolvasható,
csak ez nem; hiszen a trochanter ninesen magasabbra csúszva,
mint azon esetekben, a hol a rögzítés correctura nélkül történt,
sőt a *rövidülés nálunk csekélyebb*. Természetesen ezt nem tekin-
tem az étappos correctura következményének, ellenben nem alap-

talan az a felfogás, hogy a következtetésebben, *hosszabb ideig*
keresztül vitt tehermentesítés kedvező befolyást gyakorol azon irány-
ban, hogy a rövidülésnek az a része, mely az izület roncsolásán
alapszik, kisebb dimenziókat ér el.

8·5⁰/o normálisan mozgatható izület leszámításával az *összes*
Lorenz-féle esetek különböző fokú és formájú *zsugorodásokat* mutat-
nak. Ez nem lehet meglepő, minthogy *Lorenz* a helyzet correcturáját
elvből csak utólag akarja elérni osteotomia segítségével. Ellenben
az *én táblázatomból* áttekintéséből kitűnik, hogy oly zsugorodás, mely
osteotomiát tesz szükségessé, csak az eseteknek körülbelül *egy*
harmadrészeben marad vissza.

Hiszen tudjuk, hogy a subcutan osteotomia nem tartozik a
veszélyes műtétek közé, de hogy kívánatos *plus* volna, azt senki
sem állíthatja. És minthogy vele csak ugyanazt lehet elérni, a
mit az én eseteim két harmadában elértem osteotomia *nélkül*, ebben
a körülményben én a *Dollinger-féle étappos correctio jelentékeny*
előnyét vélem látni, melyről csak akkor mondanánk le, ha az
utóbbi módszernek valami súlyos hátrányai volnának kimutathatók.

Vajjon minő természetűek volnának ezek?

Azon szerzők műveinek tanulmányozásából, kik ily hátrányo-
kat valóban feltételeznek, megállapítható, hogy főleg két veszély-
ről van szó, az egyik a *gyakoribb genyedés és sipolyképződés*
veszélye, a másik a *gümőkór általánosodása*, mint következménye
annak a traumának, a melyet előidézne a coxitis florid stadiumában
való redressálás. Így például *Ludloff*¹ a következőket írja (szó-
szerinti fordítás): „E manőver által a gümőkóros pépet igen ala-
posan benyomjuk a szomszédos szövetekbe és ismét felkeltjük a
gyulladásos folyamat szunyadó csirait, ezeket tovább hajtjuk és így
a gümőkórt nagyobb területre visszük szét vagy éppen általánosít-
juk. Leggyakoribb következménye a napokra sőt hetekre kiterjedő
hőemelkedés; miliáris gümőkór és gümőkóros meningitis szintén
nem éppen ritkán észleltetett. De legalább is bizonyos, hogy a
cspőizületben és környékén a tályogképződést ily manipulatio
által előmozdítjuk; mi legalább abban az időben, midőn még
gyakrabban redressáltunk, több tályogot észleltünk, mint az utóbbi
időben, mióta a redressálásról lemondunk.”

Lorenz legújabb munkájából² a következő idevágó helyeket
óhajtom idézni (szó szerinti fordítás): „Ezen abszolút conservatív
kezelésnél sokkal gyakrabban látjuk, mint régen, hogy a lefolyás
rendkívül enyhének mutatkozik, a nélkül, hogy genyedés vagy leg-
alább sipolyképződés állana be. A genyedések többnyire relative
rövid tartamúak.”³

„... a gyakorlatból merített tapasztalásom az, hogy az
izület *zavartalan*, állandó rögzítése az adott helyzetben rövidebb,
de legalább is enyhébb és nyílt genyedéssel sokkal ritkábban
komplikált lefolyást eredményez.”⁴

Végül: „A vezető eszme a legkisebb traumának is elkerülése,
mely traumának gümőkóros izületekre való káros befolyását senki
sem vonja kétségbe. A közelítő zsugor-recidiváinak ismételt correc-
turája pedig bizonyára ily traumát képvisel, és elég gyakran
vonhatja maga után ennek következményeit.”⁵

Ez utóbbi passzus alatt kétségtelenül a *gümőkór általánososo-*
dását kell érteni. Azonkívül az étappos correctura a fennebb idé-
zett mindkét szerző szerint előmozdítaná a *genyedés* veszélyét.

Tekintsük meg közelebbről ezeket a veszélyeket.

6. A *genyedés* keletkezéséről illetőleg gyógyulásáról a túl-
oldali VI. táblázat számol be.

A *Lorenz-féle* ambulatorium számaival való összehasonlítás
nem éppen könnyű. Sem *Lorenz*, sem *Aberle* nem fejezi ki magát
világosan. Ez utóbbinál a genyedések száma 53⁰/o-ot tesz ki, a *Lorenz*
magángyakorlatából származó sokkal kedvezőbb számarány pedig
40⁰/o-ot. Ez utóbbi szám csaknem tökéletesen megfelelne az én
számaimnak, feltéve, hogy genyedés alatt érti a *zárt genyedése-*
ket, plus sipolyokat, úgy, a mint én a „genyedés” kitélt az én
táblázatomban értelmezem. Hogy azonban *Lorenz* és *Aberle* genye-

¹ L. c. 732. lap.

² *Lorenz A.*: Einige Urteile über meine vereinfachte mechanische
Behandlungsmethode der Coxitis. Zeitschrift für orthopaedische Chirurgie,
1909. 24. kötet, 3—4. füzet, 513. lap.

³ L. c. 519. lap.

⁴ L. c. 527. lap.

⁵ L. c. 527. lap.

¹ L. c. 34. l.

Coxitis.

VI. táblázat.

Genyedés.

A) Genyedés nélkül lépett kezelésbe ..			93
Ezekből: Genyedés nélkül gyógyult	45	} = 60%	
" " meghalt	11		
Tályog keletkezett	37	} = 40%	
A tályog meggyógyult	19		
" " kifakadt, a sipoly		} = 70%	
gyógyult	7		
A tályog kifakadt, a sipoly		} = 30%	
nem gyógyult	3		
Tályoggal meghalt	2		
Sipolylyal " 	6		
Az összes 93 esetről gyógyult	71	= 76.34%	
nem gyógyult	22	= 23.66%	
B) Tályoggal lépett kezelésbe			20
Ezekből: Meggyógyult	10	} = 75%	
Kifakadt, a sipoly gyógyult	5		
" " " nem gyó-		} = 25%	
gyult	2		
Tályoggal meghalt	—		
Sipolylyal " 	3		
C) Sipolylyal lépett kezelésbe			9
Ezekből: Meggyógyult	4	= 44%	
Sipolyos maradt	2	} = 56%	
Meghalt	3		
Összesen 57 tályog közül kifakadt ..	26	= 46%	
Az összes 113 sipoly nélkül kezelésbe			
lépett esetről kifakadt	26	= 23%	

Az összes 122 esetről:

Meggyógyult	90 = 73.7%
Nem gyógyult	7 = 5.8%
Meghalt	25 = 20.5%

dés alatt ugyanazt érti-e, az egyáltalában nem világos. Így például *Lorenz*¹ a következő beszédfordulatot használja: „Az összes esetek közül 109 genyedéssel, 164 sipolyképződés nélkül lefolyónak van feltüntetve.” És tovább: „A magángyakorlat esetei közül, melyek jobb életfeltételeknek örövendek, mint általában a kórházi betegek, az esetek nagyobbik fele sipolyképződés nélkül folyt le.” Sőt ugyanazon a lapon kissé feljebb ezt olvashatjuk: „170 ki-gyógyult beteg közül... 80 genyedéssel, 90 sipolyképződés nélkül folyt le.” Az utolsó passzus látszólag a mellett szól, hogy a bécsi ambulatóriumban „genyedés” és „sipolyképződés” mint egy-értékű fogalom szerepel. Hiszen abban igazat kell adni a nevezett szerzőknek, hogy mint az én táblázatomból is látható, a zárt genyedés által a gyógyulás esélyei nem romlanak le. Ugyanis genyedés nélkül kezelésbe lépett eseteink gyógyulási száma ugyanaz, mint zárt genyedéssel kezelésbe lépett eseteinké, körülbelül 75%. Ellenben a kifakadt genyedésekben a gyógyulás száma nagyon jelentékenyen leszáll, 44%-ra.

Hát ez igaz; de hogyha arról van szó, hogy valamely kezelési módszernek a mértékét az általa előidézett genyedés veszélyére vonatkozólag meghatározzuk, természetesen csak hasonló fogalmakat szabad egymással összehasonlítani.

Tegyük fel, hogy csupán a kifejezés homályosságán mulik és „genyedés” szó alatt a bécsi ambulatóriumban is az összes tályog- és sipolyeseteket értik, úgy a mint én teszem. Az én százalékom még akkor is jelentékenyen kedvezőbb, a mennyiben a kórházi betegeimen jelentkezett genyedések száma éppen oly nagy volna, mint a *Lorenz*-féle magángyakorlatból eredő statistikában, ellenben 13%-kal kisebb, mint az a szám, mely a bécsi ambulatóriumból származik.

Ha ellenben a dolog úgy áll (és ez a valószínű), hogy a nevezett szerzők a „genyedés” rovatában csupán a sipolyos eseteket rovatolják, akkor az én százalékszámom igen jelentékenyen kedvezőbb, mert 113 sipoly nélkül kezelésbe lépett esetem közül

csupán 26-nak = 23% támadt sipolya, a *Lorenz*-féle 53, illetve 40%-kal szemben.

Talán nem tévedünk, ha a most vázolt kedvezőbb szám-arányt nem az étagpos correctura javára írjuk, hanem két másik körülménynek tulajdonítjuk. Tudniillik az izület jobb ellenőrzésének, melyet a gyakrabban végzett kötésváltozás tesz lehetségessé, és annak a ténynek, hogy a gümőkóros tályogok jodoformos kezelése főlénygel bír a jodoformmentes tiszta punctiós kezelés fölött, melyet a bécsi ambulatóriumban gyakorolnak.

Mindenesetre elesik azonban az az érv, melyet, mint fentebb láttuk, az étagpos korrigálás ellen felhozunk, mintha ez a genyedés jelentkezését előmozdítaná.

(Vége következik.)

Az epilepsia és az uratok viszonya.

— Az epilepsia gyógyítása. —

Irta: *Látrányi Sándor* dr., elmeorvosi intézeti főorvos Egerben.

Voisin azon lelete, hogy az epilepsziások vizeletének mérgező hatása a rohammentes időszakban rendellenesen csekély, a roham után pedig rendellenesen nagy, másrészt *Korányi Sándor* tapasztalata, hogy postepilepsziás polyuria esetén gyakran találkozott a vizelet szilárd tartalmának emelkedésével, végül *Krainsky* vizsgálatainak eredménye, mely szerint az epilepsziás roham előtt egy-két nappal megkevesbedik a vizelet húgysavtartalma, aztán tör ki a roham, a húgysavvisszatartással arányos hevésséggel, majd a roham után a húgysavkiválasztás újból felszökik (*Bókay-Kéty*; *Korányi*: *Belgyógyászat* II.): mind olyan hitelt érdemlő búvároktól származó adatok, melyek arra engednek következtetni, sőt egyenest arra terelik a figyelmet, hogy az uratok fokozott kiválasztása és visszatartása s az epilepsziás rohamok közt szoros kapcsolat van. Nagyban támogatja ezen feltevést magának az uraemiának és eklampsiának epileptiformis nyilvánulása, mely esetekben pedig a vizeletelválasztó szervek érdekltsége nem kétséges; továbbá az a körülmény, hogy az uratok a nuclein bomlásának végső termékei. Gyakoriak másrészt a nagyevő epilepsziásokon az emésztés idejére eső rohamok (*Lépine*). *Férè* 52 betege mindegyikének naponta átlag 0.169 rohama volt, rendes ápolási napokon; ha azonban vendégeskedés volt, ily napon egy betegre 0.321, tehát majdnem két annyi roham esett. Fertőző betegségek alatt és után a rohamok ritkulnak (a kiválasztások fokozódása, *Korányi S.*). Mindezen adatok a kérdéses összefüggés tekintetében nagy figyelemre méltók. Nemkevésbé *Gillet de la Tourette* és *Cathlineau*, valamint *Lépine* és *Mairet* egybehangzó észleletei, melyek szerint differentialdiagnos is állítható fel a hysteriás és epilepsziás roham közt, a szerint, hogy a roham után a vizelet szilárd anyag tartalma eszikken-e vagy növekszik. Nem távolfekvő a gondolat, hogy a paralysis progressiva kapcsán jelentkezni szokott epileptiform-rohamok a fokozott szét-esés és csökkent kiválasztás következményei. Feltűnő, hogy a köszvény és az epilepsia aetiologiája az alkoholizmus és az öröklékenység fontos fejezeteiben megegyezik. Az uratok kedvező lerakódó helyei az izületeken kívül a lágy agyburkok, *Cornil* szerint a liquor cerebrospinalis, *Albert* szerint a gerinczagy, *Schröder van der Kolk* szerint a környéki idegek neurilemmája. Figyelemre méltó körülmény a köszvénynek rohamokban jelentkezése, de különösen érdekes, hogy köszvényes betegeken sokszor mindig azonos előjelek mutatkoznak, úgy, hogy azok, kik már több ízben állottak ki köszvényes rohamokat, ezen jeleket, mint kínos szenvedéseik előhírnökeit, már jól ismerik, s a beköszönő rohamot már jó előre jelezni tudják (*Hochhalt*). Valóságos aura. *Lecorché* szerint a húgysav mennyisége a vizeletben kevesbedik a köszvény-roham előtt, s a roham lefolyta után emelkedik. Éppen úgy, mint az epilepsziában.

Mindennek pontos figyelembe vételével azon fontos következtetés vonható, hogy ha sikerül az epilepsziások húgysavkiválasztását csökkenteni, s a már képződött húgysavat kiküszöbölni, akkor az epilepsziás rohamok causalis terapiájához jutunk. Az egyik indiciónak (a húgysavképződés csökkentése) gyógyszerhatástaniilag a colchicin és a chinászav, a másikkak (a képződött húgysav eltávolítása) a lithium-sók felelnek meg. Ezen gyógyszerekből szerkesztett s általam epuratin-nak nevezett (chinászav colchicin-lithium)

¹ L. c. 1906. 382. l.

készítménnyel folytatott kísérleteim menete és eredményei a következők.

A rendelkezésemre álló nagy anyagból hat súlyos epilepsiás elme-zavarban szenvedő beteget választottam ki. Ezen hat betegnek gyógyszeres kezelés nélkül hetenként összesen 70, naponta átlag 10 epilepsiás rohama volt. Egy hétiig mindegyik beteg 10%-os bromkali-oldatból 3 évőkanálnyit kapott naponta. E kezelés mellett a rohamok számában semmi, intenzitásában csekély esés mutatkozott. Egy heti szünet után a hat kísérleti beteg mindegyike egy hétiig naponta 5 grammot kapott készítményemből, 3 óránként 1—1 grammot. Az eredmény szembeszökő. A hetenkénti rohamok összege 70-ről 22-re csökkent. Ebből 24 óránként egy betegre csak 0-5 roham jut. Egy másik esetemben az epilepsiás elme-zavarban szenvedő beteg rohama 20—24 napos időközökben szabályszerűen visszatért. A beteg a várható roham előtt 5 nappal, naponta 5 grammot kapott készítményemből, 3 óránként 1 grammot. A szokásos roham elmaradt, s a beteg már 6 hete rohammentes.

Az elért kísérleti eredményekből az következtethető, hogy az epilepsiás rohamok létrejöttében az egyébként is csökkent ingerlékenységi idegrendszer mellett az uratsók szerepe kimagasló. Hogy az uratképződés csökkentése és a képződött uratok kiküszöbölésének siettetése mellett mégis jelentkeztek, különösen számban, de intenzitásában is csökkent rohamok, azt bizonyítaná, hogy készítményem a rohammentes szakot meghosszabbítja mindaddig, míg a lassabban képződő uratmennyiség nem jut el ismét az epilepsiás izgalom létrehozásához szükséges határig; de tekintetbe véendő, hogy a régebbi, folytonos izgalmak hatása alatt az epilepsiás izgalom létrehozásához szükséges uratmennyiség alsó határa alább szállott. E két utóbbi körülmény *Korányi Sándor* elméletének az epilepsia rohamosságáról teljesen megfelel.

Ha a készítmény gyógyszerhatásánál ideális lehetne, azaz nemcsak csökkentené, hanem meg is szüntetné az uratképződést s a húgysavas sók nyomait is kiüríthetné, rohamok talán egyáltalán nem jelentkeznenek.

A készítményt az irgalmasrend egri gyógyszerháza szabadalmaztatás céljából az illetékes törvényhatósághoz felterjesztette, s epuratin néven, egyenként 20 darab félgrammos tablettát tartalmazó phiolákban hozza forgalomba.

Az orvosi továbbképzés ügye.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága 1910 november hó 30.-án gróf Zichy János vallás- és közoktatásügyi miniszter elnöklésével tartotta első teljes ülést.

Az ülésre meghívót kaptak: a bizottság elnöke: *Tóth Lajos* dr., miniszteri tanácsos, a m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter kiküldöttje; a bizottság tagjai: *Téry Ödön* dr., miniszteri ez. tanácsos a m. kir. belügyminiszter, *Szilágyi József* dr., m. kir. főorvos a cs. és kir. közös hadügyminiszter, *Dollinger Gyula* dr., *Liebermann Leo* dr., *Grósz Emil* dr. és báró *Korányi Sándor* dr. egyetemi tanárok a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem orvosi kara, *Buday Kálmán* dr., *Makara Lajos* dr. és *Imre József* dr. egyetemi tanárok a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem orvosi kara, báró *Müller Kálmán* dr., egyetemi tanár az orsz. közegészségi tanács, *Réczey Imre* dr., egyetemi tanár az igazságügyi orvosi tanács, *Ángyán Béla* dr., egyetemi tanár és *Ludvik Endre* dr., kórházigazgató Budapest sz. főv. közkórházainak, *Schmid Hugó* dr., kórházi főorvos a pozsonyi m. kir. állami kórház, *Erőss Gyula* dr., egyetemi tanár a budapesti poliklinika, *Magyarévits Mladen* dr., tisztii főorvos Budapest székesfőváros közönségének, *Kéthly Károly* dr., egyetemi tanár az Országos Orvos-Szövetség, *Lenhossék Mihály* dr., egyetemi tanár a magyar orvosi lapok syndikatusának képviselői, *Tóth István* dr., egyetemi tanár, a szüneti orvosi cursus kiküldöttje, *Nagy Árpád* dr., miniszteri titkár és *Scholtz Kornél* dr., egyetemi magántanár, *Petz Lajos* dr., győri kórház-igazgató.

A miniszter a következő beszéddel nyitotta meg az ülést:

Tisztelt Bizottság!

Örömmel szolgál, hogy az orvosi továbbképzés központi bizottságának első teljes ülést megnyithatom.

Köszönetet mondok a hatóságoknak és testületeknek, hogy

delegátusokat küldöttek s Önöknek, hogy megjelentek s ezzel dokumentálják, hogy minden illetékes tényező az orvosok továbbképzését közügynek tekinti.

Az orvosi tudományok folytonos fejlődése s joggal mondhatjuk forrongása kívánatossá, sőt szükségessé teszi, hogy az orvosoknak az egyetemekről távozásuk után is módjuk és alkalmuk legyen ismereteik mélyítésére és kiegészítésére. Az Önök hivatása lesz, hogy a továbbképzést irányítsák.

Örömmel látom, hogy az állami és törvényhatósági kórházak képviselői is készségesen részt vesznek munkánkban s ezzel lehetővé teszik a továbbképzés olyan szükséges decentralizálását. Csakis ezen módon sikerülhet, hogy az orvosok ismereteiket kibővíthetik a nélkül, hogy hivatásuk gyakorlását meg kellene szakítaniok.

Nagyon örömdetes, hogy a központi bizottság a katonatorvosok továbbképzését is programjába vette. Háborúban és békében egyaránt fontos, hogy a nemzet színe-virágját betegségében, sebesüléseiben a tudomány magaslatán álló orvosi kar gyógyítsa.

Sokféle feladat áll Önök előtt. Ezek megoldására anyagi eszközök is szükségesek. Ezért tárczám költségvetésében máris gondoskodtam egy szerény összegről; reményem, hogy ezt a következő években felemelhetem.

Ezenkívül a néhai Szelényi Lajos-féle alapítvány kamatainak egy részét is e feladat rendelkezésére bocsátom.

Az alapító vagyonát jótékony és tudományos célokra rendelte s e célok közelebbi meghatározását a mindenkor kultusz-miniszterre bízta.

Meggyőződése, hogy akkor, midőn ezen alapítvány céljai közé az orvosi továbbképzés ügyének támogatását is besorozom, teljesen az alapító szándékának megfelelően rendelkezem, mert hiszen az alapítóhoz, ki maga is orvos volt, éppen az orvostudomány állott legközelebb s e mellett, előmozdítván az alapítvány segítségével az orvosi tudomány érdekei, ez úton az alapítvány jótéteményei az ország minden lakosára is kiterjednek.

Nagyon kíváncsi azonban, hogy a törvényhatóságok és testületek, úgy a mint azt egyesek díszretreméltó módon már is megtették, orvosainak ösztöndíjakat bocsássanak rendelkezésre. Így remélhető, hogy mind többen és többen fogják ismereteiket kiegészíthetni. Ezen célját fogja szolgálni azon havi folyóirat is, mely a továbbképző előadásokat és tanfolyamokat közölni fogja.

Hogy munkásságukat mielőbb megkezdhesék, elfogadva az előkészítő bizottság által bemutatott szabályzatot és a bizottságnak az első öt évben működni hivatott tisztikarra vonatkozó javaslatát, a bizottság elnökévé *Tóth Lajos* dr. miniszteri tanácsost, alelnökévé *Grósz Emil* dr. tanárt, titkárává pedig *Scholtz Kornél* dr. magántanárt nevezem ki.

A végrehajtó bizottság tagjainak megválasztása az Önök feladata lesz. Kérem támogatásukat, hogy az új szervezet fontos missióját sikeresen betölthesse.

Ezután *Tóth Lajos* miniszteri tanácsos ismertette a központi bizottság feladatait, ezek a következők:

1. Kéthetes ismétlődő tanfolyamokat rendez vidéki gyakorló orvosok számára, első sorban az egyetemi városokban, és első sorban az egyetemi előadók közreműködésével.
2. Hosszabb tanfolyamokat rendez a nagyobb kórházakban, a helybeli és környékbeli orvosok számára.
3. Rendezi és közvetíti a tisztii és katonatorvosok számára tartandó tanfolyamokat.
4. Közvetíti a kórházi internatusok és externatusok létesítését és működését.
5. Vidéken főköket szervez azon célból, hogy ezek az orvosok és a központi bizottság érintkezését közvetítsék.

A központi bizottság gondoskodik szükség szerint az előadók honorálásáról és a hallgatók számára subventiók megszerzéséről. Előbbire szolgálja az állami támogatás, utóbbira a törvényhatóságok és illetékes hatóságok anyagi segítsége.

Az 1911. évi munkaprogram megállapítása után megválasztották a végrehajtó bizottságot, mely a tisztikaron kívül a következő tagokból áll: báró *Müller Kálmán* dr., egyetemi tanár, báró

Korányi Sándor dr., egyetemi tanár, Liebermann Leó dr., egyetemi tanár, Makara Lajos dr., egyetemi tanár (Kolozsvar), Szilágyi József dr., főorvos és Fogarassy Viktor dr., főorvos. A központi bizottság köszönetét a miniszternek báró Müller Kálmán tolmácsolta.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Báró Korányi Sándor dr.: Belorvostani előadások. I. évf., II. sorozat. Budapest, 1911. Singer és Wolfner. Ára 6 korona.

W. Ostwald szerint a különösen tehetséges tanulókat arról lehet megismerni, hogy nem érik be azzal, a mit nekik a szabályszerű tanítás nyújthat. Báró Korányi Sándor műve ilyen különösen tehetséges tanulóknak a „szabályszerű tanítás“ mértéke felett álló könyve lehetne. Talán, ha megvalósulnának azok a nevelési eszmék, melyeket éppen Ostwald oly nagy hévvel propagál, s melyek a természettudományos gondolkozásmódot a mai középiskolák történelem-nyelvészeti irányával szemben a tanítás gerinczvé tennék, az egyetemi hallgatóság nagy átlaga is rá volna már nevelve arra, hogy ezt vagy hasonló könyvet úgynevezett „kézikönyv“ gyanánt használhasson. Azt gondolom, részben e természettudományos gondolkozás hiánya az orvosok között is, magyarázza meg, hogy igaza van a szerzőnek, mikor a vese funkciós vizsgálata kapcsán úgy nyilatkozik, hogy ezeket a vizsgálatokat „még nem aknázza ki betegek javára teljes mértékben az orvosi kar“. 1896 óta, mikor Korányi Sándornak az ezek alapját megvető vizsgálatai a Magyar Orvosi Archivumban megjelentek, ő maga, tanítványai és követői számos közleményben ismertették és magyarázták azokat; Korányi Sándor a „Belgyógyászat közikönyvében“ (1899), a „Moderne ärztliche Bibliothek“ egy füzetében (1904), egyik orvosegyesületi előadásában, a Richter-rel együtt „Physikalische Chemie und Medicin“ cz. alatt kiadott gyűjtőmunkájában (1907/8) összefoglalóan ismertette a jelzett funkciós vizsgálatok kivételét és klinikai fontosságát a diagnostikában és terapiában; rajta kívül sok kiváló klinikus hasonló összefoglalása jelent már meg (melyek közt a Widál-Lemierre-félt az Ergebnisse der inneren Medicin IV. kötetében csak azért érdemes kiemelni, mert Korányi Sándor-ról egy merőben részletkérdésben és ott is hibásan emlékezik meg). E széleskörű irodalom és talán minden belgyógyászati és sebészeti klinikán való folytonos alkalmazás ellenére sem mentek át a jelzett functionális vizsgálatokból leszűrődött következtetések a gyakorlatba úgy, a mint a betegek java azt megkíváná.

A most ismertetett munka jelentékeny része a vese betegségeivel csaknem teljesen kimerítően foglalkozván, a vese physikális és chemiai vizsgálata után, a melyben az albuminuria okait illetőleg elmondottakra külön is érdemes a figyelmet felhívni, a II. előadásban a beteg vese működését ismerteti s ennek a keretében a tárgyalt funkciós vizsgálatokat újból klinikai szempontból írja le, olyan világosan, hogy a kik a kérdésben még járatlanok, ennek alapján teljesen tisztába jöhetnek velük. A továbbiak megértésében ez nem is nélkülözhető, hiszen a nephritisek és a veseinsufficienciák modern prophylaxisa és terapiája a tárgyalt vizsgálatokra támaszkodik. És nyilván ismét a természettudományos gondolkozás hiányában fekszik az oka annak, hogy a gyakorlatban még oly ritkán érvényesül a szerző tanácsa: „óvakodjanak attól, hogy vezetőjük valamelyik hiányos alapra fektetett, vagy régen megczáfolt hypothesis legyen.“ Nem lehet elégszer és eléggé hangsúlyozni még ma sem, hogy a vesegyulladás és veseinsufficiencia nem azonos fogalom, hogy az utóbbinál hasznos eljárások károsak az előbbinél. Ennek a kérdésnek kiemelése és megmagyarázása, a diéta megállapítása, a gyakorlatban meggyökeresedett hibák részletes kiemelése kiválóan praktikus értéket ad e könyvnek; a ki tapasztalta, hogy például albuminuriával járt scarlatina után a hónapok mulva is az egyhangú „fehér húson“ és a végletekig erőltetett tejdiétán tartott gyerekek miként satnyul el, úgy hogy alig tudjuk ismét talpraállítani, hála a félve-félt közönséges vegyes étrendnek, vagy a ki tapasztalta ezeknek az eljárásoknak valósággal babonaszerűen impraegnálódott voltát a köztudatban annyira, hogy ha rendelésünket azok figyelembe vétele nélkül tesszük, nem egyszer a beteg bizalmatlanságát kelt-

jük fel: csak hálás lehet az iránt a határozott és élesen kiemelt elítélés iránt, melyben ezek az idejüket mult methodusok ily előkelő helyről részesülnek. A vesebajosok házasságának és a terhesség megszakításának kérdéseit ajánlhatnám még különösen az olvasó figyelmébe.

Az elhízás, az elhízás terapiája, a myxoedema és a hypophysis megnagyobbodása című előadások együvé tartozó csoportot alkotnak. Nagyon érdekes a párhuzam az elhízás és az akromegalia, általában a hypophysis-megbetegedések között. A bemutatott eset mint casuistikai közlemény is nagy értékű, melylyel a szerző megvilágítja a myxoedema és thyreoidia, az akromegalia és hypophysis-működés összefüggését, a belső secretiók egymásra való hatását, a hypophysis, thyreoidia, ivarmirigyek közötti viszonyt. A struma Basedowiana esete a hyperthyreoidismus kérdésének fejtegetésével a Basedow-kór klinikai ismertetéséhez vezet, melyet még mindig neurosisnak tart, „melynek következményei közt a körkép fölött a pajzsmirigynek kórosan fokozott működése uralkodik“. Az egyszerű hyperthyreoidismushoz („Kropfherz“) az idegtünetek ezzel szemben teljesen háttérbe szorulnak, s ez teszi a különbség lényegét. A Basedow-kór terapiájában a diéta, brom, arsen adására, langyos fürdőkúrákra és a klíma megválasztására helyezi a súlyt, s így a magaslati gyógyhelyeket is ajánlja, kiemelve azonban, hogy a magasságnak valami specifikus hatás nem tulajdonítható. Basedowos hasmenések ellen jó eredményeket látott a pankreontól. Az antitoxinos terapiát éppen oly kevésbé találja elméletileg kellően megalapozottnak, mint a hogy nem is látott tőle eredményt sohasem. A szivinsufficienciás Basedow-betegben az insufficiencia külön figyelembe veendő. Mindezen belgyógyászati eljárások mulhatatlan feltételének azt tekinti, hogy a beteg jó anyagi viszonyok közt legyen, ellenkező esetben: „értékében messze túlszárnyalja a sebészi“. A rendkívül érdekes párhuzamot illetőleg a sebészi és belgyógyászati eljárás között és a sebészi eredmények kritikájára, valamint a műtét abszolút és relatív, pontosan körülírt indicatióira nézve az eredetire kell utalnunk.

Az utolsó fejezet tulajdonképpen egy új fejezetesoport bevezetése s folytatását, illetőleg kiegészítését talán egy következő füzet hozza meg. A máj-, lép- és a nyirokrendszer egymással összefüggésben álló betegségeinek csoportosítása és differenciálása; így a biliaris cirrhosis obstructiós alakja és a Hanot-féle betegség, a pseudoleukaemiák, Banti-féle kór, Gaucher-féle betegség, leukaemia, myelaemia és tumor mediastini.

Természetesen nem terjeszkedhettem ki minden fontosabb kérdés kiemelésére, az olvasó sok gondolkodni és megjegyezni valót fog találni e könyvben, melynek elterjedése egyaránt hasznára fog válni az orvosoknak és a betegeknek. R. Zs.

Lapszemle.

Általános kórtan.

A helyi érzéstelenítő szerek hatása fokozásának új módszerét ismerteti Gros és Löwen (Leipzig). Gros megfelelő kísérletekkel bebizonyította, hogy a helyi érzéstelenítők sóoldataiban tulajdonképpen a hydrolysis útján szabadra való basis a hatékony alkotórész, egyfelől sokkal gyorsabban, másfelől sokkal intenzívebben hat, még olyan hígításokban is, melyekben az anaestheticum chloridja már nem hatásos. A gyakorlatban azonban az érzéstelenítésre a basisok oldata nem használható, mert lúgos kémhatásuk lévén, bennük a helyi érzéstelenítés nélkülözhetetlen kiegészítője, a suprarenin tönkremenne. Ezt elkerüljük, ha a chloridok helyett az érzéstelenítő basisoknak gyenge savakkal való vegyületét használjuk. Tudvalevő a vegytanból, hogy úgyszólván minden oldatban van hydrolysis bomlás, melynek következtében az illető vegyület a megfelelő basisra és savra bomlik, s az oldat felveszi az erősebb jellemű alkotórész vegyhatását. A hydrolysis annál nagyobb fokú, minél kevésbé határozott jelleműek az alkotórészek, legnagyobb fokú tehát gyenge basisoknak gyenge savakkal való vegyületeinek oldatában. Az anaestheticum chlorid-oldatában is van némi hydrolysis, minek folytán az oldat kissé savanyúan reagál; nagyfokú a hydrolysis az érzéstelenítő basisok carbonatjainak oldatában. Ezeket azonban nem célszerű alkalmazni, mert oly nagyfokú a hydrolysis, hogy a basis egy része kicsapódik. Nagyon hasznavehetőnek bizonyult a bicar-

bonatok s főképpen a novocainbicarbonat oldata. Előállítható oly módon, hogy novocainchloridot natriumhydrocarbonat oldatával elegyítünk, a mikor a phenolphtaleint színtelenítő oldatot nyerünk, mely a suprarenin hatását már nem befolyásolja. Az anaestheticum bicarbonatja körülbelül 3—5-ször nagyobb hígításban érzéstelenít, mint a megfelelő chlorid. Ez a feltűnő különbség azonban a gyakorlatban szokásos érzéstelenítő eljárásokban nem egyformán értékesíthető. Ugyanis infiltrációs anaesthesia esetén az oldat nagymennyiségű szövetnedvvel jut érintkezésbe, a melyben foglalt bicarbonatok s egyéb savak hatására a megfelelő könnyen hydrolyzáló vegyületek jönnek létre, úgy, hogy tulajdonképpen nem a chlorid, hanem ezen sók hatása jut ilyenkor érvényre. Vezetési anaesthesia esetén azonban koncentráltabb oldatot fecskendezünk be, s az odaáramló szövetnedv nem elegendő arra, hogy a novocainchlorid egész mennyiségét elbontsa, tehát a szabad novocain-basis koncentrációja kisebb lesz annak chlorid-, mint bicarbonat-oldatában. Más szempontból is észszerű a bicarbonatok használata, mert a legnagyobb valószínűség szerint az idegek csak magát a basist veszik fel, a szabadra váló savat pedig a szövetnedv carbonatjai, foszphatjai, illetve a szövetek fehérjeanyagai kötik meg, minek következtében a szövetek károsulnak, vagy ha nem is, legalább a szövetnedv kémhatása megváltozik. Kisebb a jelentősége ennek infiltrációs, nagyobb vezetési anaesthesia esetén.

A novocainbicarbonat-oldatot úgy állítjuk elő, hogy 1 gm. novocainchloridra 0.25 gm. natriumhydrocarbonat jusson; az isotonia helyreállítása végett 1%-os oldat 100 cm³-éhez 0.5 gm., 2%-oshoz 0.4 gm., 3%-oshoz 0.3 gm. stb. konyhasót kell még adni.

5%-nál sűrűbb oldatot akarván előállítani, etetleges csapadék-képződés miatt nem adhatjuk a natriumhydrocarbonatot ezen szabály szerint, hanem kisebb mennyiségben. (Igy például 10% novocain-oldat 10 cm³-éhez 0.1 gm.-ot.) A bicarbonat-oldatok szénsavat veszítenek, 3%-nál hígabb oldatban a hatás ezzel csak erősödik (a keletkező carbonat nagyfokú hydrolysis miatt), töményebb oldatokban azonban hátrányos ez a körülmény, mert a basis egy része kicsepádik.

Gros kísérleti eredményeit Lāwen magáévá téve, ezen elveknek gyakorlati értékét vizsgálta a novocainbicarbonat oldataival. Vizsgálataiból bebizonyult, hogy emberen (eltekintve bizonyos egyéni ingadozásoktól) a novocainbicarbonat 2—3-szor kisebb töménységben hat az érző végkészülékekre, mint a chlorid; továbbá, hogy az oldat egyszeri felfőzés után nagyobb hatású lesz, nyilván azért, mert ilyenkor a CO₂ egy része elszáll s a keletkező novocaincarbonat még nagyobb mértékben bomlik hydrolysis útján. Az egyszeri főzés egyúttal eléggé sterilizálja az oldatot.

A novocainbicarbonattól előidézett vezetési anaesthesia jelenképpen hosszabb ideig tart s jóval hamarabb kezdődik. Ezenkívül az eddig gyakorlatilag hasznavehetetlen epidurális (Cathelin-féle) anaesthesia előidézésére is bevált azon módosítással, hogy a betegeket felültetjük, hogy az oldat elég hosszú ideig maradjon azon a helyen, a hol hatnia kell. Ilyen módon (a hiatus sacralisba fecskendezve) a 3—5. sacralis segmentum és a n. coccygeus területének érzéstelensége idézhető elő.

A novocainbicarbonat-oldatok előállítása egyszerűsítést nyert annyiban, hogy novocain, natriumhydrocarbonatum pur. és NaCl egyúttal in substantia őrizve sem változtatja meg egymást, azért a gyógyszerárakban megfelelő keverékben előállíthatók s tarthatók. Nem kell egyebet tenni, mint a megfelelő keveréket destillált vízben feloldani, egyszer felfőzni, lehűteni s csepp alakban adrenalin hozzáadni. Lāwen a következő oldatokat használja:

	I.	II.	III.	IV.
Natr. hydrocarb. puriss. (Merck)	0.15	0.2	0.25	0.15
Natriumchlorid	0.1	0.2	0.5	0.5
Novocain	0.6	0.75	1.0	0.5
Aqua dest.	30 cm ³	50 cm ³	100 cm ³	100 cm ³
	20%-os	1 1/2%-os	1%-os	1 1/2%-os oldat.

Sacralis anaesthesiára az I. és II. oldatot használta (20—25 cm³). A tiszta infiltrációs (Schleich szerint végzett) anaesthesiára a novocainbicarbonat nem nyújt előnyöket. A Hackenbruch módszere szerint végzett érzéstelenítéskor, a mely a műtendő terület körülfeccskendezésében áll, jól alkalmazható a IV. oldat. Vezetési anaesthesia előidézésére (ujjakon) a III. oldatot használta. Az I. és II. oldattal

nagyobb idegtörzsekben is megszüntethető a vezetés. Különösen szembetűnő az érzéstelenség gyors bekövetkezése foghúzáskor; a III. oldatot használva, átlag 4 perc múlva beállott a pulpa-anaesthesia. (Münch. med. Wochenschrift, 1910. 39. sz.)

Sebészet.

A laparotomizálandó betegnek adott subcutan nucleinsav-injectiók hasznát vizsgálta Aschner és Graff az Eiselsberg-klinikán. A 2%-os neutralizált nucleinsavat a mellkas bőre alá fecskendezték, 10—15 órával a műtét előtt. Az injectio rendszeren 3 óra hosszáig, de néha tovább tartó fájdalmakat okozott; a nyomási fájdalmasság több napig fennmaradt; 2 ízben erős lob, erysipelszerű pirral jelentkezett. A leukocyták száma az első 1—3 órában csökkent 1000—2500-ra, aztán szaporodott főleg a neutrophil polynuclearis sejtek révén az eredetinek körülbelül 2 1/2-szeresére; maximumát a 16. órában éri el. Egy esetben 31,000-re szaporodtak a fehérvérsejtek. A normálist 60—70 óra múlva érte el ismét a leukocytaszám (Remes szerint 80 óra múlva), amiben az operatív beavatkozás által okozott hyperleukocytosisnak (Busse) is kétségtelenül része van. Hőemelkedés rendszerint beállott az injectio után s nem egyszer egész 39-ig és még magasabbra ment. Öreg és cachexiás embereken a reactio csekély volt, sőt teljesen hiányzott. 1047 betegnek adtak prophylaxisos nucleinsav-injectiót az 1904—1908. években; kontrollul 568, többnyire az 1901—1904-ben operált eset szolgál. Sürgős esetek mindkét csoportból ki voltak rekesztve. A nucleinsavval nem kezelt esetek közül 103 (18.1%) halt meg, még pedig 55 (9.6%) operatív infectio, 19 (2.9%) pneumonia és 29 (5.1%) egyéb okok folytán. A nucleinsavval kezelt esetek mortalitása 91 (8.6%), ezekből a halálok operatív infectio 49 (4.6%), tüdőgyulladás 19 (1.8%), egyéb 23 (2.2%). A mortalitás javulása és az operatív infectiók csökkenése főleg a gastroenterostomiákra, gyomor- és bél-resectiókra, epekö-műtétekre esik, míg a fistulakészítések, enteroanastomosisok, végbél-műtétek eredménye nucleinnal és nuclein nélkül változatlan, sőt bizonyos műtétsorokban (próbalaparotomia, appendix-exstirpatio) rosszabb nucleinnal, mint a nélkül. Úgy ez, valamint az egyes műtéteknél tapasztalt halálesetek kritikája, azon körülmény, hogy narcosis alkalmával a Billroth-kezeléskor az aetherre tértek át, arra enged következtetni, hogy az eredményeknek a nuclein alkalmazása óta tapasztalt javulása nem a nuclein okozta hyperleukocytosisnak, hanem az indicatiók felállításában, a műteti technikában, narcotizálásban való haladásnak tudandó be, a mi hogy csakugyan így van, bizonyítja az, hogy az 1909 májustól 1910 februárig előzetes nuclein-injectio nélkül operált 270 eset műteti eredményei felülmúlják a nucleinnal kezelt esetek gyógyulási eredményeit; valamelyes rosszabbodás csak a bél-resectióknál mutatkozik, a mi az esetek csekély számát (8) tekintve, nem bír különös súlytal. Általában tehát azt lehet mondani, hogy a subcutan nuclein-injectio a laparotomiáknak operatív infectio okozta mortalitására kimutatható befolyással nem bír és a mortalitásnak csakugyan tapasztalt csökkenése a sebészeti technika javulására és az esetek gondosabb megválogatására vezetendő vissza.

Ezen klinikai tapasztalatokkal egybehangzólag a subcutan nuclein-injectióval kezelt és nem kezelt nyulak összehasonlító vizsgálata különböző peritoneális infectiókban azt bizonyítja, hogy súlyos fertőzés esetén mindkét állat elpusztul, könnyű fertőzést mind a kettő kiáll; csak egyszer sikerült csupán a nucleinos állatot életben tartani, viszont egyszer csak a kontrollállat maradt életben és a nucleinos pusztult el. Bizonyos védő hatása a nucleinneknél nem vitatható, azonban ez oly csekély, hogy a praxis számára nem jó szóba. Az is érdekes lelet, hogy a leukocytosis a bőrerekben kifejezettebb, mint a belső szervekben és hogy normálisan is a peripheriás erekben több a fehérvérsejt, mint a belső szervekben. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. XXII.) Pólya.

Gyermekorvostan.

Az általános subcutan emphysema a gyermekkorban czimű cikkében Gioseff két oly esetet ismertet, melyben az emphysema nem külső trauma következtében fejlődött ki. Első megfigyelése 5 1/2 éves fiúgyermekre vonatkozik, kit kanyaró prodromális

jelenségeivel (köthártyabelőveltség, bő orrváladék, álroupos köhögés, Koplik) vett fel a trieszti gyermekkorházba. A kúteg kifejlődése 2 nap alatt normálisan ment végbe; feltűnő volt az intenzív köhögés; a kórházi tartózkodás 4. napján jelentkezett az emphysema a nyakon, mely a következő napon az egész törzsre kiterjedt; e mellett súlyos dyspnoe, cyanosis. A 6. napon beállt az exitus. Bonczoláskor elszórt broncho-pneumoniás góczok mellett mediastinális, periesophageális és peritracheális emphysema. Esete kapcsán ismertetni az irodalomban leírt, *morbili után jelentkezett általános bőralatti emphysema*-eseteket. A közölt 14 eset közül 5 gyógyult, 7 meghalt; 2 esetben a lefolyás ismeretlen. Az esetek nagy többségében az emphysema a kanyarós kúteg lezajlása után jelent meg. Az emphysema-létrejöttét a fokozott endoalveolaris nyomásnak (erős köhögés) s a tüdőparenchyma csökkent ellenálló képességének, illetve mindkét körülmény együttes jelenlétének tulajdonítja.

Második észlelete 7 éves leánygyermekre vonatkozik. A kör-előzményből felemlítendő, hogy 2 hét előtt rekedtes köhögésben betegedett meg, mely azonban 10 nap alatt visszafejlődött. Három nap óta azonban újból köhög; a duzzadt tonsillákat vékony álhártya fedi; mérsékelt laryngostenosis és a submaxilláris mirigyek beszűremkedése; az orr szabad; foetor nincs. Másnap serumoltás (mennység?) és intubatio kísérlete. Ekkor bő nyálkás véres váladék ürül és $\frac{1}{4}$ óra múlva egy a légcső egész hosszára kiterjedő s 2 bronchiális elágazást mutató álhártyát köp ki, mire a légzés felszabadul. Körülbelül 8–10 órával az intubációs kísérlet után a nyak és mellkas bőre alatt kezdődő bőralatti emphysema, mely rohamosan leterjed a törzsre és végtagokra. Másnap exitus. *Bonczoláskor*: Általános bőralatti emphysema, a torokban bő sárgás genyes, nyálkás tömeg; a torok nyálkahártyáját sárgás, nem erősen tapadó álhártya fedi, maga a nyálkahártya belővelt s epitheliától fosztott. A tonsillák duzzadtak; a gégeben és a tracheában hasonló álhártyák a bifurcatiógig. (*Intubációs trauma nincs!*) Régi pleurális összenövések jobboldalt; a tüdők emphysemásak, az alsó lebenyek bronchusaiból sűrű, sárgás-fehér, nyálkás váladék nyomható ki. Dilatio cordis, myocarditis, hyperaemiás duzzadt vesék.

Esetének elbírálásakor a szerző felveti a kérdést, vajjon esetében az általános emphysema összefüggésbe hozható-e az intubációval? Az irodalmi esetek (Torday, Buckley, Bauer, Rabot, Josias és Ranke) és saját észleletének megbeszélése alapján azon eredményre jut, hogy bár ulceratiók, decubitusok és traumák kapui lehetnek az emphysema belépésének, a trauma nélkül támadó emphysemákban a kiinduló pontot az *alveolusok falának megszakadásában* kell feltételezni. Ezt pedig az erőltetett köhögés folytán kiváltott erősen fokozott endoalveolaris nyomás idézi elő. (Rivista di clinica pediatrica, 1910. 9. sz.) *Faludi Géza dr.*

Húgyszervi betegségek.

A hátulsó húgycsőrésztlet kórtanáról irt értekezésében *Michailoff* más neves szerzőkkel, de főképpen *Oberländer*-rel és *Kollmann*-nal szemben azt vitatja, hogy a pars posterior gyakrabban beteg, mint a pars anterior s hogy a hátulsó húgycsőrésztlet tükrözése nem nehezebb és a betegre nézve semmivel sem kellemetlenebb, mint az endoscopia partis anterioris. Érzéstelenítésre itt is csak kivételesen, vagyis ideges, túlérzékeny s nagyon félénk embereken lesz szükség, de ezeken is többnyire csak a műszerbevezetés első kísérlete alkalmával. A húgycsőtükröt minden esetben toljuk be a hólyagnyakig s így egy ülésben tekintünk végig előbb a pars posteriort s utóbb a pars anteriort. Ha a hátulsó rész a tükrözés alatt könnyen vérzik (gyűjtőeres hyperaemia), ez már egymagában is a mellett szól, hogy a pars posterior még beteg; minél nagyobb a hyperaemia, annál nagyobb a vérzés is. A pars posterior olyan szoros nexusban van a hólyaggal, hogy úgy a hólyag bármilyen megbetegedését, mint a beteg prostatából avagy a beteg ondóhólyagokból eredő zavarokat ugyancsak megsínyli. Az enuresist, az impotentiát és a legtöbb sexuális anomáliát nagybárá a pars posteriorban beállott vérkeringés-zavarok, illetőleg az ott bekövetkezett kóros állapotok okozzák; köztudomású, hogy az impotentia leggyakoribb, tehát az úgynevezett atoniás avagy paralysses alakja csakúgy, mint a sexuális neurasthenia is csaknem kizárólag az ondódomb környékén beállott gyűjtőeres vérbőségnek a következménye. Olyan betegeken, a kik vizeletét avagy sexuális

zavarokról panaszkodtak, *Michailoff* elég gyakran talált fekélyedéseket, beszűrődéseket avagy concrementumokkal teli diverticulumokat a hátulsó húgycsőben; sőt 3 esetben sikerült neki az ondódombon hólyagszerű prostatacystákat és 25 esetben az ondódomb s a hólyagnyak között papilláris burjánzásokat felfedeznie. Semmi kétség, hogy úgy az említett prostatacysták, mint a papilláris burjánzások jóindulatú álképletek, melyek idővel vizelet pangást, gyűjtőeres hyperaemiát s ez utóbbinak összes kedvezőtlen következményeit eredményezik. (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1910. 3. füzet.) *Drucker Victor dr.*

Bőrkórtan.

A Much-féle tuberculosis-virust vizsgálta lupus vulgaris eseteiben *H. Boas* és *Chr. Dillelsen* (Kopenhága). A lupus vulgaris gümös természetű már hosszú idő óta ismeretes. Sokszorosan bizonyítja ezt a bacillusnak festéssel (*Ziehl-Neelsen*) való kimutatása, valamint az oltási kísérlet. Állandóan feltűnt azonban az a jelenség, hogy a tipusos lupusos szövetben is csak mily rendkívül gyéren található a *Koch*-féle gümö-bacillus. Így egy ízben a *Ziehl-Neelsen* szerint festett lupusos szövetben *Koch*-nak magának is csak a 43. metszet átvizsgálásakor sikerült a bacillust kimutatnia. 1907-ben *Much* egy közlésében arról számolt be, hogy számos gümös esetben tudott egy módosított *Gram*-féle festési eljárással finom *Gram*-festődésű pálczikákat kimutatni, holott ugyanabban az anyagban *Ziehl-Neelsen* szerint festődő pálczikák nem voltak találhatóak. A finom pálczikákon kívül hasonlóan festődő granulákat is talált. Ezt a leletet utóbb több vizsgáló megerősítette. Közelfekvő volt már most az a feltevés, hogy a *Much*-féle gümös vírus talán a lupus vulgaris metszeteiben is megtalálható lesz. Sajátosságos, hogy ez iránt még igen kevés vizsgálat történt. A szerzők e célból a *Finsen*-intézet beteganyagából 20 lupus vulgaris-esetet vettek vizsgálat alá. Az eredmény az volt, hogy valamennyi esetben ki tudták mutatni, hogy a lupusos bőr *Much*-féle pálczikákat és granulákat tartalmazott. E lelettel szemben a *Ziehl-Neelsen*-féle pálczikák csak 4 esetben voltak kimutathatók. A *Much*-féle pálczikák és granulák mennyisége igen változó, bár úgy látszik, hogy tömegük bizonyos fokban arányban áll a lupusos folyamat mértékével. A *Much*-féle gümös vírus kedvező helye az óriássejtekben van. A helye bizonyos fókig meghatározott. Míg ugyanis a *Ziehl-Neelsen* szerint festődő pálczikák az óriássejtek peripheriájában találhatóak, addig a *Much*-félék azoknak központi részében foglalnak helyet. A bakteriológiai leletnek a klinikai megfigyeléssel való összeegyeztetése azt mutatja, hogy az a lupusos folyamat, a melyben nagyszámban találhatóak a *Much*-féle pálczikák, rendszerint erősebb tovaterjedést áru el. (Berliner klin. Wochenschrift, 1910. 46. sz.) *Guszman.*

Röntgenologia.

A vállizületnek trauma okozta elváltozása rendes vállizületátvilágítás vagy felvétel mellett nem látható meg mindig. Ilyen esetben sohase mulasszuk el a felülről lefelé való felvételt, mert ha van elváltozás az ízületet alkotó csontokban, akkor az a felülről lefelé készített felvételen mindig meglátszik. (Med. klin. 1910. évf. 5. sz.) *Hruby dr.*

Röntgen-besugárzás után keletkező rendellenes és kevésbé ismert hatásokról számol be *Lehden*. Rendellenesek a Röntgen-sugár utóhatásai igen lágy lámpa alkalmazása után. Itt három fokozatot különböztetünk meg: erythemát, hólyagképződést és fekélyt. Ezen bőrelváltozások a közepkemény vagy kemény sugarak okozta utóhatásoktól annyiban eltérők, hogy már rövidebb lappangási idő után s kisebb adagra is jelentkeznek. De viszont mindegyik hamarabb gyógyul s egyik alakja sem fájdalmas.

Második csoportját a rendellenes következményeknek a késői utóhatások alkotják. Ide tartoznak azon hatások, a melyek rendes Röntgen-therapia mellett évek múltán jelentkeznek s a melyek a bőr atrophijában és a besugárzott területen jelentkező teleangiectasiában nyilvánulnak, a mi mellett a bőr kissé duzzadt és depigmentált.

Kevésbé ismert az az eset, mikor az úgynevezett erythema-dosis egy harmadától a beteg eccemás bőr másodfokú égést szenved, tehát hólyagképződéssel reagál, míg az együtt sugárzott ép bőr a reakciónak semmi jeit sem mutatja.

Rendellenes volna az idiosyncrasia is, de ennek létezését a szerző tagadja, mert 18,000 esetben végzett röntgenezés alkalmával egyszer sem észlelte.

Támadhatnak-e helybeli besugárzásra általános káros jelenségek? Ezt eddig eldönteni nem sikerült, mert az eddig ismertett esetekben mindig a Röntgen-sugár által sérült helyről fel-szívódó káros anyagok hozták létre az általános jelenségeket (pl. láz, exanthema stb.).

Mindezen eseteket azért sorolja fel a szerző, hogy felhívja rájuk az orvosok figyelmét, s így azok elkerülhetők legyenek. Így legalább az orvos mérlegelheti, hogy a gyógykezelés az elért eredménnyel szemben mily kockázattal járhat. (Berliner klin. Wochenschrift, 1910. évf. 1. sz.)

Hruby dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Alopecia seborrhoica ellen *White* nagyon jó eredménnyel használja a következő folyadékot, a melylyel a hajas fejbőr reggel bedörzsölendő: Rp. Hydrargyri bichlor. corros. 0.24; Euresoli 8.0; Spir. formicar. 30.0; Ol. ricini 4.0—12.0; Spir. ad 280.0. Leglényegesebb ezen folyadékban az euresol (resorcin-monoacetat). (The Journ. of the Amer. med. assoc., 1910. 13. szám.)

Az **antisclerosin** kedvező hatására arteriosclerosis eseteiben hívja fel újól a figyelmet *Franze* (Nauheim). Következő módon használja: naponként 3-szor vétet be 2—2 tablettát, 1/2 pohár vízben oldva, egy órával az étkezések előtt; minthogy a tabletták nehezen oldódnak, 1—2 órával előbb teendők a vízbe. Egy hónapos használat után 14 napos szünet következik, azután 14 napos használat váltakozik 14 napos szünettel hosszú időn át. Az antisclerosin natriumsulfat, natriumchlorat, natriumcarbonat, natriumphosphat, magnesium phosphoricum és calcium glycerophosphoricum elegye. (Folia therapeutica, 1910 április.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 48. szám. *Polereczky Endre*: A forró levegő gyógyító hatásáról. *Sellei József*: További tapasztalataim az Ehrlich-serrel.

Orvosok lapja, 1910. 48. szám. *Manninger Vilmos* és *Verebély Tibor*: Az asepsis.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 48. szám. *Gulfreund Ferencz*: A lépfeneellenes serumkezelésről. „Fürdő- és vizgyógyászat” melléklet, 4. szám. *Sipos Dezső*: A proctosigmoscopia javalatairól. *Porosz Mór*: A férfiak sexualis neurastheniája. *Schulhof Vilmos*: A tabes dorsalis terápiájáról.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Veltmann Sándor* dr. mezőkászonyi járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Holénia Gyula* dr. eperjesi orvost államvasúti pályatorvossá, *Kosztolányi Árpád* dr.-t, *Zaskalik Lajos* dr.-t és *Hermann Károly* dr.-t a szabadkai köz-kórházhoz alorvossá nevezték ki.

Megjelent *Hollós József* dr. szegedi kórházi prosector munkája a gümőkóros intoxicációról francia nyelven Masson párisi könyvkereskedő kiadásában.

Meghalt. *Jászi Ferencz* dr. 72 éves korában november 24.-én Nagykárolyban. — *Kállai Dávid* dr. kutasi járásorvos 72 éves korában. — *J. F. Payne* dr., kórházi főorvos a Royal College of Physicians könyvtárosa, Londonban, november 16.-án, 70 éves korában. Az elhunyt élénk irodalmi tevékenységet fejtett ki az orvostudomány, különösen pedig az orvostörténelem terén. — *A. La Valette St. George* dr., 1907-ig az anatomia tanára a bonni egyetemen, november 30.-án 79 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. *K. Eberth* tanár, a kórbonezolástan tanára a hallei egyetemen, nyugalomba vonul. — *Krönlein* tanár, a nemrég elhunyt jeles zürichi sebész végrendeletében számos jótékony alapítványt tett. Így 300,000 frankot hagyományozott egy gyermekorvostani kórházi osztály szervezésére, 50,000 frankot a zürichi egyetemi tanárok nyugdíjalapjára, 10,000 frankot és könyvtárát a zürichi sebész klinikának.

Rockefeller-intézet. Október 17.-én nyitották meg a new-yorki Rockefeller-intézet új épületeit. Az intézet az ismert milliárdos, D. Rockefeller alapítványa s teljesen csak az orvosi kutatás céljait szolgálja. Négy különálló épületből áll. A főépület foglalja magában a kórházat. E főépület 11 emeletes; a három első emeletet a személyzet, az ápolónők s a klinikai laboratóriumok foglalják el, a három további emeletet a kórtermek, a 7. emelet biológiai és élettani kísérletekre van berendezve,

a 8. emeleten operálóterem, fotografáló és Röntgen-helyiség van, a többi emeletet a konyha s egyéb gazdasági helyiségek foglalják el. A többi három épület izoláló kórház, kísérleti kórház, kórház, igazgató-lakás és gépház. Az intézet igazgatója *S. Flexner* dr., a ki egyúttal a kísérleti kórházi osztályt vezeti; további vezető tagjai *S. J. Meltzer* (gyógy-szerhatástan), *E. L. Opie* (belorvostan), *A. Carrel* (kísérleti sebészet), *Jacques Loeb* (biológia), *P. A. Levere* (életheimia), *H. Noguchi* (belorvostan), *J. Auer* (élettan). A Rockefeller Institute for Medical Research a legnagyobb intézet, mely tisztán csak az orvosi tudomány ápolását tűzi ki céljául.

A tuberculosis csökkenése Poroszországban. Az 1909. évre vonatkozó statisztikai adatok azt tanúsítják, hogy a tuberculosis Poroszországban erősen csökkenőben van. 1909-ben Poroszországban összesen 667,782 ember halt meg (1908-ban 693,724), közülök 60,871 tuberculosisban (1908-ban 63,320). 100 elhalt ember közül tehát 9.11 esett a gümőkór áldozatául (1908-ban 9.13). A tuberculosisban elhaltak száma 1909-ben olyan alacsony volt, mint legutóljára 1875-ben, habár azóta a lakosság száma 28 millióról 39-re emelkedett; 27,412 emberrel kevesebb halt meg 1909-ben gümőkórban, mint 1886-ban. 100 élő egyénre számítva 1875 óta a tuberculosisban elhaltak arányszáma a felére apadt, nevezetesen 31.90-ről 15.59-ra; ez az utóbbi adat mutatja legvilágosabban azt a nagy eredményt, a melyet a gümőkór elleni prophylaxisos intézkedésekkel elérték.

Mai számunkhoz a **Farbwerke, vorm. Meister, Lucius & Brünnig, Höchst a. M.** cég „Vas-sajodin-Tabletták” című prospektusa van csatolva.

A **bromleicithin** anaemia, neurasthenia és chlorosis még súlyosabb eseteiben is jól beválik. A vörösvérsejtek számának gyors szaporítása által az elgyengült szervezetet megerősíti és az erőt pótolja.

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

Dr. Jakab-féle Sigetsanatorium

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

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdő, sugaras gyógyítás, physikális gyógy módok.

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

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

Ujtátrafüred Sanatorium

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

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

Tamássy Park-sanatoriuma

Dunaharaszti (Budapesttől villamosközlekedés). Külön osztály vér-bajosok, húgyszervi megbetegedésekben szenvedőknek. Főorvos: **Stossmann Rudolf** dr., sebész urológus.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

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

:: San-Remo ::

téli klimás gyógyhely az olasz Rivierán. A „Grand Hotel de Nice”-ben fekvő csarnokok és magyar ápolónő, a Continental et Palace szállóban minden emeleten meleg tengeri fürdő. Felvilágosítást készséggel nyújt **Czifrusz Dezső** dr. kir. tanácsos. 34

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

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26, földsz. 1. Telefon 112—95.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXII. rendes tudományos ülés 1910 november 12.-én és XXIII. rendes tudományos ülés 1910 november 27.-én.) 883. l. — Közkórházi Orvostársulat. (X. bemutató szakülés 1910 október 19.-én.) 886. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXII. rendes tudományos ülés 1910 november 12.-én.)

Elnök: Preisz Hugó. Jegyző: Rotter Henrik.

(Vége.)

Basch Imre: Eddig összesen 120 betegen végeztem Ehrlich-féle injectiót. Volt köztük 7 paralysis progressiva, 3 tabes. Ezekben volt néha javulás, a melyet azonban csak suggestiónak tartok, vagy pedig oly javulásnak, a melyen minden kezelés nélkül is észlelhető néha s a mely csak átmeneti. Ha némely észlelő ezen betegségekben állandó javulásról beszámol, akkor az vagy tévedés, vagy pedig nem volt ott paralysis, illetőleg tabes kardinális tünet állandó elmaradásáról szó. Egy lupus vulgaris esetben is adtam 606-ot eredménytelenül, az illetőn egy év előtt kén esőkérra állítólag javulás mutatkozott. A betegnél a Wassermann-féle reactio a 606 adagolása előtt teljesen negativ volt. Az orr szárnyán fennálló lupusgöbök a 606 befecskendezése után rohamosan szétesésnek indultak. Egy lichen ruber planus-esetben, melyben harmincz év előtt kiállott luessel kapcsolatban positiv Wassermann-féle reactio volt, melyben azonban a lichen ruber planust természetesen nem tartottam luessel megbetegedésnek, azért adtam a 606-ot, hogy kipróbáljam, vajjon lichen ruber planus esetén, melyre a liqu. ars. Fowlerinek 4—6 heti adagolása rendszeren gyógyító hatással van, nem lehet-e nagy arsenadaggal, a milyen a 606, egyszerre gyógyulást elérni. A 606-nak azonban, bár három hét előtt adtam az injectiót, szemmel látható hatása nem nyilvánult. Eppen így jártam 2 psoriasis vulgarisban szenvedő beteggel is, kiken a 606 szintén eszerbenhagyott.

Lueses eseteim: 14 initális luessel laesio, illetőleg sklerosis luetica (positiv spirochaeta pallida-lelettel), 21 antilueses kezelésben még nem részeseült friss luessel secundaria, 17 kénesekezelésen már végigment recidiváló luessel secundaria, 25 luessel latens (positiv Wassermann-féle reactióval) és 26 késői luessel.

A technikáról már nyilatkoztam a közkórházi orvostársulat október 19.-én és a kir. orvosegyesület november 5.-én tartott ülésén. A subcutan injectiónál a három helyre való elosztást észszerűnek tartom, mert így az sokkal nagyobb területen szivódik fel és ennél fogva kisebb a depót képpen visszamaradt arsenobenzol-mennyiség. Más észleléssel összehasonlítva, aránylag jobb eredményekről referálhatok s valószínűnek tartom, hogy ezt a jobb eredményt éppen az általam módosított technikának köszönhetem. A befecskendezési eljárás eme módosítását Ehrlich-hel is közöltem s ő is rationalisnak tartja.

Az injectio kapcsán mutatózó fájdalomra vonatkozólag nem referálhatok oly kedvezően, mint Havas tanár, bár az általam módosított eljárás mellett kevésbé erősek a fájdalmak és kisebbek a lokális tünetek. Ezt a technikámat 115 esetben alkalmaztam és kevés kivétellel azt észleltem, hogy a heves fájdalom fél órával az injectio után kezdődik, eltart 6—8 óráig, körülbelül 36 órai fájdalommentes időszak után ismét 3—6 napig tartó elég vehemens fájdalom következik, mely azonban mindig valamivel csekélyebb, mint az első 6—8 óra alatt észlelhető fájdalom. A hőmérséklet kevés esetben végig 37° alatt volt, a legtöbb esetben azonban 37.4, 37.9, ritkán 38.0—38.4 C°. Négy esetben próbáltam a natronlúgban oldott arsenobenzolt ecetsav helyett sósavval kicsapni, de a fájdalom ebben a 4 esetben éppen úgy mutatkozott, mint a 111 esetben, melyben ecetsavat használtam.

A natrium acetícumnak centrifugálás után való lepíttatása és steril vízzel vagy physiologi konyhasóoldattal való pótlása szintén nem változtatott az injectio nyomán támadt fájdalmakon.

Három esetben adtam intramuscularis injectiót oleum sesamivall suspéndált arsenobenzollal: a lokális fájdalmak aránylag csekélyek, de a hatás talán nem oly prompt, mint a neutrális vizes suspensio után. Az intravenás injectiót is megkísérlettem, de még vehemensebb tüneteket észleltem, mint Havas, a mennyiben az injectio után negyed órával hányásinger, hidegrázás, további fél óra múlva erős hányás jelentkezett, mely 4—6 óra alatt számtalanszor ismétlődött (a hányadék egyszer-más-szor véres is volt). A hőmérséklet egy órával az injectio után felszökött 39.4 C°-ra, de két óra múlva már 36.6 volt s azután fokozatosan lecsökkent, úgy hogy nyolcz órával az injectio után 36.6° volt.

Másnap a beteg már teljesen jól érezte magát, a venaepunctio helyén a legcsekélyebb fájdalom sem mutatkozott.

A 606 hatására vonatkozólag alkalmam volt egy időben körülbelül hasonló tünetekben szenvedő két beteget kezelés alá venni. Mindkettő recens kezeletlen luessel magnopapulo-squamosa universalis volt. Az egyiknek ötszázalékos sublimatoldatot adtam intramuscularis injectio alakjában, a másiknak 0.6 arsenobenzolt subcutan módon. Mindkét betegnek egyforma idő (2 hét) alatt múltak el a tünetek. Az igaz, hogy a sublimatinjectio után oly erős stomatitis fejlődött, hogy két héttig nem adhattam újabb injectiót.

Ki kell azonban jelentenem, hogy általánosságban sokkal gyorsabban fejlődnek vissza a tünetek megfelelő mennyiségű (a testsúly

szerint 0.5—0.8) arsenobenzol után, mint a legerélyesebb kénese kúrák után.

Eredménytelen esetem eddig négy volt, melyekben a tünetek legnagyobb része elmúlt, de valami csekély luessel tünet még makacsul megmaradt. Újabb arsenobenzol injectióra azonban mind a 4 esetben néhány nap alatt teljes gyógyulás állott be, úgy hogy ezen eseteket nem is tekinthetem refractaer-eseteknek, hanem olyanoknak, melyekben az első adag (0.30, illetőleg 0.50, sőt 0.60 is) az illető luessel ellen elégtelen volt. Valóságos refractaer esetem tehát nem volt.

Összes eseteimben végeztünk Heim magántanár és John M. Károly dr. kártsakkal együtt, kiknek önzetlen közreműködéséért ezen helyen mondom köszönetet, Wassermann-féle reactiót s alig van néhány esetem, melyben a 606 után a Wassermann nem gyengült volna. Általában az esetek éppen úgy viselkedtek, mint azt erőlyes hosszantartó kénese kúrák után észleltük: friss esetekben a Wassermann itt is az esetek túlnyomó részében 4—6 hét alatt negativvá vált, míg késői luessel ugyanennyi idő alatt az esetek túlnyomó részében csak gyengült, nagyon kevésben változatlan maradt s nagyon kevésben vált teljesen negativvá. Százalékokban egyelőre oktalannak tartanám ezt kifejezni, mert még csak 3 hónapja, hogy az első injectiót adtam s így nem tudnák most összes eseteimről hű képet adni. Az Ehrlich-féle kezelésnek azonban vannak még homályos pontjai:

1. Mennyi a maximális mennyiség, mely a szervezetre való káros hatás nélkül bekebelezhető? 0.3 határozottan elégtelen, de néhány esetben még a 0.6 is elégtelen volt az összes tünetek visszafejlesztésére.

2. Melyik a legjobb bekebelezési mód?

3. Mennyi marad vissza a szervezetben, illetőleg mennyi távozik el? Az eddig megjelent erre vonatkozó 4 közleményt nem tartom elégendőnek s okvetlenül szükséges lesz még e tekintetben sok esetben pontos észleléseket végezni.

4. Hányszor ismételtető az arsenobenzol-injectio a szervezetre való káros hatás nélkül?

5. Mennyi időre terjed az arsenobenzol helyesen megválasztott mennyiségének hatása a luessel szemben?

Az eddigi észlelések még mind túlrövid időre terjednek.

Neisser A. az Archiv f. Derm. u. Syph. decemberi füzetét az arsenobenzolnak akarta szánni s a kísérletezőket felkérte, hogy november 15.-ére küldjék be észleléseik eredményét. A terminust újabban 1910 február 15.-ére tolták ki. Tartok tőle, hogy még ez is rövid idő lesz arra, hogy véglegesen nyilatkozhassunk különösen a 606 hatásának tartósságára nézve. Azt azonban már most minden elfogultság nélkül megállapíthatjuk, hogy az arsenobenzol az eddig ismert antilueses szerek legerősebbikével legalább is egyenlő hatású, sőt a legtöbb esetben az eddig legerősebbnek ismertnél is gyorsabb hatású.

A beteg súlyának és alkatának megfelelő adag egyszeri befecskendezése legalább is felér a legerélyesebb 6—8 heti kénese kúrával, a szervezetre ártalmatlan s nélkülözi a kénese kúrák gyakran mutatózó kellemetlen mellékhatásait.

Mindezeknél fogva fenntartom a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlésén f. évi augusztus 22.-én előadott indicatióimat.

Török Lajos. A 606-tal végzett kísérletek kivétel nélkül azt bizonyították be, hogy az új gyógyszer első rangú antisiphiliticum, a mely méltán sorolható régi, kipróbált antisiphilicis gyógyszerek, a kénese és a jodkalium mellé. Ebből pedig az következik, hogy a 606 mindannyiszor alkalmazandó, természetesen a ma ismert kautelák mellett, valahányszor a kénese és jodkalium hatástalanannak bizonyul, illetőleg valami oknál fogva, például mivel intolerantia áll fenn velük szemben, nem adható. Minden egyéb kérdésre, a mely a 606 alkalmazásával kapcsolatosan felvetődött, ez idő szerint véleményem szerint végleges válasz nem adható. Ilyen kérdések, hogy az új gyógyszerrel az emberen is fog-e sikerülni a therapia magna sterilisans, mely az állatkísérletben bevált, vagy hogy az új gyógyszer kizárólagos vagy a régiakkal vegyest való alkalmazásával gyorsabb és tökéletesebb-e a gyógyítás? Ezekre a kérdésekre ez idő szerint azért nem lehet határozott választ adni, mivel a syphilis idült lefolyású betegség és szinte chameleonszerű változatos sággal jelentkezik mind a helybeli elváltozások, mind az általános tünetek intenzitása, s a recidivák gyakorisága és ritkasága tekintetében és mivel a régi gyógyszerekre is igen változóan reagált. A nehézséget csak növeli, hogy az új gyógyszert különböző dosisekben és különféle módszerrel adták a betegeknek és hogy mind a dosologia, mind a módszer tekintetében ez idő szerint még nincsen megállapodás. Ilyen viszonyok között könnyen hibázhatunk, ha itéletünkkel sietünk. Minden sikert az új gyógymód előnyének tudhatunk be, minden sikertelenséget a módszer hibájának, holott hasonló siker és sikertelenség a régi gyógyszerek alkalmazásakor is előfordult.

Várnunk kell és nyugodtan vázsgálódunk. Ezen az állásponton van Ehrlich is. Hiszen ismeretes, hogy Neisser ebben a kérdésben „Sammelforschung“-ot indított meg és erre több budapesti szakembert is felszólított. Tapasztalatainkról már november 15.-én kellett volna beszámolnunk. Amde Ehrlich közbelépésére a terminus február 15.-ére lett kitolva. Minden állásfoglalás ez idő szerint véleményem szerint csak

ideiglenes lehet, és nem is értem, miképpen juthattak el némelyek már most is addig, hogy az új gyógymódnak — az említettek kivül — 8 pontos indicatióját állították fel.

Ezek előrebocsátásával áttértem eredményeim ismertetésére. Külön kiemelem, hogy csak az általam alkalmazásba vett módszerekről referálhatok, vagyis az első időben divatos intragluteális és a Wechselmann-Lange-féle subcutan injectiókról és hogy a gyógyítás eredményeiből csupán ezekre vonhatók le következtetések. Eseteim száma több mint 110, de a következőkben csupán 89-ről lesz szó.

Nem akarom a t. Orvosegyesületet fárasztani azzal, hogy részletesen beszámolok arról, hogy a syphilisnek milyen symptomái az új gyógyszer használata után mennyi idő alatt fejlődtek vissza. Nagyjából az a szabály, hogy a felszínes, kevésbé intenzív elváltozások gyorsabban mulnak, éppen úgy, mint ezt akkor is látjuk, a mikor a kénéső jótékonyan hat, de megtörtént, hogy gummás fekély már 5 nap alatt záródott és viszont papulás kiütés csak 33 nap alatt szívódott fel. De az új gyógyszer jótékony hatása nem minden esetben következett be. 89 eset közül, a mely az alábbi számításnak alapját teszi, 21-szer csak muló, tökéletlen vagy semmis volt a gyógyszernek hatása a syphilis tüneteire, még pedig 14 elsődleges eset közül ötször, 44 másodlagos eset közül 13-szor és 31 harmadlagos eset közül háromszor. Leggyakrabban maradt el a hatás a syphilis elsődleges időszakában. E tekintetben két esetemet külön kell kiemelnem. Mind a kettő 0.65-öt kapott a táji mirigyek kezelésére és mind a kettő 3 héttel később megkapta a roseolát, a mely tehát az új gyógyszer befeccskendezése dacára alig késett. Legritkábban hagytott cserben az új gyógyszer a harmadlagos szakban. A másodlagos időszak esetei közül éppen egy súlyosabb esetben nem vált be, a melyben a fekélyes folyamat az uvula, a lágyszájpadlás és a garat nyálkahártyájának egy részét elpusztította, pedig ebben az esetben egy grammot injiciáltunk. Nehány esetben megismételtük a 606 befeccskendezést és megtörtént, hogy a tünetek ezután visszafejlődtek, viszont megtörtént az is, hogy az újabb injectiót sem követte teljes hatás. Vajjon azért, mert a dosis most sem volt elég magas, vagy azért, mivel a spirochaeták ebben az esetben arsen-állók voltak, ez idő szerint nem tudom eldönteni. Más esetekben, a mikor a 606 hatástalan volt, kénésőkezelésre térünk át, a mely a kóros elváltozásokat meggyógyította, vagy javított rajtuk, viszont a 606 különös előnyének kell tekintünk azt, hogy éppen az olyan esetekben fejtett ki jó hatást, a melyekben a kénéső hatástalan volt, vagy a betegek idiosyncrasiája miatt nem volt alkalmazható.

A recidivák tekintetében csak igen csekély a felhasználható materiális, hiszen össze-vissza csak négy hónapja kísérleteztünk és az első időben csak kis számmal végeztük az injectiókat; mégis már 4 oly esettel rendelkezem, a hol az initális sclerosis, illetőleg a másodlagos kiütés elmúlása után recidiva jelentkezett, ezek közül pedig az egyik esetben két injectio végeztetett és mindegyiket néhány hét mulva újabb kiütés követte. Igaz, hogy ebben az esetben 0.45 és 0.4 volt a befeccskendezett mennyiség, de az egyik esetben 0.6 volt. Valószínűnek tartom ezek után, hogy a recidivák száma eseteimben még némileg szaporodni fog.

Összegezve már most az eredményeket, kitűnik, hogy akár a recidiva, akár a tünetek el nem mulása miatt 89 eset közül 25-ször nem kaptam kielégítő eredményt, a mi elég nagy arányszám, viszont a többi esetben egy vagy gyors egymásutánban végzett két injectióra olyan volt az eredmény, mely teljes mértékben kielégíti azon követeléseket, a melyeket egy erősen ható antisiphilic gyógyszerrel szemben támasztani szoktunk. A legnagyobb tisztelet és elismerés illeti meg tehát azt a tudóst, a kinek fáradhatlan munkássága minket ezzel a gyógyszerrel megajándékozott. Kötelességünk, hogy további együttvizsgálódással és kísérletezéssel a módszert tökéletesítsük és megközelíteni iparkodjunk azt a nagy célt, a melyet Ehrlich maga elé tűzött. Ezt annál inkább tehetjük, mivel a gyógyszer az Ehrlich által meghatározott indicatio keretén belül veszélytelen és legfőleg helybeli kellemetlenséget okoz.

Grósz Emil a látószerv szempontjából szól a kérdéshez. A tapasztalatok igazolták azon már eleve elfoglalt álláspontját, hogy az arsenobenzol nem veszélyeztet a látóideget. A szer jellege, mennyisége és alkalmazásának módja egészen más, mint a veszélyesnek bizonyult atoxylé. A második kérdés: nem súlyosítja-e a már jelenlévő szembajt? Nem tartja indokoltnak Fischer-nek, Buschke assistensének álláspontját, a ki a recidiva alkalmazásával keletkezett iritist a szernek tudja be. Műlo lokális reactiót azonban ő is látott, mely a corneán kezdődő infiltratumokban nyilvánult. Ezen jelenségek azonban nem olyanok, hogy contraindikálnák a szer alkalmazását. A harmadik kérdés, hogy gyógyítja-e a lueses szembajt? Az irodalomban ismert okból aránylag kevés a közlés, körülbelül 50 eset van leírva, ő maga újabb 37-ről számolhat be. Ezek közül leggyorsabb volt a hatás uleus durum conjunctivae esetében, kielégítő gümma palpebrae, kisebb hatású scleritis esetében. A tizenegy iritis és iridochorioiditis több esetében jelentékeny volt az eredmény, a chorioretinitis közül kettőben gyors a javulás, három izombénulás közül kettőben gyógyulás. A 9 keratitis parenchymatosa közül 3-ban a subjectiv és objectiv jelenségekre kétségtelen hatás volt konstatható. Ezen betegségben azonban a cornea renyhe anyagcsereje miatt gyors eredmény nem is várható. Egyes esetekben a lues hereditaria tarda jelei mellett a tuberculosis jelenségei is jelen voltak s így az aetologia sem volt biztosan megállapítható. Eppen ezért kísérletek folynak az amido-oxyarsensavas natrium lokális alkalmazásával. Ehrlich azt várja, hogy a szövetben redukálódik a hatásos anyag. Az eddigi eredmények biztatók. Az atrophia nervi optici simplexet eddigelé contraindicatióknak tekintette az arsenobenzol alkalmazására, de úgy látszik, hogy nincs ok rá ezen eseteket kizárni, ha egyébként indicatio forog fenn. De hogy a tabes atrophia nervi optici gyógyítja vagy javítja, egyetlen adat

sem áll rendelkezésre, mert a mások által felhozott példák éppenséggel nem meggyőzők. Ezen baj javulása nem várható.

Mindezek alapján a szert hatékonynak s veszélytelennek tartja. A végleges ítéletre még sok idő szükséges s egészben véve osztjuk Török Lajos felfogásában. Annak, hogy a közvetlen hatásról is a literatúrában olyan szerföltött divergálók a nézetek, szerinte az az oka, hogy a szót még a fanatikusok és az ellenségek viszik. E helyzetet elősegítette az, hogy a kísérletek publikálása és a szer forgalomba hozatala között szokatlanul hosszú az időköz. Azt sem helyesli, hogy a kísérleti célokra átengedett anyag alkalmazásáért honorariumot kérnek. Ezen meggyőződésében az sem ingatja meg, hogy Ehrlich, a theoretikus tudós, idealismussal nem véve figyelembe a praxis viszonyait, egyenesen felhatalmazta a kísérletezőket honorarium elfogadására. Remélhetőleg a szer nemsokára forgalomba jön s akkor tért fog foglalni a higgadtabb megítélés, mely előreláthatóan kedvező lesz a szerre. Csak nem szabad csudákat várni, hanem meg kell elégedni azzal, ha eddigi antilueses eljárásaink értékes új szerrel gyarapodtak.

Entz Béla: Az arsenobenzol befeccskendését követő elváltozásokat öt esetben volt alkalmam a hullában megvizsgálni. Mind az öt halott intercurrents betegségben halt meg, még pedig kettő tuberculosisban 9, illetve 21 nappal az injectio után, egy-egy splenomegáliában; két csecsemő közül az egyik bélhurutban, mely veseszületett lueses lépmegegyesülést és interstitialis hepatitiszt kísért, 4 hónappal a befeccskendés után; a másik az injectio után 3—4 napra bélhuruthoz csatlakozott furunculosisban és sepsisben. A befeccskendés helyén kezdetben jóformán az arsenobenzol egész tömegét megtaláljuk, később a felszívódás miatt az mindinkább megkevesbedik, szabad szemmel csak világossárga vagy sárgásbarna tömeget látunk az injectio helyén, a mi régi vérzés és coagulatio nekrosis jele, mikroskóppal pedig a coagulatio nekrosisnak megfelelőleg a sejtmagvak szétesését, karyorrhexist, karyopiknosist látunk. Régebbi befeccskendések körül az arsenobenzol finom szemcsés tömegét gömbsejtesen beszűrődött demarkáló vonal veszi körül, az izomzatban végül kifejezett viaszos elfajulás észlelhető. Mindezen változások más anyagok befeccskendése után is mindig észlelhetők a szövetekben s így valami specifikus reactio az arsenobenzol körül nem észlelhető.

Legérdekesebb az az eset, melyben a befeccskendés, sőt kénésőkezelés ellenére sem változott meg a lueses hepatitis, bár a bőrön lévő tünetek visszafejlődtek. Nézetem szerint azonban ez nem bizonyít az arsenobenzol ellen, hiszen csak természetes, hogy súlyos kötőszöveti hypertrophiák, végleges szöveti elváltozások legfeljebb csak megállanak, stationaerek lesznek, de vissza nem fejlődhetnek.

Hozzászólása kapcsán bemutatja makro- és mikroszkopi készítményeit is.

Kelly László: Az Ehrlich-féle arsenobenzol-készítményt eddig 82 esetben alkalmaztuk az I. sz. belklinikán. Az injectiókat még csak kísérleteknek tekintjük és így a Grosz tanár által ímént hangoztatott elvet követjük, vagyis egyenesebb magánbetegeknek is csak akkor adunk injectiót, ha mint klinikai betegek a klinikán kezeltették magukat és honorariumot az injectiókért nem fogadtunk el.

A klinikán kezelt betegeken az injectiót a szervezetnek pontos átvizsgálása (szemfenék-, vér-stb. vizsgálat) előzte meg és az injectio után legalább egy hétig, sőt lehetőleg tovább is pontos hőmérés, fehér-versejt-számlálás, az arsenikválasztás tartamának megfigyelése a vizeletben, vérnyomás-mérés, a pulzus-szám ellenőrzése stb. eszközöltetett, s az eltávozott betegeket is a lehetőség szerint időnként ellenőrzés céljából megfigyeljük. E pontos vizsgálatok eredményéről, az alkalmazott injectiók technikájáról, az elért gyógyeredményeiről, az injectio előtt és után eszközölt Wassermann-reactiókról és arról, hogy miféle syphilis bántalmakban alkalmaztuk az injectiókat, Torday tanárségéd fog beszámolni.

En csak az idegbetegeken tapasztalt eredményekről és egyes egyéni tapasztalataimról óhajtok szólni. Az arsenobenzol therapiái értékét illetőleg nagyjában csatlakozom a Török tanár által elmondottakhoz, ellenben nem osztom az Havas tanár nagyfokú lelkesedését. Ma ugyanis a végleges állásfoglalás még lehetetlen, de az bizonyos, hogy az arsenobenzol a sterilisat magnát létre nem hozza, és hogy ez egyáltalán akár a befeccskendés technikájának módosulásával, akár a szer ártalmatlanságának fokozásával és így nagyobb adagok alkalmazhatóságával valaha lehetséges lesz-e, még nem tudhatjuk. Egyelőre csak annyit mondhatunk, hogy az arsenobenzol egy kiváló, a kénésőnél erősebben és gyorsabban ható antisiphilicium, melynek eddig alkalmazott minimális adagja 0.10 gm., maximális adagja 2.4 gm. volt (e nagy adag 2 vagy 3 injectióval vitetett a szervezetbe). Hogy az adag még fokozható-e és hogy mely adag szükséges a biztos hatáshoz, még további kísérleteket tesz szükségessé. Ugyancsak további észleléseknek kell eldönteniök az injectio technikáját is, mert hisz ma azt sem tudhatjuk, hogy a kísérletezők oly feltűnő különböző eredményei nem onnan származnak-e, hogy egyesek a Blaschko ajánlotta gyengén savanyú, mások az Alt és Iversen-féle alkalis, míg legtöbbször a Wechselmann-Lange-féle neutrális vegyhatású oldatokat injiciálják. Továbbá azt sem tudjuk, hogy a befeccskendés helyén az ily módon beraktározott arsenobenzol a szövetekből miy behatásokra és mily gyorsan jut felszívódásra és az csak természetes, hogy az említett különféle vegyhatású arsenobenzol-oldatok valószínűleg különböző felszívódási képességgel bírnak. Vannak esetek, a hol a csekély, vagy teljesen kimaradó eredmény okát abban kereshetjük, hogy a beszűrési helyen hetek mulva is találhatunk ökölnyi infiltrációt lúz és fájdalom nélkül és az arsenikválasztás a vizeletben hiányzik, tehát a hol felvehető, hogy az arsen nem szívódik fel. De hogy ily esetekben esetleg mikor és mily mértékben indulhat meg a leraktározott arsen felszívódása, még nem tudhatjuk. Ehrlich újabb az intra-

venás injectiót ajánlja és utána állandó és hosszabb hatás elérésére egy subcutan injectiót. Ily módon mi csak egy esetben alkalmaztuk a szert, de hogy a technika ily módosítása jobb eredményhez fog-e vezetni, annak megítélésére ma más kísérletezők tapasztalatai sem elegendők. Bizonyos azonban szerintem az, hogy az intravenás befecskendezések az általános orvosi gyakorlatban nem lesznek alkalmazhatók, mert a kivételük igen nagy gyakorlottságot igényel és sok egyénen még nagy gyakorlottság mellett is nehezen vihető keresztül. De ettől eltekintve, az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy ily módon alkalmazva a szert, nem egészen ártalmatlan, mert rendszeren igen magas, bár rövid ideig tartó lázroham és szívgyengeség követheti a befecskendést, sőt *Franke* és *Iversen* két halálesetről is referál.

Az elmondottakból eléggé kiviláglik, hogy a szer alkalmazásának módja is még kísérletezésre szorul.

A mi az arsenobenzolnak a szervezetre való ártalmasságát illeti, mi is azt tapasztaltuk, hogy ártalmatlan, azonban alkalmazását súlyos szervi bajban szenvedő, legyengült vesebajos és súlyosabb, főképpen szervi szívban stb. szenvedő egyéneknek nem mertük megpróbálni. Palpitatio cordis esetén azonban, a mit Havas tanár a szer ártalmatlanságának bizonyítására hozott fel, bátran használhatjuk, mert hiszen a palpitatio cordis tünet és nem betegség, sőt alig lesz beteg, a kinek ne volna szívdobogása az injectio okozta félelem vagy izgalom folytán. Egy esetben alkalmaztuk a szert albuminuriában, a hol cylinderek vagy más vesealakelemek nem voltak találhatók és itt a lues tüneteivel együtt az albuminuria is eltűnt. Hogy ez esetben lues okozta és gyógyult nephritissel volt-e dolgunk, nyílt kérdésnek tekintem.

A legjobb eredményeket mi is tertiaer lues-esetekben láttuk, míg más szerrel nem kezelt syphilis egy esetében recidivát láttam, egy másik esetben az injectio után még 2 hónap múlva is a *Wassermann*-reactio positiv volt és a mirigyek egyáltalán nem fejlődtek vissza. Egy házaspáron pedig az acut lues tünete az injectióra nem reagáltak. Igen szép eredményt láttunk egy most is a klinikán fekvő betegnek, ki gyomor-panaszokkal jelentkezett és a kinek a gyomortájékán, a tapintható bal máj lebenyén egy diónyi sima göb volt tapintható, a kinek lépe meg volt nagyobbodva és a kinek vére positiv *Wassermann*-reactiót adott. Ez alapon máj-gummát vettünk fel; és csakugyan az *Ehrlich*-injectio után 10 nap múlva a daganat már nem volt tapintható és a *Wassermann*-reactio is eltűnt.

Havas tanár azon állítását, hogy ő az injectio után lázakat sőt fájdalmakat alig tapasztalt, nem oszthatom, mert mi az esetek óriási többségében a második-ötödik napon 38–39 fokig emelkedő lázakat és sokszor aspirinral alig, legfeljebb pantopon-injectióval csillapítható fájdalmakat észleltünk. Egy-két esetben pedig még az injectio után 3–4 hét múlva is láttam láz és infiltratio nélkül heves, a vállba is kisugárzó fájdalmakat az injectio helyén.

Két esetben az injectio után az első héten, egyben pedig a harmadik héten napokig tartó 40–41 fokos láz mellett diffus exanthemát láttam s ezt nem arsen-exanthemának, hanem infectiós exanthemának tartom, annál inkább, mert az egyik esetben a beszűrés helye el is genyedt. De ha nem is vehető fel minden ily esetben a legnagyobb tisztaság mellett is előfordulhat infectio, akkor is lehetséges, hogy az exanthemát a gyorsan elpusztuló spirochaeták felszabaduló toxinjai okozzák.

Eddig a klinikán 15 tabesben beteg alkalmaztuk az arsenobenzolt. Ezek közül kettőben negativ volt a *Wassermann*-reactio, a többiben positiv. A kezelés alatt negativvá lett kettőben. A mi ez esetekben az eredményt illeti, szerintem az jóformán semmi. Mert az, hogy két crises gastriques esetünkben a gyomorkrízisek megszűntek, nem tekinthető biztos eredménynek, mert azok, mint tudjuk, spontán, vagy máskor morphin-injectióra stb. is hosszú időre eltűnhetnek. Az sem eredmény, hogy egyes betegek állítólag jobban érezték magukat, étvágyuk javult, lancináló fájdalmuk csökkent, vagy azt hitték, hogy járásuk könnyebb; mert objektív vizsgálatnál a tünetek javulását nem láttuk. Így pl. a patella-reflex vissza nem tért, az ataxia nem javult, a pupillák fényre nem reagáltak stb.

De még oly esetben, a hol az ataxia az injectio után csakugyan javult, vagy a hol a nehéz vizezés megszűnik, sem tekinthető ez az arsenobenzol hatásának, mert hisz tudjuk, hogy a tabesben az ataxia sokszor spontán javul, a vizeletretentio megszűnik hosszabb vagy rövidebb időre. Különbön is éppen úgy, a hogy a kéneseő nem gyógyíthatta meg a valószínű tabes elváltozásokat, az arsenobenzol sem fejlesztheti vissza az idegrendszer sclerosisos elváltozásait.

Negativ *Wassermann*-reactio esetén tehát nincs is értelme a tabesben arsen-injectiót alkalmazni, positiv reactio esetén pedig nem a tabes, de a még supponálható lueses megbetegedés ellen adjuk azt. És ha ily esetekben esetleg szűnik az övrzés, vagy szűnnek a fájdalmak, akkor feltehető, hogy azokat lueses csontfájdalmak, vagy a gerinczvelő burkainak lueses gyuladása stb. okozza.

Paralysis progressiva két esetében alkalmaztuk az arsenobenzolt minden eredmény nélkül. De az ily esetekben esetleg beálló látszólagos javulás sem tekinthető az észleletek rövidsége miatt véglegesnek, mert hisz tudjuk, hogy ily betegekben látszólagos gyógyulás benyomását keltő javulások spontán is észlelhetők hosszabb-rövidebb ideig.

Egy pár szóval az *Ehrlich*-injectio után rövid idő múlva elhalt betegről óhajtok még szólni, mert ez az eset a napilapokban elferdítve, szenzációs címek alatt (pl. „Az *Ehrlich*-féle szer áldozata” stb.) is tárgyaltott. E sajtóközlemények *Ehrlich* fülébe is eljutottak, ki is táviratilag érdeklődött az eset iránt. Hogy e szenzációs hírekre eddig nem reflektáltunk, annak oka az, hogy az ily ügyeknek a napilapokban szellőztetését nem tartjuk helyénvalónak és így itt ragadom meg az alkalmat, hogy e dologban nyilatkozzam.

A kérdéses eset 24 éves fiatalemberre vonatkozik, ki nálam szeptember 24-én jelentkezett és előadta, hogy 1910. januárjában szerzett

luest és a rendszeres kezelés ellenére még mindig beteg. Említette, hogy négy hét óta köhög is. Felvettük a klinikára és rajta apró mirigyeken kívül Láng dr. diffus laryngitis lueticát állapított meg. A jobb csúcsos hátul és a kulcsont felett tompult kopogtatási hang és érdes légzés volt kimutatható, de köpete és láza nem volt. A *Wassermann*-reactio positiv volt. Szeptember 26-án megkapta az arsenobenzol-injectiót, mely után fájdalmi alig voltak és október 2-án a hőmérsék maximuma 37.2 fok volt. Október 3-án távozott. Ekkor este nagyot mulatott, ivott, mire éjjel vérköpés lepte meg. E miatt 4-én ismét felvettük a klinikára, hol is folyton ismétlődő, alig csillapítható vérköpése volt igen magas lázzakkal. A jobb csúcs infiltratiója is rohamosan terjedt, a köpetben sok Koch-bacillus volt található. Állapota folyton rosszabbodott és október 22-én meghalt. A sectio igazolta a klinikai diagnosist, vagyis phthisis floridát eredményezett. Az arsenobenzol injectiója helyén genyedés nem volt. Ez esetben tehát a beteg halála és az arsenobenzol között összefüggés nem található, sőt az is biztosan mondható, hogy az injectio semmi esetre sem okozhatta a tüdőgümőkör heveny lefolyását.

Ezen kívül még két arsenobenzollal kezelt betegünk halt el a klinikán. Az egyiknek anaemia splenica miatt próbáltuk arsenhatás céljából adni, bár eredménytelenül, az *Ehrlich*-Hata-injectiót, a másik esetben pedig positiv *Wassermann*-reactio és kezdődő tabes miatt alkalmaztuk a szert és e beteg az ugyancsak fennálló nagyfokú tüdőgümőkör okozta a halált. Ez utóbbi egyén diabetes insipidusban is szenvedett. E két esetben is a sectio igazolta, hogy a halál oka és a 606 alkalmazása között összefüggés nem kereshető.

(XXIII. rendes tudományos ülés 1910 november 19.-én.)

Elnök: Friedrich Vilmos.

Jegyző: Entz Béla.

Javítás az entropium- és trichiasis-műtéteken, gyógyult beteg bemutatásával.

Goldzieher Vilmos: Három évvel ezelőtt a bemutató leírt egy operatív módszert, mely azt célozza, hogy az entropium spasticum habitusát, mely eddig minden therapiával dacolt, véglegesen és állandóan megszüntesse. Kiindulva azon tényből, hogy a nevezett bajban az arcbőr rendkívül petyhüdt, a ruganyosságát teljesen elvesztette, úgy hogy a tarsális izom fokozódott tonusának nem tud ellentállani, a bőr rövidítésével igyekezett az entropium gyógyítását elérni. A szemhéj bőrét azonban nem szabad megcsontítani, egyrészt kozmetikai tekintetek miatt, másrészt, mert az alsó szemhéjbőrből való kimetszés elegendő ennek a célnak elérésére. A bőrkimetszés csak akkor adhat kielégítő eredményt, ha a pofa bőrére végezzük, a hol fölösleg van. Az operatio menete a következő: A bőrkimetszést körülbelül 1 cm.-rel a külső szemzugtól kifelé kezd meg és ferdén le- és kifelé vezeti. A metszés nagysága a bőrfeszítéstől függ, körülbelül 2–3 centimeter. A metszés végpontjától lefelé és befelé egy háromszöget vágunk ki, és a széleket csomós varratokkal egyesítjük, e mellett arra kell ügyelni, hogy a bőrt mindig inkább lefelé rögzítsük. A műtét ambulanter, helyi narcosisban végezhető. Eddig számos betegen történt a műtét, az eredmény nemcsak jó, hanem állandó is volt.

A bemutatott öreg asszony, kit két év előtt operált, teljesen meggyógyult.

Jaesche-Arlt-féle operatio a fülkagyló bőréből vett nyeletlen lebeny implantációjával.

Goldzieher Vilmos: A Jaesche-Arlt-féle trichiasis-ellenes operatio csak akkor nyújt tökéletes eredményeket, ha a szőrtelep elhelyezése után visszamaradó sebfeületet plasticce fedjük. Vettek hozzá eltolt szemhéjbőrlebenszöveteket (Spencer Watson), vagy nyeletlen nyálkahártyalebenszöveteket (a szájból), vagy szemhéjbőrlebenszöveteket. A legtöbb ilyen módosítás kétes értékű volt. A szemhéjbőrből vett lebenyek — akár nyelesek, akár nyeletlenek — azért nem célszerűek, mert finom szőröket (lanugines) tartalmaznak, úgy hogy új, mesterséges trichiasis keletkezhetik. Az előadó azért a fülkagyló bőréből vesz megfelelő nagyságú csíkokat, melyek, a sebfeületre egyszerűen lerakva, kitűnően odatapadnak. Eddig már egész sorozatot operált egyenlő jó eredménnyel.

Most két gyógyult beteget mutat be. Mind a kettő inveterált trachomában, a conjunctiva nagyfokú zsugorodásában szenved.

Az egyik betegnek mind a négy szemhéján trichiasis és entropium spasticum volt. Mindkét cornea pannusos volt, úgy hogy a beteg praktikus tekintetben vak volt, a mikor a kórházba fel-

vétetett; az egyik szemén fél méterről, a másikon közvetlenül a szem előtt olvasta meg az ujjakat. Ezen betegen négyszer végezte a leírt operációt, mindegyik szemhéjon külön-külön. Az operációk kivétel nélkül tökéletesen sikerültek. A pannus feltisztult és a beteg lát.

A második betegnek csak a bal alsó szemhéján volt partiális trichiasis, mely a leírt módon lett gyógyítva, szintén kitűnő eredményel.

A gége nagyított képének bemutatása eset kapcsán.

Zwillinger Hugó: Azon kísérletek, melyek az irányban történtek, hogy a gége nagyított képét nyerjük, olyan régiak, mint maga a klasszikus laryngoskopia. Türecz maga volt az, ki ezen célnak szolgáló, később Schrötter által javított távesövet szerkesztett, mely azonban használatának komplikált volta s egyéb körülmények miatt tért hódítani nem tudott. Ezen úton halad a legújabb időben Hegener, ki a gége képének binocularis stereoskopos látása számára gégetávesövet szerkesztett, melynek előnyeit maga Kümmel is elismeri.

A második út, melyen már Wertheim haladt 1859-ben, megfelelő homoru gégetükör szerkesztése volt; ez azonban, mivel a gége egyes alkotórészei különböző síkokban fekszenek, torzított képet ad.

Voltak még egyéb kísérletek, mint már régebben a Voltolini-Weil-éi s másokéi, melyek szintén nem voltak célravezetők.

Maradandó becsü meggazdagítása a gégetükörzésnek Brünings azon találmánya, melynek segítségével sikerült két és egy negyedszer nagyított kifogástalan gégeképet kapnia, mit ő új tükrével, melyet anastigmás gégetükörnek nevezett el, ér el. Azon gondolatból indult ki, hogy a rézsút álló homoru tükrörről nyert kép eltorzulása nem egyéb, mint astigmatismus; tehát azon korrigálást használja, mely a szaruhártya astigmatismusának paralizálására használatos; t. i. a tükrör elé cylinderlencsét alkalmaz. Később úgy javította műszerét, hogy a 12 cm.-es homoru tükrörnek elülső üvegfelületét magát cylinderlencsévé köszörültette, úgy hogy ilyen módon oly 2 és egynegyedszer nagyító anastigmásan korrigált gégetükört nyert, mely mechanikai tulajdonságaiban, a sterilizálás és alkalmazás tekintetében semmiben sem különbözik a rendes sík tükrötől. Csak az alakja más az új tükrörnek, a mennyiben az először Bruns által használt tetőcserép-alakja van, a tér legjobb kihasználása céljából és azért, mivel ily módon a vertikális állás legkönnyebben betartható, mi ezen tükrörnél igen fontos, ha kisebb eltérések nem is hatnak zavarólag.

Az ezen tükrörrel nyert kép világosabb a rendesnél, a mi a gyűjtőhatásnak köszönhető és szintén nagy előny.

A modell, melyet bemutatok, a nagyobbik, van egy kisebb alak is; a nyél elhelyezése miatt mindkét kéz számára külön tükrör szükséges.

Schmidt ismert könyvében mondja, hogy nagyító szerkezetekre sohasem volt szüksége. Körner nem is említi ezen készüléket. A következetesen folytatott kísérletek mégis azt bizonyítják, hogy bizonyos szükségletnek megfelelnek. Legjobban fejt ki Schrötter, midőn azt mondja, hogy voltak körülmények, midőn azt óhajtott, hogy a gége egy meghatározott helyét jobban, élesebben láthassa, nevezetesen, vajjon csakis felület felhámvesztéséről, vagy már kezdődő fekélyesedésről van-e szó, vagy más esetben beszűremkedésről, avagy izzadmányról. Egyszóval nagyított képet akart látni. Kíváncsi a nagyított kép akkor is, ha a hangszalagokon kezdődő megvastagodásokat, újképleteket akarunk látni, továbbá operatív beavatkozásoknál, vagy a hang zavarainál a hangszalagok rezgéseinek pontosabb megfigyelése céljából.

Említenem kell még, hogy ily anastigmás kisebbítő tükröt is szerkesztettek, mely különösen rhinoskopia posterioriánál használható nagy előnnyel, a mennyiben az orrgaratüreg kisebbített, de egyszerűre áttekinthető képét adja.

A demonstráló tükröket Zeiss gyára gyártja Jénában 7 márkáért.

(Folytatása következik.)

Közkórházi Orvostársulat.

(X. bemutató ülése 1910. október 19.-én.)

Elnök: Horváth Ákos. Jegyző: Körmöczy Emil.

Conservatív ambulans módszerrel kezelt patellatörések.

Fischer Ernő: A 48 éves hivatalnok 1910 augusztus 1.-én elesett és bal patelláját eltörte; a vizsgálat nagy vérömlenyt és egy harántujnyi diastasist mutatott ki. A kezelés a bemutató által feltalált extensiós készülék segítségével történt, mely lehetővé teszi a törvégek jó coaptációját, az ízület korai hajlítását és az ambulanter kezelést. A gyógyulás esontos callussal és a működés teljes helyreállításával történt.

Gonorrhoea gyógyítása céljából a húgycsőbe vitt idegen test.

Fischer Ernő: A 17 éves lakatostanonez gonorrhoeában szenvedén, barátja tanácsára egy 16 cm. hosszú, 8 mm. vastagságú, gömbölyített végű vasdarabot, melyet előzőleg tömény kalium permanganicum-oldatba mártott s a végét kissé begörbítette, a gonorrhoeája gyógyítása céljából húgycsővébe dugott. A vasdarabot engedvén, az mindinkább a hólyag felé csúszott, s mivel nagy fájdalmak jelentkeztek, állandó vizelési ingerekkel, orvosa tanácsára hozzánk fordult. Ekkor a vasdarab elülső vége az orif. ext.-től körülbelül 15 cm.-re volt érezhető. Mivel a nyálkahártya igen vérzékeny s lobos volt, idegen test-fogóval egynéhányszor sikertelenül megpróbált extractiós kísérlet után urethrotomia externát végeztem. A beteget kömetező helyzetbe hozva, jobb mutatóujjammal a végbél felől fixáltam az idegen testet s a pars membranaceán a vas végére 1 cm.-nyi metszést ejtve, horgas pince-szel a vasdarabot extraháltam. Varratot a gonorrhoeára való tekintettel az urethrára nem alkalmaztam, hanem miután a húgycsövet $\frac{1}{3}$ %-os hydrarg. oxycyan.- és 1%-os collargol-oldattal desinficiáltam, a húgycsőbe 20 sz. Porgeskathetert alkalmaztam, melyet fixáltam. A sebre isoform-gazet helyezve, felette egy selyem-öltéssel a húgycső körüli lágyrészeket s a bőrt egyesítettem. A beteg naponta 2 ízben kapott 1%-os collargol-hólyagmosást s az 5. napon a húgycső és hólyag desinficiálása után egy szintén olyan vastagságú Nelaton-kathetert alkalmaztam s a gazet — melyet előzőleg is naponként cseréltem — Mikulicz-féle kenőccsel bekent jodoform-gaze-zel cseréltem fel. A varratot az 5. napon szintén eltávolítottam. A 8. napon a kathetert végleg eltávolítottam; ekkor a húgycső összetapadása már annyira teljes volt, hogy fistulának nyoma sem volt látható, legfeljebb egy $\frac{1}{2}$ cm.-nyi granuláló borseb. A gonorrhoea kezelésünkre javult, a 14. napon a borseb is teljesen begyógyult s a beteg a 20. napon elhagyta kórházunkat.

Jelenleg, az eset megtörténte után a 4. hét végén a gonorrhoea teljesen meggyógyult, az urethra 22 Ch. számára átjárható, az urethrotomia helye alig érezhető. Urethroskoppal kis, körülbelül 6 mm.-nyi igen finom hosszukás vonal látható.

Beszámoló az Ehrlich-féle szerrel kezelt esetekről.

Basch Imre: Az Ehrlich-féle szerről sok újat mondani mostanában, mikor a napilapok hónapok óta részben igaz, részben nem igaz híreket közölnek és a szaklapok is bőséges közléseket hoznak, nem lehetne hálás thema, ha minden kérdés teljesen tisztázva volna.

Mínt hogy azonban sok elég fontos körülményben még nincs végleges megállapodás, kötelességemnek tartom 85 esetben végzett injectióimról beszámolni s tapasztalataimat közölni. Így szíves engedelmeket kérem arra, hogy minden egyes pontra lehetőleg röviden kitérhessek.

A befecskendezésnek háromféle módját gyakorolják:

1. az intravenás,
2. az izomközi (intragluteális) és
3. a bőr alatti befecskendezést.

Az arsenobenzolt vagy oldatban, vagy suspensióban lehet befecskendezni. A gyűjtőörbe való fecskendezés csak oldattal végzendő.

Ehrlich, Alt, Iversen, Michaelis, Wechselmann, Kromayer, Neisser, Citron, Mutzer, Junkermann részben eredeti, részben módosított elkészítési eljárásokat írt le.

A sterilisatio magna szempontjából a gyűjtőérbe való fecskendezés volna a legcélszerűbb módszer. Ez az, melyet *Iversen* a recurrens ellen kiváló sikerrel alkalmazott. Ebben a betegségben a kórokozó elődsi úgyszólván kizárólag a vérerekben tartózkodik s így ez a módszer a legcélszerűbb.

Lues esetén, tudjuk, a spirochaeta a szervezet összes szöveteiben található s a vérrendszer csak a közlekedési út, melyen át a spirochaeta az egyik szervből a másikba eljut, ott csak elvétve található s tekintettel arra, hogy a gyűjtőérbe fecskendezett arsenobenzol-oldat nagy része ($\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$) 2—4 nap alatt a vizelettel s a bélsárral a szervezetből kiválasztódik, nem fejthet ki oly tartós hatást, mint ha az izmok közé, illetőleg a bőr alá fecskendezzük.

Ezért Ehrlich újabban *Iversen* módszerét ajánlja, mely szerint először a gyűjtőérbe fecskendezünk 0.40—0.50 gm. arsenobenzolt s 4—5 nap múlva 0.50—0.40 gm.-ot a bőr alá.

A gyakorlatban azonban a gyűjtőérbe való fecskendezés módja részben azért, mert az injectio első és második napján, bár muló, arsenmérgezési tünetekkel jár, nem terjedt el annyira, mint az izomközti, illetőleg a bőr alá fecskendezés módja.

Az izomközti befecskendezés módja, tekintettel arra, hogy a befecskendezett folyadékmennyiség (6—15 cm³) nagy feszülést okoz, a közeli idegekre való nyomás folytán rövidebb-hosszabb ideig tartó hűdéses tünetekkel jár, a depótképen visszamaradt arsenobenzol alvasztó hatása folytán nagy fájdalommal járó coagulációs nekrosis támad s a beteg a nagy fájdalom következtében néha napokig sem ülni, sem járni nem tud, tehát eléggé kellemetlen gyógyításmód.

Ezzel szemben tekintettel arra, hogy hatás tekintetében teljesen kielégítő, leginkább elterjedt — mert legkényelmesebb — a Wechselmann által ajánlott *bőr alá fecskendezési* mód, melynek az a lényege, hogy az arsenobenzolt tartalmazó folyadékmennyiséget az interscapuláris tájon a hát bőre alá fecskendezzük. Ha a folyadék elkészítése és befecskendezése alkalmával a legszigorúbb asepsissel és kellő ügyességgel járunk el, akkor ez a módszer az, mely aránylag a legkevesebb kellemetlenséggel jár a betegre s az eddig szokásos adagokkal absolute veszélytelennek mondható.

A beteg az esetek túlnyomó nagy számában az injectio pillantától fogva járhat-kelhet, nem kénytelen feküdni.

Wechselmann az arsenobenzolt oldja néhány (10—15) csepp 20%-os natron-lugban, kicsapja finom iszapképpen (3—6 csepp) jégezett, felereszti steril destillált vízzel 8 cm³-re s ügyel arra lakmus-papírral, hogy a suspensio lehetőleg teljesen közömbös kémhatású legyen.

Kromayer módszere még egyszerűbb, mert ő az arsenobenzolt körülbelül tizszeres mennyiségű paraffinum liquidumban suspensálja s így fecskendezi be a farizomzatba, míg *Neisser* a paraffinum liquidum helyett, minthogy emboliákat okozhat, oleum olivarum-ot használ vivőanyagképpen.

Úgy vélem, hogy a lúgban oldott és azután savval közömbösített s legfinomabb iszapképpen kicsapott vizes suspensióból aránylag kisebb depót marad vissza a befecskendezés helyén, mint az olajos suspensióból. A lehetőleg kis depótnak egyik előnye az, hogy a befecskendezett gyógyszernek lehetőleg legnagyobb része a szervezetben elterjedve erős hatást fejthet ki, másik előnye az, hogy abban az esetben, ha az első befecskendezés elégtelennek bizonyul s csekély a depót, kevesebb aggodalommal adhatjuk a második befecskendezést.

De még a Wechselmann-féle módszer is elég nagy depót-val jár. A befecskendezés technikájának csekély módosításával, melyet már augusztus 22.-én a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlésén ismerttettem, sikerült elérnem azt, hogy a Wechselmann-féle eljárással készült arsenobenzol-suspensióból még kisebb mennyiség marad a befecskendezés helyén. A cursorral ellátott record-fecskendőbe felszívott legfeljebb 6 cm³-nyi közömbös kémhatású vizes suspensiót 3 egyenlő részre osztva, a hát bal vagy jobb oldalán 3 cm.-nyire a gerincoszloptól, vele párhuzamosan 3 helyre (a IV., VIII., és XII. háti csigolya magasságában) fecskendezem be. Így nagyobb területre osztom szét a befecskendezendő gyógyszert, ez által több szívódik fel s kevesebb marad vissza a befecskendezés helyén s a helyi reactio is a legtöbb esetben aránylag csekélyebb.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

6109/1910. sz.

A Jász-Nagykun-Szolnok vármegye tiszai alsó járásában fekvő **Rákóczi-falva** községben megüresedett **községi orvosi állásra**, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 12. §-ában megállapított készpénzfizetéssel s a szabályrendeletileg megállapított látogatási és rendelési díjakkal, valamint 500 korona lakbérrel van javadalmazva, ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy a törvényes minősítést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi december hó 30.-áig** adják be.

Tiszaföldvár, 1910. évi november hó 24.-én.

Főszolgabíró h.

Szendy, tb. főszolgabíró.

2—1

22,349/1910. sz.

A nagymihályi közpórháznál üresedésben levő 1200 korona fizetéssel, szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 43., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §-ában előirt képesítettséget és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi december hó 18. napjáig** terjesszék be.

Az állás 1911. évi január hó 1.-én lesz elfoglalandó.

Sátoraljaúj hely, 1910. évi november hó 15.-én.

2—1

Dókus, alispán.

Baranya vármegye „László”-közpórházánál az **alorvosi állás** betöltendő lévén, felkéretnek mindazon nőtlen orvostudor, esetleg szigorlóorvos urak, kik ezen évi 1200 korona fizetéssel, butorozott szobából, előirt élelmezés, fűtés és világítással javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűleg felszerelt és eddigi alkalmaztatásukat igazoló kérvényüket méltóságos nagyságú Szily Tamás, Baranya vármegye főispánjához címelve a kórházhoz legkésőbb **december 8.-áig** beküldeni szíveskedjenek.

Mohács, 1910. évi november hó 23.-án.

2—2

Kórházigazgatóság.

HIRDETÉSEK.

PURJODAL

(törvényesen védve.)

Egy új Jod-Sarsaparilla-készítmény, vértisztítólag, fájdalom- és görcsillapítólag hat, az anyagcsere előmozdítja és a gyuladást megakadályozza. Mindenütt, ahol Jod-, vagy Sarsaparilla-készítmények javával vannak, kitűnő eredménnyel alkalmaztatnak.

Irodalom és minták az orvos uraknak kívánatra ingyen.

Egy üveg ára 2.20 korona.

Egyedüli készítő és főraktár:

Dr. Hellmann's

Apotheke „Zur Barmherzigkeit“
Wien, VII./1., Kaiserstr. 73-75. 197

**Extractum
= Chinae =**

NANNING

Javaltok:

Vérszegények étvágytalansága.
Görvélykórosok és tüdőbajosok étvágytalansága.
Heveny és idült gyomorbajok.
Láz és seblázás betegségek.

Ideggyomorhurut.
Gyomoratonía.
Alkoholikusok.
Hyperemesis gravidarum.
Icterus-bántalmak.
Hg.- és Jodkali-dyspepsia.

Megbízható!

Bevált!

Olcsó!

Magán-, betegpénztári és szegénygyakorlat

részére:

Dr. H. Nanning, China-művek, Den Haag, Hollandia.

RÉPÁTIVIZ

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

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

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

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelő orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.
Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina)
fellépő vesebántalmaknál.



E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kellemes izü.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételű.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik
ülő életmódjuk folytán aranyeres bántal-
makban, hasi vérbőségben, máj- és vese-
izgalomban vagy hűgysavas lerakódások-
ban, vesehomok és vesekövek képződé-
sében szenvednek.

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

SCHULTES ÁGOST Színye-Lipóczi Sal-
vatorforrás Vállalat,
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

SAN-REMO Dr. Curt Stern's
Villa Quisisana
Legnagyobb kényelem. — Központi fűtés. — Fekvőcsarnokok. —
Nagy park. — Két orvos. — Prospektus. 89

Praevalidin

Név védve

Dr. med. Walther Koch, Freiburg i. Br. szerint

kedvező eredmények tuberkulosis,
bronchitis, emphysema, anaemia,
influenza és kachexiáknál.

Woll-Wäscherei und Kämmerei
Döhren bei Hannover.

Főraktár Ausztria-Magyarország részére:

Phillip Röder, Wien, III/2.

4600

Csak gyógyszerárakban kapható.

Mr. RICHARD PAUL gyógyszerész, vegy.-gyógysz. laboratoriuma Graz (Gösting).

Richard
Paul-féle

HAEMATOSE

2 korona
50 fillér

egy klinikailag kipróbált, jóízű, roborans, stomachikum és idegtonicum,
Haematose és Acid-arsenic. összetételét képezi az

ARSEN HAEMATOSE

3 korona — egy likőrpohárka — 20:00 tartalmaz 2 gtts solut. fowleri. Arsen-
Haematose 3% guajacol-natriummal a

GUAJACOL-Arsen-HAEMATOSE

3 kor. — egy likőrpohárka 0:45 guajacol-natriumot és 4 gtts solut. fowleri-t
tartalmaz. — Irodalom és minták a főszétküldési hely által, Mohren-Apotheke,
Graz. — Kapható orvosi rendelésre minden gyógyszerárakban. 239

NEUROLIN BALLA'

(Syr. hypophosph.-polybromat)

a legmegbízhatóbb idegcsillapító és zsongító gyógyszer.

Klinikailag kipróbálva, jó ízű; minden mellék- és utóhatásoktól teljesen mentes.

Főbb javalatok:

álmatlanság, hysteria, neurasthenia, hypochondria,
melancholia, anaemia, chlorosis, rachitis.

Rendelés: Rp. Neurolin Balla lag. orig. — **Adagja:** Naponta 3-szor egy evőkanállal kevés vízben
vagy szódavízben, étkezés közben.

Ára egy üvegnek 3 korona.

Kapható minden gyógyszerárakban.

Kórházi csomagolás 2 korona.

9527

Egyedüli készítő: **Balla Sándor „Hunnia” gyógyszerháza Budapest,**
VII., Erzsébet-körút 56.

LYSOFORM

**Fertőtlenítő
Antisepticum
Szagtalanító**

**Biztos hatású
Nem izgató
Veszélytelen
Kellemes illatú szer**

6922

Használják:

I. Antiseptikus öblítésekhez és lemosásokhoz: hüvely, méh, tályogüreg stb.

- a) $\frac{1}{2}$ —1%-os kölpitis, fluor albus, endometritisnél.
- $\frac{1}{2}$ —1%-os cystitis-gonorrhoeánál.
- $\frac{1}{4}$ —1%-os bűzös orr- és fülgyógyedésnél stb.
- b) 2—3%-os oldat fertőtlenítéshez műtétek előtt.
- c) Lysoform compresses, panaritium, phlegmonénél.
- d) 5%-ig kenőcsformában (5—10—15% lysoform összekötése vaselinnel, vasogennal) furunculusképződésnél, pityriasis, herpes-tonsurans, scabies, psoriasis, lupuspál.

II. Hyperidrosis ellen való mosásokhoz.

- a) 1—2%-os phthisikusok éjjeli izzadása ellen.
- b) Kéz és láb hyperhydrosisánál (ajánlatos a lábat este tiszta vízzel szappan nélkül megmosni, utána 20—30 csepp lysoformmal bedörzsölni és újból lemosni.)

III. 2—3%-os műszerek fertőtlenítésére.

(Lakkozott műszereket — Porgékat — kathetereket nem támad meg.)
 $\frac{1}{2}$ %-os gége és egyéb tükrök elhomályosodásának megakadályozására.



IV. Kéz- és felhám desinficiálására.

mint vegyi fertőtlenítőszer a mechanikus methodusok mellett. Erre kiválóan alkalmas, mivel baktericid erejével egyesíti a szappannak hatását, miáltal a bőrbe behatolva, ezt puhává és simává teszi (2—3%).

A nagyrabecsült orvosi kart — hogy értéktelen utánzatok elkerülhetők legyenek — tisztelettel felkérjük,
:: hogy lysoformot csak **eredeti** üvegben rendeljen és a **védjegy**re ügyelni szíveskedjenek ::

Carbol-szappan „Pellon“

elsőrangú desinficiáló toilette-szappan járványoknál.

Anthraxol-szappan „Pellon“ 5% és 10%
(szagtalan kátrány)

Kátrányszappan „Pellon“
(10%-os kátránytartalom.)

Psoriasis, Seborrhoea, Eczema, Herpes, tons stb. eseteiben kiváló hatással.

Benzoës, Borax, Epe, Kén, Gyermek, Neutral „Pellon“ szódajegű szappanok állandó orvosi és vegyes ellenőrzés alatt készült s napi lapok útján nem hirdetett készítmények.

— Kaphatók a gyógyszerárak útján. —
Minták az orvos urak részére díjtalanul.

9739

**KOCHMEISTER FRIGYES UTÓDAI
VEGYÉSZETI GYÁRA, BUDAPEST.**



C. Haubners

Engel-Apotheke

Wien, I., Bognergasse 9.

Egyedüli gyártása a **Bernatzik**-féle steril subcutan injectióknak beforrasztott üveg-phiolákban.

Az összes használatos gyógyszerek minden kívánt adagolásban.

Tokok injectiophiolák részére. ≡ Mindenféle injectiofecskendők.

Minden gyógyszerárban kapható.

Kimerítő prospektusok rendelkezésre állanak.



ÓVJÁK LÁBUKAT!

Mindenféle állapotok, különösen kellemetlen izzadás és talpégés eltűnik a **Dr. HÖGYES-féle IMPREGNÁLT ASBESTTALP** viselése által. — Párónként I. K 2.—, II. K 1.—. Legjobb és legbiztosabb segítség a lábak részére a **Dr. Hőgyes-féle impregnált asbestbottal** aczélsuklóval. Párónként K 4.— Az aczélsuklóra egy impregnált Dr. Hőgyes-féle talp van fészítve, hogy a láb kellemesen és biztosan nyugodjon. A járás ruganyos és a járásnál való kitérés nagyobb lesz. Lúdtalpúaknak nélkülözhetetlen. Szétküldés utánvét mellett. Wien, I., Dominikanerbastei Nr. 21.



Belügyminister által engedélyezett különlegesség 10.357/1909.

Radanovits Testvérek „China-Vasbora“



Magyar borkészítmény.

Kiváló specificum vérszegénységnek, kitűnő vérszaporító, idegerősítő neurasthenia és hysteriánál, angol- és görvélkóros gyermekeknek.

Ára: Próbailveg K 1.30. 1/2 literes üveg K 2.60. 1/1 literes üveg K 4.80.

**Radanovits Testvérek
„VINUM COLAE compositum“**

„A Vinum Colae compositum a leghatásosabb izgató, gyomorerősítő és idegerősítő szere a gyógyászatnak, a leghatmasabb zsongító, melyet a mai napig ismerünk.“

Ára: Próbailveg K 1.80. 1/2 literes üveg K 4.60. 1/1 literes üveg K 7.50.

Főraktár:

RADANOVITS TESTVÉREK

gyógyszerészek,

Budapest, I. ker., Krisztina-tér 9. szám.

Kapható minden gyógytárban.

BROMLECITHIN RICHTER

A NEURASTHENIA
SPECIFIKUS SZERE

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPEST, X.,

Idegbetegségeknek és neurastheniánál épp úgy mint szívbántalmaknál is már 1900 óta legjobb sikerrel alkalmaztatik

Syrupus Colae compos. „Hell“.

Legújabb irodalom: Dr. J. Jakubec: „Ein Beitrag zur Therapie der Herz- und Nervenkrankheiten“ („Allgem. Wiener med. Zeitung“ 1910, 55. évfolyam 2. sz.).

Diabetesesek számára a syrup helyett

Pilulae Colae comp. Hell

minden szénhidráttól menten állítatnak elő.

7408

Egy pilula egy kávéskanálnyi syrup leghatásosabb alkotórészeit tartalmazza.

Óvás! Kérjük az orvos urakat kifejezetten „Syrupus Colae comp. Hell“ rendelni, mert egyes gyógyszerárakban önkényesen összeállított szert készítenek.

Az eladás minden gyógyszerárban orvosi rendeletre történik. Nagy üveg 4 korona, kis üveg 2 korona 40 fillér. 1 doboz pilula 50 darabbal 2 korona 50 fillér.

Minták és irodalom ingyen G. HELL & COMP. Troppau-ból.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markosovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bársony János: Az appendixről nőorvosi szemmel. 888. lap.

Báron Sándor: A budapesti m. kir. tudomány-egyetem II. sebészeti klinikájáról. Igazgató: Réczey Imre dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos. Májműtétek vértelen végrehajtása. 890. lap.

Alapy Henrik: Közlés a Bródy-gyermekekórház sebészeti osztályáról. A gümőkóros coxitis és gonitis conservatív kezelésének végeredményeiről. 891. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Oppenheimer: Urologische Operationslehre. — Lapszemle. Általános kórtan. Carrel és Burrows: Különböző szöveteknek a szervezetben kívül való tenyésztéséről. — Belorvostan. Goldschmidt: Az asthma bronchiale gyógyszeres kezeléséről. — Lauffer és Bourgeois: Az enteritis gyógyításának új módja. — Sebészet. Hoffmann: A belégzett levegőnek az aether-

narcosis alkalmával való lehűlése. — Heile: Az appendicitis pathogenesiséről. — Gyermekorvostan. M. Karasawa és B. Schik: Vizsgálatok az emberi vérsavó diphtheria elleni védőanyagtartalmáról. — Húgyszervi betegségek. B. Motz: A nem kankós eredetű húgycsőhurutokról. — Röntgenologia. Roth M.: A húgyútkövek Röntgen-diagnózisában előforduló tévedésekről. — Markovitz A. és Perussia F.: A gyomor kitűrése jobb és bal oldalon való fekvéskor. — Orr-, torok- és gégebetegségek. Killian: Az ethmoidalis neurosisokról. — Fül-orvostan. A. H. Chealte: A syphilis szerepe az otológiában. — Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Roepke: A gümőkórosok lakásának fertőtlenítéséről. — Bulkeley: Eljárás heveny gyulladásos dermatosisok ellen. 896—900. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 882. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 882. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 883—887. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az appendixről nőorvosi szemmel.

Irta: Bársony János dr., egyetemi tanár.

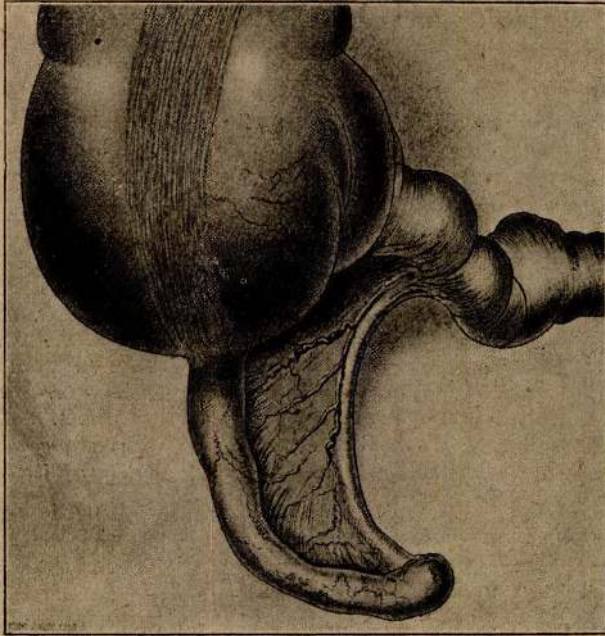
Sok fejtörést okoz, mert sok ember életét oltotta már ki a belőle kiindult hashártyagyulladás, az a kis féregszerű nyulvány a vakbél tájékán, a melyről ma sem tudja senki, hogy az emberi szervezet szolgálatában mi a hivatása; pedig az bizonyos, hogy hiába s cél nélkül ezen a világon semmi sem létezik. Egy-néhány centimeter hosszú s mindinkább szűkülő csővecskét fog körül körülbelül olyan szerkezetű szövetek rendszere, a minő a bél fal. Ez a kis szerv fejlődése, tagassága, hosszúsága és elhelyezkedése tekintetében ezerszer variál. Ha a legkedvezőbb modulációját veszszük is, az mégis kétségtelen marad, hogy rossz helyen fekszik. Onnan indul a has ürege felé, a hol sarkot alkotnak s leginkább rögzítve vannak az ember belei. A mi az emésztőcsatornába jut és fel nem szívódik, mindaz elvonul e nyulvány keskeny szájadéka előtt; ha meg renyhe a bél, akkor a vakbélben a féreg benyílása előtt gyűl meg és szárad ki a bélsár legnagyobb tömege. Ezenfelül a hasban lefolyó gyulladások alatt a mozgékony nyulvány bárhova odanő s ezután rögzítve még kevésbé tudja kitolni magából a mi belejutott, s a féregnek nevezett hitvány kis béldarab. Damokles veszélyes kardjaként bizonytalanítja a jövő perczeket. Mint a diphtheria a kis gyermekekben, olyan hirtelen s figyelmeztető előjelek nélkül fejlődhet appendixgyulladás akármelyikünkben, s úgy annál, mint ennél, a betegség miatt órák alatt fordulhat kilitástalanra az ember életének sorsa. A veszedelmes karakterét e gyulladásoknak ma már ismeri jóformán mindenki, s minden fájdalmat, mely a has jobb oldalán keletkezik, megriadtan, vakbélgyuladásból eredetnek tekint; a megriadt embert könnyen rá lehet mindenre beszélni, így azután nagyon sok appendix el lesz távolítva, a mely egészséges. Sok éjjeli műtét fölösleges volna, ha a beteg pár órával előbb hashajtót vett volna. Nem lehet azonban tagadni, hogy gyakran jut a leglelküismeretesebb orvos is abba a helyzetbe, hogy, bár nem tudja teljes bizonyossággal az appendixgyuladást

megállapítani, nem meri a felelősséget a következhetőkért magára vállalni. A gyulladás keletkezésének számtalan oka és módja, a lefolyásának számtalan alakja a diagnosis felállítására nem egyszer útvesztő. A nőorvosra nézve meg még sokkal csálékonyabb képe fejlődhet az appendicitisnek. Asszonyok gyakran szenvednek a méh függelékének betegségeiben; a jobboldali tuba vagy az ovarium gyuladása, daganatok s kiváltképpen méhen kívüli terhesség ezen az oldalon; együtt fájdalom, daganat s hashártyatünetek olyan körképet nyújthatnak, mint a féregnyulvány lobja. Ekkor fejlődnek az ismert viták a sebész és szülész közt, kié hát az eset? Ha appendicitis, akkor sürgősen kell tenni, életveszélyessé válhat a betegség a várakozás folytán, a műtét meg oldalmetszéssel kezdődjék a hason, mert már tályogra bukkanhat a műtő, s akkor az operatio egyelőre csupán incisióból áll, a has üregét nem szabad megnyitni. Ha pedig a nemi részekből indult a betegség, akkor talán nem is kell operálni, s ha kellene, először is nem olyan momentán sürgető s a dolog, van idő a további megfigyelésre is; másodszor meg az operatio nem oldalról indul, a középen kell megnyitni a hasat, hogy a méhet is, meg a baloldalt is át lehessen vizsgálni és látni, hátha ott is van valami rendezésre való. Azt hiszem, hogy nincs neves gynaekologus, a ki ezen a téren soha életében ne tévedett volna, úgyszintén sok sebész szedett ki appendicitis diagnózisával beteg méhfüggelékűket és ha már ott dolgozott, az ép appendixet is eltávolította. Az ilyen tévedést azonban meg lehet érteni. A vakbél s kiváltképpen a lecsüngő nyulvány közvetlen szomszédja a jobb ovariumnak és a tuba hasi nyílásának; akármelyik gyuladt, fájdalmakat okoz, de meg a gyulladás folytán egymással összekapaszkodnak, most aztán nehéz eldönteni, melyik a betegbb, vagy hogy melyik okozza inkább a fájdalmakat. A statistikák tanúsága szerint az appendicitis aránylag ritkábban fordul elő asszonyokon, mint férfiakon, s hogy mégis körülbelül annyi asszony esik appendectomián keresztül, mint a mennyi férfi, az az említett mellékkörülményeknek lehet a folyománya.

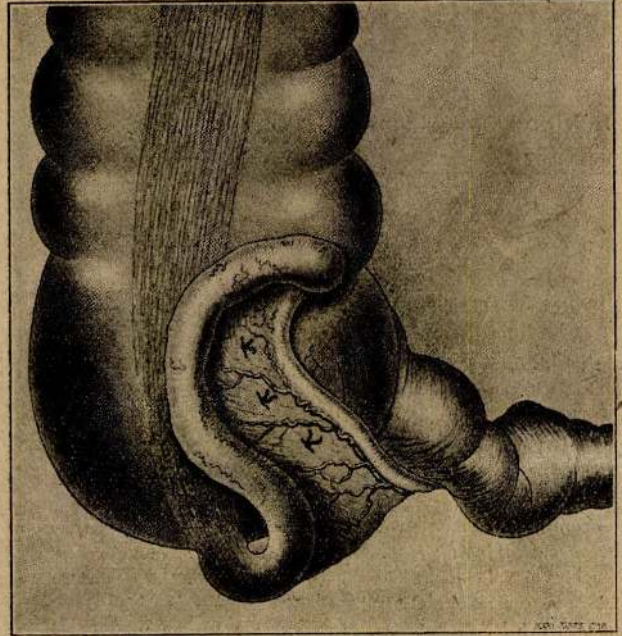
Az appendicitisek gyógyításmódjai felett megindított vita ma még teljes mértékben a virágkorát éli, s mert a betegség a női nemi részek betegségeivel összetéveszthető és ezekkel együtt gyakran fordul elő, lényeges részt vesznek a vitában a gynaekologusok is.

Közöttünk tulajdonképpen az a vitás kérdés, hogy hasoperációknál, a midőn tehát valamely más indicatióból megnyitjuk a hasat, passive vagy active viseljük-e magunkat az appendix-szel szemben. Vannak, a kik arra tekintettel, hogy a szerv könnyen, hirtelen s halálos beteggé tehet és hogy kiirtása a szervezet háztartásában látható változást nem okoz, azt az ajánlatot teszik, hogy hasműtéteinknél ne zárjuk be addig a hasat, míg az appendixet el nem távolítottuk. Mások ezt az általános appendectomiát nem tartják helyesnek. Körülbelül oda csúszosodik ki a többség véleménye,

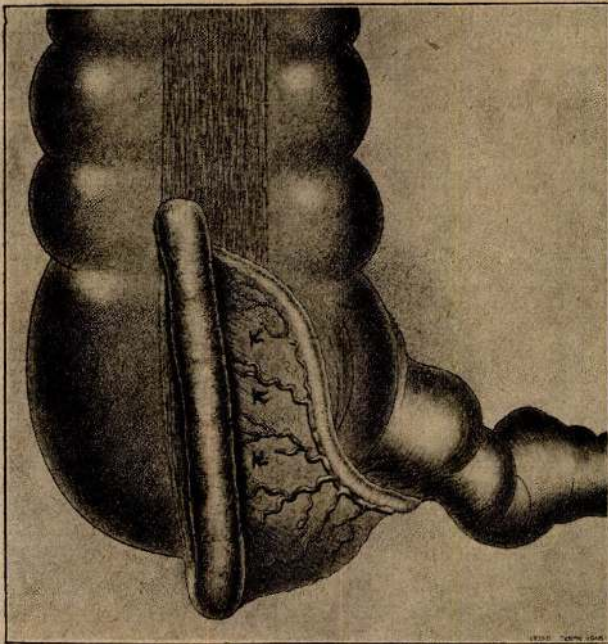
szívesen operálunk belet; azután meg a mi nehéz hasoperációink sokáig tartanak, utánuk a beteg állapota nem mindig enged meg prophylaxisos operációkat, sőt gyakran kényszerít a hasnak sürgős bezárására. Ha ilyenkor műtét közben az appendixet is lenőve találjuk s bár kiszabadítottuk, de attól tarthatunk, hogy újra letapad, vagy ha bár egészséges, de nagyon hosszú, megnyúlt az appendix s így nagyobb az alkalmat a megbetegedésre, elégedetlen érzéssel zárjuk be a hasat. Ezenfelül van még egy körülmény, a melyre fel kell hívni a figyelmet. A feregnyúlvány az általános statistika



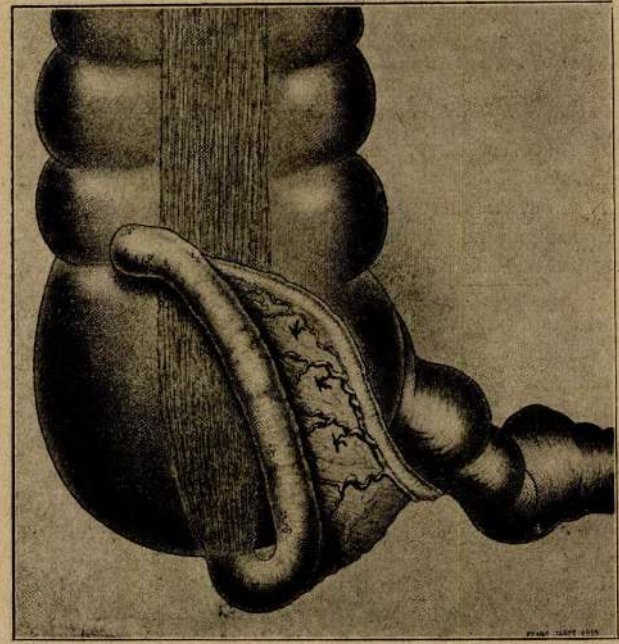
1. ábra.



3. ábra.



2. ábra.



4. ábra.

hogy laparotomiáink alkalmából nézzük meg mindig a feregnyúlványt, az egészségeset hagyjuk meg békében, de távolítsuk el, ha a legesekélyebb eltérést találjuk rajta. Ez a rezervált tanács tetszetősnek látszik, de nem mindig könnyű szerinte eljárni. A gynaekologus gyakran szed ki daganatot a kis medenczéből, a melynek a kifejtése után a műtét területe zúzott, roncsolt, méhen kívüli terhességek operációja után pedig vér- és szövettörmelékekkel van majdnem az egész kis medence fedve; az ilyen terület közvetlen szomszédságában, ha nem vagyunk reá kényszerítve, nem

szerint 25⁰/₀-ban lefelé, a kis medence üregébe tekint. Asszonyokban az ilyen fekvéssel feltűnően gyakran találkozunk. A lefelé tekintő appendix lumenébe könnyebben juthat s nehezebben jut ki minden idegen test s ha meg például a nemi szervek gyuladása után idénő a lecsüngő appendix, akkor egy obstipatio is halálos betegségnak lehet a forrása. Engem, míg az egészséges s felfelé tekintő feregnyúlványokat gond nélkül bennhagyom, a csüngő appendixek visszahagyásakor is mindig elfog a fentemlített kellemtelen érzés.

Minden operációhoz, mely a hasban folyik, hozzáfűzni egy béloperációt, nézetem szerint nem is szükséges, de kivihetetlen is. A mikor megsérült a fereg serosája, okvetlen ki kell irtani. Ha nem sérült meg, de félek, hogy a bennhagyott appendix a műtét területéhez hozzánőhet, vagy ha lefelé csüng, én felhajtom és a fodrát a coecumon a taenia liberához, vagy ha ez nem lehet, valahol mellette a vastagbél falához pár csomós öltéssel, catguttal akképpen rögzítem, hogy az öltéseim ne sértsenek eret. Ez a pár öltés perczeket fog csak igénybe venni, nem nyújtja meg a műtét idejét, nem adja a legesekélyebb alkalmát sem annak, hogy bélbakteriumok szennyezzék a hasat, nem béloperatio s mégis biztosíték úgy a közelebbi, mint a távolabbi jövőre nézve.

A mit mondani akartam, a rajz demonstrálja.

A budapesti m. kir. tudomány-egyetem II. sebészeti klinikájáról. Igazgató: Réczey Imre dr., egyet. tanár, udvari tanácsos.

Májműtétek vértelen végrehajtása.

(Előzetes közlés.)

Irta: **Báron Sándor dr.**, műtőorvos.

Régóta törekcszenek a sebészek a májműtéteket vérzés nélkül végezni. E célra szolgálnak azon eljárások, melyeket magán a májszöveten alkalmazunk, továbbá *Tuffier* és *Haberer* praeventiv vérzéscsillapító eljárásai. *Tuffier* a májhilus digitalis compressiójával csökkenti a vérzést. Eljárása hosszú műtétben fárasztó, a compressiót végző segéd a műtő szabad mozgását gátolja. Azonkívül nehezen képzelhető, hogy két ujj segítségével, mint azt *Tuffier* leírja, hogyan lehessen a vena portaet és az art. hepaticát egyszerre komprimálni. *Haberer*-nek sikerült az art. hepatica propria kisebb ágainak körülöltésével nagy kiterjedésű májresectiókat kevés vérvesztéssel végezni. De maga *Haberer* felemlíti, hogy nagy mortalitása volt és hogy mindig csak a lekötött arteriosus ágak megfelelő májrészletet távolította el. Emberen történő műtétkor természetesen az eltávolítandó májrészletnek megfelelő ágakat kellene lekötünk, hacsak, mint azt a kísérleti tapasztalat mutatja, máj-elhalást nem akarunk kapni. *Haberer* eljárása tehát technikai nehézségekbe ütközik és nem is biztosít teljesen a vérzés ellen.

Állatkísérleteim közben oly eljárásra jutottam, melynek segítségével kutyán bármilyen májműtétet teljesen vértelenül lehet végezni. A tulajdonképpeni májműtét előtt a ligamentum hepatoduodenale a *Winslow*-lyuk felől, vagy pedig ha e nyílás nem szabad, a kis cseplesz átszakítása után a cseplesztömlő felől egy puhaszárú csipőt viszek be, melylyel leszorítom a vena portaet, arteria hepaticát és ductus choledochust. Körülbelül 5 percig várok, mely idő alatt a máj a szív felé kiürül. Ezután minden vérvesztés nélkül végzem a tulajdonképpeni májműtétet. Most a nagy arteria-, vena- és epeút-lumeneket csipőbe fogom, kihúdom és lekötöm (*Kusnetzow* és *Pensky*). A sebszélek egyesítése vagy láncszerűen alkalmazott vastag catgut-varrattal, vagy pedig *Cecherelli* és *Bianchi*, *Stamm*, *Payr* és *Martina*, *Delbet*, *Segale* és *Kusnetzow* és *Pensky* eljárása szerint történik. Ha a sebszéleket nem egyesíthetjük, a nagy erek és epeutak lekötése után a parenchymás vérzést veresen izzó thermocauterrel, vagy pedig forró levegővel (*Hollaender*) csillapítjuk. A visszamaradt üreget kitömjük, a mire esetleg élő tamponként felhasználhatjuk a csepleszt (*Baldasari*).

Nézzük, jár-e eljárásom nagyobb veszélyekkel? Legközelebb fekvő, hogy a csipő a ligamentum hepatoduodenale képleteit sérti. Az arteria hepatica és vena portae sértése ezen erek thrombosisát vonhatja maga után, a ductus choledochusé pedig e menet heges szűkülését eredményezheti. Ez utóbbi complicatiót persze biztosan elkerülhetjük úgy, hogy csak a choledochustól praeparando különválasztott vena portaet és arteria hepaticát szorítjuk le. De ezen módosítás a műtétet megnyújtja és felesleges.

Állatkísérleteimben ugyanis volt alkalmam a ligamentum hepatoduodenale leszorított képleteit 3 órával, 1 nappal, 3 nappal, 2 héttel, 1 és 3 hónappal a műtét után megvizsgálni és sem rajtuk, sem a bélben, sem a májban nem találtam sem makro-, sem mikroskopi elváltozást. Kísérleteimben gummidrainnel bevont

éresipőt használtam; egy kutyán csupasz *Kocher*-csipőt. Hátrányát nem láttam.

E kísérleteim közben egyszer sem észleltem légemboliát, melytől pedig a májmetszéslap vértelensége miatt félttem. Ezen veszélyes complicatiót legbiztosabban úgy kerülhetjük el, ha a májesonkolást szakaszokban végezzük és a nagyobb lumeneket nyomban ellátjuk.

Másik veszély az utóvérzés. Hiszen éppen az Esmarch-eljárás után, mely pedig mintaképe az enyémnek, látunk súlyos utóvérzéseket. Hangsúlyozom tehát, hogy 10 kutyán májesonkolás ellenére — 1 esetben a máj $\frac{3}{5}$ -részét távolítottam el — egyszer sem tapasztaltam utóvérzést, illetőleg epefolyást. Ezt pedig annak köszönhetem, hogy a nagyobb erek és epeutak ellátását, a sebszélek varratát éppen a teljes vértelenség folytán pontosan végezhettem. Első kísérletemben rögtön a csipő feltétele után végeztem a csonkolást és ekkor kistokú parenchymás vérzést kaptam, mely egy idő múlva megszűnt. Tehát a vérrel telt máj bizonyos idővel odavezető ereinek leszorítása után kiürült a szív felé. Ezen okulva, későbbi kísérleteimben csak mintegy 5 percczel a csipő feltétele után fogtam hozzá a májesonkoláshoz, mely teljesen vértelenül sikerült. Érdekes volt megfigyelni a máj lassú kiürülését. Körülírt anaemiás foltok keletkeztek, később az egész máj elhalványodott. Eme foltok megjelenésekor vértelenül végezhetjük a májműtétet. A máj gyors kiürülését a vena hepaticában uralkodó nagy negatív nyomásnak, illetőleg a mellkas és szív közelségének tulajdoníthatjuk.

Egy állaton, melynek ligamentum hepatoduodenalejára felraktam a csipőt, hepatotomiát végeztem. A májmetszéslap teljesen vértelen volt. Most kieresztettem a csipőből az arteriát. Több helyen kis szökőkút módjára lövelt a vér, mely verőeres vérzést körülöltéssel könnyen le lehetett győzni. Ezután lefogtam az arteriát és eleresztettem a vena portaet. Óriási vérzés állott elő, úgy hogy a csipőt azonnal újra fel kellett raknom. Ebből következik, hogy a májvérzés létrehozásában úgy a vena portaenak, mint az arteria hepaticának része van, ha nem is egyforma mértékben. Fontos tehát mindkét ér együttes pontos leszorítása.

Módszeremmel 10 kutyát operáltam, melyeknek májából kisebb-nagyobb darabot távolítottam el. 9 állat simán gyógyult; 2 él, a többi hét állatban — melyeket szándékosan pusztítottam el — a boncsolás minden tekintetben rendes viszonyokat mutatott: ép, elhalásmentes májat és az utóvérzés teljes hiányát. A 10. állat, melyen a májnak több mint $\frac{3}{5}$ -részét eltávolítottam, 24 óra múlva meghalt. Peritonitis, májnekrózis, portathrombosis és utóvérzés a boncsoláskor nem volt. A halált tehát nem tulajdoníthatjuk a módszernek, hanem alkalmasint májinsufficiencia eredménye.

Eljárásomat alkalmazhatjuk az összes májműtétekben. Különösen kiemelem 1. a májsérülést. A hasúr megnyitása után, ha a körjelzést megtettük, felrakjuk a csipőt. A beteg nem veszít többé vért és a májsebet nyugodtan láthatjuk el. 2. Az epehólyagrákot, különösen, ha a májra per continuitatem terjedt. Megjegyzem, hogy egyszerű cholecystektomia esetén is alkalmazhatjuk, még pedig úgy, hogy a cysticus csonkolása után a hólyagot a környező májszövettel együtt ék alakban vértelenül eltávolítjuk és az így keletkezett anyagihiány széléit egyesítjük. Ezen eljárás előnye a gyorsaságon kívül még kétségtelenül az volna, hogy egyrészt biztosan elkerülhetjük a fertőzött epehólyag megmetzését, másrészt pedig prima-egyesülésre alkalmas viszonyokat teremtünk. A csipő felrakásakor ilyenkor vigyáznunk kell, nehogy choledochus-követ zúzzunk szét, vagy pedig eltolás folytán elnézzünk. 3. Eljárásom igen megkönnyítene adott esetben a hepato-cholangiostomia interna (*Hirschberg*) pontos végzését. A vértelen májszöveten keresztül, ismerve boncsolástani lefutásukat, könnyen fölkereshetjük a nagyobb, tárgult epeutakat és drainezhetjük őket.

Minthogy az ember és a kutya májának vérrel való ellátása boncsolástani és élettani tekintetben — már legalább műtét szempontról — hasonló, elvárhatjuk, hogy módszerünk az emberen is be fog válni.

* * *

Végül hálámat fejezem ki *Réczey Imre* tanár úr ő méltóságának a kísérleti anyag bőkezű átengedéseért és köszönetet mondok *Roska János* dr. barátomnak, ki a műtétek alkalmával segédkezett.

Közlés a Bródy-gyermekekórház sebészeti osztályáról.

A gümőkóros coxitis és gonitis conservatív kezelésének végeredményeiről.

Irta: *Alapy Henrik* dr., egyetemi magántanár, kórházi sebész-főorvos.

(Vége.)

7. Az étagpos redressálás módszere ellen- legsúlyosabb érv a gümőkórnak állítólag gyakrabban beálló generalizálásától való félelem. Tekintsük meg a VII. táblázatot, mely hivatva van erről a kérdéssel felvilágosítást adni.

Két halálesetet látunk e táblázatban ritkított betűkkel nyomatva. Az egyik beteg az első redressáló gipszkötés után tized-

napon miliaris gümőkórban betegedett meg, a másik az utolsó kötés alkalmazása után a 17. napon ismeretlen okból (közelebbi ismételt kérdezősködésre sem lehetett megtudni) halt el.

Vajjon ezen haláleseteket a redressziós trauma által előidézetteknek kell-e tekinteni?

A feltételeknek *Bergmann*-féle triasa, melyek mellett a gümőkór kitörését úgy kell tekinteni, mint a melyet a beavatkozás idézett elő, általánosan ismeretes és elfogadott: a) az általános megbetegedés kitörése közvetlenül kell hogy szegődjék a beavatkozáshoz; b) a boncsolás-lelet (a miliaris gümőkór) a klinikai jelenségekkel kell hogy megegyezzen; c) a boncsolásnak csak egy gümőkóros gócot szabad kimutatni, mint az általános fertőzés kiindulás-pontját.

Coxitis.

VII. táblázat. Halálozás.

	Meningitis	Miliar. tbc.	Kimerülés	Más halálok	A halálok ismeretlen	
56 nem gyógyuló eset közül	1. 1 1/4 évvel a gyógyulás után 2. A gépviselés 3. havában 3. Az első (correctura nélküli) gipszkötés utáni 9. napon 4. Gipszkötés után 4 hóval	1. Az első gipszkötés utáni 10. napon		1. Fuladás (?) több hóval a kezelés befejezése után 2. Pneumonia 3. Scarlatina	1. Egy havi gépviselés után 2. Az utolsó gipszkötés utáni 17. napon 2. Az utolsó gipszkötés után 4 hóval	11 = 19.64%
31 tályagos esetből	1. Az utolsó gipszkötés és jodoform-befecskendés után 5 hóval				1. Az utolsó gipszkötés és jodoform-befecskendés után 1 hóval	2 = 6.45%
35 sipolyos esetből	1. Sipolytágítás után 6. nap		1. Több év múlva 2. Több év múlva 3. Resectio után egy évvel 4. Resectio után 3 évvel	1. Resectio napján 2. után 7. nap 3. Tüdőgümőkór 4. Általános gümőkór 5. U. a. 1 1/2 évvel a kezelésből kimaradása után	1.5 hóval } a kezelésből kimaradása után 2.3 évvel }	12 = 34.28%
122 esetből	6 = 4.92%	1 = 0.82%	4 = 3.28%	8 = 6.55%	6 = 4.92%	25 = 20.5%

Abban azonban igazat kell adni *Reiner*-nek,¹ hogy már a resectionál is ritkán kerülünk abba a helyzetbe, hogy a miliaris gümőkór kitörését a műtetre vonatkoztassuk. Még sokkal kevésbé jutunk abba a helyzetbe a redressáló gipszkötéssel kezelt bejáró beteg, kin, ha elhalt, boncsolást végezni csak a legkritikább esetben lehetséges. Ez okból szigorúbb mértéket kívánok alkalmazni és már az első feltétel teljesítését: a traumához való közvetlen csatlakozást mérvadónak óhajtom tekinteni. E szempontból tekintve, az első esetben a miliaris tuberculosis kitörését a redressáló kötésre, mint okra kell visszavezetni. A második eset e tekintetben szintén legalább is gyanús.

Egy haláleset — esetleg kettő — 122 esetre gondolkodóba ejthetne. Ebben a világításban azonban a kép hamis volna. Mert ezek a halálesetek nem 122 betegre oszlanak el, hanem kerek számban 2600 coxitis-gipszkötésre, melyet ezen idő alatt alkalmaztunk, legnagyobbbrészt mint redressáló gipszkötéseket.

Már most, ha meggondoljuk, hogy mily gyakran járul a meningitis a coxitishez redressáló gipszkötéssel vagy a nélkül, minden kezelés mellett és minden kezelés nélkül: akkor ezen elenyészően csekély halálozási szám komoly ellenvetésül a különben bevált kezelési módszer ellen nem tekinthető.

Legvilágosabban szól ezen felfogás mellett az összhaltóság 20.5%-os végszáma, mely csaknem hajszányira egyezik az *Aberle*-féle halálozással: 20.38%, a mely redressálás nélkül végzett rögzítő kezelés eredménye.

Annyit azonban meg kell engedni, hogy az a gyengédség, a

bevezetésben hangsúlyozott minden mellőzése az erőszaknak a redressáló gipszkötés alkalmazása közben, bizonyos gyakorlatot tetelez fel, minek folytán czélszerűnek látszik, hogy az étagpos correctura fiatalabb, gyakorlatlan segédek által ne végeztesse.

Két másik ellenvetést az étagpos redressálás ellen még szintén meg kell említenem.

Lorenz szerint a kóros állást már az okból is meg kell tartani, mert „a reflectorius izomspasmus mindaddig nem nyugszik, míg minden kötés ellenére az ízület középpálása ismét el van érve és ezzel a czélzott helyzetjavítás veszendőbe ment”.¹ Középpálás alatt itt a coxitis elsőleges állás spasmusos zsugorodását kell érteni (hajlítás, távolítás, kiforgatás).² Százszoros tapasztalás bizonyítja ezen állítás ellenkezőjét. A gyermekek korrigált állásukban éppen oly jól érzik magukat, mint azok, kiknek ízületét kóros helyzetben rögzítettük, a kötésváltás alkalmával pedig kétséget kizárólag lehet konstatálni, hogy az izomspasmus megszűnt. Ezt mindenki tapasztalta, a többi között maga *Lorenz* is, mint munkája egy másik helyén olvasható.³

Végül azt állítják, hogy az adductiós hajlam correcturájának minduntalan ismétlődő szükségessége úgy szerepel, mint megbolygatás, mely az ízületet nyugalomba jutni sohasem engedi és mely ennek folytán lehetőleg szilárd összenövés létrejövését meggátolja.

Ez is tévedés. A redressáló gyógykezelés az I. táblázat szerint (B + F) körülbelül 18%, a II. táblázat szerint kerek számban 24% mozgatható ronsolt ízületet eredményezett. A (correc-

¹ *Reiner M.*: Indikationen zur Resektion bei tuberkulöser Coxitis. Zeitschrift für orthopaedische Chirurgie, 1906. 17. kötet, 387. lap.

¹ *Lorenz*: L. c. 1906. 375. lap.

² U. a.: L. c. 1909. 525. lap.

³ U. a.: L. c. 1909. 517. lap.

tura nélküli) „ankylosierende Dauerfixation“ után ez ízületek száma valamivel többet tesz ki, mint az összes esetek egy harmadát.¹ Ezek a számok oly világosan beszélnek, hogy minden további megjegyzés valóban felesleges.

Röviden összefoglalva: A gümőkóros csípőízületi gyulladásnak *étappos correcturával* való gyógykezelése (Dollinger módszere szerint) a betegnek a kezelés ideje alatt az egyenesebb járás előnyét nyújtja, nem növeli sem a sorvadást, sem a rövidülést, nem növeli a genyedés veszélyét, tökéletesen ugyanazzal a halálozással jár, mint a correctura nélküli rögzítés, a gyógyulás után *legalább oly jó funkciót* eredményez, és az összes esetek $\frac{2}{3}$ részében megkíméli a beteget az utólagos osteotomia szükségétől.

II.

A gümőkóros térdizületi gyulladás kezelésmódjára vonatkozó felfogás szintén nem egységes. A conservatív módszerek követőinek álláspontja meglehetősen éles ellentétben áll a térdresectio követőinek felfogásával. Meg kell adni, hogy az utóbbiak többségben vannak. Mindenesetre a legconservatívabb embert is gondolkodóba kell, hogy ejtse az a körülmény, hogy oly jó észlelő, mint Bruns, ki a coxitis conservatív kezelése mellett tör lándzsát, a térdizületnek, még a gyermekkori térdizületnek is resectióját tartja helyesebbnek. Az ismeretes pro és contra érvek nagyon sokfélék, de semmi esetre sem oly zavarók, mint azok a kezelési eredmények, melyeket különböző szerzők különböző módszerekkel értek el.

Mig Hoffa² tapasztalása szerint (igaz, hogy e hely nem vonatkozik speciálisan a térdizületre) conservatív úton az összes esetek legalább 75%-a a végtag jó funkciójával mellett gyógyul ki és mig Willem³ azt a nézetet vallja, hogy a conservatív kezelés a gyermekkorban a térdizületeknek „óriási többségét“ kigyógyítja, oly nézet, melyet valószínűleg az orthopaed sebészek többsége osztani fog: addig Bier⁴ kénytelen volt gümőkóros térdizületeinek többségét reszekálni, miután a pangási kezeléssel éppen a térdizületen érte el legrosszabb eredményeit, közelebből fel nem ismerhető okoknál fogva. König⁵ conservatív módon kezelt 288 térdizületen jó eredményt ért el 45%-ban, rossz eredményt 55%-ban, mihez megjegyzi, hogy az igazi arány e számban még nem is jut kifejezésre, minthogy csaknem az összes operált esetek bizonyára már eredmény nélkül conservatív módon gyógykezelettek. König azt hiszi, hogy az igazi számarányt akkor találja el, ha feltételezi, hogy a conservatív kezelés 25–30% kedvező eredményt ad.

Garré⁶ körülbelül 100 esetet kezelt conservatív úton, még pedig ezek közül 46-ban a conservatív kezelést egész kizárólagosan alkalmazta oly sokáig, míg úgy a beteg, mint az orvos fáradása sikertelenségét belátva, műtetre határozta el magát. Egész csekély törtszám marad csak meg, a melyben kielégítő eredményt lehetett elérni, annak ellenére, hogy a conservative kezelt eseteknek 80–90%-a az úgynevezett könnyű esetek közé tartozott.

Itt közölt eseteim túlnyomó többségét conservatív elvek szerint kezeltém; és hogyha arra a végkövetkeztetésre jutok, mint alább olvasható, hogy kezelésem a genyedő térdizületek számára túlconservatív volt, a mi a jövőben meg kell, hogy változtassék, akkor ez csak a mellett bizonyít, hogy nagyon célszerű, ha az ember időről időre bírálatnak veti alá végeredményeit.

A gümőkóros térdizületi gyulladás esetén osztályomon alkalmazott conservatív kezelés módszeréről csekély eltéréssel ugyanaz mondható, mint a mi feljebb a coxitisnél mondatott.

A kezelés főeszköze a járó gipszkötés. Tehermentesítés ritkábban válik szükségessé, mint a coxitisnél. Egyedüli indiciója a tehermentesítésnek a megterhelési fájdalom. A kötés a csomhajlástól a bokáig érő gipszhüvely. Heves fájdalmak esetében a medenczét is befoglaljuk. Fiatal gyermekeken, kiknek zsírpárnája vastagabb és kiknek előálló csontkonturjaik nincsenek, a medencze befoglalása mindig szükséges.

¹ V. Aberle: L. c. 274. l.

² Hoffa: Zur Behandlung der Gelenktuberkulose. A nemzetközi sebésztszínvonal brüsszeli congressusának tárgyalásai, 1905. IV. kérdés, 144. lap.

³ Brüsszeli congressus, 48. lap.

⁴ U. o., 9. lap.

⁵ König: L. c. 288. lap.

⁶ Garré: L. brüsszeli congressus, 109. lap.

A hibás állást *étappokban* korrigáljuk; azonban a nagyon régi, elhanyagolt eseteket, a melyek nagyfokú subluxatióval és genu valgummal kerülnek kezelés alá, rövid gyógykísérlet után — néha minden ily kísérlet előrebocsátása nélkül — inkább *osteotomizáljuk*.

A periarticularis tályogokat éppen úgy kezeljük, mint a coxitisnél, a nélkül, hogy el akarnám hallgatni, hogy a fel-fakadás veszélye gonitis esetén jelentékenyen nagyobb. A jodoform-kezelés számára jó kilátásokat csak az ízületen belüli tályog ad.

Kerek számban 450 térdizületi gyulladás került vizsgálat s az eseteknek körülbelül a fele kezelés alá. Utóvizsgálatra csak 31 eset jelentkezett (az egyik kétoldali). Használható válaszlapot 23 beteg küldött be, végül 10 elhalt és 3 amputált esetről van tudomásom, úgy hogy mindössze

67 térdizületi gümőkór

sorsáról számolhatok be. Az észlelési, illetőleg kezelési idő ugyanaz, mint a coxitisekben és arra az időre terjed, mely 1897 elejétől 1907 végéig tart. Az azóta elhalálozottak azonban be vannak számítva.

A végeredmény vizsgálatára körülbelül ugyanazt a zsinór-mértéket alkalmazzuk, mint a coxitisekben.

A sorrendet azonban megfordítjuk és először a *gyógyulás*, illetve a halálozás kérdését vesszük szemügyre, különösen a *genyedés*hez való viszonylatokban.

E viszonyokról a következő két táblázat ad felvilágosítást:

Gonitis.

VIII. táblázat. Genyedés.

A) Genyedés nélkül lépett kezelésbe			45
Ebből: „ „ gyógyult	32	= 71%	
„ „ meghalt	4	= 8.9%	
„ „ támadt	9	= 20%	
A tályog meggyógyult	1		
„ „ kifakadt, azután gyógyult	4		
„ „ „ sipolyos maradt	2		
„ „ „ csonkított	1		
„ „ „ meghalt sipolylyal	1		
B) Tályoggal lépett kezelésbe			11
Ebből: Gyógyult	4		
Kifakadt, azután gyógyult	5		
„ sipolyos maradt	1		
„ meghalt sipolylyal	1		
C) Sipolylyal lépett kezelésbe			11
Ebből: Gyógyult	4		
Sipolyos maradt	1		
Csonkított	2		
Meghalt	4		
Összesen			67

E szerint

	gyógyult	nem gyógyult
45 nem genyedő esetből	37 = 82.2%	8 = 17.8%
20 tályagos esetből	14 = 70 %	6 = 30 %
26 sipolyos „	14 = 53.8%	12 = 46.2%

Az összes 67 esetről:

Gyógyult. 50 eset = 74.8%

Nem gyógyult 17 „ = 25.2%

Ha az elhaltakat, a sipolyokkal gyógyulatlanul maradtakat, végül az amputáltakat egy rovatban foglaljuk össze, a „gyógyulatlanok“ rovatában, akkor kerek számban 75% gyógyult, 25% nem gyógyult esetet kapunk, tehát körülbelül ugyanazt a számarányt, mint a csípőízületi gyulladásban.

A genyedés kedvezőtlen befolyása nagyon szembeötlő. A gyógyulások száma a nem genyedő esetekben 82%, a tályogokban leszáll 70%-ra, a nyílt genyedésekben meg éppen 50%-ra.

A resectió statisztikák átnézete alkalmával kétségen kívül konstatálhatjuk, hogy a gyógyulásra vonatkozólag a resectio jobb eredményeket ad. Így például a Bruns-féle klinika utolsó kimutatá-

Gonitis.

IX. táblázat. Halálozás.

	Meningitis	Kimerülés	Egyéb halálok	A halálok ismeretlen	
36 nem genyedő esetből	1. 2 évvel a kezelés megszakítása után. 2. 1½ évvel a kezelés megszakítása után.		1. 5 év múlva tüdőgümőkórbán.	1. 10 hét múlva (mindkét oldali gonitis).	4 = 11·10/o
5 tályogos esetből	—	—	—	—	—
26 sipolyos esetből	1. Kikanalizás után négy nappal. 2. Kikanalizás után néhány nappal.	1. A kezelés megszakítása után 5 évvel.	1. Nephritisben, 1 évvel a kezelés megszakítása után. 2. Tüdőgümőkórbán 1½ évvel a kezelés megszakítása után. 3. Csonkítás után tüdőgümőkórbán.		6 = 23·0/o
Összesen 67	4 = 6·0/o	1 = 1·50/o	4 = 6·0/o	1 = 1·50/o	10 = 14·90/o

sában¹ a nem gyógyultak száma 12·0/o-ra rug, Garré-nál² 14·0/o-ra, tehát az én számomnak körülbelül felére, és ha teljesen bizonyos is az, hogy a conservatív kezelés eredményei távolról sem oly kedvezőtlenek, mint azt a resectio barátai állítják (König), ez a számarány mégis gondolkodásra kell hogy ejtsen.

Nyilvánvaló, hogy a rossz eredményeket főleg a genyedő esetek terhére kell írni, és ha ez így van, akkor bizonyára nem jogosulatlan az a következtetés, hogy az utóbbiak számára az *activabb operatív eljárás* még akkor is ajánlatos lesz, ha gyermekekről van szó, annak ellenére, hogy a térdresectio ez utóbbiakon tudvalevőleg szomorú functionális eredménnyel jár.

Ha a gümőkóros térdizületi gyulladás már genyeddé válott és ha a genyedés rövid időn belül conservatív módszerekkel meg nem szüntethető, akkor a 15. életév közelében lévő gyermekeken a resectióval, sokkal fiatalabb gyermekeken pedig az amputációval ne várjunk túlsokáig.

Talán meglepően hangzik, hogy ugyanazt a következtetést a coxitisre vonatkozólag nem vontam le, annak ellenére, hogy nem gyógyult eseteim száma ott is körülbelül ugyanaz. Ennek oka világos, tudniillik a két izület anatómiájában keresendő. Míg a térdben lévő gócot nemcsak amputációval, hanem resectióval is teljes biztonsággal kiküszöböljük, addig ugyanazt a csípőizületről, sajnos, nem mondhatni, a legjobb resectiós módszer alkalmazása mellett sem.

A térdizületre nézve a fenti tények alapján kénytelenek vagyunk az előbb leírt következtetést levonni, bármily nehéz szívvel teszi is ezt az, a ki hozzászólt a gümőkóros térdizület conservatív kezelésének valóban fényes functionális eredményeihez.

Ez utóbbiakról a következő táblázatok ékesen szólnak.

Gonitis.

X. táblázat.

Az utólag megvizsgált 31 esetben talált
rövidülés hosszabbodás

	Száraz	Tályogos	Sipolyos		Száraz	Tályogos	Sipolyos
Semmi ...	4	—	—	1 cm.-ig ...	3	2	—
1 cm.-ig ...	2	—	—	2 " ...	2	3	2
2 " ...	3	1	—	3 " ...	1	—	—
3 " ...	—	—	3	4 " ...	—	—	1
4 " ...	—	—	1				
5 " ...	—	—	1				
nem mérve (két oldali)	2	—	—				

15 eset átlagos rövidülése: 1·87 cm. 14 eset átlagos hosszabbodása: 1·86 cm.

¹ Blauel C.: Die Resektion des tuberkulösen Kniegelenks und ihre Resultate. Beitr. z. klin. Chirurgie, 1904. 42. kötet, 57. lap.

² L. c. 29. lap.

E szerint a rövidülés, illetve a hosszabbodás egészen egyformán elosztva az esetek fele-felére, kevesebbre rug 2 cm.-nél, míg ellenben az operatív rövidülés a resectio után König és Bruns szerint átlagban 4·5 cm.-t tesz ki. Garré-nál 2—5 cm.-es rövidülés van 54·0/o-ban, súlyos rövidülés 7·0/o-ban.¹ E mellett azonban nem szabad elfelednünk, hogy az a functionálási rövidülés, a melyet a resectio után a hajlító zsugorodás okoz, ezen — már magukban véve is magas — számokba még nincs beleszámítva.

Gonitis.

XI. táblázat.

A végtag sorvadása (körfogatkülönbség centiméterekben) 25 esetben vizsgálva.

Rögzítés tartama	Czomb	Lábszár	Rögzítés tartama	Czomb	Lábszár
Néhány hó	3 cm.	3·5 cm.	2 év	1·5 cm.	0·8 cm.
" "	0 "	0 "	2 "	2 "	1·5 "
6 "	4 "	2 "	2½ "	3·5 "	2·5 "
6 "	0 "	0·5 "	3 "	5·5 "	5 "
9 "	2 "	1·3 "	3 "	3·5 "	0 "
9 "	2 "	1·2 "	3 "	1·5 "	0·2 "
10 "	3·5 "	1·5 "	4 "	4·5 "	2 "
1 év	2 "	0·5 "	4 "	4 "	1 "
1 "	8 "	4 "	5 "	3·5 "	2 "
1 "	6 "	5 "	6 "	3 "	1·5 "
1½ "	1 "	1 "	6 "	6·5 "	4 "
2 "	8·5 "	2·5 "	7 "	9·5 "	4·5 "
2 "	1·5 "	0·8 "			

A czomb átlagos sorvadása: 3·6 cm.

A lábszár átlagos sorvadása: 1·92 cm.

Első pillanatra láthatjuk, hogy ez eredmények sokkal jobbak, mint a resectio eredményei. Ez utóbbiaknak igen beható méltatását találjuk Hofmeister-nél.² Absolut egyenes végtagot csak 17·0/o-ban talált. Könnyű, hajlított zsugorodásokat (130 fokig) 38·0/o-ban, súlyos contracturákat, melyeknek görbülési szöglete kisebb volt 130 foknál, 45·0/o-ban. E mellett hangsúlyozza, hogy oly térden, mely a műtét után 3 évvel még csaknem egyenes, további 14 év múlva derékszögű vagy pláne hegyesszögű elgörbülést lehet konstatálni.

¹ Brandt M.: Zur Behandlung der Kniegelenkstuberculose mit besonderer Berücksichtigung der Resektion. Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1905. 47. kötet, 767. lap.

² Hofmeister Fr.: Über Verkrümmungen des Beins nach Kniegelenkresection im Kindesalter. Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1903. 37. kötet, 175. lap.

Gonitis.

XII. táblázat.

Az ízület állapota az utólag megvizsgált 31 esetben (32 ízület)

	Száraz	Tályagos	Sipolyos	Osteo- mizált	Össze- sen
A Teljesen mozgatható.	9	2	1	—	12
B Teljesen nyújtható, de csak részben hajlítható.	—	2	—	2	4
C Ankylosis nyújtott helyzet- ben.	2	—	—	—	2
D Ankylosis, csekély zsugor.	2	1	3	—	6
E Ankylosis, nagyfokú zsugor, (subluxatio, genu valgum)	5	—	3	—	8

E szerint:

Az ízület állapota ideális (A)	12 esetben = 37.50%
" " " jó (B C)	6 " = 18.75%
" " " elég jó (D)	6 " = 18.75%
" " " rossz (E)	8 " = 25.0%

Ezt a tényt jó lesz kétszer is aláhúzni, mert egynémely gyermekterekre vonatkozó fényes resectiós statistikát némiképpen megmagyaráz. A conservatív úton kigyógyított térdizületeken ily utólagos meglepetéseknek nem vagyunk kitéve.

Gonitis.

XIII. táblázat.

Az utólag megvizsgált 31 eset járóképessége.

	Száraz	Tályagos	Sipolyos	Osteo- mizált	Összesen
A Hibátlanul jár.	10 ¹	5 ¹	1	—	16
B Kissé biceg, nem fárad.	2	—	2	1	5
C Kissé biceg, elfárad.	1	—	—	—	1
D Erősen sántít, nem fárad.	1	—	1	—	2
E Erősen sántít, elfárad.	3	—	1	—	4
F Mankón jár.	1	—	2	—	3

¹ 1—1 hosszabb járás után kifárad.

Azon 23 eset járóképessége, kik használható válaszlapot küldtek.

	Száraz	Tályagos	Sipolyos	Összesen
A Hibátlanul jár.	10	1	2	13
B Biceg, nem fárad.	4	—	3	7
C Sántít (közelebbi adat nél- kül), de nem fárad el.	—	—	1	1
E Sántít, elfárad.	1	—	—	1
F Bottal jár.	—	—	1	1

E szerint az 54 eset közül:

Hibátlanul jár (A)	29 eset = 53.7%
Jól " (B)	12 " = 22.2%
Elég jól " (C)	2 " = 3.7%
Rosszul " (D E F)	19 " = 34.4%

Maga ezen táblázat elegendő volna, hogy megállapítsa azt a tényt, hogy a conservatív kezelés eredményeivel a gyermekkorú térdizület resectiója nem vetekedhetik. A csaknem kivétel nélkül sántító, nagyjából prothesiseken, mankón stb. járó reszekált gyermekeket összehasonlítva az én 54%-ban minden sántítás nélkül, hibátlanul, kitartóan járó gyermekbetegeimmel, kétségtelenül jogos az a következtetés, hogy a gyermekkorú térdizületi

tuberculosis nem genyedő eseteiben minden körülmények közt ragaszkodnunk kell a conservatív gyógykezeléshez.

A conservatív kezelés azon módszerével, mely az ízület kóros állásban való rögzítését és utólagos osteotómiával végzett kiegyenesítését tűzi ki céljául, sajnos, nem végezhetek összehasonlítást, minthogy minden ide vonatkozó közlés egyelőre még hiányzik.

A XII. és a XIII. táblázatból kiviláglik, hogy körülbelül az az esetek 20—25%-ában van szükség utólagos osteotómiára; azonban hangsúlyozni kívánom, hogy ezen aránylag csekély százalékszám is csaknem kizárólag oly gonitisekre vonatkozik, melyek vagy elkésve kerültek kezelés alá, vagy a melyekben gyógykezelést nagyon lanyhán vitték keresztül, különösen idő előtt szakították félbe.

Egy elejétől kezdve conservatív úton helyesen gyógykezelt gümőkóros térdizületnek jóformán sohse volna szabad abba a helyzetbe kerülnie, hogy osteotómiára legyen szükség.

Hogy a csípőizületi gyulladásról nem lehet ugyanazt állítani, az eléggé kiviláglik e munka első részében mondottakból. Nem akarom tagadni, hogy az osteotomia határait, főleg Lorenz érvelésének benyomása alatt, némileg kiterjesztettem, ámbar gyógykezelésem főszeközét most is, úgy mint ezelőtt, az étagpos redresszálás alkotja. És ha az ember meggondolja, hogy az 1909-es Lorenz sokat engedett az 1906-os Lorenz merev álláspontjából, még pedig az étagpos redresszálás javára, akkor azt fogjuk találni, hogy a két conservatív kezelésmód közti ellentét most már talán nem is oly éles, mint azelőtt volt.

Azt hiszem, hogy e felfogásom helyességét néhány — szó szerint fordított — hely idézésével bebizonyíthatom. „A primaer állás redresszálását, a mely altatásban az izomspasmus engedése folytán önként következik be, annyira perhorreskálom, hogy én azt műhibának tekintem“, így szól Lorenz 1906-ban.¹ Ez azóta lényegesen megváltozott. Az 1909-es Lorenz e kérdésről így nyilatkozik: „Vidékről jövő gyermekeken az eljárás megrövidítése céljából altatáshoz nyúlunk és a mennyiben erőszak alkalmazása nélkül megtehetjük, a túlzott spasmusos primaer állást az ízület középpállásáig kicorrigáljuk.“²

Továbbá: „Bármily nagyfokú is a hajlító-távolító zsugorodás, azt sohsem kicorrigáljuk.“ Így állított 1906-ban.³ Azonban ez is megváltozott. „Ha valamivel régebbi, addig nem kezelt esetekben a távolítás és különösen a flexio nagyobb fokú lett, akkor ezt a helyzetet egyelőre correctura nélkül rögzítjük 8—14 napra. Ez idő elteltével a spasmus rendszeren jelentékenyen kisebb lett, úgy hogy egy második kötésben minden kényszer nélkül állíthatjuk helyre az ízület középpállását“, így szól Lorenz 1909-ben.⁴

Végül: „Ha a hajlító-közelítő zsugorodás nem kezelt régi esetei nagy fájdalomosság állapotában kerülnek gyógykezelés alá, akkor az ízületet ezen esetekben is a kóros helyzetben rögzítjük; csak legnagyobb fokú, a járást lehetetlenné tevő zsugorodás esetén kicorrigáljuk az állást narcosisban vagy étagpos redresszálás útján annyira, a mennyire erőszak alkalmazása nélkül lehetséges. A végső korrekturát ez esetben is a folyamat kigyógyulása utáni időre az osteotomia számára tartjuk fenn.“ A legutolsó passus kivételével ez körülbelül azon sebészek álláspontja is, kik étagpos redresszással dolgoznak. Innen már nem vagyunk nagyon messze saját álláspontunktól, mely a végső correcturát is étagpos redresszálás és csak kivételesen osteotomia útján óhajtja elérni.

A nézetek idővel változnak. És én volnék az utolsó, ki ebből a körülményből szemrehányást tennék valakinek, hiszen a megváltozott nézet folytonos, érettebb meggondolás és gazdagabb tapasztalás gyümölcse. Ha sikerült volna bizonyítékkal járulnom ahhoz, hogy az étagpos redresszálás conservatív módszere a legtöbb tekintetben fölényen bír és hogy állítólagos veszélyei legnagyobb-részt csak képzelt veszélyek, akkor e meglehetősen fáradságos munka talán nem volt hiábavaló.

¹ 375. l.² 517. l.³ 375. l.⁴ 517. l.

A Wright-féle vaccinás gyógyítás és opsonin-technika mai állásának ismertetése a londoni St. Marys-Hospitalban szerzett tapasztalatok alapján.

Irta: *Neuber Ede dr.*

A legutóbbi időben az immunitási bűvárlat egy igen értékes hajtással gazdagodott, a mely az illető orvosi körökben nagy fel-tűnést és érdeklődést keltett.

Wright körülbelül egy évtizeddel ezelőtt Leishman alapvető kísérletei nyomán arra a felfedezésre jutott, hogy a bakteriolytikus serumfésélyeken kívül találkozhattunk még úgy a normális, mint az immun szervezet serumában olyan anyagokkal, a melyeknek kifejezetten védő hatásuk van, a nélkül azonban, hogy hatásuk közvetlenül baktericid volna.

Az utóbbi anyagok amboceptor nélkül fejtik ki hatásukat, s Wright felfogása értelmében a bakteriumokat mintegy a phagocytosisra előkészítik.

Wright elmeletét a következő kísérleteken építette fel:

Ha serumuktól megszabadított vörsejteket bakteriumemulsióval hozott össze, s e keveréket bizonyos időre thermostatba helyezve, azután az utóbbi anyagból néhány cseppel tárgyüvegre felkent, a leukocyták csak igen kevés bakteriumot kebeleztek be; ha azonban ehhez a keverékhez friss serum néhány cseppjét keverte, akkor az előbbi kép rögtön megváltozott, a menyiben a leukocyták túlnyomó része már igen rövid idő alatt számos bakteriumot phagocytált. Ha a serumot előzőleg 60 C°-ra hevítette, ebben az esetben az intensivebb phagocytosis kimaradt, a hevítés tehát inactiválta a serumot.

Az utóbbi kísérletek minden kétséget kizárólag bebizonyították, hogy a friss vér a szervezetbe jutott bakteriumok phagocytálását (legalább is túlnyomó részben) elősegíti, s hogy az opsonikus erő (Wright) a serumtól feltételezett.

Ezen alapvető kísérletek egyértelmű volta, továbbá a kivitel egyszerűsége az opsonin-elmelet sikerét az illető szakkörökben a lehető legrövidebb idő alatt biztosította.

Nem szándékom e helyen az opsonin-elmelettel foglalkozni, csak pár szóval akarok a mai állásáról az immunitástanban megemlékezni.

Mielőtt Wright opsonin-elmeletét ismertette, az immunitástanban főleg két nézet uralkodott: Ehrlich humoralis s Metschnikoff sejt-theóriája állott teljesen elszigetelten egymással szemben. Az utóbbi két egymástól teljesen eltérő felfogás között Wright elmelete mintegy összekötő kapcsot alkot.

Wright felfogása értelmében ugyanis a serumban és plasmában keringő opsoninok, ha bizonyos körülmények között bakteriumokkal érintkeznek, az utóbbiakat főleg a polynucleáris leukocyták számára phagocytálhatóbbá teszik. Az opsoninok specifikusak; minden opsonizálható bakteriumnak specifikus opsonin felel meg.

A normális serum opsonikus ereje is már igen nagy. Az opsoninreactio már akkor is érzékelhető, a mikor baktericid vagy agglutináló jelenségek még egyáltalában nem mutatkoznak.

A normális vérsavó opsoninjai az alexinhez, a complementhez hasonlóan igen thermolabilisak; ha 15'-ig 60 C°-ra melegítjük őket, hamarosan tönkremennek; a vérsavó hősszasabb állásánál is veszítenek hatásukból.

Wright szerint az opsoninok a bakteriumokra s nem a leukocytákra hatnak. Ezt az állítást igen plausibilis kísérlettel erősítette meg.

Ha ugyanis normális serumot 60 C°-ra hevített, s ez által a normális opsoninokat tönkretette, akkor e serumnak bakterium- és fehérvérsejtemulsióval való összekeverése után a phagocytosis kimaradt vagy legalább is a minimumra redukálódott.

Ha azonban bármilyen normális serumot bakteriumokkal bizonyos ideig állani hagyott, majd e keveréket 60 C°-ra felhevítette s megfelelő mennyiségű fehérvérsejtemulsiót adott hozzá, a phagocytosis igen kifejezetten jelentkezett.

E kísérletekből látható, hogy a serum, illetve az opsoninok a bakteriumtestekhez kötődnek, s utólagos felhevítés után már nem tehetők tönkre, továbbá, hogy az opsoninok a bakteriumokra hatnak stimulansként s nem a leukocytákra.

A normális és immun opsoninok között igen értékes és érdekes különbség áll fenn, a melynek különben rendes körülmények között gyakorlati jelentősége is lehet. A normális serum opsoninjai ugyanis 15'-ig tartó 60 C°-ra hevítés után tönkremennek, míg az

immun opsoninok ilyen beavatkozás után csak igen keveset veszítenek a hatásukból.

E bevezető sorok után tulajdonképpen tárgyamra, a Wright intézetében látott vaccinás eljárásra és az opsonintechnika mai állásának ismertetésére térek át.

Majdnem két évi külföldi tartózkodásom alatt számos német, francia és osztrák laboratóriumban láttam Wright elmeletének értelmében vaccinás gyógyeljárást végezni.

A számos helyen végzett kísérletek eltérő eredményei Wright eljárásának az értékét kedvezőtlenül befolyásolták.

Engemet is, a teljesen objectiv érdeklődőt, a különböző laboratóriumokban látott és hallott eredmények, melyek néha egymástól teljesen eltérők, sőt ellentétesek voltak, e kérdést illetőleg teljesen tájékozatlanul hagytak.

Párisi tartózkodásom alatt magam is kezdtem foglalkozni e kérdésekkel a Pasteur-intézetben, igen tisztelt főnököm Metschnikoff professor támogatása mellett; majd megfelelő beteganyag hiánya miatt Metschnikoff tanácsára és ajánlásával Londonba utaztam, hogy Wright intézetében e kérdéseket illetőleg felvilágosítást nyerjek. Ezt a már régen várt feleletet igen rövid idő alatt megkaptam. Hamarosan meggyőződhettem ugyanis arról, hogy ugyanazon kérdésekben az egymástól eltérő és ellentétes eredmények majdnem mind technikai hibákra vezethetők vissza.

Már csekély eltérés a Wright technikájában igen kedvezőtlenül befolyásolhatja az eljárás értékét. Wright eljárása igen komplikált s a methodus technikai része sok apróbb laboratóriumi fogásból tevődik össze, melyek látással könnyen sajátíthatók el, de annál nehezebben alkalmazhatók leírás után.

E kérdéseket illetőleg a tájékozódás igen nehéz, mert Wright igen nagy számú közleményben ismertette elmeletének és technikájának egyes részeit; ez idő szerint összefoglaló munkát még nem bocsátott közre.

Néhány német szerző már ismertette ugyan Wright methodusát, de ezek is főleg az eljárás elvéről szoltak s az eljárást magát csak főbb vonásaiban tárgyalták, a Wright-féle vaccinás gyógyeljárás technikájáról pedig alig emlékeztek meg.

A különböző vaccinákkal kezelt betegek gyógyfolyásával és kórtörténeteiknek ismertetésével e helyen nem foglalkozhatom, csak röviden akarom megjegyezni, hogy az esetek túlnyomó részében már 1—2 injectio frappans hatású volt.

A betegek túlnyomó részét acne, furunculosis és scrophuloderma ellen kezelik, azonban gonococcus, streptococcus, colibacillus és tuberculosisbacillus okozta megbetegedések is lehetnek a vaccinás kezelés tárgya.

Noha ezen körletekben is szép eredményeket mutathatunk fel, gyors és teljes gyógyulást azonban leginkább a könnyen hozzáférhető staphylococcusos megbetegedésekben láthatunk.

Az egész arcot és hátat elborító acnéképletek, generalizált furunculosisok, elmérgesedett carbunculusok néhány injectio után eltűntek.

Megemlítendő még az a körülmény is, hogy Wright intézetét rendszeren olyan betegek keresik fel, a kik más osztályokon különböző eljárásokkal eredménytelenül kezeltettek s ultimum refugiumképpen lepik el a londoni St. Marys-Hospital rendelő helyiségeit. Nemcsak londoniak, de vidékiek is találhatók nagyobb számban e rendelésen.

Wright intézetében már nem is csodálkoznak azon, ha egy vidéki angol munkás az opsonin-indexe után érdeklődik, vagy legalább is olyan gyakori jelenség ez, mint a mikor nálunk a vidéki ember a syphilistől való félelmében vérvizsgálatot kíván.

Igen érdekelt, hogy miképpen vélekednek az egyéb intézetekben nyert eredményekről, a melyeknek legalább is egyharmada határozottan kedvezőtlennek látszik feltüntetni Wright eljárásának értékét.

Kérdéseimre angolos rövideggel azt felelték, hogy az illető szerzők vagy felületesen dolgoznak, vagy nincs elég jártasságuk a vaccina készítésében, adagolásában és az eljárást ellenőrző opsonin-technikában. E többé-kevésbé merész szavak igaz voltát előttem kezelt betegek sikeres gyógyításával minden kétséget kizárólag bebizonyították. Főleg a bakteriumanyag adagolása igényel nagy figyelmet s jártasságot. Helytelen adagolással a betegnek többet ártunk mint segítünk.

Az opsonin-index többszörös ellenőrzése nélkül még a leggyakorlottabb szakembernek sem lehet vaccinás therapiával foglalkozni.

Az alábbiakból igen könnyen érthető lesz, hogy a helytelen

időben adott inoculatio milyen végzetes következményekkel járhat a betegre.

A vaccinát az orvos maga készíti el, vagy egy, kizárólagosan ezzel foglalkozó londoni cégtől vásárolja. Tekintettel arra, hogy a vaccina készítése igen egyszerű, csak pontosságot s igen szerény bakteriologiai berendezést igényel, ajánlatos, hogy az orvos maga tudja elkészíteni.

Előfordulhat ugyanis az az eset, hogy a talált bakteriumokat nem lehet komplikáltabb laboratoriumi eljárás nélkül meghatározni, avagy vegyes fertőzés esete forog fenn, ilyenkor az illető bakteriumból vagy bakterium-féleségekből készítünk vaccinát.

Wright intézetében szabály az, hogy ha 2—3 inoculációra a beteg állapota nem javul, félreteszik az állandósított vaccinát s a kezelést a betegből készített vaccinnával folytatják.

Wright szerint a vaccina valamilyen kémiai anyag, mely a szervezetbe jutattva, védőanyagok képződését vonja maga után; más szavakkal, a vaccina bakteriotropikus anyagok termelődését váltja ki. Így például tuberculosis-vaccina adagolásakor tuberculotropikus anyagok keletkeznek.

A vaccinák Wright szerint elölt culturákból (60 °C) is előállíthatók, ez a tuberculosisbacillusokra is vonatkozik.

A tuberculosisvaccina Wright intézetében következőképpen készül.

Néhány háromhetes glycerines bouillon-táptalajon tenyésztő tuberculosisculturát szűrőpapíron elválasztunk a táptalajától, a bakteriumokat megszáritjuk, s 60 °C mellett elöljük őket. Majd 0.1%-os konyhasóoldat hozzáadása mellett üvegmossárban 8—10%-ig alaposan dörzsöljük, majd megfelelő mennyiségű 1%-os konyhasóoldattal felhígítjuk, pipettával többszörösen felszívjuk az emulsió egyenletes eloszlása céljából, majd 2'-ig centrifugáljuk, hogy a nagyobb rögöktől az emulsiót megszabadítsuk. Még egyszer 60 °C-on sterilizzuk s végül az alább még leírandó módon meghatározzuk a keveréknek a bakteriumtartalmát 1 cm³-ben.

Ha, T. R.-tuberculin áll a rendelkezésünkre, akkor az eljárás még egyszerűbb. A tuberculint 60 °C-on 1 óráig sterilizzuk, 10% konyhasóoldattal felhígítjuk s 0.25%-os lysol hozzáadása után a bakteriumtartalmát 1 cm³-ben megállapítjuk.

A staphylococcus-vaccina készítése a következő: 4 cső igen fiatal (24 óránál fiatalabb) agar-agon tenyésztő staphylococcus-culturának egyik csővébe 10 cm³ 1%-os steril konyhasóoldatot öntünk, a bakteriumokat ennek segítségével a táptalajról leválasztjuk, a konyhasóoldattal emulsióvá keverjük, s az egészet egy másik csőbe öntjük, a hol az előbbi eljárást folytatjuk, majd az egészet a 3. s végül a 4. csőbe öntjük.

Végül tehát 10 cm³ 1%-os konyhasóoldatban 4 cső staphylococcus-anyag foglaltatik. Ezt az emulsiót steril kémlecső beöntjük, felül beforrasztjuk, a végét kissé kihúzzuk, 5 perczig rázókészülékbe helyezzük, majd meghatározzuk az emulsió bakteriumtartalmát.

Egy rész vért egy rész emulsióval összekeverünk, az egészet 6 rész acid. nitricummal (1.0%-os) felhígítjuk, s belőle 1—2 cseppet fedőlemezzel tárgyuvegre felkenünk.

Majd 25—30 látótérben megszámoljuk a vörösvérsejteket és a bakteriumokat. A pontos számlálás elősegítésére ajánlatos, ha az oculár mögé betétet helyezünk, s így csak a centrális részeket vesszük tekintetbe. Ha például 30 látótérben 290 vörösvérsejtet s 555 bakteriumot találunk, akkor ebben a készítményben 5000 vörösvérsejtnak 9569 bakterium felel meg.

Ha 5000 vérsejtnak 9569 felel meg, akkor az emulsió 1 mm³-ében 9.569.000, s az emulsió 1 cm³-ében 9569 millió bakterium foglaltatik.

Wright a legutóbbi időben olyan bakterium-emulsiókat használ, melyeknek 1 cm³-ében 500 millió bakterium van.

A bakterium-emulsiókat körülbelül 30 cm³-es üvegecskékben tartják, melyek gummisapkával vannak elzárva. Mindegyik üvegecskében 25 cm³ 1%-os konyhasóoldat foglaltatik 1/2%-os carbol-oldattal.

Wright előírása szerint minden egyes köbczcentimeternek 500 millió bakteriumot kell tartalmazni.

Az előbbi bakteriumemulsióval például a következőképpen járunk el.

Ha a 25 cm³ konyhasóoldat 1 cm³-ének 500 M (millió) bakteriumot ell tartalmazni, 25k cm³ konyhasóoldatban 500 × 25 M = 12,500 M-nak kell lenni.

A következő arány állítandó fel:

$$\begin{array}{rcl} 1 \text{ cm}^3\text{-ben van (emulsió)} & 9569 \text{ M bakterium} \\ x & 12500 \text{ M} \\ x = \frac{12500 \text{ M}}{9569 \text{ M}} = 1.03 \end{array}$$

Tehát 1.03 cm³-ben van 12,500 M bakterium. A további eljárás igen egyszerű; az üvegből kiszívunk 1.03 cm³ konyhasóoldatot s ezt 1.03 cm³ bakteriumemulsióval helyettesítjük.

Most tehát a konyhasóoldat minden köbczcentimeterje 500 M bakteriumot tartalmaz.

A konyhasóoldat kiszívása s a bakteriumemulsió bevitele steril fecskendővel végzendő, a szűrési nyílásra 1—2 csepp 150 °C-ra felmelegített olívaolajat öntünk. Az ilyen hőfokú olívaolaj ugyanis kitűnően sterilizál s azonkívül a szűrési nyílást is jól elzárja.

Az eljárás legkényesebb része mindenesetre a vaccina adagolása. Még a legjárta szakember sem dolgozhat bizonyos séma szerint s nem támaszkodhatik e tekintetben évek hosszú során gyűjtött tapasztalataira, hanem minden egyes új betegen meg kell figyelnie az első inoculatio hatását a szervezet ellenállóképességének tekintetbe vételével.

A vér antibakteriumos erejének mérése teljes vagy részleges lehet.

Wright nézete szerint a teljes mindenesetre pontosabb felvilágosítást adna a vér antibakteriumos erejéről, azonban az eljárást túlkomplikálttá tenné; továbbá ki biztosíthat minket arról, hogy már ismerjük az összes antitestféleségeket.

Wright munkáiban több ízben kiemeli, hogy a vaccinás gyógy-mód a vér antibakteriumos erejének partiális mérésén épült fel, s a therapia nincsen az opsoninindexhez kötve.

A serum agglutináló, baktericid stb. hatását is fel lehet használni.

Wright kísérletei alapján azonban kiemeli, hogy a vér antibakteriumos erejének mérésére az opsoninindex meghatározása a legalkalmasabb, mert 1. az opsoninindex az összes immunitási folyamatokban mutat változást, 2. ez a változás igen érzékeny mértéké-két adja az immunitási reakciónak, 3. ez a változás igen jól fejezhető ki számokban, 4. mert igen nagy számú beteganyagon végzett kísérletei azt mutatják, hogy az opsoninindex emelkedése és esése, továbbá a klinikai kép javulása és rosszabbodása között bizonyos viszony áll fenn.

Wright szerint tehát az opsoningörbe viselkedése a vaccinás therapia mérőszinórjaként használható fel.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Oppenheimer: Urologische Operationslehre. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1910.

Albarran és Leguen urológiai műtéttana utánröviddel jelenik meg Oppenheimer-nek hasonló tárgyú munkája. Az a nagy, minden legapróbb tényen uralkodó személyes tapasztalat, mely az előbb említett francia munkák minden lapján megnyilatkozik, nem teng túl ebben a munkában, melyet a szerző, mint azt előszavában maga is mondja, az idevágó irodalmi adatok tanulmányozása és több sebészeti és urológiai osztályon látott műtétek alapján irt meg.

A munkát általános rész vezeti be, melyben a húgyszervek vizsgálatáról, a műtéti előkészületekről, a narcosisról és utókezelésről van szó. Kissé feltűnő az eszközökről szóló fejezetben az, hogy ama czegek, melyeknél ezen eszközök beszerezhetők, fel vannak sorolva.

A részletes rész sorba veszi a vesén, vesemedenczén, hólyagon, húgyesövön, prostatán és férfivarszerveken végezhető műtéteket, előrebocsátván mindenütt a sebészt érdeklő anatómiai adatokat. Úgy az anatómiai viszonyokat, mint a műtétek menetét számos ábra érzékíti; az előbbieket többnyire Corning topographiai anatómiájából valók, az utóbbiak eredetiek, nemcsak annyiban, hogy nem más könyvből vannak véve, hanem kivételük módjában is a színezésnek és árnyalásnak valami sajátyszerűen elmosódott volta miatt, a mi a szerzőnek az ábrák természetességére való törekvése szerint megfelelhet annak, hogy a szerző csak homályosan

látta az általa leírt műtéteket, de nem nagyon emeli a képek instructiv voltát.

Utóvégre abban igaza van a szerzőnek, hogy ha a peritoneumot hófehérre, az ereket égvékre és az arteriákat tulipirosra rajzoljuk, ezzel nem közelítjük meg azokat a színárnyalatokat, a melyek a valóságban a műtő szeme elé tárulnak, viszont azonban az a végtelen szürkeség vagy húsvörös-szín, melyből a szerző képein csak az izoláló lepedők fehérsége és a keztyűbe bujtatott kezek barna ujjai emelkednek ki valamiképpen, túlzva tünteti fel az egyes képletek felismerésének nehézségét a műtét alkalmával és tanulás szempontjából a jó sema, mely a viszonyokat kiélezve tünteti fel, kétségtelenül többet ér, mint egy művészi rajz, melyen a colont az uretertől csak bizonyos erőlködéssel bírjuk megkülönböztetni. Az élő emberi test színárnyalatainak s ezen színárnyalatok közös változásainak felismerésére úgys csak az élön való műtétek látása és az élön való operálás tanít meg, erre a legjobb könyv és a legszebb rajz sem alkalmas.

Mindazonáltal nem lehet sem a szövegtől, sem a rajzoktól bizonyos értéket megtagadni. A műtétek leírása pontos, a rajzok helyesek és a leírt műtétek számos phasisát tüntetik fel, számuk igen tekintélyes (113 ábra és 12 tábla). Új dolgot nem igen találunk, de az irodalom eléggé gondosan van összegyűjtve és az egyes fejezetek végén levő irodalmi összeállítás nagyon megkönnyíti azoknak a dolgát, kik az urológiai műtétten valamely fejezetére vonatkozó irodalmi adatok iránt bővebben érdeklődnek, úgy hogy urologusok és szaksebészek haszonnal fogják ezt a munkát forgatni. A kezdők megtalálják benne a típusos műtétek leírását, azok pedig, a kik ezeket már ismerik, gyorsan áttekinthetik egyes speciális kérdések irodalmát. Az igen szép nyomás és izléses kiállítás a kiadó cég áldozatkészségének bizonyossága. P.

Új könyvek. *M. Kassowitz*: Praktische Kinderheilkunde in 36 Vorlesungen. Berlin, J. Springer. 18 m. — *Th. Brugsch*: Diätetik innerer Erkrankungen. Berlin, J. Springer. 3.60 m. — *M. Jacoby*: Einführung in die experimentelle Therapie. Berlin, J. Springer. 5 m. — *B. Mayrhofer*: Stomatologische Demonstrationen für praktische Aerzte. I. Heft. Kurzer Leitfaden der Zahnfüllung. Jena, G. Fischer. 1.50 m. — *H. Schröder*: Die eitrige Entzündungen des Eileiters. Jena, G. Fischer. 7 m. — *A. Frisch*: Die Krankheiten der Prostata. 2. Auflage. Wien, A. Hölder. 5.60 m. — *A. Köhler*: Lexikon der Grenzen des Normalen und der Anfänge des Pathologischen im Röntgenbilde. Hamburg, Gräfe und Sillem. 5.50 m. — *S. Stiasny*: Schmerzlinderung bei normalen Geburten. Leipzig, J. A. Barth. 1.50 m. — *Finger, Jadassohn, Ehrmann und Gross*: Handbuch der Geschlechtskrankheiten. Lieferung 1. Wien, A. Hölder. 5 m. — *Brügelmann*: Das Asthma, sein Wesen und seine Behandlung. 5. Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 4.80 m. — *H. Higier*: Die Neubildungen des Zentralnervensystems simulierenden Krankheitszustände. Leipzig, J. A. Barth. 0.75 m. — *H. Räder*: Die Sanduhrformen des menschlichen Magens, mit besonderer Berücksichtigung der Röntgen-Untersuchung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 18.60 m. — *P. Rodari*: Lehrbuch der Magen- und Darmkrankheiten. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 12 m. — *M. Verworn*: Die Entwicklung des menschlichen Geistes. Jena, G. Fischer. 1 m. — *E. Hirschmann*: Freud's Neurosenlehre. Wien, F. Deuticke. 4 m. — *P. Römer*: Lehrbuch der Augenheilkunde. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. 22 m. — *R. Schmidt*: Interne Klinik der bösartigen Neubildungen der Bauchorgane. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. 17 m. — *K. Weiter*: Untersuchung der Pupille und der Irisbewegungen beim Menschen. Berlin, J. Springer. 6.60 m. — *M. Brunn*: Chirurgische Krankheiten der unteren Extremitäten. II. Hälfte. Stuttgart, F. Enke. 26 m. — *E. Portner*: Therapeutisches Taschenbuch der Harnkrankheiten. Berlin, Fischer's mediz. Buchhandlung. 5 m. — *E. Reiss*: Konstitutionelle Verstimung und manisch-depressives Irresein. Berlin, J. Springer. 10 m. — *S. Jessner*: Die Hautleiden kleiner Kinder. 3. Auflage. Würzburg, C. Kabitzsch. 1 m. — *A. Rosenberg*: Therapeutisches Taschenbuch der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. Berlin, Fischers mediz. Buchhandlung. 3.50 m. — *L. Teleky*: Wiener Arbeiten aus dem Gebiete der sozialen Medizin. Wien, M. Perles. 4.25 m. — *C. Schlatter*: Die Brüche der Mittelhandknochen. Leipzig, J. A. Barth. 0.75 m. — *R. Schmidt*: Die Schmerzphänomene bei inneren Krankheiten, ihre Pathogenese und Differentialdiagnose. 2. Auflage. Wien, W. Braumüller. 5 m. — *H. Hartmann*: Gynécologie opératoire. Paris, G. Steinheil. 18 fr. — *L. Béril*: Eléments d'anatomie pathologique. Paris, G. Steinheil. 10 fr.

Lapszemle.

Általános körtan.

Különböző szöveteknek a szervezetén kívül való tenyésztéséről rendkívül érdekes kísérleteket közöl *Carrel* és *Burrows*. Kiinduló pontul *Harrison* azon kísérletei szolgáltak, melyekkel

sikerült békaembryók szöveteit egy csepp nyirokban tenyésztenie. A következő lépés az volt, hogy *Burrows* el tudta érni ugyanezt csirkeembryo különböző szöveteivel felnőtt csirke plasmájában (Compt. rend. soc. biol., 69, 291, 1910.) De a két említett szerzőnek sikerült hasonló eredményeket elérni felnőtt emlősök esetében is. Részletesebben ismertették eddig azon eredményeket, melyeket macskák veséjével, csontvelőjével, lépével és peritoneumával, valamint kutyák thyreoidájával értek el. Hosszabb-rövidebb idővel azután, hogy a fiatal állatok ily szövetrészeit saját vagy anyjuk plasmájába inoculálták, a szövetrészek körül új sejteket láttak keletkezni, részben indifferens fusiformis, részben specifikus sejteket; a mirigyes szövetek sokszor új csövecskék alakjában nőnek. A sejtek néha mintegy új szövetet alkotnak az inoculált szövetrész körül, néha messze eltávolznak tőle; némelyikük oszlófélben látszik. Az eredeti szövetekből, különösen ha egy második vagy harmadik plasmacseppbe vitték át őket, a sejtek néha teljesen kiürültek. Legutóbbi közleményükben csirkesarcomának csirkeplasmába való inoculálásáról referálnak: az újonnan képződött szövet terjedelme elérte az eredetinek tíz-húszszorosát és sejttei sok esetben mutatták a karyokinesis képeit. Mindezek szerint biztosan remélhetjük, hogy ezen új kísérleti irány még sok érdekes eredményre fog vezetni. (Compt. rend. soc. biol., 69, 293, 298, 299, 328 és 332, 1910.) *Körösy*.

Belorvostan.

Az asthma bronchiale gyógyszeres kezeléséről ír *Goldschmidt*. Súlyos asthma-roham ellen még ma is a legjobb a morphium-befecskendezés (1^o/o-os oldat) atropinum sulfuricummal (1^o/o-es oldat) kombinálva. A legkezdetén levő roham teljes kifejlődése sokszor megakadályozható 2 gramm diuretinnel. Jó szolgálatot tesz a következő összetételű por is: Rp. Coffeini valerian. 0.25; Theobromini natrio-salicilyci 0.5. M. f. p. Roham alkalmával 1—2 por veendő be. Ha hörgőhurut váltja ki a rohamot, jód adandó, legcélszerűbben jodnatrium alakjában; a másoktól ilyenkor használt pyrenol úgy látszik kevésbé jó. Az asthma eseteiben huzamosabb használatra ajánlott szerek közül az atropinnal nincs megelégedve a szerző. A nagyon elterjedt és meglehetősen drága Tucker-féle inhalálás ártalmatlanná és olcsóbbá tehető, ha a következő összetételű szert lélegeztetjük be a Tucker-féle spray-készülék segítségével: Rp. Alupini nitrici 0.3; Eumydrini nitrici 0.15; Glycerini 7.0; Aquae destill. 25.0; Ol. pini pumil. guttam I. Ebben az összeállításban tehát a Tucker-féle szerben levő cocain alupinnal, az atropin pedig eumydrinnel van helyettesítve. Minthogy az alupin az orr nyálkahártyáját bővérűvé teszi, célszerű a fenti oldathoz használata előtt kevés adrenalint tenni (10 cm³ oldathoz 3—10 csepp 1^o/o adrenalin-vagy suprarenin-oldatot). (Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. 43. szám.)

Az enteritis gyógyításának új módját ajánlja *Laufer* és *Bourgeois*. Abból indultak ki, hogy a normális bélbakteriumok között nagyon fontosak a tejsavbacillusok, a melyek a kórokozó bélbakteriumok elleni küzdelemben is tetemes szerepet játszanak. Célszerűnek mutatkozik tehát valami olyan tenyésztőtalajt nyújtani a tejsavbacillusoknak, a mely az elszaporodásukat elősegíti. Ásványalkotórészei miatt a tej célszerű ilyen táptalaj volna, ellenzi azonban a használatát az a körülmény, hogy nagy casein-tartalma elősegíti a rothasztó bakteriumok szaporodását. A szerzők tehát a tejből olyan tápanyagot állítottak elő, a melyben nincs casein s a mely literenként 55 gramm tejzúrot, 4.5 gramm sókat és 0.5—1.5 gramm natriumtartalmú alkotórészt tartalmaz. Ezzel a tápanyaggal eleinte állatokon végeztek kísérleteket, a melyek kedvező eredménnyel járván, az emberre is kiterjesztették kísérleteiket és úgy felnőttek, mint gyermekek enteritisében jó hatást tapasztaltak. A szert egyfelől a szájon át, másfelől klysma alakjában adták. Felnőtteknek célszerű egyidejűleg vegetabilis diétát rendelni. Csecsemőknek az anyatejnek részleges pótlása céljából is adható a literenként 230 caloriát tartalmazó anyag, még pedig 200—500 gramm napi mennyiségben. Felnőttek részére a napi adag 1 liter. A bél mikroba-florájának megváltozása a tejsavbacillusok előnyére az emberen is mindig kimutatható volt, ezenkívül a vizelet indican-tartalma is kisebbedett, jelétül annak, hogy a bélbeli rothadás csökkent. (Gaz. des hopitaux, 1910. 67. szám.)

Sebészet.

A belégzett levegőnek az aether-narcosis alkalmával való lehűlését vizsgálta Hoffmann. A Witzel-féle csepegtető aether-narcosis alkalmával a belégzési levegő hőfoka az elhasznált aether mennyiségének megfelelően tetemesen leszáll; ennek egyfelől megvan az az előnye, hogy szabályozza a belégezhető aether mennyiségét, a minek kétségtelenül része van abban, hogy a Witzel-féle narcosisnál még gyakorlatlan narcotizálók sem csinálhatnak bajt; másfelől az utólagos tüdőcomplicatiók szempontjából a belégzett levegőnek nagyfokú lehűlése sem lehet közömbös. Hoffmann oly kószart szerkesztett, mely 7 egymás fölé helyezett, aranyozott rézdrótból készült szitából áll, melyek tetejére jó a 8-szoros mullréteg, erre csepegtetik az aethert. Ez a levegő lehűlését meggátolja, ellenben az aether önszabályozását nem szünteti meg. (Mitteil. a. d. Grenzgebieten, XXI. 5.)

Pólya.

Az appendicitis pathogenesiséről ír Heile kutyakisérletek alapján. A vakbélfüggelék egyszerű leköttése azzal végződik, hogy a fonál átvág s a lumen újra helyreáll; ha a leköttetés előtt paraffinnal kitöltjük a vakbélfüggelék üregét, a lumen nem áll helyre, csak adhaesiv gyuladás keletkezik, mely az állat egészségét nem befolyásolja; az elzárt vakbélrészben baktériumokat bőven tartalmazó folyadék gyülik meg (hydrops vagy empyema), de tovaterjedő gyuladás ebből nem származik. Ha azonban az elzárt vakbélben normális bélsár volt, progrediens peritonitist okozó, 1—5 nap alatt halálra vezető, az emberi appendicitishez hasonló gyuladás keletkezik, mely lokális vagy kiterjedt nekrosist, vagy egy primaer epitheldefectusból kiinduló genyes lymphagoitist idéz elő a vakbél falában; az ereken vagy stasis, vagy anaemiás nekrosissal vezető elzáródás mutatkozik. Bakteriológiai vizsgálatai alkalmával 20 súlyos appendicitist vizsgált anaerob baktériumokra és csak 2-ben tudott ilyeneket kimutatni. 80 különféle appendicitis közül 98%-ban colit, 50%-ban streptococcust talált, ezeket különösen a súlyosabb esetekben. Legnagyobb jelentőséget azonban a bacillus mesentericus vulgaris csoportba tartozó baktériumfajoknak tulajdonít, melyeket 22 eset közül 20-ban talált; ezek culturái erősen proteolysisek hatásúak s a mellett kifejezett büzt fejlesztenek. Ezeket más szerzők súlyos mérgezések alkalmával (kenyér, kolbász) találták.

Állatkísérletekben ezek a sporás bacillusok önmagukban meg lehetőségen ártatlanoknak mutatkoznak, subcutan igen lassú lefolyású gyuladásokat idéznek elő, melyek az állat közérzetét lényegesen nem zavarják. Ha azonban más ártatlan bacillusokkal, pl. colival egyidejűleg fecskendeztetnek be a bőr alá vagy a hashártyaüregbe, igen súlyos, halálra vezető mérgezés áll be. Ezeknek a rothasztó baktériumoknak s az általuk előidézett rothadásnak tulajdonít Heile nagy fontosságot az appendicitis keletkezésében. Ezek is azonban csak akkor tudják hatásukat kifejteni, ha az appendix lumene el van zárva és egyéb baktériumok is vannak jelen. A baktériumok fejlődésére az, hogy többféle faj van jelen, egyáltalán nem kedvezőtlen, s a növekvő baktériumflora rosszindulatuságát a symbiosis még növeli. Azt, hogy az elzárt appendix tartalma rapide nő, előmozdítja a perforációt. De a legfontosabb szerepet a rothadás játssza; az appendixben visszamaradt bélsár széteső fehérjei és a bennük fejlődő rothadási baktériumok adják meg a folyamatnak destructiv characterét, mely első sorban teszi azt veszedelmessé az életre. (Mitteil. a. d. Grenzgeb., XXII.)

Pólya.

Gyermekorvostan.

Vizsgálatok az emberi vérsavó diphtheria elleni védőanyag-tartalmáról. M. Karasawa és B. Schick 59 esetben vizsgálta az emberi vérsavót a következő csoportosításban.

1. Tizenegy újszülött köldökzsinór-vérében minden esetben találtak védőanyagot diphtheria ellen, átlag 0.62 immunizáló egységet köbcentiméterenként. 2. 5 csecsemő közül csak egynek vérsavója tartalmazott igen csekély mennyiségű védőanyagot. A legfiatalabb csecsemő 6 hetes volt, a miből a szerzők azt következtetik, hogy a köldökzsinór-vérben levő védőanyag 6 hét alatt elvész. 3. 24 gyermek közül (2—12 évesek) 11 esetben hiányzott a védőanyag, két esetben feltűnő sok volt (3 immunizáló egység 1 cm³-ben), esetleg kiállott diphtheriás megbetegedés miatt. 4. 13 felnőtt közül 4 esetben nem volt diphtheria elleni védőanyag, 9-ben 0.03—0.6

imm. egység 1 cm³-ben. 5. Diphtheriában megbetegedett 3 gyermek vére a beoltás előtt védőanyagot nem tartalmazott, míg három másé 48 órával a beoltás után (1000 imm. egység) bőven tartalmazott védőanyagot. A szerzők vizsgálataikat ez irányban még folytatják. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, XXII. köt. 3. füzet.) Koós dr.

Húgyszervi betegségek.

A nem kankós eredetű húgyszőhurutokról a következőket írja B. Motz. Még az olyan húgyszőben is, mely sohasem volt beteg, temérdek mikroba tanyázik, melyek bár szintén többé-kevésbé pyogenek, rendes körülmények között nem okoznak lobot. Ez azt bizonyítja, hogy a húgysző bizonyos tekintetben immunis a közönséges, tehát nem gonorrhoeás fertőzésekkel szemben. Csak a mikor a húgyszövet védő epithelréteg már megsérült, tudnak a mikrobák befészkelődni s csak ilyen esetben tudják pyogen hatásukat kifejteni. Asepsises húgyszőhurutok nem léteznek. Való az, hogy a nem gonorrhoeás húgyszőhurut néha igen minimális váladékában sokszor alig találunk baktériumokat; ennek okát azonban abban keressük, hogy a csírák, melyek a subepithel góczokban, avagy a mirigyekben tanyáznak, az átalakult epithel által visszatartatnak, maceráltatnak, sőt néha teljesen destruáltatnak is. De ha sikerült a leginkább a mirigyekben pangó váladékot massage-zsal kiüríteni, akkor a friss váladékban mindig fogunk baktériumokat találni.

Motz a nem kankós húgyszőhurutokat következőképpen osztályozza: 1. traumás; 2. chemiai; 3. olyan urethritisek, melyek a vesékből avagy a hólyagból leszállott fertőzésből származtak; 4. spontán és 5. sexuális eredetű urethritisek.

A traumás húgyszőhurutnak igen sok oka lehet; a leggyakoribb a húgyszőrepedés, az urethrán át távozott húgykő, a katheterezés és a szondázás, leginkább pedig az állandósított pöcsap által okozott sérülés, mikor is a mikrobák a sérült epithelrétegen át könnyen mélyebbre nyomulnak.

Chemiai urethritisek már befecskendések és öblítések után is keletkezhetnek, még pedig akképpen, hogy túlerős, a felhámréteget destruáló oldatot használtunk, vagy hogy az aránylag gyenge oldatok prolongált befecskendése által hyperaemia és savós exsudatio keletkezett, a minek következtében a húgyszőmikrobák virulentiája fokozódott. Ide tartoznak továbbá a phosphaturia és oxaluria eseteiben észlelt urethritisek, melyek folyamán a húgyszőfelhám ugyan mechanice is megsérülhet; az urethritis jodkalium használata után, a mely vérbőséget okoz a nyálkahártyán; valamint a diathesis (köszvény, diabetes stb.) által keletkezett húgyszőhurut, a mikor a vizelettel együtt kiürített anyagok által okozott nyálkahártya-izgalom a fertőzést megkönnyíti; végül pedig az egyes fertőző betegségek, úgy mint parotitis, rheumatismus és typhus után támadt urethritisek, melyekben a toxinok kiválása folytán keletkezett izgalom adhatott esetleg alkalmat a fertőzésre.

A felső húgyutak fertőzőesete rendesen nem szokott áttérjedni a húgyszőnyálkahártyára, bár a vizeletben állandóan temérdek pathogen baktérium kering; de mihelyt az urethra-nyálkahártya, valószínűleg a kivált toxinok behatása következtében, elvesztette az ő természetes immunitását, azonnal bekövetkezik az infectio. Motz több ízben észlelt ilyen esetet.

Hogy lehetséges spontán eredetű urethritis is, az legalább is nagyon valószínű. A húgyszőben ugyanis állandóan tanyáznak virulens baktériumok, melyek, mihelyt az ellenállási képesség csökken, vagy pedig a túlságos szeszfogyasztás avagy sexuális excessus után helyi izgalom keletkezett, a felhámra áthatolnak és lobot okoznak.

A sexuális eredetű nem kankós urethritisek között megkülönböztetjük a primaer és a secundaer alakokat. A primaer urethritis a kankóval nem fertőzött nővel való nemi érintkezés következtében keletkezik, kezdetben csupán csak a fossa navicularisra lokalizálódik, de később már az egész húgyszőre, sőt a húgyhólyagra is áttérjedhet. Ezt az urethritist bizonyára a vagina közönséges mikrobái által előidézett fertőzés okozza. Hogy ilyen esetben mi győzte le a húgyszőnyálkahártya természetes immunitását, még nem sikerült megállapítani. A sexuális eredetű secundaer urethritisek már csak kankós húgyszőhurutból eredhetnek s a nyálkahártyának gonococcus-toxinok okozta izgatásából olyképpen kelet-

keztek, hogy az izgalmat vagy az urethra közösleges mikrobái, vagy pedig a kezelés következtében a húgycsőbe jutott bacillusok váltották ki. Az ilyen fertőzésből, csak úgy mint a normális kankóban, felületes, de mélyreható beszűrődések is származhatnak. A therapia az előidéző okok és a keletkezett elváltozások szerint fog igazodni. (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1910., 12. sz.)

Drucker Viktor dr.

Röntgenologia.

A húgyútkövek Röntgen-diagnosisában előforduló tévedésekről értekezik Roth M. Casuistikus eseteket sorol fel a saját gyakorlatából. Egy esetben a húgykőárnyékot prostatakő adta, más esetben kismedenczebéli tumorrészlet, egy más esetben pedig a legnagyobb valószínűség szerint bélsárrög. Általában a szerzőnek az a felfogása, hogy ha a Röntgen-lemezen kőnek megfelelő árnyékot kapunk s a klinikai tünetek nem a húgyutak kövére vallanak, akkor a többi vizsgálat (cystoskopia, ureter-katheterizálás, vesefunctio vizsgálata stb.) mindig végrehajtandó, mert csak ezeknek eszközölése után foglalhatunk állást kő mellett vagy ellen. Ilyen kétes diagnosis általában ritka, az összes idevágó eseteknek körülbelül 30%-a, de éppen ezek az esetek érdekesek. Kétes esetben ajánlatos a felvételt ismételni. (Med. Klin., 1910. évfolyam, 10. szám.)

Hruby Ede dr.

A gyomor kiürülésének a jobb és bal oldalon való fekvéskor és az ebből levonható következtetésnek diagnostikai és therapeutikai értéke van pylorus-insufficienciában, stenosisban, gyomor-hypermotilitásban és atoniában.

Markovic A. és Perussia F. legelőször azon tényt állapították meg Röntgen-vizsgálattal, hogy a gyomor jobb oldalon fekvéskor átlag 3—3½ óra alatt ürül ki, bal oldalon való fekvéskor pedig csak 6—7 óra alatt. Ez azért fontos, mert a gyomormotilitás megítélésekor már rossz motoros működésűnek mondták azt a gyomrot, a melyben 6 óra múlva is volt bismuth-árnyék. Szabály tehát, hogy a motoros működés Röntgen-vizsgálatakor a beteg lehetőleg ne fekdjék, és különösen hibás eredményt kapunk, ha a beteg a bal oldalán huzamosabb ideig fekszik.

Azon időkülönbség, mely a jobb és bal oldalra való fektetéskor jelentkezik, egyszersmind az elkülönítő körjelzésre is felhasználható és erre vonatkozólag a következő szabályt állapították meg: 1. Ha a gyomor kiürülésének időtartamát tekintve nagy az időkülönbség a jobb és bal oldalon való fekvés között és ez a különbségnagyobbodás az által jött létre, hogy a gyomor gyorsabban ürült ki a jobb oldalon való fekvéskor, mint rendesen kellett volna, akkor a pylorus insufficiens. 2. Ha időre nézve kicsiny a különbség a két kiürülésmód között és ezt az okozza, hogy a bal oldalon való fekvéskor hamarabb ürült ki a gyomor, mint a rendes 6 óra alatt, akkor gyomor-hypermotilitásról van szó. De felhasználható a módszer még egyéb elkülönítésre is. E módszer segélyével eldönthetjük, mikor van jelen motoros elégtelenség pylorusszűkület miatt, és mikor gyomoratonia miatt. Therapeutikai értéke a módszernek az, hogy kimutatta, hogy a betegre és egészséges egyénre egyaránt előnyösebb és egészségesebb a jobb oldalon való fekvés. (Med. Klin., 1910. évfolyam, 14. szám.)

Hruby Ede dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Az ethmoidalis neurosisokról tartott nagyon érdekes előadást Killian tanár (Freiburg) a német gégeorvosok egyesületének drezdai nagygyűlésén. Ethmoidalis neurosisok alatt Killian azon neurosisokat érti, a melyek az orrnyálkahártya elülső részéről, azon területről indulnak ki, a melyet a nervus ethmoidalis lát el. Ezen neurosisoknak Killian különleges jelentőséget tulajdonít. Hangoztatja, hogy chemiai és mechanikai ingereknek, főleg finomabb porszemcsék hatásának az ethmoidalis területe nagyon ki van téve; a tisztátalan levegő tartós behatása az érzőidegvégekben állandó izgalmat, hyperaemiát idéz elő s ez alkotja szerinte a reflexneurosisok alapját. Az érzékenység, illetve ingerlékenység fokáról vattával körülvárt végű szondával győződhetünk meg. A n. ethmoidalis területén Killian gyakran talált hyperaesthesiát; ez kétféle módon ítélhető meg: 1. a beteg subjectiv érzései alapján (a viszkető érzés vagy fájdalom fokából) és 2. az említett ingereknek

objective érzékelhető következményes tünetei alapján; ez utóbbiak helybeliek, környékeliek és távolhatásokban mutatkoznak. Helybeli tünetek: az ingerelt terület nyálkahártyájának hyperaemiája és hypersecretiója; környéki tünetek: a belső szemzugban, a szemhéjak belső felületén, a conjunctiván és a caruncula lacrimalisban érzett viszkető érzés, a conjunctiva hyperaemiája és könyezés; távolhatások: a nasális köhögés, mely pathológiás reflexnek tekintendő, továbbá a tüsszentés, ez is reflex, melynek létrejöttében a vagusnak nagy szerepe van, de részes a nerv. phrenicus is. Ezekhez csatlakozik az asthma-roham (de van oly nasalis eredetű asthma is, mely nem az ethmoidalis területéről indul ki); az orr felől reflectorice még a szív működés is befolyásoltatik. A therapia feladata, hogy a levegőáram útját az orrban szabaddá tegye, mert szűk orrban a porszemcsék könnyebben gyülemlenek fel, tehát mindent el kell távolítani, a mi az orrlégzést akadályozza; jó szolgálatot tehet a nyálkahártya egyes pontjainak edzése is; ha mindez sikertelen, a reflexpályát meg kell szakítanunk: a nerv. ethmoidalis törzsét az orbitában könnyű szerrel elérhetjük és átmetszhetjük, mint ezt Yonge, Neumayer és Blos tette. Egy esetében a műtét jó sikerrel járt.

Az előadást élénk vita követte, melynek folyamán Neumayer (München) 3 esetét sorolja fel, melyek közül kettőben a nerv. ethmoidalis reszekálása a nasalis asthmát megszüntette, míg egy esetben a műtét nem járt kellő sikerrel. Rosenberg (Berlin) a reflexneurosisok területét nem tartja csak az ethmoidalis területére korlátozhatónak. Aronsohn (Ems-Nizza) a tuberculum septit tartja a leghyperaesthesiásabb területnek. Hartmann (Berlin) is több reflexneurosisról észlelt, mely nem az ethmoidalis területéről indult ki.

Safranek dr.

Fülörvostan.

A syphilis szerepéről az otologiában tartott előadást A. H. Cheatle a londoni kir. orvosegyesület otologiai szakosztályában. Szerinte semmi alapunk sincs annak főlvetelére, hogy a lues lues in utero olyan elváltozásokat okoz, a melyek siketnémaság alapját teszik és így a lues congenita szerepét túlbecsülik a siketnémaság oktatában. A csecsemőkortól a harminczas évekig előfordulhat, de rendszeren a 6—16. év között jelentkezik a lues congenita okozta sükettség, még pedig leányokon gyakrabban mint fiúkon. Gyakran kíséri a fülbántalmat keratitis is.

A laesio helye alkalmasint a labyrinth, e mellett szól a nagyothallással keletkező szédülés is. Az idegtörzs bántalmát kizárja, hogy sem faciális-bántalom, sem fejfájás vagy meninx-izgalom nem szokott vele együtt jelentkezni.

A diagnosis felállításához elegendő, ha 5—25 év között támad a belső fül révén a sükettség, a melynek okát más bajok (scarlatina stb.) nem adják. A Wassermann-reactio is fontos szerepet játszik a diagnosis felállításában.

A therapia szegény: az első hetekben pilocarpin-injectiók, azután pedig a Pritchard ajánlotta hólyaghúzó alkalmazása a proc. mastoidensson vezethetnek javuláshoz. Fontosabb a baj megelőzése. Pontos anamnesisekből kiderült, hogy a lues congenita folytán süketek eddig semmiféle antilueses kezelésben sem részesültek, azért a lues congenita minden esetében alapos antilueses kúrát ajánl a szerző.

A szerzett lues a hangfelfogó készülék könnyebb vagy súlyosabb bántalmain kívül a külső fület is megtámadja. Condylomák a külső hangvezetőben s a dobhártyán is előfordulnak. Középfül-genyedést sohasem látott lueses alapon. Mindezek szépen gyógyulnak kénesőkezelésre. A tertiaer lues tünetei közül említésre méltó az adenoid regio gummája, mely rendszeren nyálkás genynyel fedett kemény daganat és sokszor okoz sükettséget.

A vita során Macleod Jearsley Baratoux vizsgálataira hivatkozott, ki számos veleszületett luesben szenvedett újszülöttet bonczolt és sok esetben talált középfül-genyedést, labyrinth-genyedést, dobhártyaodanóvást, haemorrhagiát, a Corti-szerv destructióját, szóval ezen születés előtti elváltozások siketnémaságot okoztak. Mc Donagh Ehrlich-Hata 606 sz. szerével kezelt, veleszületett lueses süket betegét említi, kinek hallása az injectio után rövidesen megjavult. (The Journal of Laryngology, 1910 november.)

Rajtó Sándor dr.

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

A gümőkórosok lakásának fertőtlenítéséről ír Roepke. A tüdő- és gégegümőkórban elhaltak lakásának fertőtlenítése egy-magában nem elegendő. Sokkal fontosabb a betegágyánál állandósított desinfectio, a melynek ki kell terjeszkednie a köpet ártalmatlanná tevésére, a fehérmű fertőtlenítésére (ing, ágynemű, törülköző, zsebkendő, stb.), valamint az ágyhoz kötött tüdővész által használt tárgyaknak, a fekvőhelynek, a szomszédos fal- és padlófelületeknek stb. desinfectiójára. A fertőtlenítő folyadékok közül a *nyers lysoformot* találta a legmegfelelőbbnek, mely erős baktericid hatása mellett olcsó, és a mi a beteg ágykörül állandósított desinfectio szempontjából különösen tekintetbe jön, nincs kellemetlen, megmaradó szaga, sőt kellemes illatú és szagtalanító hatása jelentékeny. A lakás desinfectiója szempontjából a mechanico-chemiai tisztítás mellett első sorban a formalin-desinfectio jöhet szóba. Erre nézve a szerző a készülékkel való eljárás előnyeit bizonyítja az úgynevezett apparatus nélküli fertőtlenítéssel szemben. Roepke a vidéki desinfectiók gyakorlat számára ügyesen szerkesztett instrumentariumot is állított össze. (Reichs-Med.-Anzeiger, 1910. 2—4. sz.)

Heveny gyulladásos dermatosisokat Bulkley gyorsan látott gyógyulni rizs-diaeta mellett. A betegek öt napon át nem kapnak egyebet, mint főtt rizst kenyérrel és vajjal, ital gyanánt pedig tiszta vizet. Később délben már ehetnek gyenge vegyes kosztot és csak reggel meg este folytatják a rizs-diaetát. (Ref. La semaine médicale, 1010. 40. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 49. szám. Róna Dezső: A gümös hashártyagyulladásról. Hainiss Géza: A hydropyrinről. Berczeller Imre: A hőmérésről.

Orvosok lapja, 1910. 49. szám. Austerlitz Vilmos: Az arteria brachialisnak gyakorlati szempontból fontosabb anomaliái.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 49. szám. Turán Géza: A belső secretio tana. „Sebészet” melléklet, 4. szám. Gellért Elemér: A máj- és epehólyag solitaer tuberculosisáról. Szili Jenő: Ureterocystostomia Wertheim-műtét után keletkezett ureterfistulánál. Fodor Ló: Elsődleges cholesteatoma esete. Fischer Ernő: Új eljárás patella-, olecranon- és calcaneustörések conservatív ambulans kezelésére.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Kramolin Gyula dr.-t Szekszárdon és Schützenberger Endre dr.-t Dunaföldváron tiszteletbeli főorvossá, Boskovitz Mór dr. bántaszéki körorvost tiszteletbeli járárorvossá, Reiszfeld Adolf dr.-t a szombathelyi, Schwarz Aurél dr.-t a kassai állami gyermekmenhelyhez fizetésellen főorvossá, Halász Andor dr.-t a székesfevárosi balparti kórházakhoz alorvossá, Kertész Lipót dr.-t a rimamurány-salgótarjani vasmű részvénytársulat ózdi kórházához, Csépai Károly dr.-t a szolnoki köz-kórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. Fekete Aladár dr.-t Tetétlen községi orvossá választották.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum novemberben 102 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 97 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület októberben 1469 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 950 szállítást végzett, 169-szor mint mozgóórság szerepelt és 30-szor vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. Az október havi működés főösszege tehát 2618.

Meghalt. Török István dr. 48 éves korában Szatmár-Németiben december 5.-én. — M. Manolesco dr., valaha a szemészet tanára a bukaresti egyetemen.

Kiseb hírek külföldről. A heidelbergi belorvostani klinika udvarán nem rég leplezték le Erb tanárnak, a kiváló ideg orvosnak az emléksobrát. Az emlék költségeit Erb tanítványai fedezték. Erb tanár, a ki már nyugalmában van, november 30.-án töltötte be 70. évét. — Lipcsében H. Heineke dr. magántanárt rendkívüli tanárrá s a sebészeti poliklinika vezetőjévé nevezték ki. — A Wölfler tanár, az ismert prágai sebész, nyugalomba vonult. — A Brückner dr., a szemészet magántanára a königsbergi egyetemen, tanári címet kapott. — V. A. Pavlov dr., charkowi magántanárt a szövetan tanárává nevezték ki az új saratovi egyetemen.

Orvosszükség Ausztriában. Magyarországon ez idő szerint 255 körorvosi és 150 községi orvosi állás van betöltetlenül. De úgy látszik, Ausztriában sem jobbak a viszonyok; ott is idegenkednek az orvosok attól, hogy falun telepedjenek le, ott is orvosszükség van egyes vidékeken. Erre utal az a körülmény, hogy az alsó-ausztriai tartománygyűlés ösztöndíjakat tűzött ki olyan orvostanhallgatók részére, a kik kötelezik

magukat, hogy oklevelüket megszerezve falun telepednek le. Egyelőre tíz ilyen ösztöndíjat szerveztek. Az illető orvostanhallgatók nyolcz éven keresztül havonként 60 koronát kapnak, azonkívül a szigorlati díjakat és a promótiós díjat. Kész orvos, a kinek már két évi kórházi praxisa van, 2—4000 koronát kap lakásberendezésre és orvosi felszerelésre, ha kötelezi magát, hogy vidéken űz gyakorlatot.

Az Ehrlich-féle praeparatum deczember közepétől kezdve minden gyógyszerárban kapható lesz salvarsan néven. A készítményt 0.6 gm.-os adagokban ampullákban fogják árúsítani, még pedig valamely indifferens gázban, hogy a szer ne legyen kitéve az oxydációnak.

Le Paris Médical czímen új orvosi folyóirat indul meg J. B. Bailliére et Fils kiadásában. Az új lap, melynek szerkesztője Gilbert tanár, a prospectus szerint a gyakorló orvos igényeit fogja szolgálni.

A Tonogen suprarenale Richter a mellékvesék vérzéscsillapító hatóanyaga. Fokozza a vérnyomást, összehúzza a véreket. Szíverősítő és lobellenes. A nyálkahártyákat kitűnően érzésteleníti. Jól válik be az orr-, torok- és gégegyógyászatban és fülészetben. A sebészetben és szemészetben nélkülözhetetlen. Belsőleg mint cardiacum és haemostaticum nyer alkalmazást. Mint antiphlogisticum kitűnően válik be a gynaecológiában és az urologiában.

Szigeti Márton dr. Gleichenbergből Abbaziába érkezett és megkezdte orvosi működését.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium

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

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

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

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete

Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógy módok.

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Városligeti Fásor 15. sz. Gyógytényezők: D'Arsonval-, Elektromágnes-, Sinusoidal-, Galvan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forróleégdús. Vibr. massage. Prospectus. Vezető orvos: RÉH BELA dr.

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

Tamássy Park-sanatoriuma

Dunaharasztiában (Budapesttől villamosközlekedés). Külön osztály vérhajások, húgyszervi megbetegedésekben szenvedőknek.

Orvosi laboratorium: Vezető: Dr. VAS BERNAT, Poliklinika. Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

:: San-Remo ::

téli klímás gyógyhely az olasz Rivierán. A „Grand Hotel de Nice”-ben fekvő csarnokok és magyar ápolónő, a Continental et Palace szállóban minden emeleten meleg tengeri fürdő. Felvilágosítást készséggel nyújt Czirfusz Dezső dr. kir. tanácsos. 34

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

Ujtátrafüred Sanatorium

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

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

Reiniger, Gebbert & Schall

Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

Dr. Szili Sándor V. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 55. Tel. 157—71. Vegyi, gőrsőli, bakteriologiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi laboratoriuma.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIII. rendes tudományos ülés 1910 november 19.-én.) 901. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes tudományos ülés 1910 november 19.-én.)

Elnök: Friedrich Vilmos. Jegyző: Entz Béla.

(Folytatás.)

Ekthyma syphiliticum.

Havas A. A beteg az Ehrlich-Hata szer hatására a gyógyulás néhány nap alatt bekövetkezett. Az ily fényes eredményeket csupa elővigyázatosságból nem kellőképpen értékelni, nem felel meg az objectiv kritikának. Felemlíti, hogy az Ehrlich-szer a therapia sterilisans magnát nem idézi* ugyan elő, de a syphilis therapiájában, mint már két alkalommal is kifejtette, nemesak jó harmadik gyógyszerünk a kénese és a jód mellett, hanem a kettővel szemben azon nagy előnnyel bír, hogy már az egyszeri alkalmazása feltűnő gyorsasággal hat gyógyítólag a kóros képletekre.

Az Ehrlich-Hata-féle oltásról tartott előadások feletti vita.

(Folytatás.)

Torday Árpád. Az Ehrlich-féle arsenobenzolt az I. sz. belklinikán 80 esetben alkalmaztuk. Az egyes adag 0.30–0.70 között ingadozott, ismételt befeeszkendés után az összanyag 1.1 gm volt; az oldatokat a Wechselmann-Lange-féle eljárás szerint lehetőleg közömbösítettem és interscapularisan adtam. Két esetben intravenásan alkalmaztam az oldatot, mire az egyikben a torokfekélyek bámulatos gyorsan feltisztultak és behámosodtak, míg a másikban, laryngitis sicca és rhinitis atrophicans esetében, a hatás nem volt oly szembeszökő. A befeeszkendést a beteg jól tűrte, utána 4 óra múlva a hőmaximum 37.5 volt. Negyvennyolc óra múlva ezen betegnek Ehrlich ajánlata szerint újabb arsenadagot fecskendeztem be, mely a betegre nézve sokkal kellemetlenebb tünetekkel járt, mint az előző intravenás injectio. A hőmaximum 6 óra múlva 37.2 volt, kis torokszárazságon, hányásingeren kívül egyéb tünet nem mutatkozott. Azon körülmény, hogy a reactio ily csekély volt, a csekély adagnak (0.20–0.30) és a szer összetételének tulajdonítom. Az oldat elkészítésekor Schreiber előírása szerint jártam el; vigyázni kell arra, hogy az oldat tiszta és alkalikus vegyhatású legyen.

Egyébként a subcutan oltást is a legtöbb beteg jól tűrte, egyeseken a befeeszkendés szédülést, émelygést, hányásingert váltott ki; a befeeszkendés által okozott fájdalom rövidesen megszűnik, azonban olykor 8 óráig és kivételesen 2–3 hétig eltarthat. Legfájdalmasabb a 3–4. napon, a mikor az infiltratum képződik, ugyanekkora hő 37.5–38.5-ig emelkedik, kivételesen 39.5-ig. Az infiltratum 2–4 hét alatt visszafejlődik, de néha 6 hétig is tart. Befecskekendés után a pulsus 29–30-czal emelkedik, valamint a vérnyomás is, a mi azonban 24 óra múlva elmúlik. Az infiltratum baloldalt kellemetlen szívűtüneteket okozhat reflectorice és azért ajánlatos csak jobboldalt adni a befeeszkendést.

Az injectiót egy beteg rosszul tűrte, általános gyengeségi tünetek jelentkeztek a befeeszkendés alkalmával. Azután pedig a fájdalmak oly hevesse váltak, hogy aspirin, majd morphium adása vált szükségessé. A betegnek másnap 38° körüli lázai támadtak, a melyek egy hétig tartottak. A tizedik napon urticaria jelentkezett és másnap arsen exanthema 40 fok körüli lázzal. A küteg és a lázas állapot 2 hétig tartott s ezután icterusa támadt a betegnek, a mely kisebb mértékben jelenleg is fennáll. A befeeskekendés helyén történt próbapunctio alkalmával véres, kissé gyeses savó ürült, a bemetszéskei azonban a sebész az arsen által okozott helybeli elváltozáson kívül egyebet nem talált. Ezen eseten kívül még 2 ízben észleltünk arsen-exanthemát.

A tisztán lueses esetek közül egy primaer sklerosis, 21 secundaer lues (főleg garattünetekkel) és 26 tertiaer lues volt. A secundaer esetek közül 5 recidivált és pedig az injectio után 4 héten belül. Ezek közül az egyikben az oltás után sem szűntek meg a fejfájások és a klinikáról való távozása után 2 héttel újból torokfekélyvel jelentkezett. 2 másik beteg a papulomaculosus foltok az oltás után pirosabbá lettek, s azután halványodtak, de nem tüntek el teljesen, utóbb recidiva következett be. Általában azonban a nyálkahártya-úlceratiók gyorsan gyógyulnak, a garatmandula az injectio után néhány nap múlva behámosodik, arczfekélyek begyógyulnak, plaqueok alapja tisztul, majd eltűnnek. Ugyanez mondható a roseoláról.

Tertiaer luesben szenvedőkön észleltük mi is a legszebb eredményeket. Általában oly súlyos esetekben állott be a gyógyulás, a melyek kénesevel évek hosszú során át hasztalanul voltak kezelve. Természetesen néhány esetben (4) az arsen adagolását meg kellett ismételni, másokban pedig a teljes siker elérésére a kénesehöz kellett fordulnunk. Szépen javult több súlyos garatfekély és egy orrgumma-eset. A bel-

gyógyászati szempontból érdekesebb esetek közül 2 májgumma esetét hozom fel, a melyek közül az egyikben az injectio után különösebb változást nem észleltünk, míg a másikban a gumma csaknem teljesen eltűnt. Angina pectoris egy esetében a befeeskekendés után a rohamok megszűntek. Ezen betegnek az arsen után jodot rendeltünk, a mire jodkiütések támadtak, holott azelőtt a jód a betegnek semmi kellemetlenséget sem okozott. Az ideg-betegségek közül a tumor cerebrit emlitem fel. Egy beteg jobb szemén ptosis és abducens-bénulást találtam. A befeeskekendés után 2 nappal a fejfájás megszűnt, a szédülés és tántorgó járás jelentékenyen javult, azonban a ptosis és az abducens-paresis nem fejlődött vissza teljesen, úgy hogy a kénesekúrára kellett áttérni.

Hemiplegia, myelitis és epilepsia eseteiben semminemű hatást sem láttam a szertől.

Meggondolandó, hogy a szívbajok általában, avagy csak bizonyos alakjaik ellenjavallják-e az arsen befeeskekendését. Természetesen myocardogenitatis cordis, friss endocarditis esetén senki sem fog gondolni arra, hogy 606-ot alkalmazzon, azonban nem hiszem, hogy a kompenzált billentyű-bántalom, vagy a kisebb fokú arterio-sklerosis ellenjavallná a használatát. Szívgyengeség, dilatatio ventriculi esetén sem fogjuk rendelni. Lueses alapon fennálló aortitis és coronaria-sclerosis esetén nem fogunk idegenkedni az Ehrlich-injectiótól, sem tachycardia, bradycardia, functionális zörej, ideges arhythmia és lueses arteriosclerosis esetén. Sőt éppen ily esetekben fogunk javulást remélni. Külön tanulmány alapján fogunk ítéletet mondani arról, hogy az emphysemában, chronikus bronchitisben, golyvában vagy arteriosclerosisban szenvedőknek, továbbá az iszákosoknak szíve hogyan fogja tűrni az arsenbefecskekendéseket. Mi sohasem tapasztaltunk a szív részéről kellemetlen tüneteket, eltekintve azon néhány esettől, melyben a collapsuszerű állapotot ideg-shock gyanánt fogtuk fel. A Wassermann-reactiót minden esetben és a beteg kibocsátása után is bizonyos időközökben rendszeresen végeztem. 4 esetben negatív lett. Más 4 esetben egy hét múlva a reactio negativá vált, de csakhamar ismét pozitív lett. A többi esetben a reactio ellenőrzését meggyújtotta azon körülmény, hogy a betegek újabb vérvizsgálat céljából nem jöttek el a klinikára, ilyenformán egy hónapnál tovább 16 esetet észleltem csak, ezek közül, a fenti első vizsgálati sorozatból származó eseteket nem számítva, 3-ban vált a reactio negativá.

Alkalmaztam a szert diabetes mellitus, diabetes insipidus, lymphosarcoma, súlyos anaemia és anaemiával párosult lépmegegyébnyobódás egy-egy esetében, azonban ezen betegségekre az arsen semmi hatást sem fejtett ki. A tuberculosis pulmonum és a tabes körül szerzett tapasztalatainkról Kétly tanár már referált.

Az arsenkiválasztás a legtöbb esetben egy hét múlva megszűnt, azonban több esetben még 2 hónap múlva is találtam a vizeletben arsen-nyomokat.

Látványos ezekből, hogy a szerrel szemben túlságos követelményeket ne támaszszunk, de a skeptikus álláspont elfoglalására sincs ok. Azt ma már mindenki belátja, hogy az arseninjectióval senkit sem lehet meggyógyítani, hogy az arsen mellett a kénese és jód-káli további indicatiói meg fognak maradni, és hogy a 3 szert az indicatiók szerint felváltva fogjuk rendelni. Előnye a gyors hatás, a melyet Ehrlich a lassú hatással akar kombinálni. E célból intravenás injectio után 2–3 nap múlva 1/2 gr. közömbösített oldatot kell adni és az injectio 3–4 hét múlva meg kell ismételni. Különösen értékes agybántalmakban, hereditaer lues és malignus syphilis eseteiben, a hol az életre fontos szervek megtartásáról van szó, a mikor egy csapással elérhetjük azt, a mihez azelőtt hosszú idő kellett; ilyen módon a beteg nem lesz fertőző és az utóbajoktól megmenekül. A súlyos és korai ulcerosus syphilisen kívül alkalmazni fogjuk, ha a beteg a kéneseot rosszul tűri és recidivák mutatkoznak. Az arsenbefecskekendés előnye, hogy a kezelési idő 4–16 napra redukálódik, a mi pénz- és időmegtakarítást jelent és a beteg hamarabb válik munkaképessé. A befeeskekendés továbbá nem okoz olyan kellemetlenséget, mint a kénesekúra.

Lesznek esetek, a melyek az arsenre lassan, vagy egyáltalában nem reagálnak. Általánosságban a hatás gyorsan áll be. Hogy mely esetek alkalmasak az arsenrel való kezelésre, e tekintetben a tapasztalás fogja az indicatiót felállítani. Idegbántalmakban csak a luesel összefüggő tünetek javulását várhatjuk. Az intravenás befeeskekendés a tünetek egy részét bámulatos gyorsan visszafejleszt, azonban technikája miatt általános gyakorlatra nem alkalmas. Az intramuscularis befeeskekendés legtöbbszor fájdalommal, térfogatnagysággyöbódással jár, a mi miatt többször ismételve nem alkalmazható. Ily körülmények közt az eljárás további tökéletesítésre szorul; nem hiszem, hogy mai alakjában az általános orvosi gyakorlatban alkalmazható lenne.

Safranek János. Az Ehrlich-Hata-kezelés az orr- és gégeorvoslás szempontjából is eminens jelentőségű, mert a syphilis, mely a felső légutakban mindenütt és minden stádiumban előfordul, különösen a II. stádiumban igen gyakori; nagyon gyakoriak a felső légutakban a harmadlagos jelenségek is. Az I. számú belklinika az Ehrlich-Hata oltásokkal kezelt betegeket a jelzett szempontból Ónodi professzor orr-gégeklinikai rendelésén vizsgáltuk meg az oltás előtt s a leletet megállapítva, tüzetesen észleltük a lefolyást. Az I. számú belklinikán arsenobenzollal kezelt 80 és egyenéhány esetben körülbelül

egy negyedében, mintegy 20 esetben az anamnesis, a klinikai tünetek és a körjelzési segédreakciók alapján luesesnek minősített elváltozások voltak a felső légutakban. Eseteinknek és észleleteinknek részletezésére nem terjeszkedem ki, tapasztalásainkat általánosságban röviden a következőkben összegezem: Az esetek túlnyomó többségében a lueses szövet-productumok az oltás után igen gyorsan resorbeálódnak, szövetpusztulások, nevezetesen nyálkahártyafekélyek feltűnő gyorsasággal hámosodnak, gyógyulnak; így a gummás szétesések szalonnás alapja az injectiót követő néhány napon belül feltisztul; typosus, éles és sáncszerűleg infiltrált szélű ulceratio eseteiben az infiltratum 2–3 napon belül ellapul, a fekélyek széle elsimul s csakhamar megindul innét a behámosodás s a fekélyek 6–10 napon belül begyógyulnak; különösen a tensillákon, a lágyzájpadon és a garat hátulsó falán ismételt volt alkalmunk ezt észlelni; plaques opalines olykor 1–2×24 óra alatt nyomtalanul eltűnnek; 1–2 esetben megerősítettük azon észleletet, hogy ozoena syphiliticában az injectió után a pörkők lazábbá lettek, könnyebben távolodtak el, majd kevesbedett a pörkékpzódás s ezzel kapcsolatosan a jellegző bűz enyhült. A Jarisch-Herxheimer-reakciónak megfelelőleg főleg másodlagos tünetek jelenlétekor némely esetben erős lokális reakció észleltünk, a mely különösen a környéki részek erősebb kiemelkedésében és igen élénk, haragos vörös elszíneződésében nyilvánult (a syphilitis affectiókat gyakran környező pir még erősebbé vált) olykor erősebb secretióval párosulva; egy az orrsövényen székelvő ulcus helyéről az injectiót követő napon 2 ízben is erősebb vérzés indult meg. A lokális reakció többnyire subjectív érzések kísérték, a betegek égető sebértést jeleztek. A hatás azonban nem minden esetünkben volt így gyors, sőt volt eset, melyben hatás egyáltalán nem mutatkozott. Így egy földmives, ki 22 évvel ezelőtt szerelte luesét, s a kinek a lágyzájpadján volt egy typosus fekélye, a klinikát az injectiót követő VI. napon hagyta el, majd még 4 napig volt észlelésünk alatt, de ekkor, vagyis az injectiót követő XI. napon sem mutatott semmiféle gyógyulási tendenciát. Egy hasonló eset jelenleg is észlelésünk alatt áll, ez az injectiót követő X. napon még alig mutatott változást. Ezeket csupán azért említem fel, mert a legtöbb észlelő és saját tapasztalataink szerint is ezek a formák rendszerint igen gyorsan gyógyulnak. Az ellenőrzésre jelentkezett esetekben recidiva eddig nem volt. Végül egy esetünket említem, mely egyrészt a syphilis és tuberculosis symbiosisához szolgáltat adatot, másrészt bizonyos következtetést enged az arsenobenzol hatására ilyen esetekben. 29 éves katonatisztról volt szó, a ki 4 év előtt genitális úton luest szerzett, kénese- és jódkurákat végzett s a kin mult év tavaszán torok-, majd gégetünetek jelentkeztek, gégéjében lueses fekélye volt; újbóli Hg és J kúrára ezek a tünetek elmúltak, ez év nyarán azonban újból mutatkoztak, ezért szeptember közepén egy vidéki katonai kórházban arsenobenzol-injectiót kapott, mely erős reakcióval járt, a betegnek láza és égető sebértése volt. Az injectió után rövid idővel, szeptember vége felé a gégetünetek vehemens súlyosbodást mutattak, az addig csak fátyolozott volta a hangnak a teljes berekedésig fokozódott, nyelési fájdalmak mutatkoztak, ezek miatt október II. felében a klinikára került. A gégelelet alapján gyanunk tuberculosisra irányult, s feltevésünket megerősítette a klinikai vizsgálat többi adata: a betegen tüdőcsúcs-infiltratio volt, köpetében tuberculosis-bacillusok, a körjelzési segédreakciók tuberculosis pozitívák, syphilisre negatívák voltak. A syphilis és tuberculosis symbiosisa kétféle módon jöhetett létre; az egyik eshetőség az, hogy a tuberculosis infectio másodlagosan társult a syphilitishez s a gége syphilitis laesioja behatolási kapu gyanánt szolgálhatott; a másik eshetőség az, hogy a betegnek már volt latens tuberculosis s utóbb következett be a syphilitis infectio. Felmerül ez esetben az a kérdés, hogy miképen hatott az arsenobenzol e kettős infectióra? A syphilisre látszólag gyógyítólag, mert az injectió után 5 héttel syphilis tünetei sehol sem voltak, a Wassermann-reactio negatív volt. Nehezebb a felelet arra a kérdésre, van-e összefüggés az arsenobenzol-injectio és a gégetuberculosisnak utána bekövetkezett súlyosbodása között? Régóta ismeretes, sokszor állított, de sokat vitatott tapasztalat, hogy a tuberculosis folyamatok az antilueses kúra folyamán rosszabbodást mutatnak. Nem tartja kizártnak, hogy az arsenobenzol által kiváltott erős általános és lokális reactio hozzájárulhatott a gégetuberculosis rohamos súlyosbodásához.

Bárhogy áll is a dolog, az arsenobenzol hatása ilyen kettős fertőzés eseteiben különös figyelemben lesz részesítendő.

Guszmán József: Az új Szent János-kórházban 3 hónap óta folytatott kísérleti megfigyelések alapján tesz néhány megjegyzést az Ehrlich-féle kezelésre vonatkozólag. Ehrlichnek akkor is óriási az érdeme, ha csupán az derül ki, hogy a 606 jó és megbízható harmadik gyógyszer a kénese és jód mellett. Az arsenobenzol a legtöbb syphilidre gyógyító hatással van. A legjobban demonstrálják a jó hatást a nagy széteséssel járó késői esetek. De tudnunk kell, hogy ezek a késői syphilis-esetek általában igen jól reagálnak más antilueticumra is, így akárhányszor tapasztalhatjuk, hogy pl. néhány üveg jód is mily kiváló eredményt létesíthet. Igen feltűnő és gyors a 606-nak hatása szájiüregbeli syphilid eseteiben. E téren általában nem versenyezhet más szer az arsenobenzollal. A friss secundaer esetek közül a kifejezettebb pathológiai elváltozásokkal járó syphilid (papulák, condylomák) sokszor nehezebben fejlődnek vissza mint Hg-kezelésre. Az arsenobenzol valódi értékéről és jóságáról ma még korai volna határozottan beszélni, mert egyedül az, hogy a syphilidnek nagy része simán visszafejlődik, még nem lehet a kezelés gyógyítóértékének elbírálásában döntő jelentőségű. A jó gyógyszernek kritériumához egyébre is van szükség. Tehát még igen hosszú tapasztalat és az esetek további lefolyásának ismerete szükséges, a mi sok időbe kerül.

Azt lehet mondani, hogy az Ehrlich-kezelés kérdése ez idő szerint

bizonyos fokig holt pontra jutott. Lényeges újabb adatról ugyanis az utóbbi hónapokban alig vettünk tudomást. A kiindulás és az elvi jelentőségű problema, a „therapia sterilis magna“ ez ideig nem sikerült.

Ennek a megvalósulása különben klinikai szempontból sem látszik nagyon valószínűnek. Az egyik előadó kiemelte, hogy a syphilis nem vérbetegség, ez helyes, a mit többek között már Schaudinn is hangsúlyozott, a mikor a spirochaeta pallidát interstitiális kötőszöveti és nem vérparazitának mondotta. Ha a syphilis kezelésével is úgy állnánk, mint pl. a recurrensével, a hol a roham alatt a vér telve van a kórokozó spirillumokkal, akkor több reményünk lehetne a sterilizálás sikerében. Hiszen tudjuk, hogy Iversen mily kiváló eredményről tudott éppen ezen betegségben beszámolni.

A kísérleti állatsyphilis adatait nem szabad egyszerűen az emberi syphilis pathológiájába átvinni. A syphilis még a magasabbrendű majmoknál is csak tengődő és szegényes körképű folyamat, melyet már az atoxyllal is sikerült meggyógyítani.

Jelenleg különösen a különböző injectiók eljárások — intravenás, intramuscularis, subcutan — összehasonlító vizsgálata folyik mindenfelé. Bizonyos azonban, hogy közülük a legkisebb veszéllyel a bőrallati befeeskenedés jár. Az intravenás eljárás a mai alakjában véleményünk szerint nem fog a gyakorlatban nagyobb tért hódítani. A technikai eljárások kipróbálása fölötté indokolt, de mindenesetre kár, hogy e kérdésben már is bizonyos eltévelygések merültek fel. Így tudjuk, hogy ajánlották kúráképpen a szernek többszöri elaprozott adását. Ez az eredeti kitzított céltól való elvi eltérés, mert az Ehrlich-féle kezelés főelőnye éppen az volna, hogy egy csapásra lepi meg a szervezetet s vele együtt a syphilist egyetlen hatalmas és kiadós arsenmennyiséggel.

A 606-tal eddig kezelt esetek eredményeiről szóló statisztikáink még ma nem sok a tudományos értéke és haszna. A tertiaer és az úgynevezett parasyphilis eseteket ki kell rekeszteni a statisztikából, mert ezekben érthető okokból amúgy sem fogunk sok recidivát várnai. A recidivák statisztikájának igazi anyagát a primaer és a korai secundaer esetek kezelése fogja megadni. S ezekben az esetekben találkozunk is recidivákkal. Ezeknek a recidiváknak egy részét azonban az injectiót adó orvos gyakran nem is kapja a szemé elé, egyebek között azért, mert egyelőre, míg a szert csak kevés helyen alkalmazzák, a syphilitis beteganyag bizonyos eltolódást mutat, a mi az injectio után ismét kiegyenlítődik.

Az Ehrlich-féle kezelés indicatiói lehetnek relativek és absolutak. Absolutnak tekinthető az indicatio első sorban a legtöbb lues maligna esetében. Az lehet továbbá akkor is, a mikor a beteg teljesen intolerans a kénese iránt, vagy mikor a lueses tünetek erőlyes kénese kúra ellenére is állandóan recidiválnak, vagy egyáltalában nem reagálnak. Különösen áll ez a szájiüregbeli syphilidekre.

Mivelhogy az Ehrlich-kezelés typosus alakjában egyetlen injectióból álló sikeres kúra, remélhető, hogy a kórházi kezelés ezentúl sok esetben a régi antilueses kúránál jóval rövidebb ideig fog tartani. Lesznek esetek, a melyek csak 5–6 napi kórházi ápolást fognak igényelni, holott ezelőtt hasonló esetek 4–6-szor annyi időt vettek igénybe. Ennek a lehetőségnek nagy socialis fontossága könnyen belátható.

Sarbo Arthur: Vizsgálatait Török Lajos-sal együtt végezte. Ő az idegbeteganyagon végzett eddigi kísérleteiről számol be. Összesen 17 idegbetegnek alkalmazta az Ehrlich-Hata-féle szert. Ezek között volt: 6 lues cerebri, 1 myelitis syphilitica, 3 lues cerebrospinalis, 2 paral. spin. spastica luetica, 3 kezdeti latens tabesre és paralysis progressivára gyanús eset és 1 paralysis progressiva esete.

A lues cerebri-esetek közül eddigelé két esetben következett be teljes gyógyulás, ezek közül egyben a lues cerebri tabessel volt szövődve, a tabes változatlan maradt. Egy harmadik lues cerebri esetben, a melyben papillitis is volt jelen, hat héten fennálló teljes munkaképesség után a lues cerebri tünetei újra mutatkoztak és a már javulóban volt papillitis is rosszabbodott, a többi esetben eddigelé csak javulásról beszélhetünk. Egy esetben kérdéses volt a diagnózis, a jelen volt abducens-hüdes lényegesen javult.

A lues cerebrospinalis esetei közül egyben teljes gyógyulás következett be a munkaképesség szempontjából, az objectív tünetek (Babinski, spasmusus inreflexek) változatlanok maradtak, a másik kettőben kezdődő javulás jelei mutatkoznak.

A paralysis spinalis spastica luetica eseteiben az észlelési idő túlrövid, semhogy véleményt formálhatna.

A myelitis syphilitica esetében rosszabbodás állott be, azt hiszi, hogy e rosszabbodás a szernek a vérerekre gyakorolt káros hatásából származhatott, minthogy tudjuk, hogy a myelitis syphiliticában a vérerek élénk részt vesznek a megbetegedésben.

Eseteiből annyi már most is megállapítható, hogy a 606 lues cerebri és spinalis eseteiben hatással alkalmazható, de még sokkalta bővebb és hosszabb időre terjedő tapasztalatok alapján dönthető csak el az a kérdés, hogy ezen új szer jobb-e, vagy csak olyan eredményt ad, mint az eddig alkalmazott antilueses eljárások; különösen a recidivák szempontjából nem mondható még végleges vélemény.

Óvatosan alkalmazta továbbá a szert paralueses bántalmakban szenvedőkön. Két oly tabes-betegét oltott be, a kiken a lues egyéb jelei is voltak, az egyikben cerebrális lues, a másikon gumma a kemény szájpádon. A cerebrális lues, mely aphasiás-epilepsiás rohamokban nyilvánult, ez ideig (4 hó) nem mutatott kiújulást. A gummás esetben a gumma nem reagált a szerre, a tabes pedig az észlelés alatt is progrediált. Két korai tabes-esetben (megtartott inreflexek) a szernek befolyása csak az egyikben volt észlelhető, ez egy crises gastriques esetre vonatkozott, melyben a crises-en kívül az Argyll Robertson-jel volt az egyedüli objectív tünete a tabesnek.

Valamennyi (4) tabes-esetben az injectio heves lancináló fájdalmakat váltott ki.

Kifejlődött tabes-esetben nem alkalmazta a szert, mert céltalannak tartja.

Egy paralysis progressivára gyanus esetben, melyben leukoplakia is volt jelen, az utóbbi begyógyult, de néhány hét múlva recidivált, a physikai állapot ezideig előrehaladást nem mutat. (2 hó.)

Végeredménykép mondhatja, hogy az idegrendszeri lues eseteiben (kivéve a myelitis syphiliticát, mely contraindicatiót alkot) a szer hatékonysága kétségbevonhatatlan, úgy hogy a további kísérletezés úgy friss, mint idült esetekben indokolt.

Kifejlődött paralueses bántalomban (tabes, paralysis progressiva) szenvedőkön a szer alkalmazását, miként azt Ehrlich hangoztatja, nem tartja helyénvalónak, csak akkor, ha a bántalmak mellett notorius lueses elváltozások is lehetők. A paralueses bántalmak kezdő szakában alkalmazott 606-os kezelés kísérletei folytatandók.

A methodikát illetőleg alkalmazzák az alkaliás és a neutrális injectiókat, újabban az intravenosus eljárást kultiválják; az az impressiója, hogy az előbbi eljárás irányában fog a 606 alkalmazás módja kialakulni.

A Wassermann-féle reactio viselkedését illetőleg úgy bőrgyógyászati, mint ideg-eseteli közt voltak olyanok, a melyekben a szer alkalmazásának hatása alatt gyógyulás és a positiv reactionnak negativvá válása következett be; de voltak klinikailag gyógyult esetek, a melyekben a reactio positiv maradt, viszont recidiváltak oly esetek is, melyekben a reactio negativvá vált, úgy hogy nem ismerheti el helyesnek azon álláspontot, mely a Wassermann-féle reactio viselkedésében keresi az útbaigazítást a kezelés tekintetében; újólágosan hangsúlyozza, hogy szigorúan a klinikai tünetek mérlegelése kell, hogy a kezelés irányításában továbbra is döntő súlylyal birjon.

Nagyértékű antilueses szerrel lettünk gazdagabbak, csak a vele való helyes bánásmódot kell még megtanulnunk.

Debre László. A felvetett kérdés theoriájához kíván szólni. A Preis által felvetett theoriák helyreigazításra szorulnak. Preis teljesen abba hagyta a történeti tárgyalását a kérdésnek és egyszerűen olyképp festette meg, mintha az Ehrlich-szer története megegyeznék más empiriás gyógyszerek történetével, melyekről nem tudjuk, miképp hatnak, melyeket véletlenül fedeztek fel. Az Ehrlich-szer a munkahypothesis eredménye. Preis kétségbevonta a szer parasitocid hatását is. Hogy a degenerált syphilidből eltűnnek a spirochaeták, az nem bizonyít szerinte a parasitocid hatás mellett. Az Ehrlich-szer Hatának ezer meg ezer kísérlete alapján épült fel, hogy nem lehetne-e olyan arsenvegyületet keresni, mely directe a spirochaetákra hat és nem más mikrobára is. Recurrens, tyúk- és syphilis-spirillumokat vizsgáltak.

A nyúl scrotumán éppen olyan sankert lehet létrehozni mirigyduzzanattal, spirochaetákkal, mint az emberen. Régi és új As-praeparatummokkal kísérletezett Ehrlich százszámra és több As-készítményt talált, mely hatékony, köztük arsenglycint és arsenobenzolt.

Kémlőcsőben és mikroszkop alatt mutatta ki, hogy a szer előli a spirochaetát, éppen úgy előli az állatban is. Ezekre menő kísérletek alapján állapodtak meg egy történeti formulájában, melynek számlálója a dosis curativa és nevezője a dosis toxica. Minél nagyobb a mérgező dosis, annál alkalmasabb a gyógyításra. Atoxylnál $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{30}$, 606-nál $\frac{1}{50}$, vagyis a mérgező dosist $\frac{1}{50}$ részével lehet gyógyítani.

A 606 megöli a spirochaetát, pl. recurrens-roham alatt, és megöli a nyúl spirochaetáját. Hogy csakugyan előbb a spirochaetát öli meg, az kiderül Ehrlich könyvéből, de a sanker még 2—3 hétig megmarad és lassanként eltűnik. A spirochaeták nem a szövetbeolvadással tűnnek el, hanem azért, mert a 606 megöli őket. Céltudatos munka eredményével állunk szemben.

Célszerű és gondos laboratoriumi vizsgálattal tovább látunk és ott a klinikai szem is tovább lát. A klinikai észlelet a döntő. De a 606-nál 24—48 óra múlva a laboratorium megállapíthatja, szükség van-e új injectióra, vagyis a gyógykezelés sikerült-e vagy nem. Egyik esetben eltűnnek a spirochaeták, máskor nem. Preis szerint nincs könnyebb, mint spirochaetát nem találni. Szólt az azt mondja, nehezebb nem találni. Mert ha van spirochaeta, türelemmel egy pár perc alatt meg lehet találni, ellenben, hogy kimondhassam, hogy nincs, nem 50, de 500 készítményt kell átvizsgálni. 24—48 óra múlva megjelennek a szólt által Miskolczon bemutatott degeneratív alakok, melyeket semmi mással sem lehet összetéveszteni. Szólt megírta Ehrlichnek ezen degeneratív alakok létezését, melyeket egyébként mások is láttak már. Szólt szerint érdemes ezeket keresni, mert ha nem épek a spirochaeták, a cél el van érve, ha épek, nincs elérve és ezért az injectiót meg kell ismételni vagy más módszert kell alkalmazni.

Hata mondja, hogy elégtelen dosist adtunk, ha a spirochaeták megmaradnak, de ha eltűnnek, átmennek a leirt átalakulásra.

A Wassermann-reactio az orvosegyesületben nem nagyon népszerű. De nincs teljesen helyén a tulságos lenézés. Mert a Wassermann-reactio mégis a syphilisnek egyik tünete. És ha el is ismerjük, hogy az eltűnése nem jelent gyógyulást, de legalább azt tessék concedálni, hogy ha az As után a Wassermann nem változik, akkor azt mondjuk, hogy nem értük el a célt. Olyan controll, mint a spirochaeta.

Szólnak komoly véleménye, hogy vitánk meddő. Utal az Entz Béla által bemutatott praeparatummokra. A szer nem szívódott fel teljesen, hogy mennyi szívódott fel, nem tudjuk. Dosológiánk, kivéve az intravenás injectiókat, nincs. Csakugyan holt ponton vagyunk, mert az eljárás nem felel meg azon kritériumnak, melyet követelnünk kell. Be kell várni, míg az adagolás keresztülvihető és kontrollálható.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A péterfalvai papírgyár vállalati betegsegélyző pénztára (körülbelül 4 km.-nyire Szászsebes városától) egy **pénztári orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdet. Evi 2000 korona fizetés, mely a most épülő fűrészteppel együtt 3000 koronára rug. szabad lakás és szabad magángyakorlat egy jól jövedelmező, körülbelül 3000 főnyi községben és vidékén.

A pályázónak a magyar, német és román nyelvet birnia kell.

Bővebb felvilágosítással a péterfalvai papírgyár, vagy Mauksch Frigyes dr. úr Szászsebesen szolgál, hova az ajánlatok is betérjesztendők. 3—1

22,349/1910. sz.

A nagymihályi közpórháznál üresedésben levő 1200 korona fizetéssel, szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdet.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 43., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §-ában előírt képesítettséget és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi december hó 18. napjáig** terjeszszék be.

Az állás 1911. évi január hó 1.-én lesz elfoglalandó.

Sátoraljaujhely, 1910. évi november hó 15.-én.

2—2

6109/1910. sz.

A Jász-Nagykún-Szolnok vármegye tiszai alsó járásában fekvő **Rákóczi-falva** községben megüresedett **községi orvosi állásra**, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 12. §-ában megállapított készpénzfizetéssel s a szabályrendeletileg megállapított látogatási és rendelési díjakkal, valamint 500 korona lakbérrel van javadalmazva, ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy a törvényes minősítést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi december hó 30.-áig** adják be.

Tiszaöldvár, 1910. évi november hó 24.-én. Főszolgabíró h.

2—2

Szenágy, tb. főszolgabíró.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

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

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő alkermel használtat.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina)

fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Húgyhajtó hatása.

Kellemes ízű.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételű.

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

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

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

EHRlich-HATA 606.

Szétküldése körülbelül folyó hó 15-én megkezdődik és rendelések már most elfogadtatnak. Ár: **M. 10.** — és porto, : : vagy utánvét. Nagyobb rendeléseknél engedmény. : : :

F. Buchka Kopf-Apotheke, Frankfurt a. M.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Tornai József: Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem I. számú belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) Adatok az emésztőtractus szűkületeinek Röntgen-diagnózisához. 904. lap.

Balás Dezső: Közlés a Szt. István-kórház bőrbeteg-osztályáról. (Havas Adolf dr., egyetemi rendkívüli tanár, főorvos.) Az emberi lépfene orvoslásához 64 eset alapján. 907. lap.

Tóvölgyi Elemér: Az orrkagylótütemények és az orrsövény-tövisesek új műtéves-módjáról. 910. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Alexander Haig: Harnsäure als ein Factor bei der Entstehung von Krankheiten. — **Lapszemle. Belorvostan. Krehl:** Óvatosság a jód használatában. — **Jaschke:** A szívbeteg nők férjhezmenéséről.

— **Börkórta.** A csecsemők eczemájának kezelése. — **Húgyszervi betegségek.** L. Wormser: Gonococcusok és álgonococcusok. — F. Lasteria: Sectio alta üres hólyag mellett. — **Röntgenologia. Schlesinger E.:** A gyomor motorius működésének megítélése Röntgen-vizsgálat útján. — **Levy-Dorn és Mühlfelder:** A hányás megfigyelése Röntgen-vizsgálat útján. — **M. Bönniger:** A gastrophtosisról és a gastrophtosis keletkezéséről. — **Orr-, torok- és gégebetegségekről.** Az adenoid vegetatio és a gyermekek szellemi képessége. — **Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.** Pissarev: Szer cholera ellen. — **Burrow:** A sanocacao és sano-maltin nevű készítmények vizsgálata. — **Bossart:** Collargollal meggyógyított súlyos általános sepsis esete. 915—18. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 918. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 918. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 919—920. lap.

Melléklet. Gynaekologia. 3—4. szám. Szerkeszti: Tóth István egyetemi tanár és Scipiadés Elemér egyetemi magántanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem I. sz. belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

Adatok az emésztőtractus szűkületeinek Röntgen-diagnostikájához.¹

Irta: **Tornai József** dr., klinikai 2. tanársegéd.

A mióta Rieder-nek és Holzknicht-nek, az orvosi radiologia e két kiváló mesterének ma már általánosan ismert és elfogadott eljárását az emésztőtractus bajainak diagnostikájában alkalmazzuk, azóta ismereteink ezen a téren jelentékenyen bővültek. Ezen valóban rendkívüli becsü eljárások az eddigi vizsgáló módszereinket ugyan nem tették feleslegessé, sőt inkább az eddigi hasznos eljárásaink kiegészítőül tekinthetjük azokat, mégis egynémely esetben a könnyen végezhető, ártalmatlan radiologiai vizsgálat az egyenértékű, de nehezebben végezhető és a betegre többnyire kellemetlen eljárásokat helyettesítheti is. Így például a kellemetlen szondázást ma már több esetben nélkülözhetjük, különösen pedig olyankor, mikor az emésztő szerveknek alaki, helyzeti és nagysági viszonyairól óhajtunk felvilágosítást szerezni. Mert ilyen esetben éppen a radiologiai vizsgálat adja a legpontosabb felvilágosításokat. Egynémely esetben pedig a szondázás nemcsak, hogy kellemetlen, de egyenesen veszélyes is lehet és így ellenjavalt. Tudvalevőleg aorta-aneurysma gyanújakor, vagy friss heg okozta oesophagus-szűkület esetében, avagy különösen, a hol gyomorvérzéstől tarthatunk, a szondázásra gondolni sem szabad. Ellenben a radiologiai vizsgálatot — ha különben a betegnek erőbeli állapota megengedi — még az ilyen esetekben is bátran végezhetjük.

A szokásos bismuth-bolus-szal vagy bismuthos táplálékkal végzett vizsgálat az emésztőtractus esetleges szűkületeinek felkutatására is elég jól használható. Az ily eljárással a szűkület helye és esetleg

kiterjedése is többé-kevésbé meghatározható, de már arra nézve, hogy a talált szűkület milyen fokú, az eddigi radiologiai eljárások nem adtak pontos felvilágosítást.

Iparkodtam ezen hiányt pótolni, s bár tudom, hogy a kérdés nem bir általános fontossággal, mégis azt hiszem, hogy alábbi eljárásomat a szakemberek adott esetekben nem minden haszon nélkül alkalmazhatják.

Eljárásom lényege egyszerűen abban áll, hogy a bismutot olyan foglalatba teszem, a mely foglalat bizonyos mértékkel képvisel és egyszersmind bizonyos mértékű képviselet. A legalkalmasabb foglalat a Sahli utasítására más czélokra készített glutoid-tokocska és pedig annak a közepesen, de különösen az erősen keményített alakja.¹

Ezen capsulák különféle nagyságban készülnek. Én vizsgálataimhoz leginkább háromféle nagyságú bismuthos tokocskákat használok és pedig: 6, 8 és 10 mm. átmérőjűeket. A kisebb méretű tokok nem gömbölyűek, hanem inkább tojás alakúak és így mérték gyanánt legkisebb átmérőjűeket veszem. Ezen kisebb méretű tokok közepes keményítésben is eléggé ellenállóak, alakjukat, méreteiket a gyomornedvben is sokáig változatlanul megtartják. Azonban a nagyobb tokok gyomor-bélvizsgálat czéljaira már csak erős keményítésű alakjukban alkalmasak. A 6 mm-es tokban 0.30, a 8 mm-esben 0.50 és a 10 mm-esben 0.75 gramm bismuthum (carbonium vagy subnitricum) van.

Meg kell említenünk itt, hogy a bismuthot különféle zárt foglalatban már eddig is többen felhasználták a béliagnostika különféle czéljára, de arra nem, hogy vele valamely szűkület mértékéről felvilágosítást szerezzenek. Legfeljebb az úgynevezett bismut-bolus adhatott némi képet az oesophagus szűkületéről, de ezzel sem lehetett a szűkület fokát megállapítani.

Holzknicht-nek egyik kiváló tanítványa, Schwartz G. a gyomor chemismusának kutatása czéljából úgynevezett fibroderm-tokocskákat

¹ A budapesti kir. Orvosegyesületnek 1910 június 4-i ülésén tartott előadás nyomán.

¹ A glutoid, mint ismeretes, nem egyéb, mint formalinban keményített gelatina. A tokokat St. Gallen-ben Hausmann F. készíti. Különböző kísérleteket végeztem keratinnal bevont bismuth-golyókkal is, de a keratin nem oly ellenálló és nem oly megbízható anyag, mint a glutoid.

(rendkívül vékony szerves hártába burkolt bismuth-golyócskát) nyelet a beteggel, még pedig a próbareggeli közben, vagy utána 1 óra múlva. Ha a gyomor sósavat tartalmaz, akkor a lenyelt fibroderm-golyó adta árnyék — a fibroderm-hártya megemésztődése folytán — a kisebb-nagyobb sósavtartalom szerint rövidebb-hosszabb idő múlva szabályos, kerek alakját elveszti: szétmállik, feloldódik. Ha a golyó árnyéka a gyomorban bizonyos hosszabb idő (8—10 óra) múlva is változatlanul szabályos, kerek marad, vagy ha a kerek árnyék azt mutatja, hogy a golyó a belekbe jutott, akkor a gyomor sósavat nem termel.

Sahli a glutoid-tokokat diagnostikai célból, a gyomor motorius működésének és a pankreas funkciójának vizsgálatára alkalmazta. Ezen tokok ugyanis (a melyek a laboratoriumi vizsgálat szerint a gyomornedvben nem, csak a pankreasnedvben oldódnak) 0.50 gramm salóli, illetve 0.15 gramm jodoformot tartalmaznak. Az elmélet szerint a gyomornak kellő motoros működése és a pankreasnak rendes funkciója mellett tehát a salicylnek, illetve a jodnak felszívódása a kellő időn belül a megfelelő reakcióval kimutatható. A valóságban azonban ez nem így történik. Leginkább pedig azért nem, mert a glutoid-tokocskák (a mint azt *Holzknicht*-nek másik tanítványa, *Jonas* beigazolta) a bélben sem a kellő helyen és időben, hanem rendszeren csak nagy késéssel bomlanak. Ezen tapasztalatot az én vizsgálataim is többnyire megerősítették. *Jonas* ugyanis a salol-tokocskákba 1.0 gramm tiszta bismutot is tétetett és így a lenyelt capsulának további sorsát Röntgen-átvilágítással könnyen ellenőrizhette.

Sahli a gyomor chemismusának (sósavtartalmának) kutatására az úgynevezett desmoidpilulákat is alkalmazta; hogy e pilulák elég súlyosak legyenek és így a gyomor falával állandóan érintkezessenek, utóbb némi bismutot is tétetett beléjük. Azonban, mint *Schwartz*-nak radiológiai ellenőrző vizsgálataiból is kitűnt, a desmoidpilulácskák a legtöbbször teljes épségükben hagyják el a gyomrot és rendszeren nagyon későn, csak a bélben esnek szét és csak azután kerül a bennük foglalt methylenkék felszívódásra.¹

Hürter és mások az emésztőtractusnak radiológiai vizsgálatát azzal kezdik, hogy a beteggel 1—2 gramm bismuthtal töltött tokocskát nyeletnek. Ezt pedig különösen arra használják, hogy a gyomornak alsó polusát az ernyőn megjelölhessék.

Einhorn a pankreas funkciójának vizsgálata céljából igen finom, hosszú eszközöket használ, melyeknek alsó végét apró babnyi fémkupa illetve fémszívó alkotja. Ezen eszköz a duodenumba jut és útját Röntgen-átvilágítással is ellenőrizhetni.

Hertz és *Morton* a nyelés mechanizmusának tanulmányozása közben azt találták, hogy a keményebb bismuthos gelatin-capsulának az oesophaguson való áthaladása sokszor percekig (?) tart.

Lange szerint oly esetben, mikor az oesophagus szűkületének oka az oesophaguson kívül esik (például ha aorta-tágulás vagy már kifejezett aneurysma nyomása adja az akadályt), a szonda helyett célszerű nagy bismuthos tokokat nyeletni, melyek az akadály felett egy ideig fogva maradnak.

Az eddig alkalmazott módszerek tehát a szűkület fokáról felvilágosítást nem adnak. Pedig nézetem szerint ennek lehetőleg pontos megállapítása egyes esetben szintén nagy fontossággal bírhat.

Nagyon egyszerű eljárással leginkább az oesophagusnak, a cardiának és a pylorusnak szűkülete és a szűkületnek foka felől nyerhetünk tájékozódást.

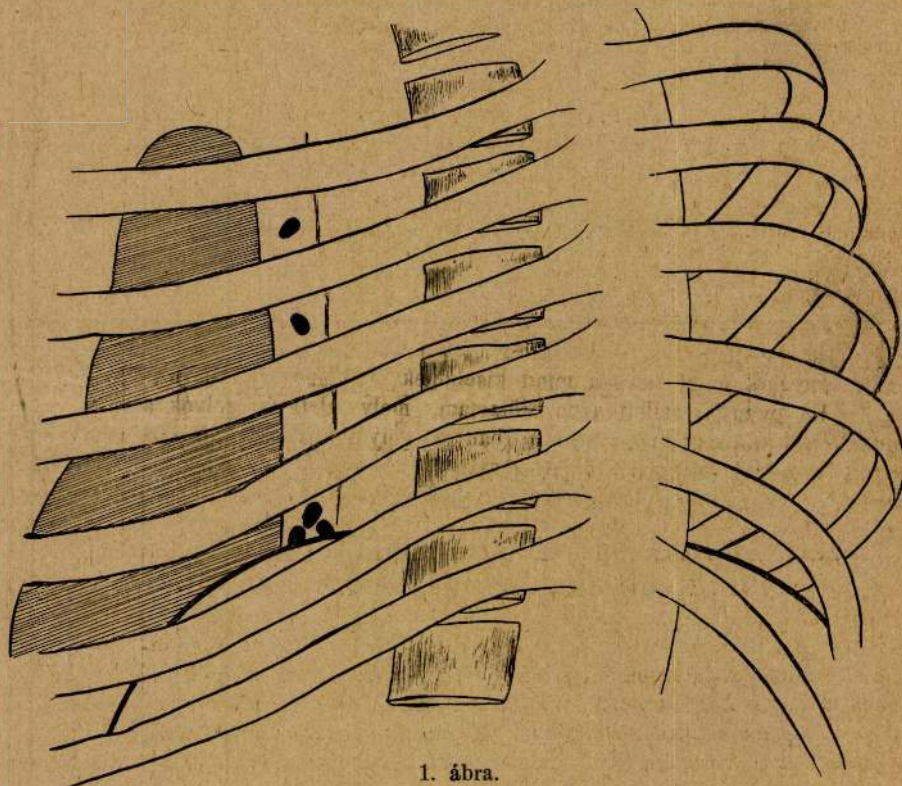
Ha valamely szűkület fokát kutatjuk, akkor először természetesen a legkisebb méretű bismut-tokocskát nyeletjük a beteggel és csak azon esetben adjuk a következő nagyobb méretű capsulát, ha a kisebb tokocska az akadályon még áthaladt. Ha például valamely szűkületen a 6 mm.-es tokocska még áthaladt, de már a 8 mm.-es megakadt, akkor természetesen a szűkület lumene 6 mm.-

¹ Ugyancsak *Sahli* a pylorus-szűkület fokának megállapítására különféle nagyságú parafagolyócskákat nyelet a beteggel; a bélsárban megjelenő legnagyobb golyó adná körülbelül mértékét a szűkület fokának.

nél valamivel nagyobb, de 8-nál kisebb (körülbelül tehát 7 mm.) átmérővel bír. Ha valamely szűkületen még a legkisebb tokocska is megakadt s tudni akarjuk, hogy a szűkület egyáltalán átjárható-e még, akkor bismutos vizet, vagy híg bismuth-pépet adunk a betegnek és figyeljük, hogy ezeknek árnyéka a szűkület alatt megjelenik-e, vagy sem.

Az oesophagus szűkületének vizsgálatához a közepkeménységű glutoid-golyókat is használhatjuk, mert az oesophagus nyomásának ezek is ellenállanak.

A legtöbb vizsgáló véleménye szerint az oesophagus legalsó; a rekeszizom alá eső darabjának, helyesebben mondva a cardiának szűkületét a radiologia útján nehezen lehet vizsgálni, leginkább azért, mivel ezen részt a rekesz árnyéka teljesen elfedi. Ezen bajon azonban könnyen segíthetünk. A vizsgálat előtt ugyanis egyszerűen pezsgőport itatunk a beteggel, mire a fejlődő szénsav a cardiát egészen a rekeszig erősen feltolja, s ilyenkor rézsutos átvilágításban is (Röntgen-eső jobboldalt s kissé hátul, ernyő a baloldalon s kissé elöl) a rekesz csak igen keskeny árnyékcsíkot ad és alatta az úgynevezett gyomorhólyagnak nagy világos mezejé látható. Így látóterbe hozhatjuk a cardia szűkületét is (1. ábra).



Az oesophagus vagy cardia szűkületén fennakadt tokocskák kellemetlenséget alig okoznak; azok később, valamely folyadékkal, többszöri nyelés után rendszeren mégis lecsuszznak, vagy pedig, mint más nagyobb szilárd falat, a szájba regurgitálnak. Az ily eljárás a betegre nézve mindenesetre kellemesebb és ártatlanabb a szondázásnál.

A glutoid-tokokat a nyelés mechanizmusának tanulmányozására is felhasználhatjuk. Ismeretes és természetes is, hogy a hígabb anyagok gyorsabban, a szilárdabbak lassabban haladnak át az oesophaguson. A bismuthos víz árnyéka szinte villámgyorsan siklik le, a bismuth-pép már valamivel lassabban halad. Szintúgy a puha, engedékeny, könnyen idomuló gelatintokok az oesophaguson gyorsabban csuszamlanak le, mint a kemény, ellenálló glutoid-tokok. De azért ez utóbbiak áthaladása is rendszeren csak pillanatokig tart. Azonban a nagyobb kaliberű, kemény tokkal nem egyszer megesik, hogy az oesophagus egyes szakaszán (rendszeren a physiologiás szűkületeknek megfelelő helyen, legtöbbször pedig a gyűrűperez magasságában) meg-megakad és innét kissé vissza is szalad, míg egy újabb, erősebb nyelés az akadályon áthajtja.

Gyakorlati szempontból a bismuthos glutoid-tokokkal való radiológiai vizsgálatot leginkább a pylorus szűkületének kutatása-

kor tartom értékesnek. Ezen eljárás némely esetben a carcinoma pylori korai felismerésére is vezethet. Oly esetben ugyanis, mikor a tumor még igen kicsiny, de a pylorus járatát már kissé szűkíti, a nélkül azonban, hogy nagyobb fokú motorius insufficienciát okozna. Ilyenkor e glutoid-tokocskákkal végzett vizsgálat egyéb gyanújel mellett oly időben adhat jogot a pylorusrák felvételére, a mikor azt a szokásos bismuth-pépes vizsgálat még nem igazolja.

Ilyen esetben czélszerű a vizsgálatot rövid időközönként (például hetenként) ismételni. Ha például valamely adott esetben az első vizsgálat alkalmával a 10 mm.-es golyó nehezen vagy egyáltalán nem, ellenben a 8 mm.-es még könnyen átjut a belekbe, és aránylag rövid idő múlva úgy találunk, hogy ugyanazon betegben már a 8 mm.-es tokocska sem mehet át a pyloruson, akkor magából ezen leletből a pylorusnak rosszindulatú szűkületére alaposan gyanakodhatunk.

Pylorus-carcinomának tehát a legesekélyebb gyanúja esetében már azért is hasznos a bismuthos glutoiddal való vizsgálat, mivel a pylorus járatának szűkülete az ismert klinikai tüneteket csak akkor idézi elő, ha a szűkület a táplálék áthaladását már jelentékenyen gátolja. Szóval, a mikor a szűkület már bizonyos fokot elért. Általánosságban mondhatjuk, hogy a míg a pylorus járatának átmérője 8–10 mm.-nél nem kisebb, addig a gyomor motorius működése — ha különben egyéb körülmények nem alterálják — feltűnő zavart nem mutat; számbavehető gyomordilatatio nem is áll be.

Ha a pylorus szűkületére kutatunk, akkor — hacsak kifejezett stenosisra valló tünetek nincsenek — helyesebb a középnagy, 8–10 mm.-es glutoid-tokokkal kezdeni a vizsgálatot. A beteggel éhgyomorra vagy könnyű reggeli után akár 10–15 golyót nyelünk egymásután. A golyók további sorsát aztán, eleinte óránként, majd pedig hosszabb időközökben eszközölt átvilágítás útján ellenőrizzük.

Rendes viszonyok között a lenyelt golyóknak a gyomor-peristaltica útján a bélbe való továbbítása csakhamar megkezdődik úgy, hogy minden újabb átvilágítás alkalmával a golyók csoportja adta árnyékot a gyomorban mind kisebbnek és kisebbnek találjuk.

Ép pylorus mellett azon időtartam, mely alatt a golyók a gyomorból kitakarodnak, első sorban a golyók száma, továbbá pedig a golyók nagysága szerint változik. Tapasztalásom szerint a nagyobb méretű golyók aránylag hosszabb ideig maradnak a gyomorban. A míg például 20 darab 6 mm.-es tokocska a gyomorból rendszeren már $1\frac{1}{2}$ –2 óra múlva az utolsó szemig kitakarodott, addig ugyanazon egyénben ugyanannyi, de 10 mm. átmérőjű bismuth-tokocskának a gyomorból való teljes eltávolítása 3–4 órát is igényel. A lenyelt és a gyomorban rekedt glutoid-golyócskák különben még a pylorusnak nagyfokú szűkülete esetében sem okoznak kellemetlenséget.

A glutoid-tokok ellenállását a gyomornedvvel szemben kísérleti úton is megvizsgáltam. Rendes összetételű gyomornedvbe néhány erős keményítésű bismuthos tokot téve, az egészet thermostatba helyeztem. A tokok, annak ellenére, hogy a gyomornedvet tartalmazó edényt csaknem minden negyed órában erősen felráztam, alakjukat körülbelül 4 óra hosszat elég jól megtartották, azután fokozatosan ellágyultak, szétestek.¹

A gyomorban időző bismuth-tokocskák többnyire a nagy görbület mentén helyezkednek el és annak megfelelő, ív alakú, összefolyó árnyékot adnak. De ha átvilágítás közben ujjainkkal az árnyéknak megfelelő helyet a hasfalon nyomkodjuk, ilyenkor a golyók egymástól szétternek, úgy, hogy egyenként akár meg is számlálhatjuk őket. Esetleges pylorus-szűkület miatt a gyomorban rekedt glutoid-golyók a legtöbbször 6–8 óra, néha pedig hosszabb idő múlva szétmálnak.

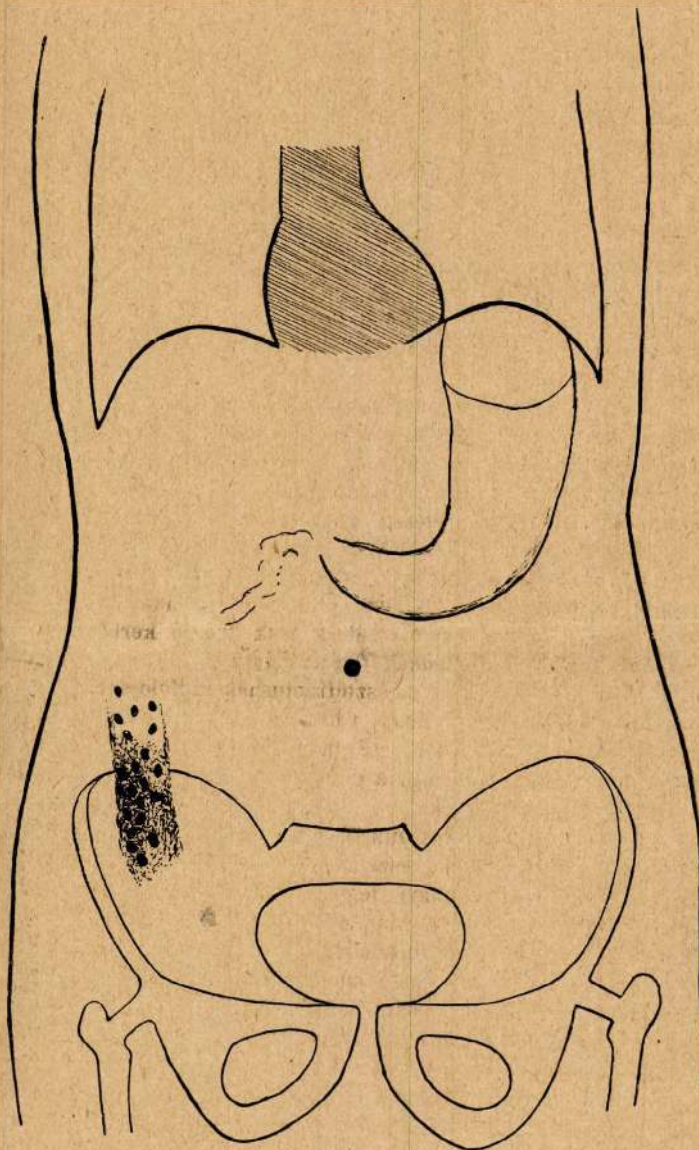
Az ilyen keményebb tokok, ha idejében haladnak át a pyloruson, rendszerint a vékonybélben sem szenvednek változást, úgy, hogy a legtöbbször nagyobb részüket (körülbelül 8–10 óra múlva a bekebelezés után) teljesen megtartott szabályos alakjukról még az ileo-coecalis tájon is jól felismerhetjük (2. ábra). Egy részük azonban addigra már feloldódott, úgy, hogy ilyenkor a

¹ Meg kell azonban jegyezni, hogy a glutoid-tokok a gyomornedvben rendszeren 3 óra múlva már kissé megduzzadnak.

szabályos kör alakú fekete foltocskák közét a szabaddá vált, szétfolyt bismuth diffúz szürkés árnyéka tölti ki.

A vékonybélben rendes viszonyok között csak ritkán s nagyon szétszórtan láthatjuk a golyókat, melyek a vakbélben és a felszálló vastagbélben rendszeren ismét összecsoportosulnak és itt többnyire ismét órákig időznek. Ha vizsgálat közben a vakbél táját az ernyő alatt nyomogatjuk, akkor a golyók egy része felfelé, a felszálló vastagbél irányában ki-kitér.

Ha a szűkült pylorus lumene kisebb, mint a lenyelt tokok átmérője, akkor ezek mindaddig, míg meg nem lágyulnak, a pyloruson nem haladhatnak át. Ilyen esetben a golyók árnyékát 5–6 óra múlva végzett átvilágítás alkalmával is a gyomorban változatlanul találjuk (3. ábra.). Pylorus-carcinoma esetében a golyók



2. ábra.

árnyékát néha még 12–15 óra múlva is a gyomorban találtam és a gyomor nyomkodására a legtöbb golyónak szabályos, megtartott alakját még ilyenkor is tisztán láttam.¹

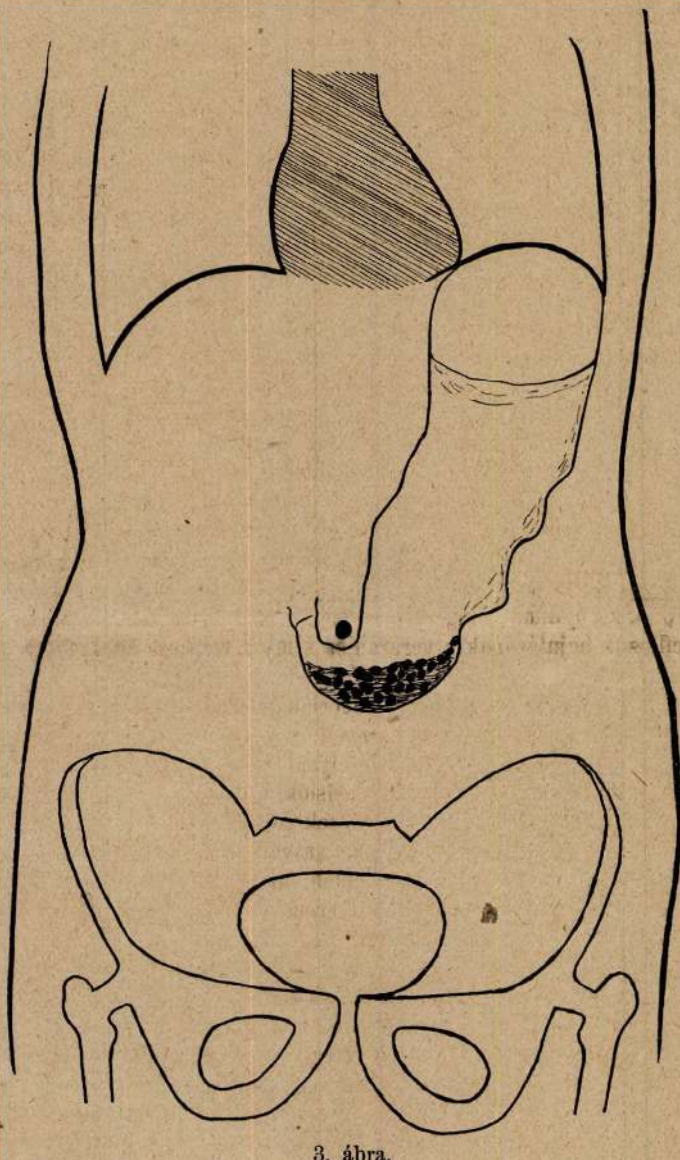
De nemcsak a pylorusnak, hanem esetleg a duodenumnak és a bél egyéb részeinek szűkületét és ennek fokát is könnyen felderíthetjük a bismuthos glutoid-tokok segítségével, mert az erős keményítésű glutoid-tokok alakjukat a bélben is több óráig megtartják.

Továbbá pedig akkor is hasznát vehetjük a glutoid-golyóknak, mikor arra vonatkozólag óhajtunk a radiologia útján felvilá-

¹ Vizsgálataimat az I. sz. belklinika fekvő betegein végeztem és — főképpen Kéthly László tanár úr szíves támogatása és a tárgy iránt tanúsított rendkívüli érdeklődése folytán — leginkább az utóbbi hetekben elég bő és megfelelő beteganyaggal rendelkezhettem.

gositást szerezni, hogy valamely régebben végezett gastro-enterostomia járata megfelelő-e vagy talán hegesen szűkült.

Egyébiránt pedig a glutoid-tokocskák segítségével a gyomor-nak alakí, nagysági, mint különösen helyzeti viszonyáról is éppen úgy, sőt sokszor jobban tájékozódhatunk, mint a szokott egyszerű bismutos eljárás útján. Különösen pedig a gyomor alsó határának kutatásakor használhatjuk ezen új eljárást előnnyel. A régi bismuth-pépes eljárással ugyanis vagy 40—50 gramm bismuthot és vagy 3—400 gramm tejpépet kebeleztetünk be. Ezen tekintélyes súly a különben is lazán rögzített gyomrot eredeti helyzetéből elhúzza, sőt az alakját is többé-kevésbé megváltoztatja. Ellenben a meg-lehető vastagfalú bismuthos glutoid-tokok aránylag jóval kisebb súlyt képviselnek és e mellett volumenük annál is inkább nagy,



3. ábra.

mivel a vastag tokokat a bismuth-tartalom jóformán csak félig tölti ki. Magam is többször tapasztaltam, hogy egy és ugyanazon egyénben a súlyos bismuth-pép a gyomor alsó határát 3—4 ujjnyival mélyebb fekvésűnek mutatta, mint a glutoid-tokokkal végzett vizsgálat. E mellett több ízben ugyanazon gyomor a glutoid-golyókkal való vizsgálat alkalmával a *Holzkecht* ismertette bikaszarv-alakot, a bismuth-pépes vizsgálatnál pedig a *Rieder* és *Groedel* leirta kampó-, illetve siphon-alakot mutatta.¹

¹ Azonban magam is tapasztaltam, hogy némely bikaszarv-alakú, részútos irányú, aránylag kicsiny gyomor az alakját, nagyságát és helyzetét a bismuthos-péppel való megterhelés alatt sem változtatta. Vizsgálódásaim közben az is feltűnt, hogy ily gyomorból a glutoid-golyók aránylag rövid idő alatt takarodnak ki. Ép pylorus esetében tehát azon rövidebb-hosszabb időtartamból, mely alatt bizonyos számú golyó a gyomorból kiküszöböltetik, a gyomornak jó vagy rossz motorikus működését is meg-

Az elmondottakon kívül a glutoid-tokokkal való vizsgálatnak előnye még az is, hogy az ilyen alakban bevett kevés bismuth mérgezést már csak azért sem okozhat, mert — mint láttuk — a keményebb tokok a béltractusnak legnagyobb részén felbontatlanul haladnak át, s így a bismuth a bélfallal közvetlenül legfeljebb csak a bélnek legalsó szakaszán érintkezhetik. Ismeretes azonban, hogy a béltractusnak éppen valamely stenosisa esetében okozhat a nagyobb mennyiségben bekebelezett bismuth-pép mérgezés-tüneteket. Igaz, hogy ilyen esetben a tokba zárt bismuth is (ha a tok a szűkületen nem hatolhat keresztül és bizonyos idő múlva szétmálik) kiszabadulhat, de az így beadott bismuth minimális mennyiségű és így mérgezést sohasem okozhat.

Ezek volnának főelőnyei egyszerű eljárásomnak, melynek használhatóságáról könnyen lehet meggyőződést szerezni.

Irodalom: Schwarz G.: Eine radiologische Methode zur Prüfung der Bindegewebsverdauung. Előadás a bécsi „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde“ 1905 évi december 21.-én tartott ülésén. — *Sahli*: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. 5. kiadás. Lipse, 1909. — *Hürter J*: Unsere Erfahrungen mit der Radiologie des Digestionstraktes. Boas Archiv für Verdauungskrankheiten. XVI. köt. 1. füz. 1. lap. — *Einhorn M*: Ueber Gewinnung von Duodenalinhalt beim Menschen. Berliner klin. Wochenschrift, 1910. évf. 12. szám. — *Hertz A. F.* és *Morton C. J.*: The passage of food along the human alimentary canal. Guy's hospital reports, LXI. köt. — *Lange S.*: The early recognition of oesophageal stricture. Med. record, 1909. évf. január 3.-i szám.

Közlés a Szt. István-kórház bőrbeteg-osztályáról. (Havas Adolf dr. egyetemi rk. tanár, főorvos.)

Az emberi lépfene orvoslásához 64 eset alapján.¹

Irta: Balás Dezső dr., műtőorvos.

Az emberi lépfene gyógyításának kérdése a serumos gyógykezelés diadalmas hódításával kapcsolatban jelenleg a tudományos érdeklődés centrumában áll. Míg különösen Olaszországban az emberi lépfene immunserumos gyógykezelése már teljes győzelmet aratott, az orvosi gyakorlatban is polgárjogot nyert, s a róla szóló közlemények valóságos enthusiasmussal számolnak be a serum eredményes hatásáról, addig Németországban, de különösen hazánkban az emberi lépfene-ellenes serumkezelés még mindig a kísérletezés stadiumában van.

Ha meggondoljuk, hogy hazánk a lépfenemegbetegedések számát tekintve az európai államok között a második helyen áll, hogy *Detre* szerint az emberi lépfenében évente elhaltak száma százakra rúg, hogy a mortalitás 50%-ot tesz, s a statisztikai adatok szerint egyarányú a gyermekágyi lázban elhaltak számával, akkor reánk nézve kétszeresen fontos az emberi lépfene gyógyításának kérdése s ennek hathatós megoldása, a melyben való közreműködés mindegyikünknek nemcsak tudományos érdeke, hanem hazafias kötelessége is.

Nem végzek tehát fölsőleges munkát, ha boldogult *Róna* tanár 10 évi anthrax-anyagát felölelve, az emberi lépfene gyógyításának mai állását röviden ismertetem.

A klinikai tünetek súlyossága, a prognózis, a therapia s az elérhető eredmények szempontjából a bőranthraxot határozottan külön kell választanunk a tüdő-, a bél- és a septicaemia képében lefolyó anthraxtól.

Selavo-nak az immunserum használata előtti időből az olaszországi viszonyokra vonatkozó statisztikai kimutatása szerint még a legsúlyosabb bőranthraxban is: a fej, az arcz pustulái esetében a

állapíthatjuk; a golyók további sorsának ellenőrzésével pedig sok esetben a belek funkciójáról is némi ítéletet alkothatunk.

Achylia gastrica-ban és ezzel járó kisebb fokú hasmenésben szenvedő egy betegünk gyomrából (a mely szintén a *Holzkecht* jellemezte alakkal bírt és igen kicsiny volt) a lenyelt 20 drb. 10 mm.-es golyó 1 1/4 óra alatt az utolsó szemig kitakarodott. A bevétel után 3 1/2 óra múlva a golyóknak legnagyobb részét már az S romanum táján láttam és a bekebelezés után 5 óra múlva ürített bélsárban is 8 drb. felbontatlan glutoid-tokot találtam.

¹ A budapesti kir. orvosegyesületnek 1910 évi XIX. rendes tudományos ülésén tartott előadás.

mortalitas csak 26.3%-ot tett, míg a belső szervek anthraxos megbetegedése csaknem abszolút halálosnak volt tekinthető.

Ennélfogva joggal különítették el és különíthetjük el még ma is a bőranthrax terápiáját a belső szervek anthraxának terápiájától.

S ha tekintetbe vesszük azt, hogy azon orvosok tábora, kiknek alkalmuk volt és van az immunserum kifejezett hatásáról közvetlenül meggyőződni, mily elenyészően csekély amaz óriási táborhoz képest, mely nem az immunserum meggyőző hatásáról, hanem még a serum létezéséről sem tud, nem szabad lekicsinyelnünk ama mindenesetre elismerésre méltó törekvéseket, melyek még ma is serum adagolása nélkül keresik a bőranthrax gyógyításának lehetőségét, a melynek mikéntje még ma is szigorúan tudományos vita tárgyát teszi.

A bőranthrax terápiáját illetőleg — leszámítva a serummal való gyógykezelést — még ma is két nagy tábor küzd egymással: a *conservativ* tábor, mely az *expectativ* álláspontra helyezkedik, és a *sebész* tábor, mely az *activ* beavatkozásnak ad előnyt.

Ha végig tekintünk a küzdők sorain és közölt eredményein azt látjuk, hogy az utóbbi időben a mérleg az *expectativ* kezelés javára billen.

1894-ben *Tillmans*, *König*, *Garré* a pustula erőlyes kimetszését, a fertőzés helyének *thermocauterisatio*ját és *antiseptikus* anyagoknak *intraparenchymás* befecskendezését ajánlja.

1894-ben báró *Korányi Frigyes*, kinek már 1868-ban megjelent dolgozata *Davaine* azon állítását, „hogy a bakteridiák a pokolvarban megbetegedett élő állatban fejlődnek és a pokolvar fertőzőmennyét képezik”, mint legelső juttatta érvényre és általános elismerésre, a sebész kezelés mellett nyilatkozik, mely a pokolvar többszörös kiadó bemetszésében és vörös füstölő légenysavval való kiegészítésében nyilvánul, a további helyi kezelés pedig *chlorvizzel*, *carbolla* vagy *sublimattal* való bekötésben áll.

1898-ban *Strubell* a pustula környékén 2–3%-os *carbolfecskendezések* és 63 C⁰-ig melegített *kataplasmák* alkalmazása mellett kardoskodik. *Enthusiasmusa* annyira megy, hogy egy súlyos esetben 18 nap alatt 400-nál több 3%-os *carbolfecskendőt* adott, állítólag mérgezés-tünetek nélkül.

1903-ban *Graef* és *Federschmidt*, 1907-ben *Tondi*, 1908-ban *Barlach* kel legerélyesebben a tisztán sebész kezelés védelmére.

Barlach eljárása abban áll, hogy a pustulát *keresztmetszésekkel* feltárja, s 5–10 cm. távolban *thermocauterrel* eszközölt *punctiókkal* a pustulát körülhatárolja; ezenkívül még az ép bőr határán 1–2 csepp *jodtincturát* fecskend be legfeljebb 1 cm³-nyi mennyiségben. Az oedemás területet csak akkor metszi be, ha nagy a szövet-feszülés.

Ily módon 1872–1908-ig 42 esetet, közöttük igen súlyos eseteket is, kezelt három halálozással. Az eljárással igen meg van elégedve, a mennyiben a javulás igen gyorsan következik be.

A *conservativ* tábor megteremtői az 1891–1904-ig megjelenő, részben elméleti alapokon nyugvó, részben klinikai tapasztalatokban gyökeredző dolgozataikkal *Nissen*, *Müller*, *Rammstedt* és *Hofmann* voltak, kik bőranthraxnál perhorreskálnak minden sebész beavatkozást, sőt ezt a vérerek megnyitása miatt egyenesen veszedelmesnek tartják.

1903-ban *Baracz* és *Lexer*, 1904-ben *Gonser*, 1906-ban *Langfeller*, 1907-ben *Lobet* és *Creite*, 1908-ban *Schwartz* statisztikai adatokkal és megbízható kórtörténetekkel csatlakoznak az *expectativ* eljárás védelmére.

Ezek közül legfontosabbak *Langfeller* és *Schwartz* dolgozatai, melyek a *Bergmann*- és a *Bramann*-iskola elveinek kifejezői. Ezek szerint a beteget s a fertőzött testrészt abszolút nyugalomba, a végtagot *suspensióba* kell hoznunk, a pustulát érintetlenül hagyjuk, csupán a környékét tisztítjuk meg. A fertőzés helyét nem izgató kenőccsel fedjük, s föléje s az oedemás terület fölé hideg, vagy akár meleg borogatásokat alkalmazunk.

Lássunk hozzá a *sebész* és *conservativ* eljárások rövid kritikai taglalásához!

A pustula maligna kifejlődésének első szakában a beteg rendszerint nem jut az orvos elé, ez a fertőzéstől számított első három nap, midőn az akár mikroszkopi hámbínyon át a bőrbe jutott *anthrax-bacillusok* *Koch*, *Straus*, *Lewin* vizsgálatai szerint a bőr *Malpighi-rétegében* és a papillákban rendkívül gyors szaporodásnak

indulnak s létrehozzák a pustulát. Midőn tehát a beteg a 2. szakban (rendszerint 3–4 nap múlva) a pustulával vagy beszáradt pörkkel s az e köré lokalizált oedemával jelentkezik, az *infectiosus* anyag nem szorítkozik már tisztán az *infectio* helyére, hanem már a környéki nyirokmirigyekig terjedt, s az oedema terjedésével már a környéki mirigyek *reactióját* is provokálja, ezeknek esetleg tapintható duzzanatát is létrehozza.

Nissen állatkísérleteiből kitűnik, hogy mily gyorsan ragadja tova a nyirok- és véráram a beoltott *anthraxbacillusokat*. *Nissen* tengerinyúl fülébe vagy egyik végtagjába eszközölt oltás után, ha az oltott fület vagy végtagot 2–3 óra múlva távol az *infectio* helyétől vágta le, az általános lépfene kifejlődését és a tengerinyúl kimulását már nem tudta meggátolni. *Subcutan* befecskendés után pedig a táji mirigyekben a *bacillusok* felhalmozódása már 1½ óra múlva ki volt mutatható.

Igaz, hogy a betegség 2. szakában az *infectio* még lokalizált, de már nem szorítkozik tisztán az *infectio* helyére, s már könnyen általánossá is válhatik, midőn nemcsak a *toxinok*, hanem a *fel-szaporodott bacillusok* is áttörve a *filtráló* és *gátló táji mirigyeket*, közvetett úton a véráramba juthatnak. Még korábbi szakban is beállhat az általános *infectio*, ha megadjuk a lehetőségét annak, hogy a felhalmozott *bacillusok* közvetlen úton, például erek átmetésével juthatnak a véráramba.

Kérdés tehát, van-e *jogosultsága* a pustula be- vagy kimetszésének, van-e gyógyhatása az *infectio* helye közelében eszközölt *antiseptikus* anyagok befecskendezésének, mikor az *infectiosus* anyag már a környéki mirigyeket is infiltrálta? S ha netán a helybeli sebész *kautélakkal* együtt a táji mirigyeket is kiirtanók, vajjon bizonyosak lehetünk-e abban, hogy ezzel az összes *anthraxbacillusokat* eltávolítottuk? S ha ily módon sebész beavatkozással az *infectiosus* anyagot eltávolítani, illetőleg az *infectio* tovaterjedését meggátolni nem tudjuk, a midőn a szervezet hatalmas védőereje az *infectiót* esetleg már az *infectio* helye és a táji mirigyek közé szorította és lokalizálta, a *toxinokat* közömbösítette, mondhatnám megbirkózott a fertőzéssel, ekkor nekimegyünk a pustula be- vagy kimetszésének, vérereket nyitunk meg és szabad utat nyitunk a *fel-szaporodott bacillusok* bejutásának a véráramba s így a fertőzés általánossá válásának.

S hogy ez nemcsak a *theoriában*, hanem a *gyakorlatban* is így van, *Müller* és *Masing* közölt esetei bizonyítják, midőn 6–7 nap óta fennálló, jó lefolyást mutató végtaganthrax-esetek az oedema ellen alkalmazott *incisiók* után 1–2 nap alatt hirtelen, átmenet nélkül *septicaemiás* tünetek között vezettek halálhoz.

Talán idézhetem *Schwartz* szavait: „man kann eher sagen, die meisten bisher mit Incisionen und sonstigen Manipulationen behandelten Fälle sind nicht durch diese, sondern trotz dieser geheilt“.

Tehát a fertőzött testrész és a test nyugalomba helyezése, az *expectativ* és *roboráló eljárás* mellett törünk lándzsát.

Az anthrax serumkezeléséről később fogok szólni.

Ezek előrebocsátása után áttérek *boldogult Róna* tanár *anthrax-anyagának* — melynek egy részét részben a kórházban alkalmaztatásom ideje alatt, részben azóta volt alkalmam megfigyelni — ismertetésére s rátérek az osztályon követett bőranthrax-terápiának rövid méltatására.

1899 szeptember 2.-ától 1910 február hó 9.-éig, tehát körülbelül 10 év alatt 64 *anthraxban* szenvedő beteg kezeltetett a *boldogult Róna* tanár bőrbetegosztályának függelékét alkotó fertőzőbeteg-osztályon.

Mindjárt előre kell bocsátanom, hogy a 64 eset közül 40 esetben volt a *bakteriologiai* lelet *positiv* és 24 esetben részben *negativ*, részben erre vonatkozó feljegyzést a kórtörténetekben nem találtam, de mind a 24 esetben a bőranthrax *typusos képe* volt jelen.

S itt hivatkozhatom mindjárt *Barlach*, de különösen *Lewin* beható vizsgálataira, melyek szerint a *bakteriologiai* lelet *negativitása* nem zárja ki egyszersmint az *anthrax* jelentését is. Hogy *Barlach* szavait idézzem: „die bakteriologische Untersuchung von Milzbrandpusteln durchaus nicht immer zu positiven Resultaten führe, weil die Erreger durch Antiseptika abgetötet, oder durch secundäre Keime verdrängt oder überwuchert sein können“. A vérben pedig a *bacillusok* csak igen súlyos esetekben és úgyszólván közvetlen a halál előtt mutathatók ki.

Ennek ellenére ki kell emelnem azt, hogy a bakteriologiai vizsgálat a bőranthrax félre nem ismerhető, typosos volta mellett is nagy jelentőségű és különösen a mai serumtherapia mellett határozottan *szükséges* a diagnosis positivitásához, még pedig nem csak a kétes esetekben, hanem *minden* esetben.

Távol áll tőlem, hogy Önöket, t. Uraim, a 64 kórtörténet ismertetésével untassam. Azokat áttekinthetőség okából, minden a kórlefolyásra vonatkozó fontosabb adat pontos feltüntetésével táblázatba foglaltam össze, mely bárkinek rendelkezésére áll.

* * *

Érdekesebb eseteim a következők:

3. eset: ¹ G. L. 47 éves nyersbőrmunkás. Felvétel: 1900 november 19.-én. Infectio 2 nap előtt ismeretlen okból. Fertőzések gócz: baloldalt az áll alatt, az állszöglet és állcsúcs között közepén. Erős oedema a bal arczfélén, mindkét szemhéjtájon (szemeit alig nyitja), az egész nyakon, úgy hogy az arc egy vonalban megy át a nyakra. Hőmérsék 38.3 C°. Anthrax positiv. Th.: november 20.-án 6 Pravaz 3%-os carbol-oldatból a pörk körül. November 21. A larynx és trachea fölött újabb tojásnyi, merev oedemák képződtek, melyek fölött apró hólyagocskák emelkednek. 10 Pravaz 3%-os oldatból az oedemák körüli részekbe. Este exitus, 5 nappal az infectio után.

5. eset: H. F. 52 éves napszámos. Felvétel: 1900 november 15.-én. Infectio 5 nap előtt ismeretlen okból. Fertőzések gócz: jobb állkapocsszöglet. Oedema jobb fülön, arczfélén, szemhéjakon, homlokfele és a nyak jobb oldalán. Hőmérsék 40.1 C°. Anthrax positiv. Th.: incisiók az oedemák területén. November 17.-én halál, 8 nappal az infectio után.

6. eset: R. A. 28 éves bőrgyári munkás. Felvétel: 1901 március 8.-án. Infectio 2 nap előtt ismeretlen okból. Fertőzések gócz: jobb állszöglet alatt két ujjnyira. Oedema a jobb egész arczfélén, a fossa submaxillaris párnaszerűen kitöltött. Hőmérsék 39.2. Anthrax positiv. Th.: 4 Pravaz 3%-os carbol-injectio a megbetegedett rész körül, a mi március 10 és 14.-én megismételtetik; március 30.-án gyógyult, 24 nap alatt.

7. eset: L. A. 18 éves paplangyári munkásnő. Felvétel: 1901 augusztus 18.-án. Infectio 1 nap előtt ismeretlen okból. Fertőzések gócz: jobb felső szemhéj. Oedema a homlokon, a hajzatos fejbőrre a tarkóig, a felső, alsó ajak jobbfelére és a jobb nyakfélre kiterjedve. Hőmérsék 39 C°. Anthrax positiv. Augusztus 20. A vizenyő leterjed a mellkasra. Th.: 6 Pravaz 3%-os injectio. Augusztus 21.-én 10 injectio, augusztus 22.-én 10 injectio. Exitus 5 nappal az infectio után.

8. eset: L. J. 32 éves. Kocsis nyersbőrkereskedőnél. Felvétel: 1901 augusztus 22.-én. Infectio 5 nap előtt ismeretlen okból. Fertőzések gócz: bal bordaív alatt a gyomortájon. A centrális gócz körül két férfitenyérszerű oedema. Hőmérsék 39.8 C°. Anthrax +. Th.: 6 Pravaz 3%-os carbol-injectio. Augusztus 24.-én 5 Pravaz, augusztus 25.-én 2 Pravaz injectio. Gyógyult október 2.-án, 47 nap alatt.

9. eset: M. K. 46 éves háziszolga. Felvétel: 1902 szeptember 30.-án. Infectio: 3 nap előtt, borbélyüzletben borotválkozva. Fertőzések gócz: bal állkapocs-izület fölött. Mindkét állzug és fül melletti táj, nyak és mellkas le a bordaívekig erősen oedemás. Hőmérsék 37.2 C°. Anthrax +. Th.: 18 Pravaz 3%-os carbol-injectio. Október 1.-én exitus, 6 nappal az infectio után.

10. eset: V. K. 45 éves nyersbőrmunkás. Felvétel: 1902 december 8.-án. Infectio 3 nap előtt ismeretlen okból. Fertőzések gócz: tarkó baloldalán a proc. mastoideus alatt. Környezetében csekély oedema. Hőmérsék 37 C°. Anthrax +. Th.: az egész 1 cm. távolban az épen exstirpáltatott. Gyógyult december 29.-án, 21 nap alatt.

11. eset: H. A. 40 éves földmives. Felvétel: 1903 május 14.-én. Infectio 3 nap előtt bal szemöldökét megvakarta. Fertőzések gócz: bal felső és alsó szemhéj temporális tája. Bal arczfél egészben, fül mögötti táj, nyak oedemás. Hőmérsék 39 C°. Anthrax +. Th.: 3%-os carbol-injectiók. Gyógyult június 5.-én, 26 nap alatt.

¹ Tekintettel a táblázat kiterjedt voltára, a szerző beleegyezésével, hely hiánya miatt csak az érdekesebb eseteket közölhetjük rövidítve.
A szerkesztőség.

13. eset: S. J. 39 éves szolga nyerstermény-kereskedésben. Felvétel: 1903 szeptember 21.-én. Infectio 5 nap előtt állati szőrökkel manipulált. Fertőzések gócz: a nyak bal oldalán, a musc. stern. cleid. mastoideus közepén. Oedema a nyak bal oldalán, a bal válltájról és az egész bal mellkasra kiterjedően. Hőmérsék 40 C°. Anthrax +. Th.: tisztán conservativ. Gyógyult november 4.-én, 19 nap alatt.

20. eset: S. M. 18 éves földmivesnő. Felvétel: 1904 szeptember 27.-én. Infectio: 3 nap előtt, megvakarta arcát (tehenük lépfenében pusztult el). Fertőzések gócz: bal arcz közepén. Az egész bal arczfél a fejtetőre terjedően, a nyak és mellkas a közepéig erősen oedemás. Hőmérsék 39.7 C°. Anthrax +. Th.: conservativ. Gyógyult december 8.-án, 73 nap alatt.

21. eset: S. A. 39 éves kocsis. Felvétel: 1905 április 20.-án. Infectio 6 nap előtt ismeretlen okból. Fertőzések gócz: bal arczfélén, a pofa közepén. Bal arczfél, nyak, mellkas felső része oedemás. Hőmérsék 40.3 C°. Anthrax +. Th.: conservativ. Gyógyult június 14.-én, 62 nap alatt.

26. eset: D. J. 26 éves napszámos. Felvétel: 1904 március 26.-án. Infectio 8 nap előtt, állati hulladékokkal dolgozott. Fertőzések gócz: mindkét bal szemhéj. Az egész bal arczfél, a nyak bal fele és a mellkas a bimbótájiig oedemás, kis fokban a jobb arczfél és szemhéj is. Hőmérsék 38.7 C°. Anthrax +. Th.: conservativ. Gyógyult április 20.-án, 34 nap alatt.

31. eset: K. A. 23 éves napszámos. Felvétel: 1906 augusztus 4.-én. Infectio 3 nap előtt. Buzával telt zsákokat hordott a hajókból. Fertőzések gócz: a nyak bal felén és külön a szegycsont fölött. Bal arczfél, nyak, mellkas, has a köldökig oedemás. Hőmérsék 39.8 C°. Anthrax +. Th.: conservativ. Gyógyult szeptember 6.-án, 37 nap alatt.

37. eset: K. L. 70 éves földmives. Felvétel: 1907 július 27.-én. Infectio 7 nap előtt, elhullott állatot nyúzott és esonttal megszúrta kezét. Fertőzések gócz: bal kézhat felülete. Ujjak, kézfej, al- és egész felkar deszkaszerűen infiltrált. Hőmérsék 40.0 C°. Anthrax +. Th.: conservativ. Gyógyult augusztus 17.-én, 29 nap alatt.

41. eset: T. P. 28 éves fűszerkereskedő. Felvétel: 1907 augusztus 30.-án. Infectio 4 nap előtt ismeretlen okból. Fertőzések gócz: jobb mellkas III. bordaközén. Egész jobb mellkasfél a baloldalra is áttérjedően erősen oedemás. Hőmérsék 39.3 C°. Anthrax +. Th.: conservativ. Gyógyult október 5.-én, 41 nap alatt.

43. eset: T. J. 46 éves földmives. Felvétel: 1907 szeptember 2.-án. Infectio 13 nap előtt. Elhullott tehen bonczolásakor segédkezett. Fertőzések gócz: bal mutatóujj ulnaris oldalán és külön az alkar hajlító felületén. Egész végtagra kiterjedő oedema. Hőmérsék 38.2 C°. Anthrax +. Th.: conservativ. Gyógyult szeptember 14.-én sarjadzó sebbel (26 nap.)

47. eset: B. J. 50 éves napszámos. Felvétel: 1907 október 5.-én. Infectio 8 nap előtt, lépfenében elhullott tehen bonczolásakor segédkezett. Fertőzések gócz: mindkét kézhatón és jobb kéztőizület proc. styl. radii táján. Mindkét felső végtag egészében oedemás. Hőmérsék 39.8 C°. Anthrax +. Th.: conservativ. Gyógyult október 22.-én, 26 nap alatt.

54. eset: K. F. 54 éves földmives. Felvétel: 1908 június 19.-én. Infectio 6 nap előtt ismeretlen okból. Fertőzések gócz: bal alkar közepének háti felületén és külön a bal praeauricularis tájon. Az egész bal felső végtagra, az arcra és nyakra kiterjedő erős oedema. Hőmérsék 39.8 C°. Anthrax +. Th.: conservativ. Gyógyult július 1.-én, 22 nap alatt.

58. eset: P. P. 36 éves gazdasági cseléd. Felvétel: 1909 szeptember 7.-én. Infectio 6 nap előtt, elhullott tinó bonczolásakor segédkezett. Fertőzések gócz: jobb felkaron egy, alkaron kettő, bal könyök fölött egy, alkaron két typosos gócz. Mindkét egész felső végtagra kiterjedő deszkakemény oedema. Hőmérsék 39.6 C°. Anthrax +. Th.: conservativ. Gyógyult szeptember 24.-én, 24 nap alatt.

62. eset: M. K. 48 éves napszámos. Felvétel: 1909 november 15.-én. Infectio 1 nap előtt ismeretlen okból. Fertőzések gócz: nyak bal oldalán az állszöglet alatt. Bal arczfélre, egész nyakra, hátul az I. ágyéksigolyáig, elől a köldökig terjedő oedema. Hőmérsék 40.4 C°. Anthrax +. Th.: conservativ.

November 18. Az oedema rendkívül nagy, dyspnoë, delirium. Reggel 3^o/o-os carbol-injectiók, délből és este 20—20 cm³ Detre-féle immunserum intravenosusan.

November 19. Lázatlan állapot, a sensorium tiszta, meglepően jó közérzet, az oedema nagy részben már visszafejlődött.

November 27. Phlegmone jelentkezése az injectiók nyomán.

November 29 és december 3. Incisiók.

Gyógyult 1910 január 16.-án.

64. eset: Sz. G. 30 éves postás. Felvétetett 1910 február 9.-én. Infectio 7 nap előtt ismeretlen okból. Fertőzéses gócz: bal arczfélén. Bal állalatti, nyaki és kulcsfont fölötti táj erősen oedemas. Hőmérsék 39.4 C^o. Anthrax +. Th.: február 9.-én délután 5 órakor 20 cm³ Detre-féle immunserum intravenosusan.

Február 10.-én 10 cm³ Detre-féle immunserum intravenosusan.

Gyógyult február 22.-én, 21 nap alatt.

* * *

Szabadjon a részletes táblázat, illetőleg a kórtörténetek resuméját összefoglalnom, hogy ebből kritikai alapon a conclusiókat érthető módon vonhassam le.

10 év alatt 49 férfi és 15 női, összesen 64 anthraxos beteg fordult meg az osztályon.

A betegek kora 17 és 70 év között változott, a legtöbbnek életkora 30—50 évre tehető.

A betegek foglalkozását illetőleg 33, vagyis 51.56^o%, tehát több mint a fele mezőgazdasági, 10 azaz 15.63^o%, tehát körülbelül 1/6-a ipari munkás volt, a többi megbetegedés kereskedő, állatorvos, metsző, vendéglős és más foglalkozású között osztott meg.

A betegek a fertőzés időpontjától számított 2—8., illetőleg 13., 14., 21. napon, de túlnyomóan a 3—5. napon vétettek fel az osztályra.

A fertőzés a mezőgazdasági munkás betegeinken lépénés állatokkal való érintkezés, a lépénés állat hullájának eltakarítása, lenyúzása, boncsolásakor való segédkezés útján jött létre. Ipari munkás betegeink lószőrönő gyárban, paplanagybetétkészítő gyárban és állati bőrökkel való manipulatio közben szereztek a fertőzést. Négy esetben légyecsapásra volt visszavezethető a fertőzés oka; a többi esetben pedig a fertőzés eredete kideríthető nem volt.

Az elsődleges fertőzés helye következőképpen oszlott meg:

a fejen	30 esetben	46.87 ^o %
a nyakon	10 „	15.63 ^o %
a törzsön	2 „	3.12 ^o %
a felső végtagon	19 „	29.68 ^o %

volt a pustula vagy necrosis gócz található.

Az elsődleges fertőzés 3 esetben, 4.68^o%-ban multiplex volt.

Érdemesnek tartom felemlíteni, hogy a primaer gócz egy esetben a jobb mellkasfél elülső hónaljvonalában, a III. bordaközben, egy esetben a bal bordaív alatt a parasternalis vonalban, tehát a gyomorfundus táján volt található.

A multiplex esetek közül egy esetben az alkaron és a praeauricularis tájon, egy esetben mindkét alkaron és a jobb könyök táján, és egy esetben a kéztő feszítő oldalán és ugyanazon alkaron fejlődött ki ugyanazon időben a pustula, illetőleg a necrosis gócz.

A fertőzéshez társult oedema igen nagy volt 30 esetben, közepes kiterjedésű volt 23 esetben, szigorúan a fertőzéses gócz körzetére szorítkozott 9 esetben és teljesen hiányzott 2 esetben.

A hőmérsék a betegség egész tartama alatt 37.0 C^o alatt volt 14 esetben és már a kezdeti szakban 39.0 C^o-ot meghaladó volt 31 esetben.

A mi a gyógyjelzést illeti — melyre később még bővebben fogok visszatérni —, a 64 eset közül

tisztán expectativ úton	54 eset,	84.37 ^o %
sebészti úton	8 „	12.50 ^o %
serummal	2 „	3.12 ^o %

kezeltetett. Ha tekintetbe vesszük azt is, hogy az osztályra való felvétel előtt 4 esetben az infectio helyének azonnali kiégetése és 3 esetben a keletkezett pustula bemetszése és desinfectiója is történt, akkor

tisztán expectative	47 eset,	73.44 ^o %
sebészileg	15 „	23.43 ^o %
serummal	2 „	3.12 ^o %

kezeltetett.

Az osztályt teljesen gyógyultan	44 beteg
az anthraxból gyógyultan, sarjadjó sebbel	12 „
hagyta el, és meghalt	8 „

Gyógyult tehát	87.5 ^o %
meghalt	12.5 ^o %

A gyógyult esetek közül pedig tisztán expectativ, tehát conservativ úton kezeltetett 73.44^o%.

A betegség gyógytartama, beleszámítva az incubatiót is, 18—71 nap között variált, túlnyomó számban 22—30 napig tartott. A halál a fertőzéstől számított 5., 7., 9., 11. napon következett be.

(Vége következik.)

Az orrkagylótúltengések és az orrsövény-tövissek új műtéves-módjáról.¹

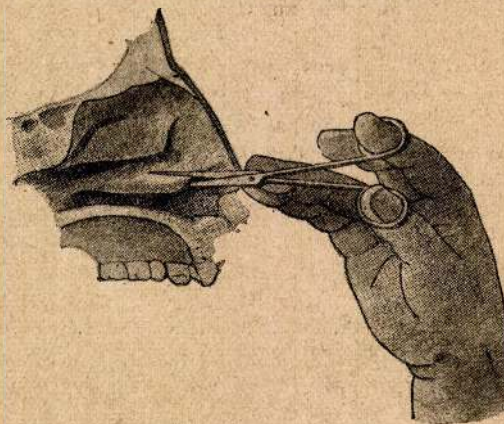
Irta: Tóvölgyi Elemér dr.

Ezelőtt öt évvel úgy az Orvosi Hetilapban (1905. 5. sz.), valamint a Fränkel-féle Archiv für Laryngologie-ban beszámoltam ama műteti eljárásról, a melyet én, jelenleg már több mint tíz éve, az orrkagylótúltengések eltávolítására alkalmazni szoktam.

Az utóbbi öt év alatt ez irányban szerzett újabb tapasztalataim arra indítanak, hogy ezt az eljárást, a mely az összes hasonló műtétek között a legegyszerűbb, a leggyorsabb és a legalaposabb, kissé részletesebben ismeressem, annyival inkább, mert nem csupán a kagylótúltengések, hanem az orrsövénylécetek és tövissek eltávolítására, sőt egyéb orrműtétek alkalmával is sikerrel alkalmazható.

Mint általánosan ismert körülményt csak futólag kell megemlítenem, hogy a conchotomiáknál, néhány komplikáltabb és a célnak nem mindig megfelelő műszertől eltekintve, a drótkacs és az élükre hajlított különböző ollók jöhetnek tekintetbe.

A kacsaműtéteknek azonban több hátrányuk van. A hidegkacsal csupán szakíthatunk, és így a túlságos ronesolás mellett még azt sem állapíthatjuk meg előre gondosan, hogy az eltávolítandó részlet nem lesz-e nagyobb vagy kisebb a kelleténél.



1. ábra.

Továbbá úgy a hideg, még inkább a galvanocautikus kacsánál, a hol a túlságosan lágy platindrótra vagyunk utalva, a cocainozás folytán erősen összezsugorodott kagylószövetet csak nagy nehézségek árán tudjuk úgy a hogy megfogni.

További hátránya a kacsaműtéteknek, hogy az alsó kagylókon csupán hátulsó, szabadon álló túltengéseik jelenlétekor jöhetnek számításba; ha az elülső rész is hypertrophiás, ennek az eltávolítását már az élére hajlított ollóval kell eszközölni.

Az én műteti eljárásom egyetlen műszere az egyenes olló,

¹ Előadott az 1909. évi nemzetközi orvoscongressus gévészeti szakosztályában.

és az egésznek a kulcsa egy-két fogás, helyesebben mondva ama mód, a hogyan az ollót a műtét alkalmával a kezünkben tartjuk.

A mint azt az 1. számú ábra mutatja, az olló alsó gyűrűjébe a hüvelyk-, a felsőbe a mutatóujj kerül, a középső az olló felső peremén, a negyedik magán az olló tengelyén nyugszik, a mivel a műszer szilárd tartása a legtökéletesebben van biztosítva.

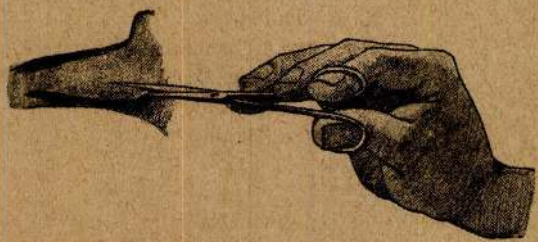
Ez a kéztartás a műtét további folyamán némi változásoknak lesz alávetve, minthogy az első egy-két metszés után, a mint az olló mind mélyebben hatol az orrüregbe, a térhiány miatt csupán a hüvelyk és a mutatóujj marad a helyén, a másik kettő, az egyik az olló peremén, a másik a tengelyén, mindinkább hátrahúzódik, egészen a gyűrűk széléig. Ez a helyváltozás a műtét folyamán teljesen ösztönszerűen megy véghez, ennél fogva semmiféle különös nehézséget nem okoz.

Az alsó kagyló műtete ezek szerint a következő módon megy végbe:

Az említett kézfogásban az olló egyik szárát a kagyló mögé, a másikat annak külső részére helyezzük, azután a mennyire lehet betoljuk, az olló szárait úgy forgatva, hogy csak éppen annyi kagylószövet essék közéjük, a mennyit éppen el akarunk távolítani. Minél nagyobb az eltávolítandó kagylórészlet, annál jobban kell az ollót az élére állítani (2. számú ábra) és viszont (3. számú



2. ábra.



3. ábra.

ábra). Ezt pedig a kézhát fokozatos emelésével vagy süllyesztésével érjük el.

Minthogy a műtét folyamán minden egyes metszés alkalmával úgy állíthatom be a műszert, a hogy akarom, lehetővé van téve, hogy egy és ugyanazon kagylóból, mindig a túltengésnek megfelelően, nagyobb vagy kisebb részletet távolíthassak el.

Az alsó kagylók túltengése rendszerint hátrafelé növekedik, azért ily esetekben csaknem a lapjára hajlítva az ollót kezdem a műtétet és az élére állítva végezem be.

Az utóbbi öt év alatt, a középső kagylókat is beleszámítva, százhuszonhét kagylótúltengést távolítottam el ezen a módon és nyugodt lelkiismerettel mondhatom, egyetlen egy esetben sem vettem el többet vagy kevesebbet a szükségesnél. Ez, úgy vélem, elég jó eredmény. Sohasem állítottam azonban, és nem is fogom állítani, hogy más módon hasonló eredményt elérni ne lehetne, elvégre ki minő eljárásba gyakorolja be magát, reá nézve az lesz a legtökéletesebb, de nem egyszersmint a leg-egyszerűbb és a leggyorsabb, a mi a betegre és az orvosra nézve mégis csak a legkellemesebb. Ha Flatau-nak a lefolyt congressuson csupán ama megjegyzése volt erre az eljárásra, „hogy az ennyire való egyszerűsítése a műtétnek nem mindig helyes, mert akkor a nem specialista orvos is belékontárkodik“, úgy ezt inkább dicsé-

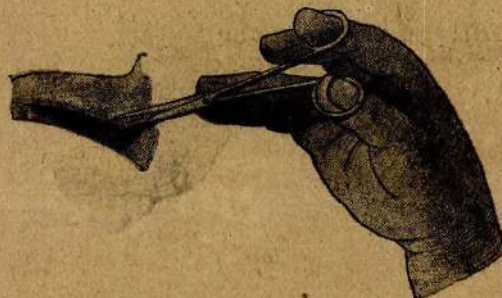
retnek tekinthetem, semmint vádnak. Mint vád különben sem állhat meg, minthogy a műtétet kívül még sok minden más oly körülmény is szerepel hasonló esetekben, a melyek a nem specialistát feltétlenül visszaríasztják a próbálkozástól.

Eljárásommal az alsó kagyló teljes leválasztása nem tart tovább nyolcz-tíz másodpercznél. Cocain a megengedett határokon belül tetszés szerint adható, mert bármennyire zsugorodik is a kagyló, az egyenes olló részére mindig hozzáférhető.

A műtétkor főleg két körülményre legyünk figyelemmel, nevezetesen, hogy ha már megtettük az első kagylómetszést, az olló hegyét ne emeljük túlságosan a magasba, de ne is süllyesztjük. Az utóbbi esetben a kagyló hátulsó része elégtelenül vagy egyáltalán nem lesz reszekálva és ily esetben még egyszer be kell hatolnunk a műszerrel, hogy a még ott lévő túltengést eltávolítsuk. Az



4. ábra.



5. ábra.



6. ábra.

előbbi esetben az olló alsó szárának a kagyló boltozatába való ütközése a műtétet megakasztja. Mindkét hiba elkerülhető, ha szorosan a kagyló fekvésének az irányában tartjuk magunkat. (4. és 5. ábra.)

A középső kagyló partiális vagy lokális resectiója alkalmával az eljárás ugyanaz, a mint azt az alsó kagyló műtétekor ismertetem, csupán a kagyló helyzetének megfelelően változik némileg a kéz állása.

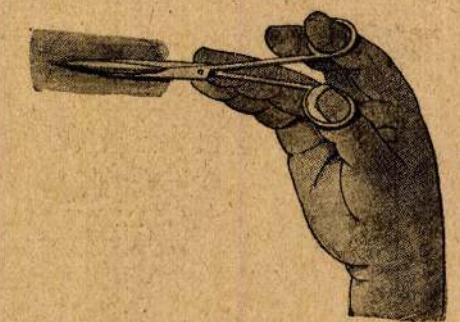
A jobboldali középső kagylóműtétkor a kéz az olló alatt foglal helyet (6. ábra), a baloldali alkalmával a kézhát esik felül és a műszer van alul. Némi gyakorlat után egyébként a baloldali középső kagylót a jobboldali kézállásban is operálhatjuk.

Oly esetekben, a melyekben a középső kagyló polyposusan elfajult, avagy a szintén hypertrophiás bulla ethmoidalisból és a

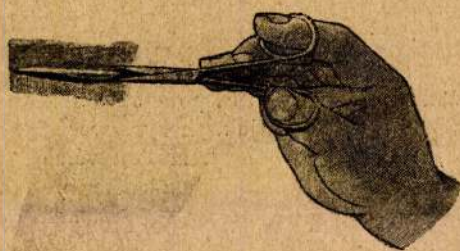
rostacsontsejtekből kitoluló polyposus tömegek miatt a kacs felvezetése nehézségekbe ütközik, szintén igen ajánlatos az egyenes ollóval kezdeni a műtétet. Egy-két bemetszés a középső kagylóba, nagyon megkönnyíti az ezen metszés irányában bevezetett kacsnak a működését.

Távol áll tőlem, hogy minden fajta orrműtetre ajánljam eljárásomat. De semmi esetre sem hallgathatom el azon eseteket, a melyekben ez a műtési eljárás előnyösebb hasonló fajta methodusoknál.

Az orrsövénytövis el távolítására rendszerint elégséges egy-két ollócsapás. Erre a célra egy mindkét végén hegyesen végződő olló szolgál. Az első metszéskor, a mennyire az orrszárnny csak megengedi, az olló két hegyét lehetőleg közel a derékszöghöz illesztjük a tövis alsó és felső tövéhez, az így alkotott metszés azután elég támpontot szolgáltat arra, hogy a kiálló részt jól az olló szárai közé foghassuk. A visszamaradó sebfelület kicsiny és teljesen sima, ennél fogva hamar gyógyul (7. és 8. ábra).



7. ábra.



8. ábra.

Az orrsövényléczek műtete teljesen hasonlóan megy végbe, csupán a lécz hosszúságához mérten több metszésre van szükség; tekintve, hogy a lécz többnyire az orrsövény csontos részére is reá terjed, erősebb karokkal bíró ollót kell választanunk.

Ha az orrsövényelgömbülés, a mint az többnyire előfordul, ily csontléczekkel van komplikálva, mielőtt a submucosus műtét-hez fognék, a kiálló nyúlványt az egyenes ollóval eltávolítom, a nélkül, hogy e helyen a nyálkahártyára figyelemmel volnék. Teszem ezt pedig azért, mert submucosus úton csak a legkivételesebb esetekben sikerül az ily léczeken túlerősen tapadó nyálkahártyát épségben megtartani és az eredmény még ekkor sem ér fel a reá pazarolt fáradsággal. Még egyetlen egy hasonló esetben sem láttam annak valamelyes kárát, hogy a léczeken tapadó nyálkahártyát feláldoztam.

Ez azonban nem jelenti egyúttal azt is, hogy egyéb sövényrészleteken a nyálkahártya leválasztásakor ne járjunk el a legnagyobb körültekintéssel.

Erősen hiszem, hogy a ki elfogulatlanul fogja megkísérteni műtési eljárásomat, az egyenes ollót többé nem igen fogja nélkülözhetni.

A Wright-féle vaccinás gyógyítás és opsonin-technika mai állásának ismertetése a londoni St. Marys-Hospitalban szerzett tapasztalatok alapján.

Irta: **Neuber Ede dr.**

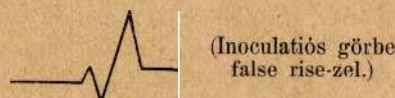
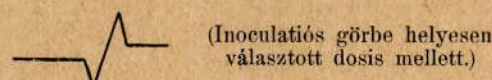
(Vége.)

Miképpen kell tehát viselkedni az opsoningörbének helyes adagolás mellett?

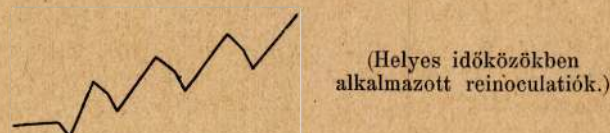
Tegyük fel azt az esetet, hogy egy új betegen a helyes dosist eltaláltuk, akkor az opsoningörbe lefutása a következő lesz.

A görbe bizonyos idő múlva a normális alá száll (negatív phasis), megtörténhetik azonban — főleg ha az inoculatio után

rövid időre végezzünk opsoninvizsgálatot, —, hogy ezt a negatív phasist egy igen rövid életű pozitív phasis előzi meg (false rise, initial rise). A negatív phasis rendszeren már a második napon jelentkezik; a harmadik napon az opsoningörbe emelkedni kezd, s bizonyos idő múlva jóval a normális niveau felett kulminál, majd lassan alászáll, s rendszeren huzamosabb ideig marad a normális niveau felett.



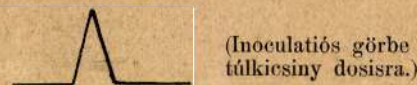
Igen fontos szabály, hogy minden következő inoculatiónál bevárjuk az opsoningörbe esését.



Igaz, hogy előnyösebb volna, ha az opsoningörbe culminatioja-kor adhatnánk a következő inoculatiót, s így két pozitív phasist egymással összekapcsolnánk. Sajnos, ez csak a legritkább esetekben sikerül, úgy hogy praktikus szempontokból nem jön tekintetbe.

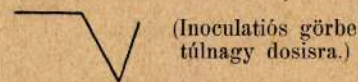
Ha egy olyan vaccinadosist adunk a betegnek, a melyik vérét csak igen csekély mértékben befolyásolja, akkor a negatív phasis kimaradhat, s csak a pozitív phasis jelentkezik.

Ilyen esetekben azonban az opsoningörbe nem emelkedik olyan magasra, mint az előbbi esetben, s nem is marad olyan sokáig a normális niveau felett.



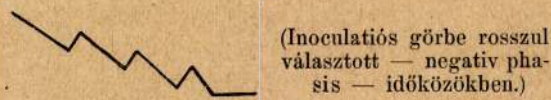
Ebben az esetben a betegnek nem ártottunk, mert a következő inoculatiónál a dosist korrigálhatjuk.

Ha azonban nagy vaccinamennyiséget alkalmaztunk, akkor a negatív phasis igen kifejezett s sokáig tartó; a false rise ilyenkor mindig kimarad, s az opsoningörbe esését rendszeren klinikai tünetek is kísérik, melyek többnyire fáradságban s elesettségben nyilvánulnak.



Ha túlnagy vaccinamennyiséget vittünk a szervezetbe, akkor a vér bakteriotropikus nyomása több hétre redukálódik s a pozitív phasis jelentkezését hiába várjuk.

A negatív phasis alatt semmi szín alatt sem szabad inoculálni; ilyen esetben a negatív phasisek összeadódnak.



Wright az új betegeken következőképpen jár el a helyes dosis megállapítása céljából.

Ha 24 órával az inoculatio előtt a beteg opsonin-indexe bizonyos kórokozóval szemben subnormális, s ha 24 órával az injectio után az index még alacsonyabb, akkor az adott vaccinamennyiség túlnagy volt.

Ha azonban a második, az inoculatio után (24 órára) végzett vérvizsgálat azt mutatja, hogy az index emelkedett, s ha ez az index 8—10 nap múlva az injectio előtti niveaujára süllyedt, akkor az alkalmazott vaccinadosis túlkicsiny volt.

Ha azonban az inoculatio után az opsoningörbe csekély esése látható, s ha az index még 8—10 nap múlva is jóval magasabban áll, mint az injectio előtt, akkor a vaccinadosis helyes.

Igen fontos tehát, hogy kis dosissal kezdjünk, s empiriásan alkalmazkodjunk a beteg szervezetéhez.

Wright még arra a téves felfogásra is figyelmeztet, a mely már igen sok balsikernek lett okozójává, tudniillik, hogy az immunitási reactio a következő inoculációk bakteriummennyiségének fokozatos emelésével nem áll egyenes arányban; nagyszámú kísérlete arra enged következtetni, hogy a vaccinadosisok ilyen progressiv emelése igen kellemetlen következményekkel járhat a betegre. Az adagok fokozatos emelésével elérkezhetünk ugyanis oly ponthoz, a hol az immunitási reactio felmondja a szolgálatot.

Igen fontos továbbá annak a helynek a megválasztása, a hol a bakteriumtesteket be akarjuk vinni.

Az inoculációt lehetőleg a beteg terület közelében adjuk. Továbbá, ha a lokálisan képződött védőanyagok olyan úton kerülnek a véráramba, a mely nem vezet a beteg területeken keresztül, ebben az esetben az antibakteriumos anyagok csak akkor kerülnek a beteg területtel érintkezésbe, ha már az összes vérmennyiséggel keverődtek s így hatásukban tetemesen gyengültek.

Az inoculatio helye tehát úgy választandó, hogy a lokálisan képződött antibakteriumos anyagok útja közvetlenül a beteg területen keresztül vezessen.

Wright az abscessusok és a furunculosisok nyílására kötést alkalmaz, melyet előzőleg steril czukor- és natriumacetat-oldatba márt; ez által a sebváladékok megalvadását gátolja meg, továbbá a fokozottabb osmosis-nyomás folytán a nyiroknak a sebüregebe való áramlását elősegíti, s így a friss, még meg nem kötött opsoninoknak az odajutását előnyösen befolyásolja.

Végül megemlítendő még, hogy Wright vaccinás terapiájának indicióit főleg chronikus lokális megbetegedésekben állítja fel (acne, furunculus, sykosis, scrophuloderma s egyéb tuberculosus typusok stb.).

Lokális idült folyamatok ugyanis nem váltanak ki vérreactiót, a serumban nincsenek vagy alig vannak immunopsoninok.

Ilyen esetekben előlt bakteriumtestek inoculálásával az immunopsoninok képződése elősegíthető s egyúttal a kórfolyamat kedvezően befolyásolható.

Wright a vaccinás gyógymód keretében még egyéb kisebb beavatkozásokat is javal. Így például acne, furunculus stb. eseteiben a beteg képletek feltárását, a kóros anyagok eltávolítását.

Ilyenkor ugyanis a bakteriumok által már megkötött opsoninok kiürülnek s friss serum odafolyását lehetővé teszik. A Bierféle kezelés is igen jó szolgálatokat tesz; a beteg területeken a vérkeringést elősegíti, s azokat friss vérrel illetve friss opsoninokkal látja el.

Wright acut megbetegedésekben ellenjavalltnak tartja a vaccinatiós eljárást, a mely felfogásnak munkáiban számtalanszor ad kifejezést.

Heveny megbetegedésekben ugyanis a szervezetben számtalan mikroba esik szíjjel s köt meg opsoninokat; könnyen érthető tehát, hogy ilyen esetekben a vaccinatióval csak a szervezetben keringő endotoxinokat szaporítjuk s a szabad normal és immun opsoninokat megkötjük.

* * *

A mint már fennebb említettem, Wright a vér antibakteriumos erejének mérésére nem határozza meg az összes antitestek mennyiségét, hanem kizárólag az opsoninindexet használja fel tájékozódás czéljából.

Wright opsonin-technikája igen komplikált s azonkívül több olyan tényezővel kell dolgoznunk, melyeket pontosan lemérni, számokban kifejezni nem tudunk. Kísérleti hibák elkerülése czéljából tanácsos ugyanazon kísérleti anyaggal több meghatározást eszközölni s ezeknek a középértékét tekinteni végeredménynek.

Wright intézetében az egyes meghatározások pontosságát úgy ellenőrzik, hogy ugyanazon kísérleti anyagból az intézetnek legalább két tagja egymástól teljesen függetlenül állapítja meg az indexet, s csakis megegyező vagy igen kis mértékben eltérő eredmények mellett tekintik a nyert értékeket diagnostikai vagy therapeutikai szempontokból felhasználhatónak.

Az opsoninindex meghatározása tehát az egész eljárás kulcsa. Maga a technikai rész Wright és iskolájának munkáiból, egyes ujitások kapcsán, ismeretes ugyan, de összefüggő egészben sehol sem található meg.

Az alábbiakban az opsonin-technikát szándékozom ismertetni, még pedig teljesen mellőzve mindenféle idegen újítást, tisztán a Wright-intézetben látott eljárás tárgyalására akarok szorítkozni.

Az opsoninindex meghatározásakor szükségünk van: 1. serummentes, vagyis kimosott véresejtekre, 2. bakteriumemulsióra, 3. beteg (megvizsgálandó) és egészséges vérsavóra.

A véresejtek praeparálása igen figyelmes bánásmódot igényel. Wright intézetében az illető orvos rendszeren a saját fehérvérsejtjeit használja kísérleteiben; összehasonlító eredmények ugyanis arra engednek következtetni, hogy különböző egyének leukocytái ugyanazon serum és bakterium-emulsió használata mellett igen különböző falóképességet fejthetnek ki. A 24 órán belüli ingadozások elkerülése czéljából ajánlatos a napnak bizonyos órájában vért venni. Jégsekcrenyben a véresejtek néhány órára eltehetők, falóképességükből még 4—5 óra múlva sem veszítenek annyit, hogy ez az eljárással érzékihető volna.

Egy 3—4 cm³-es üvegesövecskébe ennek kétharmad részéig 11²/₀ natrium citricumot tartalmazó 1⁰/₀-os konyhasóoldatot töltünk.

A natrium citricum-oldatot vagy naponta készítjük, vagy teljesen sterilen tartjuk.

Egy londoni cég (Davis and Co.) néhány évvel ezelőtt Wright adatai alapján 1⁵ gramm natr. citr.-t tartalmazó pastillák athozott forgalomba. Az utóbbiakkal a dolgozás igen kényelmes, egy ilyen pastillát ugyanis minden kísérlet előtt néhány pereczel 100 cm³ 1⁰/₀-os konyhasóoldatban feloldunk.

A natrium citricum oldat ugyanis igen hamar elromlik, s ilyenkor a fehérvérsejtek falóképességét igen kedvezőtlenül befolyásolja.

1—2 év óta Wright intézetében a 0.85⁰/₀-os konyhasóoldatot az 1⁰/₀-ossal cserélték fel. Wright szerint ebben az oldatban a fehérvérsejtek jobban fejtik ki a hatásukat. A natrium citricum-oldattal ²/₃ részig feltöltött üvegesövecskébe körülbelül 8—10 csepp vért csepegtetünk; minden 2—3 csepp után az ujjunkkal befogott üvegesövecskét fel- és aláfordítjuk, hogy a vér a folyadékkal jól összekeverődjék. Rázni nem szabad. Most a vérszemecskével telt üvegesövecske bizonyos időre centrifugába kerül. A centrifugálás időtartama a centrifuga perczenkénti forgás-számától s az emulsió sűrűségétől függ.

Szabály az, hogy a véresejtek leülepedése után a centrifugálást rögtön be kell szüntetni. Hosszas centrifugálás mellett ugyanis agglutinálódnak a fehérvérsejtek s a későbbi számolás pontosságát meghiúsítják.

Minden centrifugán (ugyanazon emulsiósűrűség mellett) meghatározandó tehát, hogy mennyi idő alatt tudja a véresejtek leülepteni.

Nem igen használható olyan centrifuga, mely perczenként 3000 forgásnál sokkal többet végez; ebben az esetben ugyanis szintén a fehérvérsejtek agglutinációjától kell tartanunk.

Wright intézetében vízi centrifugát alkalmaznak, mely perczenként 2000 forgást végez és nyugodtan működik (Crouch-centrifuga).

Ez utóbbi centrifuga használata mellett a fehérvérsejtek 3 percz alatt ülepednek le.

A véresejtek felett levő folyadékot leszívjuk, 1⁰/₀-os konyhasóoldattal helyettesítjük, az üvegesövecskét 2—3-szor fel- s aláfordítjuk az emulsió alapos összekeverése czéljából s addig centrifugáljuk az emulsiót, a míg a véresejtek éppen hogy leülepedtek. Ebben az esetben természetesen, a hol a serumot 1⁰/₀-os konyhasóoldat helyettesíti, rövidebb ideig kell centrifugálni.

Azelőtt Wright és tanítványai a vörösvérsejtek felszínét borító hárttyát, a leukocyták tömegét használták fel kísérleteikben. Tekintettel arra, hogy ennek a hárttyának a képződése nem mindig kifejezett, újabban a leülepedett vért magát használják fel. Az utóbbi módosítással 150—200 polynucleáris leukocytát magam is igen könnyen számolhattam meg egy készítményben.

A bakteriumemulsió készítése szintén kardinális pontja az eljárásnak. A „phagocytic count“, vagyis a phagocyták által bekebelezett mikrobák száma sejtenként ne legyen több 3-nál (normális serum behatása alatt), sőt a tuberculosishacillusnál ez a szám is lehetőleg 1.5—2.0-ra redukálандó.

Néhány évvel ezelőtt az utóbbi számok a tuberculosishacillusnál még ki voltak tolvá 2—4-ig, egyéb mikrobáknál 5—8-ig.

Számos ilyen irányú kísérlet a mellett szól, hogy kisebb számú bekebelezett bakterium számolásakor állandóbb eredményeket kapunk. Igen sűrű emulsió esetén megtörténhetik ugyanis, hogy 1—1 leukocytában olyan közel fekszenek egymáshoz a bakteriumok, hogy a pontos számolást lehetetlenné teszik.

A tuberculosibacillusok emulgálásához azelőtt a höchsti festékgérből való, a tuberculin előállításakor visszamaradt száraz bacillustesteket használták, ezeket 1.5%-os konyhasóoldat néhány cseppjével sűrű emulsióvá dörzsölték, majd felhígították, centrifugálták s a csövecskék alsó részében leülepedett rögök felett levő opaleszkáló folyadék felső részét leszívták, 30°-ig 60 C°-on sterilizték s használatig steril üvegesövecskébe eltették.

A legutóbbi időben ezt az eljárást egyszerűsítették az által, hogy most már gyári produktumoktól teljesen függetlenül dolgozhatunk, a mennyiben az emulsió elkészítéséhez csupán emberi tuberculosibacillus-culturára van szükségünk.

Az eljárás a következő: Glycerines bonillonban tenyésztett háromhetes tuberculosibacillus-culturát megfiltrálunk, a filterpapirosra maradt bacillustömeget 37 C°-on megszáritjuk s porcellán-mozsárban kissé széjjeldörzsöljük. Majd megfelelő üvegedénykébe téve autoklavban sterilizáljuk s elteszszük.

A mikor pedig tuberculosisemulsiót akarunk készíteni, ebből a tuberculosibacillus-készletből igen kis mennyiséget egy erre a célra készített üvegmozsárba helyezünk (Cuplan-Haydkins, emulsió mill., Angus & Co. londoni czégnél, Wigmorestr. kapható; kitünően használható bakteriumtömegek széjjeldörzsöléséhez; szép praecisiós munka, nagy hátránya azonban, hogy igen drága) s 1—2 csepp 1.5%-os konyhasóoldat hozzáadása után erősen dörzsöljük. Ez a keverék addig dörzsölendő, a míg kissé átlátszóbbá lett, ekkor 1—2 cm³ 1.5%-os konyhasó-oldatot adunk még hozzá.

Az egész keveréket egy nagyobb kaliberű pipettában többször felszívjuk, majd kis kémcsőbe öntjük s 2'-ig centrifugáljuk (Crouch-f. centrifuga, 2000 forgás percenként), míg a nagyobb rögök leülepedtek. A bakteriumtörmelék leülepedése után a még igen sűrű emulsiót lepipettázzuk s 7—10'-ig centrifugáljuk. A centrifugálásra természetesen itt sem lehet bizonyos időtartamot megállapítani. Addig kell centrifugálnunk, a míg a normális serum hatása alatt a phagocytálás-index 1.5—2.0. (A phagocytosis minden kísérletben 37 C°-on 15'-ig történik; lásd később.)

Az emulsióknak mindig a felső 2/3-a használandó csak, igen ajánlatos még az emulsió felszínét is lepipettázni, mert néha itt is találkozhatsz bakteriumtörmelékkel. Ilyen bakteriumemulsió steril enélve igen sokáig használható, használat előtt azonban az emulsiót többször fel kell szívní vagy néhány percre rázókészülékbe helyezni.

Más bakterium előkészítése egyszerűbb.

Fiatal agarculturából (a coli-csoportba tartozó bakteriumok és a Gram-negatív coccusok életkora 4—10 óra, a Gram-positívoké 24 óra legyen) platinkacsnyi mennyiséget 1%-os konyhasóoldat 2—3 cseppjével kis óráüvegben egy erre a célra elkészített, a végén legömbölyített üvegrúddal 2'-ig erősen dörzsölünk, majd successive addig adunk hozzá 1%-os konyhasóoldatot az emulsió folytonos keverése mellett, míg az 1 kacsnyi mennyiséget (2 mgm.) körülbelül 1 1/2 cm³-nyi konyhasóoldatban suspendáltuk. Az egész keveréket azután többször felszívjuk egy nagyobb kaliberű pipettába.

Igen ajánlatos az emulsiót körülbelül 1/2 órára rázókészülékbe helyezni, hogy a bakteriumok összetapadását lehetőleg elkerüljük.

Majd kis kémcsőbe öntjük az emulsiót s 4 perczig centrifugáljuk (Crouch-centrifuga), az emulsió legfelső részét lepipettázzuk s elöntjük (itt is, mint a tuberculosis-emulsiónál, bakteriumtörmelékkel találkozhatunk, mely az index meghatározásában zavarhat), majd az emulsió felső 1/3-át lepipettázzuk, kisebb steril kémcsőbe öntjük s a kísérlet megkezdéséig elteszszük. 1/2%-os phenol hozzáadása mellett ilyen bakteriumemulsió húzamosabb ideig használható.

Minden emulsió készítésekor meg kell győződnünk, hogy az emulsió megfelel-e a fentemlített követelményeknek. Ha a phagocytálási szám nagyobb háromnál, akkor addig centrifugálunk, míg ezt a számot körülbelül elértük.

Az emulsió makroszkopos megtekintésekor sem szabad elfelejtenünk, hogy a bacillusemulsiók sokkal koncentráltabbnak tűnnek fel, mint a coccusemulsiók; az utóbbiak igen gyengén opaleskálnak.

Végül még igen fontos, hogy lehetőleg egyenlő életkorú mikrobákkal dolgozzunk s lehetőleg egyenlő összetételű táptalajon tenésszük őket; ez utóbbi tényezőknek ugyanis nagy befolyásuk van a phagocytosira s a bakteriumok festékfelvételére.

A megvizsgálandó serum nyeréséhez szükséges vér egy erre a célra megörbített üvegesövecskében fogandó fel; az üvegesövecske kétoldalt 5—6 cm. hosszú capillarisan végződik.

A beteget felszólítjuk, hogy néhány perczig rázza a kezét, azután kaucukszalaggal valamelyik ujját a phalango-metaphalangealis izülettől a distalis vége felé leszorítjuk s a Wright-féle megörbített csövecske egyenes szárának láng felett kihúzott végével az ujjat a köröm közelében megsúruk, majd a kihúzott szár végét letörjük s a cső megörbített végét a vérző felületre helyezzük. A vér most az üvegesövecske tágabb részeibe ömlik. Ha kellő mennyiségű vért kaptunk, akkor a csövecske egyenes szárát néhányszor a láng felett elhúzzuk, majd beforrasztjuk. Lehűlés után ugyanis a levegő összehúzódik, a minek következtében a vér a megörbített részből a csövecske tágabb részébe kerül.

Nagyon kell vigyázni arra, hogy az egyenes szár melegítésekor ennek centrális végét ne hevítsük túlságosan, mert ebben az esetben a később behúzódo vér megpörkölődik s a serum hasznavehetetlen lesz.

A vér megalvadását siettetjük, ha a vért tartalmazó csövecskéket az „Opsonizer“-be teszszük. (Vizfürdő, állandóan 37 C°-ra beállítva, 20—30 nyílás van az oldalán, a melybe a csövecskék kerülnek. Előnye a thermostattal szemben, hogy a csövecskék gyorsabban melegednek fel 37 C°-ra s hogy igen kis helyet foglal el; a dolgozóasztal egyik sarkában is könnyen elfér s aránylag olcsó). Igen kell ügyelni arra, hogy a vér csakugyan megalvadjon; főleg hidegebb időben történhetik meg, hogy a vörsejtek leülepednek, a nélkül, hogy a vér megalvadott volna. Ha ilyenkor serum helyett plasmát veszünk, akkor a megalvadás kísérlet közben következhetik be.

Wright intézetében az opsoninindex meghatározása olyképpen történik, hogy két vagy több intézetbeli orvos serumát összekeverik s az utóbbi serum opsoninértékét a kérdéses serum opsoninértékével összehasonlítják.

Nem igen tanácsos csak egy ember serumát controllserumnak használni, mert Wright és mások minden kétséget kizárólag bebizonyították, hogy ugyanazon egyén serumának opsoninaktivitása a nap különböző óráiban igen különböző lehet. Minél több serumot keverünk össze, annál több reményünk lehet arra, hogy megközelíthetjük az ideális normál- (controll) serumot.

A midőn ezt a három tényezőt: a mosott vörsejteket, a bakteriumemulsiót és a serumokat használatra elkészítettük, az utóbbiakat az említett sorrendben a már fentebb leírt pipettába gummisapka segítségével felszívjuk; az egyes tényezők között csekély légréteg hagyandó.

Lehetőleg egyenlő pipettákat készítsünk.

A pipettába felszívott emulsióban a vörsejtek és a bakteriumok suspendálva vannak; igen természetes, hogy az utóbbiak a thermostatban néhány percznyi állás után a pipetta falára ülepednek. Ez a pipetta bármilyen elhelyezésével sem kerülhető el.

Minél nagyobb a pipetta kalibere, annál nagyobb réteget alkotnak a suspendált anyagok a pipetta falán s annál kevesebb alkalom nyílik a réteg alsóbb részeiben fekvő phagocytáknak és bakteriumoknak a réteg felett helyet foglaló serummal érintkezni. Pedig Wright alapvető kísérleteiből tudjuk, hogy a serum jelenlétének milyen fontos befolyása van a phagocytálási indexre.

Wright intézetében 5 mm. vastagságú üvegesöveket használnak ilyen pipetták készítésére. Igen kell vigyázni arra, hogy a pipetta túlvékony vagy túlvastag ne legyen; legjobb, ha a kihúzott része 16 cm. hosszú s a vége 1 1/2—2 mm. vastagságú.

A pipetták végére gummisapka illesztendő; a sapkába kis lyukat furhatunk, hogy a sapka levevésekor és feltevésekor a pipetta tartalma a sapkába ne ürüljön.

A serum pontos lemérésére igen nagy súly helyezendő; erre vonatkozó kísérletek azt mutatták, hogy a bakterium- vagy a vér-

sejt-emulsió hibás lemerése korántsem ad olyan nagy eltérést a végeredményben, mint már igen kis hibaforrás a serum lemerésében.

Majd az egészet vájt tárgyuveg mélyedésébe többször ki-
űritjük s ismét felszívjuk (Wright utasítása értelmében legalább
10-szer) s az utolsó felszívás után a pipetta végét beforrasztjuk
(a vért ilyenkor természetesen a pipetta felsőbb részeibe szívjuk)
s az opsonizerbe helyezzük. Igen fontos, hogy a pipettát be-
forrasztása után rögtön az opsonizerbe tegyük (a spontan phago-
cytosis elkerülése czéljából) s hogy az időt úgyiszólván másod-
perczeze megállapítsuk. Wright minden egyes alkalommal hang-
súlyozza, hogy a tévedések túlnyomó része ebben az irányban
történik. Ha ugyanazon anyag több próbáját ilyen értelemben meg-
vizsgáljuk, akkor kitűnik, hogy a néhány másodperczeze tovább idő-
zés az opsonizerben már ez eljárással érzékíthető differentiákat ad.

Az összes pipetták tehát egyforma ideig tartandók az
opsonizerben kivételük után a tartalmuk az alább leírandó módon
rögtön tárgyuvegre kenendő.

A kísérleti anyagnak az opsonizerben való tartása az idő
tekintetében a bakteriumok szerint különböző. A coli-csoportba
tartozó bakteriumok és a Gram-negatív coccusok 8—10 perczig
(tovább semmi esetre sem), a tuberculosisbacillusok s egyéb
mikrobák 15'-ig hagyandók az opsonizerben.

A meghatározott idő eltelte után a pipettákat az opsonizer-
ből kiveszszük, tartalmát vájt tárgyuveg mélyedésébe űritjük
(itt is olyan gummisapkát használunk, a melybe előzőleg kis
lyukat furtunk, hogy a pipetta beforrasztott végének letörése után
a kísérleti anyag a sapkába ne kerüljön negatív nyomás kelet-
kezése folytán; a folyadéknak a pipettából való kinyomása alkai-
mával ezt a kis nyílást hüvelykujjunkkal befogjuk), néhányszor
felszívjuk s kiűritjük, majd az utolsó felszívás után belőle egy
már erre a czélra elkészített tárgyuvegre 1—2 cseppet űritünk.

A tárgyuvegek elkészítése a következő:

Aetheres alkohol-ban (aa) megtisztítjuk őket, majd Bunsen-láng
felett néhányszor áthúzzuk s igen finoman szemcsézett csiszoló-
papirossal alaposan megdörzsöljük.

Igen fontos továbbá, hogy az üveg convex oldalán dolgozzunk;
a concav oldalon jó praeparatumot soha se kaphatunk. Közvetlenül
a felkenés előtt a már így elkészített tárgyuveget puha, de szövet-
szálakat el nem hagyó ruhával megtöröljük, hogy a kísérlet
közben reáakódott portól vagy csiszolópapírszemcséktől megszaba-
dítsuk, a melyek az anyag jó felkenését teljesen megghiúsíthatnák.

Az anyag felkenését egy a közepén kettétörtött tárgyuveggel,
úgynevezett „spraeder“-rel végezzük. Az ilyen sprader elkészítése
nagyobb gyakorlatot igényel.

Kiválasztunk néhány igen vékony tárgyuveget, a közepén
üvegráspolylyal megkarczoljuk és kettétörjük; ha ez a művelet
sikerült, akkor az egyik fél-targyuveg törési éle kissé concav, a
törési él pedig egész hosszában sima. Majd a törési él két sarkát
üvegráspoly segítségével eltávolítjuk.

Megtörténhetik néha, hogy a teljesen kifogástalannak látszó
sprader néhány trial-trip (próbafelkenés) készítése után teljesen
hasznavehetetlennek bizonyul.

Kezdőnek igen ajánlatos jó spradert beszerezni, mert siker-
telen munka esetén nem tudhatja, vajjon az anyag felkenésében
vagy a sprader elkészítésében hibázott-e? Wright azért ragasz-
kodik a sprader használatához, mert ha a műveletet közön-
séges tárgyuveg élével végezzük, akkor a fehérvérsejtek a prae-
paratum egész terjedelmében széjjel vannak szórva, míg jó
sprader használata mellett gyakorlott kéznek majdnem mindig
sikerül a kerek s a nagyobb leukocytákat a tárgyuveg egyik
oldalára áthúzni és így a kisebb vörösvérsejtektől izolálni. Ha
a praeparatum jól sikerült, akkor a felkenés körülbelül egy a
targyuveg hossz tengelyére haránt vonalban végződik; e haránt vonal
hosszában találhatók a leukocyták.

Ezekből érthető, hogy a jól készített praeparatum nagy idő-
megtakarítást jelent.

A felkenés következőképpen történik: A jól letörült tárgyu-
vegre 1—2 cseppet adunk a vizsgálati anyagból (a felkenésnek
a tárgyuveg utolsó 1/3-ában kell végződnie, nem szabad tehát az
anyagból túlsokat venni, különben az anyag legértékesebb részének,
a leukocytáknak nem marad hely a tárgyuvegen) s a sprader
homorú élével olyan mozgásokat végzünk, hogy az anyag a sprader

élének egész hosszát ellepje, majd 40—50 foknyi szög alatt az
anyagot igen gyenge egyenletes nyomás mellett a tárgyuvegre
kenjük.

A tuberculosisbacilluson kívül igen egyszerű a bakteriumok
festése. A tuberculosisbacillusok festése a következő: 2'-ig fixáljuk
a praeparatumot methyalkoholban, 2'-ig festjük kissé felmelegített
carbol-fuchsinban, 2'-ig dekoloráljuk 2.5%-os kénsavoldattal s
1—2'-ig festjük methylenkékkel.

Carbol-fuchsinnal nem szabad sokáig s nem szabad igen
melegen festeni (az irodalomban található sikertelen kísérletek egy
része erre a körülményre vezethető vissza), mert ilyenkor meg-
történhetik, hogy a sokáig alkalmazott vagy a túlmeleg festék a
fehérvérsejtek burkát megpukasztja s a tuberculosisbacillusok
mintegy kiesnek a fehérvérsejtekből.

Az utóbbi körülmény nagy zavarokra adhat alkalmat a
phagocytálási szám megállapításában, mert némely esetben nem
tudhatjuk, hogy phagocytálódott-e a bacillus, vagy csak hozzátapadt
a leukocytához.

Esetleg 4%-os eczetsavoldattal eltávolíthatjuk a vörösvér-
sejteket, hogy a számoláskor zavarólag ne hassanak; az utóbbi
művelet azonban csak akkor ajánlatos, ha a készítmény kifogás-
talanul sikerült.

Egyéb bakteriumok festésekor a készítményt néhány perczig
telített szublimatoldattal fixáljuk, majd 2—3'-ig carbolthionindattal
festjük.

A fehérvérsejtek és a bennük foglalt bakteriumok meg-
számálása mindenesetre az egész technika legkényesebb része.
Az objectivitas minden tekintetben megőrzendő.

Wright intézetében a legutóbbi időben 100 polynucleáris
leukocytát számolnak meg; néhány évvel ezelőtt csak 20-at
számoltak meg. Úgy látszik azonban, hogy még Wright sem kapott
ilyen csekély számú leukocytá meg számolásával kielégítő eredményt.

Csak a polynucleáris leukocyták veendőek figyelembe. A lympho-
cyták normális viszonyok mellett nem phagocytálnak. A leukocyták
megszámolásakor a következőkre kell figyelniünk: az agglutinálódott
leukocytákat el kell hanyagolnunk, továbbá nem szabad olyan
leukocytákat tekintetbe venni, a melyeken magoszlási productumok
a pontos számolást megnehezítik. A rosszul festődő coccusokat
magukba záró leukocytákat szintén el kell hanyagolni, sőt azokat
is, melyeknél nem tudunk biztosan meggyőződni arról, hogy a
bakteriumok a sejten belül vagy kívül fekszenek-e.

Ha 100 leukocytában megszámláltuk a bakteriumokat, akkor
a phagocytálási számot s később az opsoninindexet igen könnyen
megállapíthatjuk.

Ha a bakteriumok számát elosztjuk a phagocytáló leukocyták
számával, megkapjuk a phagocytálási számot (phagocytic count).
Ha a beteg phagocytálási számát elosztjuk az egészségesével, meg-
kapjuk az opsoninindexet.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Alexander Haig: Harnsäure als ein Factor bei der Ent-
stehung von Krankheiten. Autorisierte Übersetzung der 7. engli-
schen Ausgabe von M. Bircher-Benner. Berlin, 1910.

A szerző fenti könyvében igazolni igyekszik azon álláspont-
ját, hogy bizonyos működés zavarok és anatómiai elváltozások
okát a húgysavnak a vérben és a szervezetben való felhalmozódá-
sában lelhetni meg. Így a fokozott vérnyomás, fejfájás, epilepsia,
convulsiók és hysteria, némely szellemi zavar, kimerülés, szív-
gyengeség, asthma és hörgőhurut, dyspepsia és köszvény okát a
húgysav felhalmozódásában véli megtalálhatni a szerző. A Raynaud-
féle idiopathiás bőrelhalás, a paroxysmális haemoglobinvizelés, a
szegényvérűség, a fehérjevizelés és Bright-kór, nemkülönben a glyco-
uriák és diabetes mellitus, a köszvény, az idült esz- és szívbántal-
mak aetiologiájában helyet keres a húgysav számára. Ezek volná-
nak a mű egyes fejezetei, melyekhez bevezetőképpen a húgysav
képződését és kiválasztását s befejezőképpen az általa követett
vizsgálati módszereket ismerteti a szerző. Ez a felsorolás így ren-
detlen egymásutánjában talán grotesk hatást kelt s az ember szinte

úgy érzi magát, mintha valamely modern csodaszer hírlapi reklámját olvasná, s mégsem tagadható meg a szerzőtől a nagyon komoly, experimentális alap, melyre művét s levont következtetéseit építette. Évek hosszú során át — 2990 napon keresztül — vizsgálta saját purinforgalmát s ennek a vérkeringésre, az anyagcserére s számos functiók zavarra és betegségre való befolyását. Más kérdés azonban az, hogy methodikája, a hogy arra már egy bűvárlatában His is figyelmeztetett, nem hibás-e; a szerző ugyanis a purintestek mennyileges meghatározására a nálunk kevésbé ismert Haycraft-féle módszert használja. Az bizonyos: a húgysav, mint kórokozó tényező, beláthatatlan és kiszámíthatatlan fontosságú, s ha Haig túl is lő a célon, könyve rendkívül sok és érdekes megfigyelést és új észlelést tartalmaz. Halász Aladár dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A jód használatában óvatosságra int *Krechl* tanár. Tapasztalatai alapján már régen leszokott arról, hogy a pajzsmirigynek bármilyen kimutatható elváltozása esetén jodot adjon, a mennyiben ez sokszor veszedelmesebb, mint a műtét. Igaz ugyan, hogy az olyan esetek, a melyekben jód adására a thyreoida-mérgezés tünetei állanak be, aránylag ritkák; csak az a baj, hogy az óvatosan tapogatózó használat sem óv meg a bajtól, a mennyiben néha már néhány kis adagra többé fel nem tartoztatható kóros folyamat indul meg. Az arteriosclerosis eseteiben annyira divatos jódkezeléssel is óvatosabban kell bánni, főleg ha a pajzsmirigy megnagyobbodott. Eddig még nem tapasztalta, hogy a thyreoida-mérgezés szempontjából a különböző jodkészítmények között különbség van. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. 47. szám.)

A szívbeteg nők férjhezmenéséről ír *Jaschke*, a greifswaldi gynaekologiai klinika segéde. 546 szívbeteg nőre vonatkozó statisztikája alapján csak 0.32% halálozást mutat ki a régebbi 12—50% halálozással szemben. Eseteinek 7/8-ában a rendes terhesség végén folyt le a szülés (az említett 546 nő 1525 terhességére vonatkoznak ezek az adatok), az eseteknek csak 4%-ában következett be elvetélés, vagyis nem áll sok szerző azon állítása, hogy a szívbeteg hajlamosít az elvetélésre; ez csak a decompensatióról mondható. A terhesség művi megszakítása csak 1%-ban vált szükségessé; a művi abortus csak súlyos compensatio-zavar esetén javalt; kisebb-fokú incompensatio esetén csak akkor kell megszakítani a terhességet, ha belorvosi kezelésre nem áll be az előbbi munkabírása a szívnek, vagy ha más körülmények (szövődmények, magasabb életkor stb.) miatt észszerűbbnek látszik a terhesség megszakítása már a korai hónapjaiban. Egyébként a szívbeteg a szülés alatt esetleg szükségessé váló semminemű beavatkozást sem ellenjaválnak, s a szülés rendes tartamának megrövidítését sem teszik szükségessé. A szerző a terhességet napról-napra fokozódó igényeivel a szívre nézve igen jó gyakorló gyógyításmódnak tekinti, a mely a szív megerősödésére vezet. A tiszta billentyűbeteg addig állandóan jó állapotban volt szívizomzatával semmi körülmény között sem indokolt a férjhezmenés eltiltását. Másképpen áll a dolog, ha a szívizomzat nem egészen ép; ilyenkor a huzamosabb megfigyelés és a szív ismételt functiovizsgálata fogja megadni az adatokat, a melyek alapján dönthetünk a házasság engedélyezése kérdésében; a döntés sokszor nagyon nehéz az ilyen esetekben, de ha meg is engedjük a férjhezmenést, a szülések számának korlátozása mindenesetre indokolt lesz ilyenkor. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 47. szám.)

Bőrkórtan.

A csecsemők eczemájának kezelését ismerteti *Galewsky* (Dresden). A csecsemőeczema aetiológiájáról és therapiájáról a nézetek az utóbbi időben lényegesen átalakultak. Ennek az átalakulásnak fontosabb indokai egyrészt a csecsemő táplálásának újabb irányzatában, másrészt az autointoxicatiók tanának haladásában rejlenek. A csecsemők eczemájával már azért is szükséges foglalkozni, mert a gyermekkor első éveinek a leggyakoribb bőrbaját teszi. A szerzőnek egy év folyamán észlelt 500 bőrbajos gyermekbetege közül 190 eczemas volt. Bizonyos, hogy a csecsemő-eczemák jó része alkati zavarokon alapul. A *Czerny* által „exsudatív diathe-

sis“-nek nevezett tünetcsoport az eczemas csecsemők jelentékeny részében kétségtelenül felismerhető. A kimagasló tünet ilyenkor az eczema kívül leginkább a nyirokrendszer túlságos érzékenysége, duzzadása. A csecsemőeczemának azonban más oka is lehet a diathesisen kívül. Ilyen ok gyakran a tápláléknak kémiai összetétele. *Finkelstein* volt különösen az, a ki arra utalt, hogy mily befolyása lehet a savó sóinak az eczema állandósulására, s hogy ezeknek az alkotórészeknek a redukálása javító hatással van a bőrbajra. *Finkelstein* az eczemas csecsemők helyes táplálását részletesen ki is dolgozta és a szerző is azon vizsgálók álláspontján áll, a kik ezt az eljárást sok tekintetben célravezetőnek találták. Ismeretes, hogy *Unna* már régóta az eczema parasiták természetét hirdeti. Különösen az általa leírt *morococcus*-nak juttat fontos szerepet. A legtöbb szerző azonban, s így *Galewsky* is, tagadja az eczema fertőző voltát s a *coccus*-okat csupán mellékes, másodlagos szereppel ruházza fel. A csecsemőeczema prognosisa quo ad vitam kedvező. Tartama tekintetében azonban bizonytalan és kedvezőtlen. Az eczema gyors meggyógyítását még az újabb időben is a szerzők közül többen ellenzik. Metastasisoktól, visszaesésektől s belső bajok támadásától tartanak. *Galewsky* e nézetet határozottan tagadja. Az eczema kezelése belső és külső gyógyító eljárásokkal történjék. A szerző, szemben *Finkelstein*-nel és *Czerny*-vel, föltétlenül hiva a külső kezelésnek is. Az eczema ugyanis, mely tulajdonképpen a bőrnek katarrhusa, hosszabb fennállás nyomán oly pathologiai elváltozásokkal jár, melyek csaknem mindenkor igényelik a külső kezelést. Külső kezelés nélkül javulás esetén is a recidivák egyre bekövetkeznek. A belső kezelés első sorban a táplálás megváltozásában áll. Legtöbbször szükséges, hogy ez a megváltozás a táplálék redukálásából álljon. A 4—6. hónaptól kezdve előnyös, ha a tejet még inkább pótoljuk levesekkel és főzelékekkel. *Czerny* ilyen gyermeknek csak $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ liter tejet ad s pótlásul szénhidratokat, gyümölcsnedvet, zöld főzeléket rendel. A tojást és tojásos ételt legjobb egészen elkerülni. Bizonyos esetekben a *Finkelstein*-féle táplálási mód is sikerrel jár. Az úgynevezett *Finkelstein*-féle levest általában szívesen veszik a gyermekek.

Nagy gondot kell fordítani a helybeli kezelésre is. Fürdésre legalkalmasabbak a kamilla- vagy korpafürdők (a szappant el kell kerülni). A mikor az eczema gyógyulása már meglehetősen előre halad, enyhe kénes fürdők használhatók (egy-egy fürdőre 50 gm. sol. Vlemingx). Nedvedző eczemas góczok ellenében a szerző beporozást vagy $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ %-os resorcinos borogatásokat ajánl. Száraz eczema esetén $\frac{1}{4}$ —10%-os lenigallolos pasztától látott jó sikert. Erős viszketés ellen jó a tumenolos paszta alkalmazása, a mely után végezettül kátrányt adhatunk ugyancsak paszta alakjában. Jellemző, hogy a gyermekek a kátrányt igen jól tűrik. (Medizinische Klinik, 1910. 47. sz.) *Guszman*.

Húgyszervi betegségek.

Gonococcusok és álgonococcusok czimen *L. Wormser* a következőket írja. *Rousseau* 1905-ben mikroccus fallax néven egy pseudogonococust ismertetett, mely sokféle urethritisnek lehet az előidézője. *Rousseau* észlelése szerint anaërob diplococcus, mely 20—41°, de legjobban 37° hőmérsék mellett fejlődik, melynek alakja nagyon hasonlít a gonococcuséhoz, mely csakúgy, mint ez utóbbi, intra- s extracelluláris elhelyeződésben található s Gram szerint festődik; csupán csak a culturákból származottak nem festődnek. *Wormser* azt tapasztalta, hogy azon urethritisek, melyeket ez a mikroccus fallax idéz elő, 2—8% natrium carbonic.-oldattal történt öblítéssel csakhamar megszüntethetők. Ha valamelyik idült húgyszőhurut természete felől a bakteriologiai vizsgálat ellenére kétségünk van, s ha tenyészkísérleteket nem végezhetünk, feltétlenül megbízhatunk abban, hogy a kezelés folyamán a helyzet tisztázódni fog. A kétes eredetű urethritis ellen eleinte a szokásos módon öblítésekkel, instillációkkal, dilatációkkal, prostata-massage-zsal stb. járunk el. Ha a húgyivarszervek mentén bárhol még gonococcusok lappangnának, ezek a kezelés következtében létrejött exacerbatio váladékában feltétlenül napfényre kerülnek. Ha tehát ezen provokáló kezelés mellett sem találunk a váladékban gonococcusokat, akkor ilyenek csakugyan nincsenek is és ekkor már egész határozottan megállapíthatjuk, hogy ezt a makacs húgyszőhurutot a *Rousseau*-féle pseudococcusok okozzák. Némely szerző

azon véleményét, hogy ez utóbbiak tulajdonképpen módosult, kevésbé virulens, mintegy kóres-gonococcusok, melyek a primaer helyen, tehát eredeti gazdájukban csak lényegtelen elváltozásokat okoznak, de más emberre átvittak akut blennorrhoeát idéznek elő, *Wormser* az ő saját kísérletei alapján el nem fogadhatja. (*Annales des malad. des org. génito-urin.*, 1910. 6. sz.)

Drucker Viktor dr.

Sectio alatt üres hólyag mellett eddig 28, még pedig 2—70 éves egyénen végzett *F. Lastaria* és ezen eljárásától csak jó eredményeket látott. *Lastaria* azt állítja, hogy üres hólyag mellett is elkerülhetjük a hashártya megsérülését, ha felemelt medencze-fekvésben operáljuk meg a beteget. A symphysis felett 6—8 cm. hosszban rámetsszünk a linea albára, az izmokat, a fasciákat és a kötőszövetet félretőljük s ekkor már előttünk fekszik a peritoneum, mely az aponeurosis umbilico-vesicalis által takarva, a symphysis felső szélé vagy e mögé kanyarodik. Az aponeurosis görbített mutatóujjunkkal a tapadás helyén beszakítjuk, a hashártyát a hólyagról leválasztjuk s ez utóbbit megnyitjuk. Ezen eljárásnak egyik főelőnye, hogy jóval egyszerűbb, mint ha telt hólyag mellett végezzük a magasmetszést. A vízzel vagy levegővel való telítés időt s különös instrumentariumot igényel és — igaz, hogy csak nagyon kivételesen, a hólyag túlfeszítése következtében, főleg általános adipositasban szenvedő egyéneken — rupturára is vezethet, s megeshetik az is, hogy a növekedett gyűjtőeres hyperaemia következtében az esetleg meglevő hurut rosszabbodni fog. Mindez *Lastaria* eljárásánál nem következhetik be. (*Annal. des mal. des org. génito-urin.*, 1910. 6. sz.)

Drucker Viktor dr.

Röntgenologia.

A gyomor motorius működésének megítélése Röntgen-vizsgálat útján. E cím alatt *Schlesinger E.* azon kérdéssel foglalkozik, vajjon a rendes bismuth-pépes átvilágítás alkalmas-e a gyomor motorius működésének megítélésére? Hogy a kérdésre megfelelhessen, szoros vizsgálat alá veszi azon ellenvetést, hogy a bismuth-pép a bismuthnak leülepedése miatt alkalmatlan a vizsgálatához. A gyomorból különböző időben kivett bismuth-pépes gyomortartalmat vizsgálat alá vette s a legnagyobb meglepetésére azt találta, hogy mennél később vette ki a gyomorból a bismuth-pépet, annál kevesebb bismuthot és több keményítőt tartalmazott. Egyszer sem észlelte a bismuthnak leülepedését, a bismuth mindig egyenletesen elkeverődött maradt, s ezt a mikroszkopos vizsgálat is megerősítette. Tapasztalatai szerint a bismuth-pép, a míg összetételét a gyomornedv meg nem változtatta, könnyen halad át a pyloruson, míg a bismuth-pépnek a gyomornedv által átalakított keményítő-része huzamosabb ideig marad a gyomorban; ezen ténynyel magyarázható az, hogy a keményítőtartalom aránylagosan növekszik. Ennélfogva a bismuth-pép ellen felhozott azon kifogás, hogy sedimentálódik és így tovább is időzik a gyomorban mint a rendes gyomortartalom, elesik, s az eddig követett módszer helyes s feltétlenül megbízható. S mivel a betegre nézve veszélylyel nem jár, és sokkal enyhébb vizsgáló mód, mind a gyomor szondázása, a Röntgennel felszerelt intézetekben minden más eljárás elébe helyezendő. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1910. évf., 7. szám.)

Hruby dr.

A hányás actusát figyelték meg Röntgen-vizsgálat útján *Levy-Dorn* és *Mühlfelder* s arra az eredményre jutottak, hogy a hányásnak az élettanban tanított eddigi leírása téves s hiányos. Élettani megfigyelések szerint a hányáskor a gyomor passive ellazul, s a hasprés és a diaphragma mély belégzési összehúzódása szorítja ki a gyomortartalmat. Ez a tan téves, mert a kísérletekben az átvilágítás azt bizonyította, hogy a diaphragma magasra feltolódik s a gyomor activ összehúzódása préseli ki a tartalmat, melyben a hasprés csak segítőként szerepel. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1910. évf., 9. szám.)

Hruby dr.

A gastroptosisról és a gastroptosis keletkezéséről tartott előadást *M. Bönniger*. Gastroptosis létrejöhet úgy, hogy a gyomor egészben sülyed, vagy a pylorus és a gyomor alsó része, elvesztve a beleknek a támasztát, lesülyed. Vizsgálatai alapján tagadja *Holzkecht* azon állítását, hogy a gyomor falának ellazu-

lása folytán nyúlik meg és száll le a gyomor a táplálék okozta megterhelés miatt.

Vizsgálatainak eredményét a következőkben foglalja össze: A csecsemőkban a gyomor alakja csak egyféle; s csecsemőkben a pylorus magasabban fekszik, mint a nagy görbület. Felnőttekben gyakori a gyomorptosis. Vizsgálatait 300 egyénen végezte, még pedig úgy, hogy Röntgennel meghatározta a diaphragma legmagasabb állását és a gyomor legalsó határát. A kettő közti távolságot a gyomornagyságnak tekintette. Ezen vizsgálatai szerint nőkben gyakoribb a ptosis, mint férfiakban és feltűnően gyakori, majdnem szabályszerű a paralytikus mellkasuakban. Ennek magyarázatát Bönniger úgy adja, hogy a mellkas nyílásának szűk volta miatt nincs elég tere s helye a gyomornak és így inkább a hasüreg felé nő és terjeszkedik, e miatt megnyúlik és alsó határa lesülyed. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1910. évf., 10. sz.)

Hruby dr.

Orr-, torok- és gégebetegségeik.

Az adenoid vegetáció a gyermekek szellemi képességére gyakorolt káros hatását különféleképpen magyarázzák. *Guye* szerint az agyvelő nyirokrendszerét zavarja a garatmandola; mások szerint pedig az adenoid mint mechanikai akadály az orrlégzés akadályozásával okoz neurastheniát. Ezekkel szemben *Rejtő Sándor* dr. a budapesti m. kir. gyógypedagógiai és pszichológiai laboratóriumban éveken át végzett vizsgálatai alapján úgy véli, hogy az adenoid egyáltalán nem hat directe a gyermek szellemi képességére, hanem középfülhurutot, nagyothallást okoz és így állnak elő az úgynevezett *Guye*-féle aprosexia nasalis tünetei, a melyek ugyanazok, mint a középfülhurut okozta tünetek. (*V. ö. A. Politzer: Ohrenheilkunde*, 257. l.)

E mellett szól az a körülmény, hogy míg az éptehetségű gyermekeken az adenoid eltávolítása után a hallás megjavulásával megszűnnek a gyermek szellemi képességére vonatkozó panaszok is és így az eredmény feltűnő: addig a gyenge tehetségű gyermekeken az adenoid eltávolítása után a szellemi képesség javulása alig észrevehető. 42 gyenge tehetségű gyermeket figyelt meg a szerző az adenoid eltávolítása után s a gyógypedagógusok egybehangzó véleménye szerint a hallás javulásán kívül a tehetségnek semmiféle javulását sem észlelte. Igaz, hogy a javult hallóképesség kedvezően befolyásolja a figyelőképességet — s már ez magában véve oly eredmény, mely a műtét elvégzését minden esetben indikálja —, de ezen indirect hatáson kívül semmiféle direct hatást sem lehetett kimutatni, mert a szerző szerint nincs is. Hogy a gyenge tehetségű gyermekekben sokkal gyakoribb az adenoid, mint a normális tehetségűekben, az nem jelent még okozati összefüggést; ugyanaz a tényező, mely a gyenge tehetséget okozta, okozhatja a garatmandola hypertrophiáját is. (Alkohol, lues, tuberculosis stb.)

A tanulmány öt táblázatban mutatja be 200 ép és 200 gyenge tehetségű gyermek orr- és fülvizsgálatának eredményét; e táblázatokban néhány tanulságos eredményt találunk a gyermekek középfülhurutjának aetiologiájára vonatkozólag. (*Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinn.* IV. kötet.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Cholera eseteiben nuclein-készítményeket próbált adni *Pissarev* a szentpétervári Sándor-kórházban. Abból indult ki, hogy a nuclein-készítmények a fehérvérsejtek számát erősen megszorítják, több lesz tehát a bakteriumok ellen küzdő phagocyták. A bőr alá és a szájon át adta a szert; a bőr alá 5—10%-os natrium nucleinum-oldatból (physiologiai konyhasóoldatban) 2 cm³-t fecskendezett naponként 1—2-szer; e mellett a szájon át 15 centigrammot adott naponként 3—4-szer poralakban. 14 esete közül 3 rendkívül súlyos volt (a pulsus nem vagy csak alig volt tapintható), közülük 1 halt meg; 8 súlyos eset közül 2 végződött halálosan; a 3 közepes súlyosságú eset mind meggyógyult. (*Ref. La semaine médicale*, 1910. 41. szám.)

A sano-cacao és sano-maltin nevű készítményeket tette vizsgálat tárgyává *Burou*, az innsbrucki egyetem gyógyszer-tani intézetének segéde. Növényi táplálék sók hozzáadása folytán ezen készítmények mindazon anyagokat egyesítik magukban, a melyekre az emberi szervezetnek szüksége van. E mellett teljesen kihasz-

náltnak, úgy, hogy olyan kétségbeesett esetekben, a melyekben a beteg a húst és a tejet visszautasítja, egymagukban is elegendők a táplálkozásra. De mint az ételrend egyik alkotó része is nagy szerepet vihetnek fejlődőben levő gyermekek táplálásakor, továbbá olyan betegségekben (húgsavas diathesis, vesebaj stb.), a melyekben a hús lehetőleg kerülendő. (Wiener klinische Rundschau, 1910. 35. szám.)

Collargollal meggyógyított súlyos általános sepsis esetét ismerteti *Bossart*, és kifejti, hogy a collargol-kezelésnek eredménytelensége sokszor talán az adag csekélységére vezethető vissza. Súlyos esetekben naponként többször is adandó collargolklysma (2—3 gramm collargol 50—100 gramm meleg felforralt vízre); a javulás beállta után még 14 napig folytatandó fokozatosan kisebb adagokkal a collargol-kezelés. (Korrespondenzbl. f. Schweiz. Aerzte, 1910. 23. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 50. szám. *Szekeres Oszkár*: A szívburok lemezeinek teljes összenövése. *Prochnow József*: Vesekő.

Orvosok lapja, 1910. 50. szám. *Tauszk Ferencz*: A központi fűtés és egyéb tényezők szerepe a pneumoconiosisban. *Ausztveit László*: A prostata-tályog a végbélén át operálható. *Pozsonyi Jenő*: Vikariáló menstruatio esete. „Socialis egészségügy” melléklet, 4. szám. *Szana Sándor*: Az elhagyott csecsemők magyar állami védelme eredményeinek statisztikai rögzítése.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 50. szám. *Doctor Károly*: A gyomorbennék mennyileges meghatározásának gyakorlati haszna. *Sellei József*: Intravenás kezelés Ehrlich-féle arsenobenzollal. *Turán Géza*: A belső secretio tana. „Fülészet” melléklet, 2. szám. *Krepuska Géza*: Szokatlan nagyságú csecsnújtányüregrendszer. *Ság Sándor*: A sublimatnak fülzúgást csökkentő hatásáról. *Pogány Ödön*: Erysipelás behatására gyógyult, mastoiditissal szövődött otitis media purulenta.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. *Liebermann Leó* dr. és *Bókay János* dr. budapesti egyetemi tanároknak a király az udvari tanácsosi czímet adományozta.

Kinevezés. *Glandacz Károly* dr.-t a putnoki járás orvosává, *Grimm Ferencz* dr. törökbálinti és *Ehrlich Alajos* dr. nagykátai községi orvosokat tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

A budapesti egyetem orvosi karán megválasztottak: az élettani intézethez: *Hortobágyi Béla* II. tanársegédnek, *Földessy Tibor* díjazott gyakornoknak és *Nagel Zoltán* gyakornoknak; a gyógyszer-tani intézethez: *Mansfeld Géza* dr. I. tanársegédnek (újraavasztás), *Hamburger Erzsébet* dr. II. tanársegédnek és *Müller Frigyes* dr. díjas gyakornoknak; az I. sz. belklinikához: *Hruby Ede* dr. díjas gyakornoknak; a II. sz. belklinikához: *Mester Emil* dr. és *Erdélyi Pál* dr. gyakornoknak; az I. sz. sebkegységhez: *Skoj Tibor* dr. díjas műtőnövevényeknek; a II. sz. sebkegységhez: *Obál Ferencz* dr. II. tanársegédnek (újraavasztás), *Mutschenbacher Tivadar* dr. tanársegédnek és *Báron Sándor* dr. díjas műtőnövevényeknek; a szemklinikához: *Békés Dezső* dr. I. tanársegédnek, ifj. *Imre József* dr. II. tanársegédnek és ifj. *Liebermann Leó* dr. III. tanársegédnek; a gyermekklinikához: *Ujj Ilona Sára* dr., *Gara Arthur* dr. és *Aufrecht Ede* dr. gyakornoknak; az elme- és idegkórtani klinikához: *Winter Ferencz* dr. II. tanársegédnek, *Schuster Gyula* dr. III. tanársegédnek, *D. Révész Margit* dr. díjas gyakornoknak és *Bakody Árpád* dr. gyakornoknak; a bőrklinikához: *A. Csesznák Margit* dr. gyakornoknak.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján novemberben 157 szülés folyt le (72 először szülő, 85 többször szülő); a született magzatok száma 160 volt, még pedig 140 élő, 13 halott, 7 macerált; 134 érett, 11 kora, 15 éretlen; 84 fiú, 70 leány, 6 kérdéses nemű; 82 törvényes, 78 törvénytelen; a gyermekágyasok közül 3 halt meg. A nőbetegosztályon 79 beteget ápoltak, a kik közül 1 halt meg. A klinikával kapcsolatos poliklinika segélyét 120 esetben vették igénybe; a műtétek száma 91 volt.

Meghalt. *Ladányi Alajos* dr. Győr vármegye tiszteletbeli főorvosa, járásorvos, december 7-én. — *Fr. König*, a nagyhírű sebész, december 12-én, 78 éves korában. Az elhunyt Rostockban, Göttingenben és végül Berlinben volt a sebészeti tanára; 70 éves korában nyugalmába vonult. Tudománya terén nagy érdemei vannak. Legismertebb munkája „Lehrbuch der speziellen Chirurgie” című műve, mely 1875-ben jelent meg és számos kiadást ért.

Kiseb hírek külföldről. Az új charkowi női orvosi főiskola igazgatójává *V. J. Danilevsky* tanárt (életlen) nevezték ki. — A szentpétervári katonatorvosi akadémia főnökévé *N. Weljaminev* dr.-t, a sebészeti tanárát nevezték ki. — *P. Courmont* dr. agrégé az általános kórtan tanára lett a lyoni egyetemen.

Stossmann Rudolf dr. poliklinikai sebész-assistens lakását Budapest, VII., Wesselényi-utca 60. I. emelet 2. alá helyezte át.

Mióta **Bürgi** tanár a kombinált narcoticumokra vonatkozólag kimutatta, hogy azok hatása jóval felülmúlja az egyes componentek összehatását, azóta a tudományos világ érdeklődése a kombinált gyógyszerek felé fordul. Ezek közé tartozik a **hypnoval** is, mely bromisovaleriansavas amidchloral. Benne fokozottan jut érvényre a brom és isovaleriansav idegcsillapító és a chloralamid altató hatása, ez utóbbinak csekély dosisa mellett is (45%) és így a szívre semmiféle káros befolyást sem gyakorol. Hosszas klinikai és kórházi kísérletek csakugyan be is igazolták, hogy a hypnoval a szervezetre káros befolyást nem gyakorol és a megszokás veszélye nélkül hosszabb ideig is adagolható hypnoticum, mely az által, hogy hatásában állandó és egyenletes, mindazon esetekben bátran adható, a melyekben a betegnek hypnoticumra van szüksége. A hypnoval által létrehozott alvás igen hasonlít a normálhoz, a felébredés utána nem jár kellemetlen psychés és depressziós tünetekkel. Forgalomba jő poralakban 20 drb. 0.5 gm.-os tablettát tartalmazó phiolában. Rendes adagokban 1.0—2.0 gm. hypnoticum, 0.5 gm. sedativum.

A legjobb hírnévnek örvendő **Odelga J.** cs. és kir. udvari szállító, orvosi műszer, műtőbutor és kötszergyáros cég Budapest, IV., Váci-utca 42. sz. alatt üzletet létesített. A cégnek 35 éves fennállása elég biztosíték arra, hogy a tisztelt orvos urak és kórházak teljes bizalommal szükségleteik fedezése végett a céghez forduljanak, hol rendeléseik pontosan és lelkiismeretesen fognak eszközöltetni.

Legmodernebbül felszerelt, csaknem új állapotban levő nagy műszerkészlet eladó, esetleg részletenként is. Ügyszintén legújabb orvosi művek magyar és német nyelven. Özv. dr. Kain Józsefné, Büdszentmihály.

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

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium

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

Diaétás, diagnostikus, physikotherapiás sanatorium.

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

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

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

Ujtátrafüred Sanatorium

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

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

Tamássy Park-sanatoriuma

Dunaharasztiiban (Budapesttől villamosközlekedés). Külön osztály vérbaajosok, húgyszervi megbetegedésekben szenvedőknek.

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

:: San-Remo ::

téli klimás gyógyhely az olasz Rivierán. A „Grand Hotel de Nice”-ben fekvő csarnokok és magyar ápolónő, a Continental et Palace szállóban minden emeleten meleg tengeri fürdő. Felvilágosítást készséggel nyújt **Czifrusz Dezső** dr. kir. tanácsos. 34

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1910 december 12.-én) 919. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIII. rendes tudományos ülés 1910 november 19.-én.) 919. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1910 december 12.-én.)

Elnök: Entz Géza.

Titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű előadás volt a következő:

Jendrassik Ernő: „Mi az oka annak, hogy több fiú születik, mint leány?” című értekezését mutatja be. Statisztikai adatok világszerte bizonyítják, hogy elevenen mintegy 105 fiú születik 100 leányra, a halvaszületettek közt azonban még sokkal több a fiú, mint a leány, úgy hogy mintegy 10—20 százalékkal több fiú fogantatik, mint leány. A fiútöbblet azonban nem életképes, mert az 5. életévig elfogy. Ennek a sajátságos különbségnek az okát eddig hiába kutatták a szerzők. Az előadó a Mendel-féle törvényt vette a magyarázat alapjául, s ebben a törvényben, még inkább annak Mendel adta magyarázatában találja a sajátságos számarány magyarázatát, sőt annak is az okát, hogy miért pusztul el a többlet. Ezek a viszonyok azonban azt is tanúsítják, hogy a felmenő rokonság nem sok generáción át van hatással a leszármazottakra, meg azt is, hogy némiképpen állandóbb jellege csak annak a leszármazottnak van, a kinek elődei több generáción át bírtak egyaránt a megfelelő jelleggel.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes tudományos ülés 1910 november 19.-én.)

Elnök: Friedrich Vilmos.

Jegyző: Entz Béla.

(Folytatás.)

Justus Jakab. Nem eseteket akar közölni, hanem megpróbálja levonni a következtetést abból, a mit hallottunk és a mi az irodalomban megjelent. A dolog története ismeretes. Volt As-szerünk kettő is, meg lehetős eredményes is volt és most Ehrlich elküldött egy sor kollegának egy harmadik As-praeeparatumot, hogy próbálja ki lues ellen. Nem azért küldte, hogy a spirochaetákat vizsgáljuk, nem azért, hogy a Wassermann-próbákat ellenőrizzük, hanem hogy a klinikai eseteken próbáljuk ki. Ez a kérdés. Hogy egy szer spirochaeta-ölő, ez érdekes dolog, de a vita alapja az, a mit el kell dönteni, hogy ezen új antilueticummal meggyünk-e annyira, mint a régi szerekekkel.

Az első kérdés az, hogy árt-e vagy nem? Valamely nagyobb ártalommal nem jár. 200 eset közül 5—6 exanthema, eleinte néhány esetben láz, később azonban számbavehető ártalmat nem láttak. A fájdalom különböző, a beteg érzékenységtől függ.

Tehát a szer nem ártalmas. Absolute ártalmatlannak ugyan nem mondható, mert az abscessusok ez ellen szólnak. De ez a használhatóságát nem befolyásolhatja. Ilyet Hg injectio után is láttunk.

Mennyiben hasznos? És itt felvetődik a kérdés, mennyivel értünk el vele többet, mint az eddigi esetekben. Kell-e annyira dicsérni, kell-e annyira lenézni? Sem a nagy lelkesedést, sem a lebecsülést nem tartom helyesnek.

Mondhatom, olyan esetek, melyeket magam és mások Hg és J-dal éveken át behatóan kezeltünk, és melyekben eredményre nem tudtunk jutni, egyetlen egy 606 befecskendésre javultak. Egy évke óta periositises beteg elvesztette fájdalmait, és ezek június óta nem jöttek vissza.

Egy másik beteg 2 éven át kezeltem Hg és J-dal, izzasztó kurákkal; óriási éjjeli fájdalmak voltak; az injectio után 3 hónap óta teljesen mentes a fájdalomtól. Tehát a szert meg kell becsülni és a hol nem érünk el célt egyébbel, alkalmazásba kell venni. Azt hiszem, ezen indicatioja fenn fog maradni, akár őli a spirochaetát, akár nem, akár pozitív a Wassermann, akár negatív.

Másik kérdés, hogy más közönséges esetekben az eddigi szerekek fölött van-e előnye? A secundaer tünetekben valami nagy előnyt a Hg és J fölött nem láttam tőle. A recidivák csak úgy beállottak. A Wassermann semmiről sem ad felvilágosítást.

Marad végül, lehet-e abortív kúrát végezni. Vagyis megszüntetni a betegséget, mielőtt a szokott módon kifejlődne. Nem hogy a spirochaetát elől-e, hanem hogy az induratióból a secundaer tünetek kifejlődését meggátolja-e. Eddigelé sikerült ez olyan esetekben is, melyekben utólag az induratio helyén mások is, mi is spirochaetát kimutatni tudtunk. A primaer sklerosis ellen érdemes megkísérteni, mert valamelyes reményt nyújt, hogy abortive el lehet kerülni a rendes lefolyást. A secundaer tünetek jelenlétekor a beteg külső körülményeitől függ, alkalmazzuk-e. A tertiaer tünetek ellen, ha a többi szer felmondta a szolgálatot, jó eredményűnek bizonyult.

Most az a kérdés, hogy azokat a reményeket, melyeket a bakteriologusoktól hallottunk, teljesíti-e. Azt hiszem, nem. Az okát is meg lehet mondani. Először egészen különböző anyagok dolgozik a bakteriologus és a gyakorló orvos. A nyul és a majom syphilisét az emberével mégsem lehet olyan merészen összehasonlítani, mint az Ehrlich

könyvében történik. Nem jár olyan klinikai tünetekkel, mint az emberi. Csak a primaer sklerosis olyan. És ha a spirochaeta minden szervében az állatnak meg is van, nem mutatja, hogy ugyanolyan szöveti elváltozásokat is tud létrehozni. Ezt pl. a majomban hiába keressük. A majom csak jó tenyésztalaja a spirochaetának, mint az eprouvetta táptalaja a gonococcusnak. És így az emberre való hatására sem lehet következtetni.

Volt olyan betegem, ki ismételt recidivákban szenvedett, sem Hg, sem J nem gyógyította meg. 606-tal beoltottam, a tünetek egy csapásra megszűntek, de a spirochaetát ki tudtam mutatni.

Eppen úgy, mint a diphtheria-bacillus megmarad a diphtheria után, vagy előfordul a szájban a nélkül, hogy diphtheriát okozza.

Tehát maradjunk a betegészlelésnél, mert ha eltérünk ettől és állatkísérleti és bakteriologiai tételeket fogadunk el, ebből baj fog keletkezni. Jobb a szer, mint a Hg és J, mert kevésbé mérges; a klinika a szer használhatóságát bebizonyította.

Sugár K. Márton. Havas esetei között volt egy otosklerosis, melyben a szülő a lime elutasította az Ehrlich-injectio indicatióját, mert bebizonyult, hogy az otosklerosis nem lueses eredetű, s mert a hallószerv idegei az arsen iránt különösen érzékenyek.

Konrád Jenő. A központi idegrendszer syphilitis és post-syphilitis bántalmainak 38 esetét kezeltem az Ehrlich-féle szerrel. Az esetek között volt: lues cerebralis és pedig annak diffus alakja, mely tudvalevőleg a progressiv paralyisist teljesen utánozhatja, mert anatómiai alapját a meninxek és az agykéreg gummás beszűrődése szolgáltatja és következményes atrophiaival jár; volt endarteritis luetica, neurasthenia luetica, tabes, taboparalysis és paralueses alapon fejlődött paralysis progressiva universalis. A diffus kéregbántalmakban antilueses kezelés mellett a gyógyulás, illetőleg a javulás lehetőségét két körülmény befolyásolja: először a szak, a melyben a bántalom van, másodszor az időbeli távolság, mely a florid syphilit az agybántalom jelentkezésétől elválasztja. Ez nagyon természetes, mert a hol a destruktív folyamat már nagyon előrehaladt, ott restitutio in integrum nem lehetséges és a hol specifikus toxinok már aligha szerepelnek, mint az u. n. paralueses alapon fejlődött bántalmakban, ott az antilueses kezeléstől sok eredményt várni nem lehet. Ezt szem előtt tartva kell elbírálnunk az arsenobenzol-kezelés eredményét.

Gyógyulást értünk el lues cerebrális két esetében, paralueses progr. paralyis egy esetében és taboparalysis egy esetében pedig a betegek gyógyulófélben vannak. Mind a négy esetben a deliriumok megszűntek és teljes psychés feltisztulás következett be értelmi defectus nélkül. A lues cerebrális egyik esetében és a taboparalysisben az idegtünetek nem fejlődtek vissza, de intenzitásuk csökkent.

Gyógyult továbbá a neurasthenia luetica esete, mely álmatlanságban, idegességben és főképpen általános testi gyengeségben és munkaképtelenségben nyilvánult, de meggyógyult ezen betegnek tertiaer luese is (fekélyek és papulák), melyet hasztalanul kezeltek 8 év óta ismételt kénésókúrákkal és jóddal.

Teljes remissio, azaz psychés feltisztulás, a delirium megszűnése maradványok nélkül ugyan, de bizonyos, a laikus által alig észrevehető demens vonások mellett, bekövetkezett lues cerebrális diffusa és a paralysis progressiva paraluetica egy-egy esetében. Az idegtünetek itt is csaknem visszafélődtek. Lues cerebrális egyik esetében a bőrön jelen volt tertiaer tünetek meggyógyultak.

Endarteritis luetica egy esetében, a melyben pedig az Ehrlich-szerrel való kezelést contraindikálnak állítottak, a beidegzési zavarok csaknem teljesen visszafélődtek, a szédülések elmaradtak, csak egyes paraesthesiák jelentkeztek még a gyógykezelés befejezése idején. Lényeges javulás állott be paralysis progressiva paraluetica és lues cerebrális összesen 6 esetében, a hol az affectus megszűnt, a psychés functiók rendeződtek, azonban tájékozódás mellett kisebb-nagyobb fokú psychés gyengeség és egyes deliriumos maradványok még maradtak.

Az idegtünetek ez esetekben többnyire javultak, egyesek egészen elmúltak.

Tabes egy esetében a cerebrális beidegzési zavarok megszűntek, a járásképtelenséget okozó ataxia annyira javult, hogy a beteg támogatással a kertben sétákat tehetett.

Ezen gyógyulások, illetőleg javulások az injectiót követő 3—8 hét alatt következtek be.

A kezelt esetek nagyobbik felében számbavehető eredményt nem értünk el, de ezekben a destruktív kórfolyamat már annyira előrehaladt volt, hogy az eredménytelenséget előre kilátásba helyeztük, s a kezelést csak a család határozott kívánságára solaminis causa indítottuk meg.

A szernek káros hatását 0.3—0.5 adagokban egyetlen egy esetben sem tapasztaltuk.

Azt hiszem, ezen gyógykísérletekből azt a következtetést lehet levonni, hogy az Ehrlich-féle szer a központi idegrendszer syphilitis bántalmaiban is hatékony, de hatékonyságát csak további észlelések és ellenőrző gyógykísérletek után lehet teljes mértékben értékelni.

Herzog Miksa. Havas tagtársal szemben, a ki atrophia nervi optici esetében jó hatást látott a szer alkalmazásától, azoknak az álláspontján állok, a kik az ellenkező nézetet vallják és azt állítják, hogy az arsenobenzolnak a látóideg-sorvadásra semmiféle gyógyító hatása sincs, sőt a folyamatot sem tudja megállítani.

Egy kartársnak, a ki évek óta tabesos atrophiaiban szenved, az

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markosovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Fischer Ignác: Epilepsiás kóborlás (poriomania) esete s törvényszéki orvosi elbírálása. 921. lap.

Safranek János: Közlés a budapesti kir. magy. tud.-egyetem orr- és gégeorvostani klinikájáról. (Tanár: Ónodi A. dr.) Az Ehrlich-Hata-féle arsenobenzolkezelés a felső légutak syphilitikus bajaiban. 923. lap.

Balás Dezső: Közlés a Szt. István-kórház bőrbeteg-osztályáról. (Havas Adolf dr., egyetemi rendkívüli tanár, főorvos.) Az emberi lépfene orvoslásához 64 eset alapján. 927. lap.

Az Országos Munkásbetegsegélyező és Balesetbiztosító Pénztár második (1909.) évi jelentése. 930. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Grasset et Vedet: Consultations médicales.

— **Lapszemle.** Belorvostan Stcherbak: A trichocephalus kórokozó hatásáról. — **Holmgren:** A mellhártyaizmadmány gyógykezelése. — **Sebézet, Carrel:** A vena cava transplantációjáról az aortába. — **Venerés d'antelmak.** Magnus Müller és A. Blomquist: A kéneseinek a veséken át való kiválasztása. — **Röntgenologia.** Pick W.: A bőrgyógyítás újabb módszere. — **Gran H.:** A kezdődő tüdőgümőkör kiindulásának ellenőrzése s körjelzése a Röntgen-kép alapján. — **Fülörvostan.** Hecht: A dobhártya állandó, száraz perforációját benővezzük-e vagy sem? — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.** Marmo: Az alkoholborogatás használata gyuladós folyamatok esetében. — **Ullmann:** Szer furunculus, carbunculus és phlegmone gyógyítására. — **Horand:** Szer inoperabilis, kifeléyesedett rák esetében. — Szer gégegümőkórosak fájdalmas nyelése ellen. 930–933. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 933. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 933. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 934–937. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Epilepsiás kóborlás (poriomania) esete s törvényszéki orvosi elbírálása.¹

Közlő: **Fischer Ignác** dr., rendelő ideg orvos, a budapesti törvényszék elmeorvos-szakértője.

1908 február havában a tisztelet szakosztály előtt beszámoltam a kóborlási ösztönről szóló különféle felfogásokról. Megemlítettem akkor, hogy hosszú ideig *Charcot* nyomán azon felfogás uralkodott, hogy minden ezáltal kóborlás és utazás epilepsiás aequivalens. De a francia búvárok egy jórésze, így *Voisin*, *Pitrès*, a németek közül *Räcke*, *Schultze*, *Heilbronner*, *Luitpold*, nálunk *Donath* kimutatta, hogy a kóborlási vágy más megbetegedés, így hystéria, neurasthenia, organikus agybaj kapcsán, továbbá degeneráltakon is jelentkezik, nem is szólván arról, hogy egyes elmebetegségek talaján is létesül; az egyes elmebeteg kóborlásáról *Pándy* kartárs néhány szép eset kapcsán számolt be. Ugyanazon előadásomban az egyes megbetegedések kapcsán keletkező kóborlásoknak a differentialdiagnostika alapján való elkülönítéséről is szóltam s ekkor ismerttettem *Heilbronner*, *Räcke* nézetét, mely szerint a kóborlási attaque-okban szenvedő egyének csak kis csoportjában — eltekintve azoktól, kiken az állandóan fennálló psychés zavar a kóborlás oka — található biztosan epilepsiás zavar. Ezen kimutatható epilepsiásoknak jelzett vándorlása sem az emlékezés viselkedése tekintetében, sem más tekintetben nem mutat különbséget a nem epilepsiás egyének kóborlásától. Egyedül a kóborlási állapotokból nem tehető epilepsiára a diagnosis, szintúgy a periodusosan jelentkező vándorlások sem fogandók fel minden esetben mint epilepsiás aequivalensek.

A kóborlási állapotok az esetek legnagyobb részében degenerált egyének dysphoriás ingerekre való beteges reakciója gyanánt fogandó fel. Ezen múlt állapotok törvényszéki méltatása helyesebben történik,

¹ Előadatott az elme- s idegkórtani szakosztályban.

ha az egyén habitualis állapotát tekintjük, s nem az egyes attaque-okat. Magam a kóborlási állapotot csak akkor tartom epilepsiás eredetűnek, ha az epilepsiás antecendentiák kifejezettek, vagy ha epilepsiás rohamok, absence-ek, egyszerű somatikus tünetek vannak. Megerősíti a diagnoszt az, ha ködös az öntudat. *Räcke* szerint szigorúan elkülönítendő az epilepsiás ködös állapotban lezajló vándorlások az epilepsiás lehangoltságban öntudatzavar nélkül lefolyó vándorlásoktól. Az eset, melyről beszélni óhajtok, nem illeszthető be ezen két csoport egyikébe sem, de azért mégis csak mint epilepsiás vándorlást értelmezhető.

Folyó év január 6.-án consiliumba hívtam, hogy tekintsek meg egy férfit beteget, ki már 4 napja önkívületi állapotban fekszik, s kiről nem tudják, mi baja lehet. Megtekintve a beteget, ez behunyott szemmel nyugodtan feküdt, a hozzáintézett kérdésekre nem reagált, csak midőn reá kiabáltam, nyitotta ki szemét, bárgyún, bambán maga körül tekintett s pár másodperc múlva ismét lehunyta szemét. Felszólítva, hogy öltse ki nyelvét, azt eleinte nem tette meg, csak többszöri felszólításra nyújtotta ki kissé. Karjait megemelve, azok erőteljesen hanyatlottak le. Megkérdezve hozzátartozóit, hogy mi történt, tőlük a következő felvilágosítást kaptam.

A beteg 1909 december 28.-án kedden este a rendes időben tért haza, a mikor rajta semmi különös sem volt észrevehető. Arról beszélt, hogy egy elnyerendő új állás ügyében járt s előre jelezte, hogy másnap, 29.-én ugyanez ügyben Budafokra kell mennie s így lehet, hogy ebédidőre nem érkezik haza. Ugyanekkor fejfájásról panaszkodott, a mi azonban nála, az utóbbi időben ugyan nem annyira, mint régebben, gyakori eset volt. Szerdán, 29.-én reggel el is távozott. Búcsúzása a rendes mindennapi búcsúzás volt. Még utólag sem tűnt fel semmiféle olyan jelenség, melyből bármiféle különös szándék vagy terv következtethető lett volna. Ugyanezen nap (29.-én) estefelé a közelben lakó sógoránál járt, s ott nagyon gyakran megforduló családját kereste. Rövid itt tartózkodása alatt azt újságolta, hogy új állása dolgában kedvező eredménnyel járt s állását február 15.-én fogja elfoglalni. Azután hirtelen hasmenésről panaszkodva, az egyedül otthonlevő házigazda által kínált pohárka boroviczkát kihörpintve, az előszobából nyíló clostet sietett.

Rövid itt tartózkodás után távozott. Haza azonban már nem jött többé. Másnap, december 30.-án csütörtökön délután felesége és fivére keresésére indultak és felkeresték a VII. kerület azon kereskedőt, a kiket minden hét csütörtökjén szokott a megrendelés felvétele céljából meglátogatni. Mindössze azonban csupán két kereskedést találtak a sok közül, a hol aznap járt, s megrendelést fel is vett. Egyik helyen szokatlanul korán, reggel 7 óra körül, a másik helyen délelőtt 10 órakor jelentkezett. Egyéb nyomot aznapról nem találtak. Pénteken december 31.-én délelőtt jött már említett sógora azon felfedezésre, hogy előszobájában álló fegyvertartójából tisztí revolvere hiányzik, a mit csak akkor vehetett magához, a mikor a closeten járt. Ugyanaznap délután 2 órakor hozta a posta a levelét, melyben két levél is volt, az egyik 29.-éről, a másik pedig 30.-áról keltezve. Az elsőben vagy 8 oldalon keresztül mindenkitől búcsút vesz, egyenként felsorolja azon kereskedőket, a kiktől pénzt szedett be, az egyes összegek megjelölésével, a melyvel azonban czégének elszámolni nem tud és éppen ezért bejelenti öngyikosságát. A másik levélben már csak röviden jelzi, hogy mindent megkísérelt pénz szerzésére, de minden siker nélkül, tehát most már nincs más menekvése, mint a halál. Ettől fogva szombaton, január 1.-én estig semmiféle nyomra vagy jelre sem akadtak. Este 7 óra felé azonban lakásukra jött a czég egy fiatal hivatalnok azzal, hogy kevéssel azelőtt látta a beteget a VIII. ker. Horánszky-utczában, a mint nagy sietséggel a József-utca felé tartott. Szólította is a nevén, erre azonban még jobban sietett, úgy, hogy utolérni nem tudta, mire pedig a Horánszky- és József-utca keresztezéséhez ért, már eltűnt szemei elől. Azon hiszemben, hogy a rövid pár pillanat alatt csakis a Jézus szent szíve templomába menekülhetett, oda is betért és a csaknem üres templomot átkutatta, de ott sem találta. Csak a végső kétségbeesésben sem távozó remény sugalta a család tagjainak, hogy a napközi futkosás után az éjjeleken az ablaknál leskelődjenek. Így történt, hogy január 1.-éről 2.-ára virradó éjjel 2 óra tájban felesége az ablakból látta a ház előtt elmenni. Lekialtott hozzá, kérte álljon meg, jöjjön haza. Hajlott a szóra, ő maga esengetett be a kapun. A lépcsőn azonban már csak támogatással tudott feljönni. Gyorsan ágyba került, a hol végkép elhagyta minden ereje.

Utólag tudták csak meg, hogy január 1.-én este fivérének, az ő lakásához ugyancsak közel eső (Rigó-utca 4. sz.) lakásán járt, s kereste, de nem találhatta, mert fivére az eltűnés egész ideje alatt az elhagyott családnál tartózkodott. Hogy ezen egész idő alatt hol, merre járt, mit csinált, ma sem tudják. Ő maga soha semmit sem említ, sőt úgylátszik, mintha ez az egész esemény teljesen kiesett volna emlékezetéből. Ők pedig nem merik és nem akarják vallatni, mert nem tudják, öntudatának e részben való felébredése nem okozna-e visszaesést betegségében.

A sógorától eltűnt revolvért az általa hozzá vásárolt 1 doboz tölténnyel zsebében megtalálták.

Midőn a beteg mintegy lethargikus állapotából 14 nap mulva a hazaérkezése után magához tért, úgy tőle, mint feleségétől a következőket tudtam meg.

44 éves, ügynök. Atyja 81 éves korában végelgyengülésben, anyja 37 évvel ezelőtt előtte ismeretlen betegségben halt el. Anyja sűrűn szenvedett fejfájásban, azért mindig bekötve tartotta fejét, s hallomásból tudja, hogy csak a meleget tűrte. 5 testvére volt, 3 él, 2 elhalt, közülük az egyik kis gyermekkorában, a másik felnőtt korában hűlés következtében. Anyai nagyapja, ki Ferdinánd császár mellett mint titkár működött, külön ember volt. Atyjának fivére magába zárkózott agglegény volt. Anyja táplálta. Gyermekkorában váltólázban szenvedett, görcse nem volt, ágyba nem vizelt, pavor nocturnusban sem szenvedett. Egyik öccse ellenben az ágyból éjjel kikelt s járkált. 9 éves korában oly jelentékeny vérszegénység s gyengeség mutatkozott rajta, hogy szülei kénytelenek voltak hosszabb időre falura küldeni üdülés végett. 15—16 éves korától kezdve fejfájások kiroztak, alig volt nap, melyen ezen kínos fájdalmak nem gyötörték. Elemi iskolákat s 4 reált végzett, nehezen tanult, de szorgalmával pótolta szellemi gyengeségét s azért sohasem bukott. Majd inasnak ment, 3 évig mint tanuló, 20 évig mint segéd egy és ugyanazon czégnél működött, közben katonai kötelezettségének tett eleget, hol csak a káplári rangig vitte, büntetve sohasem volt.

Nemi betegségben nem szenvedett; míg meg nem nősült, 27 éves koráig, nőkkal nem érintkezett, részint mert nemi ingere nem készítette, részint mert félt a ragályos betegségektől. Szeszies itallal sohasem élt rendszeresen, a dohányzásban is mérsékelt volt. Házasságából 6 gyermeke született, 3 él, 2 idő előtt születvén, a 7—8. hónapban, mindjárt meghalt, egy 2¹/₂ éves korában agyhártyagyulladásban hunyt el. Családi élete mindig boldog volt, anyagi gondokkal rendszerint kellett küzdenie, s ezek azóta neheztedek reá különösen, mióta tavaly egy barátjáért 3000 korona kezességet vállalt, melynek nagy részét meg kellett fizetnie s ezért illetményei jó részét lefoglalták. Tavalyig, míg ezen fizetési kötelezettsége nem támadt, állandóan jó kedélyű volt, csak családjának élt, nagyon solid volt, s mindig rendes időben járt haza. Néha megesett, ha társaságban időzött, hogy borral kínálták, azt elfogyasztotta, de mihielyt egy féllitert megivott, 2—3 óra alatt is, azt kihányta s erős fejfájást kapott. Az utóbbi 15 esztendő alatt 4 ízben agyhártyagyulladásban hunyt el. Utóbbi 15 esztendő alatt 4 ízben meglátott, hogy hirtelen összeesett, utána rövid ideig eszméletlen volt, csakhamar magához tért, utoljára 2¹/₂ évvel ezelőtt éjjel ágyából kikelt vizelni, ekkor is összeesett, ő maga nem emlékezett erre, csak felesége tudja, hogy másnap bágyadtan kelt fel s fáradtnak érezte magát; ezen összeesést, úgy mint a többi is, megelőzőleg erős fejfájás kirozta.

Utóbbi időben a jótállás következtében anyagi gondjai növekedvén, ennek megfelelőleg kedélyi állapota is nyomottabb lett, a megélhetéshez való szükséges pénzt megszerezni nem tudván, részint, mert a megrendelések ritkábbak s csekélyebbek lettek, részint, mert a keresmény jó részét adósság törlesztésére kellett fordítani, kénytelen volt, a mit már azelőtt is megtett, hogy a bekasszált pénzből bizonyos részt saját személyes szükségleteinek fedezésére fordított; ezelőtt a leszámolásig, mely 4—6 hetenkint történt, mindig tudta pótolni a kivett összeget, az utóbbi időben azonban semmiképpen sem tudta azt megszerezni, ezért rendkívül lehangolt, szomorú lett. Ilyen lehangolt állapotban indult el hazulról karácsony után, s hogy mi történt vele azután, arra absolute nem emlékszik. Emlékező tehetsége részlegesen tért vissza, arra homályosan emlékszik, hogy kérdezte, hogy került az ágyba, s miért van az ágyban. Neje állítása szerint 12 napig szemét lecsukva mozdulatlanul feküdt, megszólításra nem reagált, folyékony táplálékot, tejet öntöttek szájába, a mikor is kissé megemelték, ezt mohón lenyelte, azután ledült s tovább aludt. Ilyen soporosus állapotban találtam én a hazaérkezése utáni 4. napon. A 12 nap után kezdett magához térni, kérdezte feleségétől, „Terka te vagy“, majd hogy jók-e a gyermekek. Ezután mind jobban kezdett érdeklődni, de az esetről magáról nem beszélt, szintűgy nem kérdezte, miből élnek.

Megvizsgálván az illetőt 5 héttel az attaque után, a következő állapotot találtam: Magas termetű, szikár. Hajzata erősen őszbe vegyült, koponyája abnormitást nem mutat. Bal halántékán kanyargós, merevfallú verőerek láthatók. Pupillái gombostűfejnyi szűkek, fényre s alkalmazkodásra a rendesenl valamivel renyhébben húzódnak össze, mindkétoldali facialis zavartalanul működik, nyelve bevont, a középvonalban áll, kinyújtott kezei nem remegnek, behunyt szemmel biztosan áll s jár, a térdreflexek kiválthatók. Beszéde kissé vontatott, de akadozottság nem észlelhető benne. A szellemi functiók zavartalanul, de talán kissé renyhébben működnek. A lezajlott kóborlásról tudomása nincs, azon 3 napi esemény teljesen kiesett emlékezetéből, szintűgy nem emlékszik semmire, mi azon 12 nap alatt történt, míg ágyban feküdt. Nem emlékszik arra, hogy sógoránál járt volna, hogy onnan revolvért vitt volna el, nem tudja, hogy megrendeléseket effectuált volna, a miről hozzátartozói tudomást szereztek; úgy véli, hogy karácsony előtt járt azon 2 czégnél. A mire homályosan vél emlékezni, az, hogy neje hangjához hasonló siránkozó hang ütötte meg a fülét, s az vitte önkénytelenül a kapuhoz; hogy miképpen került azon utcába, azt már nem tudja. A 3 nap alatt nem emlékszik, hogy valakivel találkozott volna az utcán, hogy hol töltötte éjszakáit, nem tudja, azt sem tudja, hogy ébren volt-e, vagy aludt. Feleségétől tudja, hogy egy ízben ágyban félrebeszélte és akkor az újpesti összekötő hidat emlegette. Bármennyire iparkodik most utólag gondolatait rendezni, képtelen csak valamire is rájönni, szintűgy lehetetlennek tartja, hogy ő azon említett 2 levelet, melyben családjától búcsúzik, irta volna. Midőn orvosa már ágyon kívüli állapotban látogatta, másnap

már arra sem emlékezett, sőt midőn első ízben nejével sétálni ment, nem ismerte meg a József-utcát, a József-körutat, meg kellett kérdeznie, hol járnak. Még most is gyakran töpreng azon, mi volt vele, de nem tud semmire se rájönni. Pár nappal ezelőtt újlag megvizsgáltam, ekkor már élénkebbnek találtam mozgulatait, beszédének vontatottsága nem volt tapasztalható, pupillái is tágabbak voltak s prompte reagáltak, térdreflexei közül a jobb kissé gyengébben volt kiváltható mint a bal, a bal élénk volt. Ekkor panaszkodott, hogy fejfájásai most is vannak, sőt a napokban erősebb szédülése is volt.

Ha már most analizáljuk az esetet s csoportosítjuk az egyes tüneteket, azt találjuk, hogy az illető gyenge eszű tanuló volt. Kinek anyja habituális fejfájásokban szenvedett s kinek családjában különözök voltak, azonfelül egyik fivére éjjel ágyából kikelt s járkált. Őt magát is sűrű fejfájások zaklatták, továbbá az utolsó 15 évben 4 ízben összeesett s utána amnesziás volt. Hazulról való eltűnését egy erősebb depressio váltotta ki, melyet kedvezőtlen anyagi helyzete létesített. Ezen lehangoltsági állapot váltotta ki azon kóros reakciót, melynek következtében 3 napig bolyongott s mely bolyongásáról beszámolni nem tud, illetőleg úgy ezen időre, mint az azt követő 12 napra majdnem teljes az emlékezési kiesés. Azért mondom, hogy majdnem teljes, mert ő maga állítja, hogy homályosan vél arra visszaemlékezni, hogy lakásának utcájában *neje hangjához hasonló siránkozó hang ütötte meg fülét s ez vitte önkénytelenül a kapukhoz*. A bolyongás ideje alatt öntudatát szintén zavartnak kell tekintenünk, hisz beszámolni az azon időben lezajlott tetteiről nem tud, mint nem tud visszaemlékezni a 12 napra, midőn otthon feküdt. Hogy ez utóbbi időben öntudata elhomályosult volt, bizonyítja lethargiás, apathiás viselkedése, midőn a külső ingerekre alig reagált, szemeit ugyan felnyitotta, bárgyun körülfeküdt, nyelvét is kiöltötte, de ezen lelki megnyilvánulásokat nem lehet öntudatosaknak tekinteni. Ezen magunk által észlelt állapot megerősíti azon kijelentését, hogy úgy a bolyongási időre, valamint az otthon lezajlott 12 napra amnesia állott fenn. Némi kétséget látszik azonban támasztani zavart öntudata iránt azon körülmény, hogy 3 napig emberek közt járkált s viselkedésével feltűnést nem keltett, továbbá midőn egyik ismerőse, a czég egyik alkalmazottja utána sietett és reá kiabált, ő lépéseit meggyorsította; de ha meggondoljuk, hogy ködös öntudattal látszólag célszerű cselekedeteket visznek véghez, a viselkedés abnormitást ilyenkor nem mutat, akkor az ő magatartása, viselkedése, mely automatás volt, a laikusoknak fel nem tűnhetett, mindamellett, hogy abnormis volt. Az anamnesis: a sűrű fejfájás, a 4 ízben eszméletlenséggel járó összeesés, a czéltalan kóborlás, már azon idő alatt való öntudatzavar, valamint az egész eseményre kiható emlékezőhiány jogosulttá teszi azon feltevést, hogy epilepsiás alapon keletkezettnek tekintsük az összállapotot. Mint kiváló momentumot kell felvennünk az anyagi zavarok folytán bekövetkezett lehangoltságot, ezen lehangoltság váltotta ki ezen epilepsiás habitusban a kóborlást, a melyre a visszaemlékezés majdnem teljesen hiányzik. A kifejtettek alapján, jóllehet a *Rücke*-féle beosztásba nem illik, jelen esetben úgy vélem mégis jogosan epilepsiás poriomaniáról szólhatunk.

A miért ezen eset tárgyalását a szakosztály elé hoztam, különösen azért történt, mert törvényszéki szempontból való elbírálását érdekesnek tartom.

Láttuk hogy a beteg jóállása következtében anyagi zavarokkal küzdött, s mint több ízben, a megbetegedése előtt is idegen pénzhez nyult, a melyet azonban az elszámolásra előteremteni nem tudott. Tegyük fel, a mi ezen esetben nem történt meg, hogy a czég *sikkasztás* miatt ellene feljelentést tesz s a hivatalos eljárás foganatosítatik. Kérdés, milyen álláspontot foglaljon el a szakértő az egyén beszámíthatóságát illetőleg, midőn a bűncselekedetét elkövette? Nézzük, mily viszonyok között kerül az egyén vizsgálat alá. Ha a feljelentés a vázolt állapot tartama alatt történik s a szakértői vizsgálat a soporosus időszak alatt foganatosítatik, ezen statusban elmeállapota normálisnak nem mondható s ha a szakértő mérlegeli az előzményeket, melyek között epilepsiás tünetek vázoltatnak, könnyen okozati összefüggésbe hozza ezen állapottal az inermiált cselekedetet, a cselekedet elkövetésének idejére kiterjeszti a kóros állapot tartamát s *beszámíthatatlanságot* állapít meg a bűncselekedet elkövetése alkalmával is; vagy megtörténik, hogy az előzetes

hivatalos vizsgálat addig húzódik el, a midőn az állapot már teljesen oldódott s a szakértői vizsgálat alkalmával már normális viszonyok forognak fenn, a szakértő a lezajlott állapot vázolásában kételkedik, az egész állapotot *simulációnak* fogja fel, melyet azért ecseteltek előtte, hogy az elkövetett bűncselekedet idejére öntudatzavart s e miatt beszámíthatatlanságot állíthassanak oda; természetesen az előzményeket mint valókat nem ismervén el, úgy a vizsgálat idejére, valamint a tett elkövetése idejére *beszámíthatóságot* vesz fel, vagy lelkiismeretét meg akarván nyugtatni, az előzmények valódisága elől nem zárkózik el, annak fennforgását concedálja s így *csökkent beszámíthatóságot* állapít meg a tett idejére, a vizsgálat idejére nézve pedig *teljes beszámíthatóságot*. Nézetem szerint a helyes elbírálás ez: X. Y. már több ízben nyult idegen pénzhez, a vázolt kóros állapotát megelőzőleg is *tudatosan* fordította saját céljaira a pénzt, mit megerősítenek azon ténykörülmények, hogy ismerőseihez s rokonaihoz fordult kölcsönért, s csak midőn sehonnán sem tudta az elhasznált összeget előteremteni, határozta el magát öngyilkosságra; küldött leveleiben felsorolja mindazon okokat, melyek őt arra rábírják, búcsút vesz családjától, tehát mindeddig *öntudatosan* cselekszik, tehát teljes belátása helyzetét illetőleg még az *incriminált cselekedet után is fennáll*; csak ezután, azon lehangoltság következtében, melyet ügyeinek rendezhetlensége létesített, váltódik ki nála a vázolt kóros állapot és csak ezen időre terjeszkedik ki öntudatzavara. Tehát mikor a sikkasztást elköveti, azt tudatosan teszi, ezért a cselekedért felelni köteles, ezért neki bűnhődnie kell. Az összes körülmények helyes latolgatása, valamint a poriomaniás állapotok keletkezésének s lefolyásának tüzetes ismerete mellett történhetik csak meg mindenkor az igazságnak megfelelőleg az esetek elbírálása.

Közlés a budapesti kir. magy. tud.-egyetem orr- és gége-orvostani klinikájáról. (Tanár: Ónodi A. dr.)

Az Ehrlich-Hata-féle arsenobenzolkezelés a felső légutak syphilitikus bajaiban.¹

Írta: *Safranek János* dr. operateur, klinikai tanársegéd.

Mielőtt a syphilis új gyógyításmódjával az orr, garat és gége syphilitikus bajaiban szerzett tapasztalásainkról beszámolnék, néhány szóban összefoglalni óhajtanám azon általános szempontokat, melyek az új antilueses szer hatásmódjának magyarázatában és a hatás megítélésében irányítóul szolgálhatnak azok számára, kik e kérdéssel behatóbban nem foglalkoztak.

Tudvalevő, hogy a syphilidologia a legutóbbi évek folyamán, az orvostörténelemben szinte páratlan módon, alig pár év leforgása alatt, gyors egymásutánban a nagy jelentőségű tudományos felfedezések egész sorával gazdagodott, a milyenek: a syphilis átolthatósága egyes állatfajokra, a spirochaeták felfedezése és a syphilis serodiagnosisa, a melyek a syphilis pathológiája és terápiája problémáinak tanulmányozásában új irányt szabtak. A syphilis terápiájában pedig fordulópontot jelentett, midőn a szerves arsenkészítmények specifikus hatékonysága kiderült. Az *Uhlenhuth* és *Hoffmann* vizsgálatai alapján egyes spirillosisokban hatásosnak mutatkozott atoxyl-készítményeket *Ehrlich Pál* frankfurti intézetében rendszeres vizsgálat tárgyává téve, a nagy német kutató az atoxyl tulajdonképpen kémiai constitúcióját felismerve és megállapítva, hogy az arsaniásvnak reduktív termékei a hatékonyak, új szerves arsenkészítményeket állított elő s czéltudatos módon, a synthesises kémia törvényei alapján megalkotta a spirillosisok chemotherapiáját. Az atoxylesoporthoz tartozó ötértékű szerves arsenkészítményekről ugyanis a gyakorlatban kiderült, hogy egyes parasiták okozta betegségekre többé-kevésbé hatékonyak ugyan, de egyszersmind ártalmasak a szervezetre, nevezetesen a látóideg atrophijának veszélyével járnak; *Ehrlich* felfogása értelmében „parasitotropok“, vagyis kémiai affinitásuk következtében a parasitákhoz fixálódnak s azokat mérgehatásuk folytán előlik, de egyszersmind a parasiták gazdájának egyes szerveire szintén kártékony

¹ Kivonatossan előadott a budapesti kir. orvosegyesület 1910 november 19-i ülésén.

hatásuk, azaz „organotropok“ is. Ellenben az Ehrlich által előállított háromértékű arsenkészítményekről, különösen a dioxydiamidoarsenobenzolról kitűnt, hogy a spirillumok okozta betegségekben, nevezetesen a kísérleti állatsyphilisben is az összes parasitákat egy csapásra előlik, a nélkül, hogy organotropok volnának, vagyis sikerült a „therapia sterilisans magna“.

Az arsenobenzolról állított „parasitotrop“ hatás a spirochaeták fertőzte emberi szervezetre oly értelemben igazolódott be, hogy a spirochaeták az esetek túlnyomó részében a friss syphilitikus folyamatokban (chancre, papulák, nyálkahártya-plaques) a szer alkalmazása után feltűnő gyorsasággal elpusztulnak. De gyógyító hatásának mutatkozott az arsenobenzol oly lueses szövetelváltozásokra is, a melyekben spirochaeták alig vagy csak szórványosan fordulnak elő, mint a syphilis harmadlagos és malignus alakjainak tumorjaiban és ulceratióiban, s e tekintetben saját észleléseink is tanulságos adatokat szolgáltatnak; ha végül figyelembe vesszük veleszületetten syphilitikus csecsemőkön az anyának arsenobenzollal kezelése után tapasztalt eredményeket: igen elfogadhatónak tűnik fel az a felfogás, hogy az arsenobenzol a spirochaeták előlésén kívül egy *reactió*s folyamatot indít meg a szervezetben (az előlt spirochaetákból felszabaduló endotoxinok útján?), a melynek eredményeként az esetek nagy többségében határozott gyógyulási tendencia mutatkozik s a mely a syphilis *tüneteinek* olykor bámulatos gyors gyógyulását eredményezi.

Az arsenobenzolról állított tulajdonságok másodikára az eddigi tapasztalatok szintén eléggé kedvezőek, a mennyiben „organotrop“ hatását, vagyis a szervezet életfontos szerveinek lényeges és maradandó megkárosítását ez ideig nem tapasztalták vagy legalább aránylag igen ritkán.

De kiderült az is, hogy az arsenobenzol nagynevű feltalálójának reménye, a „therapia sterilisans magna“, az emberi syphilisben nem vált valóra, legalább abszolút értelemben nem, mert mint tényt kell rögzíteni, hogy az esetek egy, bár relative csekély részében a szer absolute hatástalan volt, az eseteknek tekintélyesebb számában pedig rövidebb-hosszabb idő múlva a szer alkalmazása után recidivák mutatkoztak, és végül, ha a syphilis vírusa okozta tünetek el is mulottak, nem pusztult ki minden esetben a szervezetből az activ, életképes vírus maga, a mire a Wassermann-féle seroreactio nyújt felvilágosítást. És ezek a szempontok a szer végső hatásának megítélésében igen nagy jelentőségűek, hangoztatásuk pedig e szer hatásáról már-már lábrakapott fogalomzavar miatt szükségesnek látszik.

* * *

Tekintve, hogy a syphilis a felső légutak területén mindenütt és a baj minden szakában előfordul, de különösen II. stadiumában igen gyakran, szinte rendszeresen a rhino-laryngologia terrenumán effloreskál s nagyon gyakoriak itt a harmadlagos elváltozások is, a melyek a tertiaer lueses betegségeknek igen jelentékeny százalékát teszik: az arsenobenzolkezelés az orr-gégeorvoslás szempontjából is eminens jelentőségűnek látszott, s így már a kísérletek elején tapasztalt eredmények alapján szükségesnek mutatkozott, hogy ez eljárásnak hatását a felső légutak területén előforduló lueses elváltozásokra közelebbről megfigyeljük; szükséges volt ez annyival inkább, mert a dolog természete szerint a klinikai jelentőségű közlések nagyobb részben bujakórtani osztályokról kerülve ki, a specialis rhino-laryngologiai jártasságot igénylő esetekre, illetőleg ezek klinikai lefolyásának beható megfigyelésére nem igen terjeszkedtek ki. Ónodi professor úr megbízásából a vezetése alatt álló orr- és gégeorvostani klinika rendelkezésén tüzetesen észleltem azon eseteket, a melyek az I. sz. belklinikán arsenobenzolkezelés alá vették, illetve közülök azokat, a melyekben az anamnesis, a klinikai tünetek és a körjelzési segédreakciók alapján kétséget kizárólag luesesnek minősített elváltozások voltak a felső légutakban. Ez esetek száma november végéig 25 volt. Kéty tanár úr ő méltóságának ez eseteknek átengedéseért e helyütt is hálás köszönetet mondunk. Ezeken kívül alkalmunk volt néhány egyebütt oltott beteget is megfigyelünk.

A gyógyszer alkalmazásának methodikájára, az alkális oldat, neutrális suspensio stb. hatásában mutatkozó esetleges eltérésekre, az oltást követő melléktünetekre (gyógyszer-exanthema), illetve az

általános reactiók jelenségekre (hőmérsék-, érlökés- és vérnyomás-változások), az idegrendszer és egyéb szervek részéről mutatkozó tünetekre (neuralgiás fájdalmak, fejfájás, reszketés, szívdobogás, gyomorbéltünetek) stb., a melyekről egyes észlelők referálnak, részletesebben nem terjeszkedünk ki;¹ részünkről főleg az eseteknek orr-gégeorvostani szempontból érdekes klinikai viselkedésére és az ebből vonható következtetésekre helyeztünk súlyt.

A methodikára vonatkozólag csak annyit jegyzünk meg, hogy az esetek nagyobb részében a gyógyszer neutrális suspensióban subcutan fecskendeztetett be a hátán, a scapula alsó vége és a gerincoszlop között, néhány esetben pedig intravenásan, illetve kombináltan, intravenásan (alkális oldatban) és subcutan alkalmaztatott. Az adagolás a kórtörténetekből tűnik ki. Az oltást követő reactiók jelenségei közül különös figyelmet fordítottunk a felső légutak területén mutatkozó lokális reactióra. Kiterjeszkedtünk a Wassermann-reactio viselkedésére is, mely az oltás előtt minden esetben és utána ismételtelen megejtetett, s melyet az ellenőrzésre jelentkező eseteinkben is végeztünk.

Az arsenobenzollal történt antilueses gyógyítás befolyása a Wassermann-reactióra a homloktérben álló kérdések közé tartozik, de eltérőek még a nézetek e reactiónak körjelzési szempontból értékesíthetőségéről és az ebből vonható következtetésekről is. Tekintve, hogy a későbbiekben erre hivatkozás történik, helyén való, hogy álláspontunkat e kérdésben röviden jelezzük abból a szempontból, a melyből e kérdésnek a rhino-laryngologiaiban jelentősége van. Általánosan ismeretes, hogy míg a lues II. stadiumában a szájnyalkahártyán, a tonsillákon stb. mutatkozó jellegzetes plaques-on kívül rendszerint egyéb, a körjelzést biztosító tünetek vannak (bőrexanthema, polyskleradenitis, gyakran az initális sklerosis nyoma), a lues I., de főleg III. stadiumában a körjelzés olykor nehéz. Míg primaer sklerossissal az orr-gégeorvoslás terén aránylag ritkán találkozunk, annál gyakoribbak a harmadlagos elváltozások, a melyek a tertiaer lueses megbetegedéseknek igen jelentékeny százalékát teszik s egyrészt nagyon változatosak megjelenésük alakjában, másrészt gyakran nem járnak egyéb látható tünetekkel. Az anamnesis sokszor megbízhatatlan, a klinikai kép felette változatos s az elkülönítő körjelzés különösen a tuberculosissal szemben olykor igen nehéz; a szövettani vizsgálat nem ad minden esetben biztos felvilágosítást; a tertiaer syphilidekben spirochaeták csak elvétve találhatók, a mikroskopi lelet is többnyire negatív és így a Wassermann-féle seroreactio ilyen esetekben igen jó szolgálatot tehet. Bruck² az eddigi vizsgálatok eredményét összefoglalva megállapította, hogy elsődleges lues eseteiben körülbelül 33, másodlagos luesben több mint 90, harmadlagos luesben mintegy 70—80, latens esetekben 50—60%-ban pozitív a reactio. Hogy biológiai értelemben a syphilisre különleges jelentőségű-e, ennek elbírálása nem ide tartozik, de tény, hogy a syphilisre nagy mértékben jellegzetes és gyakorlati szempontból fontos, hogy, bár előfordul egyéb megbetegedésekben is, nem fordul elő olyanokban, a melyek klinikailag syphilissel összetéveszthetők, kivéve a leprát és framboesiát (Bruck). A Wassermann-féle seroreactio *positív* voltát tehát igen értékes adatnak tekinthetjük, a mely jelzi, hogy az illető egyén — valamikor — lueses fertőzést szenvedett el és a jelzett kétes esetekben a kérdéses elváltozás körjelzésében is jól értékesíthető, a klinikai tünetek gondos mérlegelésével kapcsolatban.³ Észlelt eseteink egyikében-másikában is a seroreactio pozitív volta erősítette a diagnosist, s hogy az elváltozás valóban lueses volt, azt az eredmény is igazolta.

Áttérve eseteink ismertetésére, meg kell jegyeznünk, hogy az I. számú belklinikán kezelt esetek között primaer sklerosis a felső légutak területén nem volt; de alkalmunk volt megfigyelni egy egyebütt oltott betegen az alsó ajkon levő kemény chancre esetét, mely az oltás utáni VII. napra begyógyult. A másodlagos és harmadlagos tünetek sok esetben vegyesen, illetve átmeneti alakokban mutatkoztak és multiplicitással. Eseteinket a syphilis legkifejezettebb

¹ Ezekről Torday dr. tanársegéd számolt be az Orvosegyesület 1910 november 19-i ülésén.

² Bruck: Die Serodiagnose der Syphilis. Berlin, 1909.

³ Nemrég Guszman és Neuber dr.-ok a Wassermann-reactio gyakorlati jelentőségéről irt közlésükben e kérdést minden irányban ki-merítő módon tárgyalták és világították meg. Orvosi Hetilap, 1909.

tüneteinek localisatiója szerint csoportosítottuk. Lokális therapiát eseteink egyikében sem alkalmaztunk.

Az ozenás eseteken kívül orr- és orrgaratbeli syphilis 3 esetét észleltük, másodlagos-harmadlagos tünetekkel.

1. naplósám: *Ulcus luetic. septi nar.* 19 éves férfi 3 évvel ezelőtt genitális úton lueszt szerzett, mely miatt Hg inunctiós kúrát végzett; 1909-ben orrában „genyes fekély” támadt, mely újabb Hg (inject.) kúrára meggyógyult. Néhány hete jobb orr-felében fájdalmas bizsergő érzése van, orra eldugult. Felvételi status szeptember közepén: jobboldalt, a septum elülső részén erősen lobos, részben beszáradt, véres pörkkel fedett, sáncszerű infiltratumból környezett, lencsenyi, kerek, piszkos alapú defectus van a nyálkahártyán, a porcz még épnek látszik; a jobboldali elülső garatíven babnyi plaque; a cervicális, cubitális és inguinális mirigyek fájdalmatlan beszűrődése; positiv Wassermann-reactio. Oltás: 0:50 Hy jelzésű arsenobenzol a háton, subcutan; másnap: égető érzés az orrban, a lobos szegély élénkebb, 2 ízben erősebb vérzés az ulcus helyéről; III. napra az ulcus tiszta, szélei ellapultak, a behámosodás megindult, a garatív plaqueja nyomtalanul eltűnt; VII. napra az ulcus begyógyult, a Wassermann-reactio még positiv; az oltás utáni IV. héten a Wassermann-reactio negativ, ugyanaz a VIII. héten; a fekély helyén fehér, kis centrális behúzódnást mutató heg.

7. naplósám: *Periostitis gummosa ossis nasal. sin. Rhinitis atrophic.* 34 éves férfinak 16 évvel ezelőtt szájában syphilitikus fekélye volt, antilueses kúrát rövid ideig végzett. 15 évvel ezelőtt baloldali tüdőcsücsurut, 5 évvel ezelőtt állítólag gégetuber-culosisa volt; hosszas klimás kúrákra meggyógyult. Folyó év augusztus havában az orrgyök felett baloldalt fájdalmas duzzanata támadt, mely miatt szeptember közepén jelentkeznek rendelésünkön. A bal os nasale felett és tőle laterálisan mandola nagyságú, lobos bőrrel fedett, feszes, rugalmas tapintatú fájdalmas térfogatnagyság; az orrban diffuse duzzadt, de helyenkint sorvadtt és beszáradt pörkkel fedett nyálkahártya; incisio, melyre körülbelül 1 cm³-nyi sűrű geny ürül, a tályog alapját a lecsupaszított és érdes os nasale sin. képezi. A szárazon, jodoform-gazeval kötött seb nem gyógyul, szélei mindinkább szétesnek és 10 nap alatt fillérnyi, szalonnás lepedékű, lobos bőrrel környezett fekélyléc alakul át; positiv Wassermann-reactio. Oltás október 7.-én: 0:70 Hy subcutan a háton, este mérsékelt hőemelkedés; október 9.-én: a bőr lobos pirja csökkent, a fekély alapja tisztább, a váladék csökkent; október 11.-én: a szalonnás alap teljesen feltisztult, a fekély szélei elsimultak, a behámosodás a szélek felől megindult; az oltás utáni X. napra a fekély begyógyult, a rhinoskopiás lelet nem változott; atrophias rhinitise miatt a beteg kezelésünk alatt marad, az oltás utáni VII. héten a Wassermann-reactio negativ.

19. naplósám: *Rhinitis atrophicans foetida, ulcus luetic. cavi nasopharyngei* (angina specifica, erythema laryngis). 31 éves nő genitális úton mult év oktber havában fertőződött, antilueses kúrát nem végzett; évekkal ezelőtt orrhurutja miatt szakorvosi kezelés alatt állott, körülbelül egy féle, hogy környezete állítása szerint orrából bűz jön, mintegy 2 hónapja rekedt, torkában kaparó érzése van. Felvételi status: mindkét orrfél tág betekintést enged, a nyálkahártya száraz, szürkés-piszkos pörkökkel fedett, foetor az orrból; száraz és beszáradt, piszkos-barnás, véres pörkkel fedett a garat hátulsó falának nyálkahártyája is; a tonsillák és garatívek kissé duzzadtak, erősen belöveltek, a belöveltség élesen határolt; az orrgaratot a pörköktől megtisztítva rhinosk. post.-nál kitűnik, hogy a nasopharynx különösen baloldalt élénkvrös és a bal choana felső szélén piszkos szürkés-zöldes vartól fedett, szabálytalan alakú, éles és kissé kiemelkedő szélű anyaghiány van a nyálkahártyában; az epiglottis duzzadt és belövelt, mindkét hangszalag duzzadt, injiciált, a beteg hangja nagyon rekedt; Wassermann-reactio erősen positiv. Oltás november 16.-án: 0:30 Hy intravenásan; másnap a beteg torkában igen erős karczó, égető érzést jelez, mely a bal fülébe kisugárzik, sokat kell krakognia és köpködni; a torok pirja igen élénk, úgynevezett haragos-vörös; november 19.-én: a torok halványabb, a garat hátulsó fala tisztább, ilyen az ulcus alapja is, a rhinosk. ant. lelete nem változott, az epiglottis lobos duzzanata csekélyebb, a subjectiv panaszok megszűntek; november 23.-áig az utóbbi status nem változik, ezen a napon subcutan a háton 0:40 Hy fecskendeztetik be; más-

nap a beteg azt állítja, hogy orrából bővebb és higabb a váladék; november 25.-én: az orrgaratbeli fekély teljesen megtisztult, a behámosodás a szélek felől megindult, az epiglottis normális képet mutat, a hangszalagok belöveltsége csekélyebb, a hang rekedtes; november 28.-án: a nasopharynxbeli fekély begyógyult, a garat tisztább, az orr- és gégelelet lényegesebb változást az előbbihez képest nem mutat. A Wassermann-reactio ez esetben már 8 nap mulva negativvá lett.

Megjegyezzük e helyütt, hogy rhinitis atrophicanst beteginken még számos esetben találtunk, de egyéb jellegzetesebb elváltozások miatt ezen eseteket az utóbbiak szerint csoportosítottuk.

A garatban és szájüregben lues II. tüneteit mintegy 15 esetben észleltük; ez esetek egy részében a papulás, más részében a fekélyes, néhány esetben az erythemás alak igen kifejezett megnyilvánulásait láttuk; egy-egy jellegzetes, lefolyásában érdekes esetet felsorolunk.

A papulás alak típusos képviselője volt többek között a következő esetünk:

22. naplósám: 42 éves, férjes nő. Lueses infectióról mit sem tud; f. é. június havában tüdőcsücsurut miatt az I. számú belklinikára vétette fel magát, a hol maculo-papulás exanthemat, inguinális mirigyduzzanatot észleltek rajta positiv Wassermann-reactióval s ezek miatt Hg inunctiós kúrát végzett, mire az exanthema visszafejlődött; panasza most az, hogy 6 hete állandó fejfájása van, 2 hete testén ismét kiütés mutatkozott s körülbelül 2 hónapja fáj a torka. Felvételi status november 21.-én: mindkét tonsilla és a garatívek kocsonyásan duzzadtak, a tonsillák egész mediális felületét szürkés-fehér, helyenkint kissé halvány, zöldes-sárgán színezett lepedék borítja, körülötte élesen határolt lobos zona; hasonló, mintegy babnyi elváltozás van az uvula elülső felületén; a nyelv szélén baloldalt a középső harmadban jókora mandolányi, tejszínű, a niveau fölé emelkedő folt; rhinit. atroph. incip., polyskleradenitis; a mellen néhány macula; positiv Wassermann-reactio; láztalan állapot. Oltás november 21.-én: 0:40 Id subcutan a háton; másnap erős lokális reactio. III. napra a plaques elhalványodnak s a következő napra nyomtalanul eltűnnek, a tonsillák és garatívek duzzanata csökkent s november 26.-án normális képet mutatnak. Ezen beteggel egyidejűleg 18 éves leánya is kezelés alá jutott, a kit anyja fertőzhetett extragenitális úton s a kin „syphilis d'emblée” esete látszott fennforogni, baja — látszólag — másodlagos tünetekkel a torokban kezdődött; a bal elülső garatíven és a nyelven levő plaques az oltás után ugyan- csak III. napra nyomtalanul eltűntek.

Hasonló lefolyást mutatott a papulás alaknak 7 más esete, a melyekben a tonsillákon, a légyszájpadon, a nyelven, az ajkak belfelületén stb. voltak típusos plaques, polyskleradenitissel, egyik-másik esetben egyéb lueses tünetekkel (hörexanthema, genitális papulák, primaer sklerosis nyoma), mindmegannyian positiv Wassermann-reactiót mutatva az oltás előtt. 0:50—0:70 Hy vagy Id jelzésű arsenobenzol alkalmazása után az esetek nagyobb részében kifejezett lokális reactio mutatkozott s a plaques 2—5 napon belül nyomtalanul eltűntek, a subjectiv tünetek megszűntek; az oltás utáni VIII.—XII. napon, midőn a betegek észlelésünk alól elkerültek, a Wassermann-reactio még positiv volt.

Lues II. ulcerás alakjának 4 esetét észleltük. Ezekben a garatíveken, a tonsillákon és a légyszájpadon levő borsónyi-fillérnyi, éles szélű, piszkos-szürkés vagy sárgás lepedéktől fedett, lobos zónától környezett felületes anyaghiányokról volt szó; a luesst egy év-néhány hónap előtt genitális úton szerezték, e miatt antilueses kúrát már végeztek, valamennyiükön egyéb lueses (II.) tünet és positiv Wassermann-reactio volt; 0:40—0:60 Id subcutan, illetve egy esetben 0:20 intravenás és 0:40 subcutan kombinált alkalmazása után többé-kevésbé kifejezett lokális reactio és subjectiv jelenségek („seb”-érzés a fekély helyén, égető, karczó, a fülbe kisugárzó fájdalom), majd a fekélyeknek bámulatos gyors megtisztulása, behámosodása és 4—5 napon belül gyógyulása következett be.

Az erythemás alaknak is több kifejezett esetét láttuk; az egyéb II. lueses tünetek, positiv Wassermann-reactio mellett fennálló angina specifica (éppen így a larynx erythemája) az oltásokra eléggé prompte reagált, lokális reactio után a pir elhalványodott, a duzzanat szűnt, s a subjectiv panaszok elmúltak.

Röviden megemlítjük még a következő érdekesebb esetet:

16. naplósám: 29 éves, férjezett nő november elején azon panasszal jelentkezik rendelésünkön, hogy 4 hete fáj a torka, különösen nyeléskor; jelen bajáig állítólag egészséges volt. A phthisises habitust mutató anaemiás nőn az erős lehenyetséget mutató jobb tonsilla medialis felületén 2—3 kicsiny, gombostüfejnél alig nagyobb, szürkés-fehér petty; a jobb hátulsó garativ szélénél közepén borsnyi, sárgásan áttűnő göbese látszik, mely a nyálkahártyát félgömböszertűen elődomborítja, s a melyet csak kevésse lobos zóna övez; a nyakon néhány csekély fokban beszűrődött, de kissé fájdalmas mirigy; egy tonsilla-petty lesurolása után sima, vérzékeny nyálkahártya látszik; az orr, orrgarat és gége számbavehető elváltozást nem mutat; a beteg láztalan, az anamnesis sem syphilis, sem tuberculosis tekintetében támpontot nem nyújt. A habitus ellenére az I. belklinikán megejtett vizsgálat tuberculosisra negatív; syphilisnek egyéb, látható tünete nincs. Már a tonsilla-lelet sem különösen jellegzetes, a garativ göbésének körjelzése pedig éppenséggel nem könnyű; excisiójába a félénk beteg nem egyezett s így kórszövettani vizsgálata eszközölhető nem volt. Végül is tekintve a subcutan keletkezést, a fájdalomasságát, a göbese körüli, habár mérsékeltlen kifejezett lobos zónát, a tonsilla-leletet s a tünetek bizonyos polymorphiáját és last not least a Wassermann-reactio pozitív voltát: a diagnosist syphilomában állapítottuk meg. Az elváltozásnak lueses volta a következményekből, az arsenobenzolkezelés eredményéből beigazolódott: 0.50 Id subcutan oltása után a garativen erős lokális reactio, a tonsilla pettyezett-sége III. napra eltűnt, a göbese VI. napra resorbeálódott, a nyálkahártya normális színezetűvé lett, a fájdalom megszűnt, a mirigyek beszűrődése csökkent, fájdalomasságuk elmúlt.

Ez esetben tehát a Wassermann-reactio — a bevezető részen említett értelemben — igen értékes adat volt, az arsenobenzolkezelés pedig ex juvantibus rövidesen igazolta a diagnosist.

Kifejezett tertiaer elváltozásokkal a garatban és torokban 5 beteget észleltünk.

Egy esetben (2. naplósám), 33 éves férfin az infectio 6 évvel ezelőtt extragenitális úton (ujjsérülés) történt s azóta többszörös lueses erupciók mutatkoztak, melyek nyoma részben jól látszik (hegek); az egyik tonsillán levő mogorónyi gummás szétesés és az uvula hátulsó felületén levő fekély 0.50 Hy subcutan alkalmazása után III. napra tisztulni kezd, majd elsimul, ellaposodik a szétesett terület, a szélek felől behámosodik és IX. napra begyógyul.

Másik esetünkben (9. naplósám) 40 éves férfin a genitális infectio 20 év előtt történt; 4 éve vannak orr-, néhány hete toroktünetek. Igen súlyos ozoena: a nyálkahártya nagyfokú atrophíája, az orrkagylóknak még nyoma is alig látszik, az orrsővény porcós része teljesen, csontos része nagy részben elpusztult, bűzös pörkösödés; atrophias az orrgarat és garat hátulsó falának nyálkahártyája is; a jobb oldali hátulsó garativen koronányi, sáncszerű széleket mutató, szalonnás alapú anyagihiány; pozitív Wassermann-reactio. 0.70 Hy subcutan alkalmazása után a gummás szétesés tisztul, szélei lelapulnak, majd megindul a behámosodás s VIII. napon, midőn a beteg a klinikáról távozik, a fekélyes szétesés helyén csak néhány mm.-nyi szalonnás csik látszik. Ezen egy esetünkben az ozoena is határozott változást mutatott: a pörkök az oltás utáni III.—IV. naptól lazábbak, könnyebben távolodnak el, majd kevesedik a pörkösödés s a jellegzetes bűz lényegesen enyhül, a beteg távozásakor orra szinte pörkmentes; igaz, hogy a beteg a türethetlen bűz s kínzó pörkösödés miatt orröblítésekét végezte, de végezte ezeket már mintegy másfél éve, a mikor éppen Ónodi professor úr rendelésén ajánlottuk neki az orröblítést s ugyanakkor jodkalit is rendeltünk neki, melyet hosszasán szedett, sikertelenül.

Harmadik esetünkben a légyszájpadon levő gummás szétesés hasonló gyógyulási folyamatot mutatott, mint az előbbieket s igen szépen reagált a glossitis indur. is; míg IV. ilyen esetünkben szokatlan erős reactio mutatkozott.

22 éves, elég erőteljes férfinak (8. naplósám) invitorláján, a teljesen elpusztult uvula helyén jókora koronányi szétesett gümma volt (a Wassermann-reactio oltás előtt negatív). 0.50 Hy subcutan alkalmazása után néhány órával a beteg nagyon elesett, feltűnő sápadt, a torkában óriási fájdalmat panaszol, még tejet is

alig tud nyelni; ez az állapot másnapra javul, III. napra megszűnik, mikor is a fekély alapja megtisztul s az injectio utáni VII. napra a fekély teljesen begyógyul (a Wassermann-reactio most is negatív).

Ötödik, ebbe a csoportba tartozó esetünkben hatás egyáltalán nem mutatkozott:

13. naplósám: 42 éves férfi 22 év előtt katonai korában luest szerzett s akkor Hg inunctiós kúrát végzett; folyó évi augusztus hava óta rekedt és fáj a torka. Felvételi status október 19.-én: baloldali crista septitől eltekintve, az orrban kóros elváltozás nincs; az invitorlán az uvula tövétől balra borsónyi, éles szélű, szalonnás lepedékkel fedett anyagihiány látszik, a melyen át a kutató körülbelül 1 cm.-nyire vezethető fel- és hátrafelé a légyszájpadban; a garatban és gégében hurutos tünetek. A bal sternoclaviculáris ízület felett ép bőrrel fedett, tyúktójasnyi, sima felületű, kemény tapintatú, alapjához rögzített fájdalomtalan térfogatnagyság; pozitív Wassermann-reactio. Oltás október 20.-án: 0.60 Hy subcutan, utána semmi reactio; október 25.-én a beteg a klinikáról távozik, még 5 napig marad észlelésünk alatt, de ekkor, vagyis az oltást követő XI. napon sem mutatkozik gyógyulási tendentia vagy változás sem a torokban, sem a sternoclaviculáris ízület feletti gummán. A beteg — vidéki földműves — tovább itt maradni nem akar s így jodkali használatát ajánlva elbocsátjuk; a Wassermann-reactio távozáskor is pozitív.

A gégében észlelt másodlagos lueses elváltozások viselkedéséről már az előzőekben megemlékeztünk; a gége harmadlagos elváltozásával több beteg jelenleg még észlelésünk alatt áll.¹

E helyütt felemlitem még egy figyelemreméltó esetünket, mely egyrészt a syphilis és tuberculosis symbiosisához szolgáltat adatot, másrészt bizonyos következtetést enged az arsenobenzol hatására ilyen esetekben:

29 éves katonatisztról volt szó, a ki 4 év előtt genitális úton luest szerzett, kéneső- és jodkúrákat végzett s a kin mult év tavaszán torok- majd gégetünetek jelentkeztek, gégéjében lueses fekélye volt; újbóli kéneső- és jodkúrára ezek a tünetek elmúltak, ez év nyarán azonban újból torok- és gégetünetek mutatkoztak, ezért szeptember közepén egy vidéki katonai kórházban arsenobenzol-injectiót kapott, mely erős reactióval járt, a betegnek láza és gégéjében égető sebézése volt. Az injectio után rövid idővel, szeptember végén a gégetünetek vehemens súlyosbodást mutattak, a hangnak addig csak fátyolozott volta teljes berekedésig fokozódott, nyelési fájdalmak mutatkoztak s ezek miatt október II. felében a beteg a klinikára került. A gégelelet ekkor ez volt: a duzzadt epiglottis és a gégebemenet a normálisnál sötétebb színezetű, az epiglottis hátulsó felületén lencsenyi, fehéres, sekély behúzódás, a baloldali álhanszalag erősen, de kissé egyenetlenül duzzadt és piros, az ugyanazonoldali hangszalag hasonló, de kifejezettebben göbcsés képet mutat; a baloldali aryporc tája erősebben, a jobboldali kevésbé lobosan duzzadt; aponia. Gyanunk tuberculosisra irányult s feltevésünket megerősítette a klinikai vizsgálat többi adata: a beteg tüdőcsúcsinfiltratio volt, köpetében tuberculosisbacillusok, a körjelzési segédreactiók tuberculosisra pozitívek, syphilisre negatívak voltak.

A syphilis és tuberculosis symbiosis kétféle módon jöhetett létre: az egyik lehetőség az, hogy a tuberculosis infectio másodlagosan társult a syphilishez s a gége syphilises laesiója behatolási kapu gyanánt szolgálhatott; a másik eshetőség az, hogy a betegnek már volt — latens — tuberculosis s utóbb következett be a syphilises infectio.

Felvetődik ez esetben az a kérdés, miképpen hatott az arsenobenzol a kettős infectióra? A syphilisre látszólag gyógyítólag, mert az injectio után 5—6 héttel syphilis tünetei sehol sem voltak, a Wassermann-reactio is ekkor negatív volt. Nehezebb a felelet arra a kérdésre, van-e összefüggés az arsenobenzol-injectio és a gégetuberculosisnak utána bekövetkezett súlyosbodása között? Régóta ismeretes, sokszor állított, de sokat vitatott tapasztalat, hogy a tuberculosis folyamatok az antilueses kúra folyamán rosszabbodást mutatnak. Ez esetben sem vethető el teljesen az a gyanú, hogy az arsenobenzol által kiváltott erős reactio hozzájárulhatott a gége-

¹ Megjegyzés a korrektura alkalmával: Tertiaer ulceratiók az az injectióra prompte reagáltak.

tuberculosis rohamos súlyosbodásához. Hangsúlyozom azonban, hogy csak gyanúról lehet szó, mert a „post hoc, ergo propter hoc” következtetésekkel nagyon óvatosnak kell lennünk.

* * *

Közlésünk végére érkeztünk. Tapasztalásainkat összegezve, ennyit mondhatunk:

1. Az arsenobenzol a felső légutak syphilitikus bajainak általunk észlelt 30 esetében¹ — egy eset (III. ulcus a lágyszájpadon) kivételével — az eddig használatos antilueses szereket a hatás intenzitásában és gyorsaságában messze felülmúlónak bizonyult, a mennyiben a syphilitikus klinikai tünetei az esetek nagy többségében bámulatos gyors gyógyulást mutattak: lueses szövetproductumok az oltás után igen gyorsan resorbeálódtak, szövetpusztulások, nevezetesen nyálkahártyaulcerációk feltűnő gyorsasággal hámosodtak, gyógyultak. Így láttuk, hogy:

a III. stádiumbeli elváltozások közül circumpscript granuloma, szét nem esett syphiloma az oltás utáni VI. napra teljesen resorbeálódtak; a gummás szétesések szalonnás alapja az injectiót követő néhány napon belül feltisztult, az ulcerációk körüli sáncszerű infiltrátum 2—3 napon belül ellapult, a szélek elsimultak, csak-kamar megindult innen a behámosodás, s a fekélyek 6—10 napon belül begyógyultak; ez nemcsak a nyálkahártyákon volt így, de prompte reagált az os nasale gummás periostitis is;

a II. stádiumbeli felületes fekélyes alakok még gyorsabb lefolyást mutattak, s miként láttuk, az oltás után 4—5 napon belül begyógyultak: a papulák alakok — plaques muqueuses — 2—5 napon belül nyomtalanul eltűntek; az erythemás formákban (angina specifica, erythema laryngis) a visszafejlődés valamivel lassabban ment végbe, de ezekben is 10—12 napon belül a tünetek lezajlottak;

primaer sklerosist a felső légutak területén ugyan nem láttunk, de az alsó ajak kemény chancre-ja az injectio utáni VII. napra megpuhult és begyógyult;

végül — minden további következtetés nélkül — felemlítjük, hogy a rhinitis atroph. foetida esetek közül egy esetben határozott változás mutatkozott: a pörkök lazábbá lettek, majd szembe-tűnő módon kevesbedett a pörkösödés s a foetor lényegesen enyhült;

a környéki mirigyek beszűrődése, mint a polyskleradenitis általában, lassú visszafejlődést mutatott.

2. Az oltás után néhány óra — 24 óra alatt eseteinknek több mint felében (főleg másodlagos elváltozás eseteiben) a Herxheimer-féle reakciónak megfelelő, illetve az általa leírt, a bőrön mutakozó reakcióhoz hasonló, többé-kevésbé kifejezett lokális reakciót észleltünk, a mely különösen a környéki részek erősebb kiemelkedésében és igen élénk, úgynevezett haragosvörös elszíneződésében nyilvánult (a syphilitikus affectust rendszeren környező lobos zóna még erősebbé vált), olykor erősebb secretióval párosulva. A lokális reakciót többnyire subjectív érzések kísérték s a betegek az affectus helyén égető sebzést jeleztek. Tekintve, hogy eseteinkben túlkicsiny adagok sohasem, ellenben a maximálisnak mondott adagokhoz közeljárók gyakran alkalmaztattak, s a reactio nem elkésve, hanem rendszerint 24 órán belül mutatkozott: e reakciót nem tartom az injectio elégtelen hatásának, hanem inkább a spirochaetákból felszabaduló toxinok erős izgató hatása eredményének.

3. A kezelés előtti fájdalom, nyelési nehézség rendszerint az injectio utáni II.—III. napon (lokális reakciónál ennek elmulta után) gyorsan megszűnt, olykor lassanként múlt el.

4. Ellenőrzésre az észlelt betegeknek körülbelül egy harmada jelentkezett, ez esetekben az oltás napjától 10—3 hét telt el; a klinikai tünetek kiújulása ezek közül egyetlen esetben sem mutatkozott; a seroreactio magatartásáról csak annyit jegyzünk meg, hogy egy-két esetben az arsenobenzol intravenás alkalmazására az előbb pozitív reactio már egy hét elteltével negatívvá lett, míg a többiek egy részében fokozatosan gyengülve, 6—8 hét alatt vált negatívvá.²

A methodikára vonatkozó aktuális kérdések (például kombinált intravenás és depotkezelés) kritikájába, az általános reac-

tiós jelenségek részletezésébe, bel- és ideggyógyászati észleletek stb. felsorolásába nem bocsátkozhatunk, hanem utalással az I. sz. belklinikáról Kéthy László tanár és Torday Árpád tanársegéd urak referatúrára,¹ csak annyit jegyzünk meg, hogy észlelt eseteinkben „organotrop” hatása a szernek nem mutatkozott; egy egyebütt oltott, figyelemreméltó esetünkben kifolyólag azonban szükségesnek tartjuk, hogy kettős fertőzés (syphilis + tuberculosis) esetén az arsenobenzol hatása különös figyelemben részesíttessék.

Nagyon eltérnénk egyelőre kifizűtt feladatunktól, ha a többi, általános érdekű és „nyílt” kérdések tárgyalásába bocsátkoznánk, a milyenek a refractaer és recidiváló esetek viselkedése reinjectióra, a kombinált kezelések (kéneső + arsenobenzol) és abortivkúrák eredménye, a Wassermann-reactio későbbi magatartása (az oltás után negatívvá lett reakciónak újból pozitívvá válása) stb., a mely kérdések egy része a bevezető részben kifejtettek szerint az arsenobenzol-kezelés végleges eredményének elbírálására nagyfontosságú. A döntést ez utóbbi kérdésben a jövő fogja meghozni, ebben állást nem foglalhatunk, egyébként azonban észleleteink alapján csatlakozhatunk azok táborához, kik ez új antilueses szerben gyógyszerkincsünknek igen becses gazdagodását látják, a mely az eddig használatos antilueses szerekeknek hatását több tekintetben felülmúlja, az eddigi tapasztalatok szerint nem veszélyesebb, mint azok s a melylyel az esetek nagy többségében néhány nap alatt érhető el az a therapiás siker, a mely a többi szerrel olykor csak hónapok alatt volt elérhető, a mely körülmény nemcsak a betegre magára nagy horderejű, de kétségkívül sociális és általános hygienés tekintetben is messzeható következményekkel jár.

Közlés a Szt. István-kórház bőrbeteg-osztályáról. (Havas Adolf dr. egyetemi rk. tanár, főorvos.)

Az emberi lépfene orvoslásához 64 eset alapján.

Írta: Balás Dezső dr., műtőorvos.

(Vége.)

Áttértek ezek után anyagunk rövid kritikai taglalására.

Hogy 10 év leforgása alatt csak 64 anthraxos beteg került Budapest egyetlen ilyenmű fertőző betegosztályára, ez is fényesen igazolja Detre-nek „A lépfene serumá, tekintettel annak jelentőségére hazánkban” című dolgozatában foglalt ama kijelentését, „hogy míg külföldön az emberi lépfene főleg az ipari munkások között lép fel, a nagy gyárak agglomerációjának táján gyakori, addig nálunk az ipari centrumok meglehetősen mentek a lépfenétől, az anthrax inkább az állattenyésztő nép között szedi áldozatait. Nálunk az emberi lépfene mezőgazdasági, külföldön inkább ipari eredésű”. Látjuk, hogy itt az ipari centrumban is eseteink több mint felében mezőgazdasági s csak $\frac{1}{6}$ -ában volt ipari eredésű a megbetegedés.

A boldogult Róna tanár osztályára került bőranthraxbetegek irányadó, mondhatnám souverain eljárás volt az utolsó két serummal kezelt, s Brezovszky dr. által itt bemutatott betegig a *conservativ, tisztán expectativ eljárás*.

A fertőzött beteg még könnyű esetekben is azonnal ágyba kerül, az esetlegesen fertőzött végtagot suspendáljuk. A fertőzőes gócz környékét, a pustula irritációja nélkül, aether- és sublimatleomosással desinficiáljuk, a pustula fölé egyszerűen steril gazera felkent 10%-os bórvaselint alkalmazunk, s úgy a fertőzőes góczra, mint az oedemás területre hideg borogatást rakatunk. E mellett belsőleg magasabb hőemelkedés esetében a beteg antipyreticumokat és esetleg analepticumokat, cognacot kap.

Úgynevezett sebészti kezelést csupán az első 12 eset közül (1903 május 14.-éig) foganatosítottak 8 esetben. A 8 eset közül 6 esetben a fertőzőes gócz környékén 3%-os carbololdatból egy izben, vagy az eset súlyossága szerint több izben is intraparenchymás befecskendéseket végeztek, egy esetben (5. sz. eset) incisiókat és egy esetben (11. sz. eset) a fertőzőes gócz teljes kiirtását eszközölték.

¹ Az orvosegyesület 1910 november 12-i és 19-i ülésén.

² Eseteink száma december közepéig még 5-tel szaporodott, az arsenobenzol ezekben is jól bevált.

³ A közelebbi adatokról Torday dr. tanársegéd fog beszámolni.

Hogy mindjárt dokumentáljam azt, hogy mennyit értek a carbolfecskendések, az in- és exsisiók, az kiviláglik abból, hogy a 8 sebészileg kezelt beteg közül 4 meghalt. (4., 5., 8., 10. sz.)

Ezen okulva, 1903. év május 14.-étől az összes esetek tisztán expectative kezeltettek azzal a megtoldással, hogy a láztalan szak beálltával és az oedema teljes megszűntével, tehát a fertőzés teljes lezajlása után a gyógyulás a necrosisos gócnak a demarcatio vonalában való kiirtásával siettetett.

Mint említettem, 64 eset közül 53 tisztán conservative kezeltetett és mégis csak 4 haláleset fordult elő; továbbá, hogy 30 esetben nagy kiterjedésű oedema és 31 esetben 39-0 C°-ot meghaladó lázas állapot volt jelen, tehát az esetek többségében súlyos bőranthrax-fertőzéssel állottunk szemben; a tények, összehasonlítva a két eljárás eredményét is, fényesen igazolják a boldogult Róna tanár osztályán is követett conservatív eljárás diadalát a sebészi eljárás fölött.

Ha ez adataink és tapasztalataink alapján megállapítottuk azt, hogy abszolút nyugalom, tisztán expectativ és tüneti kezelés mellett még igen súlyos bőranthraxfertőzéssel is megküzdhet a szervezet, ez állításunkat csak megerősíti Ecsedi M. collegánk közleménye, mely szerint 28 bőranthrax-esete expectativ kezelés mellett meggyógyult, mert csak természetes, ha ezt nem az unguentum basilicumra hintett mercur. praec. rubrumnak tulajdonítjuk, hanem annak, hogy a szervezet a fertőzést legyűrte.

E hosszú fejtegetés után joggal vethetik fel azt a kérdést, mi van a serumtherapiával?

Hogy a bőranthrax serumos kezelésére csak most térek át, s eddig oly hosszasan foglalkoztam az expectativ kezeléssel, ennek oka abban rejlik, hogy hazánkban, sajnos, még ma is úgyszólván uralkodó az emberi bőranthrax sebészi kezelése, de még a serummal kezelők is inkább a kombinált sebészi, mint az expectativ eljárás hívei.

Nem szándékozom e helyen az emberi anthrax immunserummal való gyógykezelésének irodalmát felölelni, ezt illetőleg csak utalok Detre, Vidakovich, Dobrovits hazai, Wilms, Bormans A., Ascoli, Lege, Alghero, Ivo Bandi és más számos külföldi szerző kitűnő összefoglaló dolgozataira. Csupán az általános tájékoztatás céljából tartom felemlítendőnek a következőket:

A lépfene-immunserum eredete Sclavo olasz bakteriologus nevéhez fűződik, ki 1895-ben virulens lépfenecsírák nagy mennyisége ellen immunizált juhvérsavójával először tudott virulens culturával fertőzött nyulakat megmenteni a biztos haláltól. Vele csaknem egy időben Marchoux és Sobernheim is hasonló eredményekhez jutottak. 1899-ben Mendez buenos-ayresi bakteriologus lovakból, öszvérekből és szarvasmarhákból nyert lépfeneellenes vérsavónak 1/2 cm³-ével a tengerimalacot is meg tudta védeni a halálos virusmennyiség ellen. 1901 óta Detre a Jenner-Pasteur-intézetben állít elő anthrax-immunserumot lépfenecsírák ellen immunizált lovakból.

Corini 1905-ben a három elismert európai lépfeneserumot: Sclavo-ét, Sobernheim-ét és Detre-ét összehasonlítva, azoknak erősebben jelentékeny különbséget nem talált, a három serumot egyenlő értékűnek írja le.

Az immunserum hatását emberen ugyancsak Sclavo próbálta ki először 1898-ban, midőn már 7 serummal kedvező eredménnyel kezelt bőranthraxesetről referál. Ugyancsak 1898-ban Mendez Lamos dr.-ral 6 pokolvaros egyént gyógyított serumával sikerrel és 1899-ben már 25 immunserummal gyógyult esetről számol be.

1903-ban Sclavo 164, közöttük igen súlyos, a septicaemia kórképe alatt is lefolyó, serumával kezelt és gyógyult esetről referál. A halálozás, szemben a serummal nem kezelt esetek 24.6%-ával, csak 6.0%-ot tesz ki.

1904-ben Mendez 1073 serumával gyógykezelt emberi anthrax-ról számol be, melynek halálozási százaléka csak 4.19%-ot tesz ki, szemben a serummal nem kezelték 35-40%-ával.

1905-ben Lege 261 Sclavo és Sobernheim-féle serummal kezelt ipari anthraxesetről tesz említést, az azelőtti 25.6% mortalitással szemben 7.1% halálozással.

1906-ban Bormans 38 Sclavo-féle serummal kezelt súlyos bőr- és intestinális anthraxesetről referál 5.3% mortalitással.

Ha a hazai orvosi irodalmat tekintem, szinte félve merem közölni, hogy összesen csak 41 Detre-féle és 1 Sobernheim-féle serummal kezelt bőranthraxesetet találtam közölve. (Konrád-tól származik 3, Elfer-től 1, Hevesi-től 1, Vidakovich-tól 2, Dobrovits-tól

1907-ben 9, 1909-ben 24 eset, Brezovszky-tól 2, összesen 42 eset.) A 42 eset közül halállal végződött 5. De meg kell mindjárt azt is jegyeznem, hogy Konrád 1 esete és Dobrovits 2 halálesete nem írható a serum rováására, mert a 3 esetben a serumot úgyszólván már agonizáló betegen alkalmazták, úgy hogy az exitus a serum adagolása után néhány órával már bekövetkezett. Számításba jöhet tehát 39 immunserummal kezelt esetre 2 halálozás = 5.12% mortalitás, s e mellett figyelembe kell vennünk azt is, hogy a gyógyult 37 eset közül 17 a legsúlyosabb anthraxesetek közé tartozott, a melyekben orvosi tudásunk serum nélkül már teljesen tehetetlenül állott a kórral szemben.

A felsorolt megbízható statisztikai adatok, melyek szerint tisztán az immunserum alkalmazása mellett a belső súlyos anthrax-szal vegyes bőranthrax-esetek mortalitását 4.19% (Mendez) — 6.09%-ra (Sclavo) lehet leszorítani, sőt Sclavo, Cicognani, Federici szerint az első vagy második 24 órában kézhez kapott betegek 100%-ban gyógyulnak meg, kétségen kívül igazolják a lépfeneellenes serum alkalmazásának jogosultságát.

Az immunserumot az eset súlyossága szerint, melynek mértéke bőranthraxban a hőmérsék és a helybeli elváltozások foka, belső anthraxban a szervezet reactiójának jelenségei, subcutan (a kulesont alatti árokban) vagy intravenosusan (a vena medianába) adagoljuk. A serumadag nagysága bizonyos határok között a szerzők egyértelmű kijelentése szerint irrelevans, a mennyiben a serum a szervezetre direkt ártalmas anyagokat egyáltalában nem tartalmaz. Közvetlen reactionális jelensége a serumexanthema lehet, mely nagyobb kellemetlenség nélkül, néhány órán belül lefolyik. Az immunserum túlnagy és ismételt adagja azonban, különösen bakteriologiai positiv lelet nélkül, az anaphylaxiára való tekintettel egyenesen veszedelmessé válhatik.

Sclavo ajánlja, hogy serumát egyszerre 30-40 cm³ mennyiségben 3-4 helyre elosztva subcutan alkalmazzuk. Ha 24 óra múlva helybeli vagy általános javulás nem áll be, az eljárást megismétlendő. Súlyos esetben a subcutan befecskendésen kívül még 10 cm³-nek intravenosus befecskendése is foganatosítandó.

Mendez ajánlata szerint serumából, mely a legerősebb, egyszerre csak 3 cm³ injiciálendő, súlyos esetben az injectio 24 óra alatt megismétlendő.

A Sobernheim-féle serum inkább csak állatokon, sero-vaccinációs immunizálásra nyer jelenleg alkalmazást.

A Detre-féle serum könnyebb esetekben 10-20 cm³-nyi mennyiségben és subcutan, súlyosabb esetekben 20-25 cm³ mennyiségben és azonnal intravenosusan nyerjen alkalmazást. Ha a kívánt hatás 12 óra alatt nem mutatkozik, akkor az adagot, sőt esetenként több ízben is, megismételhetjük.

A Sclavo-, Sobernheim- és Detre-féle serum hatása első sorban 1/2-2 óráig tartó, 1/2-1 C°-nyi különbözetet kitevő hőemelkedésben nyilvánul, míg a Mendez-féle serum után azonnal beáll a hőmérsék csökkenése. Detre a hőmérsék emelkedését egyrészt a bacillusok pusztulásával járó kiszabadult endotoxinok felszívódásának, másrészt a demarcatiós lob kifejlődésének tulajdonítja. A rövid hőemelkedést típusos esetekben nyomon követi bő izzadás kíséretében a hőmérséknek a normálisra való leszállása (Elfer, Hevesi, Róna, Ivo Bandi stb. anthrax-septicaemiás esetei).

Miként a hőmérsék, éppen olyan rohamosan javul meg eredményes seruminjectio után, még a legsúlyosabb anthraxban is, a beteg közérzete.

Mendez szerint súlyos esetekben a cyanosis, dyspnoë, delirium nem a septicaemia, hanem az intoxicatio következménye, s e tünetek az anthrax-toxinoknak a hő-, a circulatorius és a respiratorius centrumokra gyakorolt hatása folytán jönnek létre. A hőmérséknek, az érverés és légzés szaporaságának csökkenése, az általános közérzetnek valósággal krízisben nyilvánuló jobbra fordulása, bizonyossága Mendez szerint annak, hogy a lépfeneellenes serumnak befecskendése után, mint a diphtheriaellenes serumnál is, első sorban antitoxinos, tehát neutralizáló hatás érvényesül. A lokális serumhatás csak ezután, tehát későbbben jut kifejezésre, még pedig az oedema eltűnésében (4-24 óra múlva), azután a táji mirigyduzzanatok visszafejlődésében (48 óra alatt). A nekrosisos gócz, a pörk csak lassan válik le, utána felületes fekély marad vissza, mely vékony, rugalmas heggel gyógyul.

Federici, Lomonaco szerint a sebészi beavatkozás nélkül, tisztán serummal kezelt bőranthrax-esetekben a demarcatio sokkal gyorsabban megy végbe, az elhalás sokkal kisebb fokú és a különböző plastikus műtétek, melyek különösen a szemhéjon és annak környékében székeltek pustulák esetén váltak utólag szükségessé, sokkal ritkábban kerülnek szóba.

Az imént vázolt körképet, az immunserumnak szinte csodás hatását találjuk *Hevesi, Elfer* közölt eseteiben és észlelhetjük a *Brezovszky* dr. által az orvosegyesület ülésén bemutatott és részletesen ismertetett két anthrax-esetünkben is, melyek közül különösen az első (a 62. sz. eset) bir nagy fontossággal:

1. mert ékesen szól az immunserum prompt hatása mellett,

2. mert élénk bizonyosságul szolgálhat annak, hogy serum adagolása mellett is mellőzzük a sebészi beavatkozást.

Csak röviden annyit vagyok hátor ismétlésképpen felhozni, hogy az 1909 november 15.-én felvett és előző napon a nyak bal oldalán infectiót szenvedett beteg november 18.-án teljesen öntudatlan állapotban van, delirál, légzése dyspnoés, arca cyanosisos, köpete véres, hőmérséke 39.2°C , a csaknem deszkakemény-ségű oedema ráterjed a homlokra, mindkét szemhéjra, a bal arczfélre, a nyak mindkét oldalára, leterjed elül a ködökgig, hátul a lapocztővisig és lefelé az I. ágyécsigolyáig; ebben az igazán kétségbeejtő állapotban intravenosusan, 2 ízben $20-20\text{ cm}^3$ -nyi mennyiségben befecskendjük a *Detre*-féle serumot, s már a következő napon reggel 6 órakor 37.2°C a hőmérsék, a dyspnoé, a delirium megszűnt, a beteg teljes öntudatát visszanyerte, közérzete igen jó, a törzsnek az előző napon még deszkakemény tapintatú oedemája teljesen eltűnt, a nyak, az arc oedemája még meg van, de már téztás tapintatú.

Igazán klasszikus példája a serum prompt hatásának.

A beteg, tekintettel az infectio súlyosságára, de főleg a megelőző és expectativ kezelés mellett egymás után bekövetkezett két halálesetünkre, felvétele után a primaer gőcz körül, 30% -os carbol-oldatból azonnal kapott injectiókat, melyeket későbbben is megismételtünk.

A carbolbefecskendési koszorúból súlyos, közben erysipelas-szal is szövődött, genyes kötőszöveti lob indult ki, mely az anthrax veszedelmétől már megmenekült betegnek csaknem vesztét okozta.

A carbol-injectiók tehát a fertőzés tovaterjedését nem gátolták meg, ellenben carbol-necrosis létesítésével s társ-fertőzés útján létrehozott phlegmone, majd erysipelas okozásával a serum révén már gyógyulásnak indult kórfolyamatot csak súlyosbították.

Tehát immunserum használata mellett is hagyjuk el a sebészi beavatkozást.

* * *

Az elmondottak után az emberi lépfene orvoslását illetőleg álláspontunkat röviden a következő pontokba foglalhatom össze:

1. Tudományos alapon a therapia szempontjából csak azon esetek értékelhetők és lehetnek bírálat tárgya, melyekben a diagnózis kétséget kizárólag bakteriologiai alapon állítottatott fel.

2. Bőranthrax esetén a sebészi beavatkozás mellőzendő, mert a pustula kimetszése, chemiai anyagoknak a környezetbe való befecskendése, az oedemás terület bemetszése a fertőzés tovaterjedését nem akadályozza, másrészt sebészi beavatkozással utat nyithatunk az anthraxbacillusoknak a véráramba való jutására, s staphylococcus-sal és streptococcus-sal való társfertőzés útján súlyos phlegmonek keletkezésére.

3. Ama kérdés eldöntésekor, vajjon a lépfeneellenes serum az anthraxnak valóban gyógytényezője-e, kriteriumul egyrészt a bakteriologiai alapon diagnoskált súlyos, mondhatnám az általános fertőzés tüneteit mutató, serummal kezelt és gyógyult esetek szolgálhatnak, másrészt döntő súlylyal bírhatnak az olyan esetek, midőn az ugyanazon fertőzéstől eredő súlyos betegek közül a serummal nem kezelték meghaltak, a serummal kezelték pedig meggyógyultak.

4. Úgy a külföldi, mint a hazai közölt esetek alapján minden anthraxmegbetegedésben kivétel nélkül azonnal alkalmazandónak tartom a lépfeneellenes serumot.

Könnyebb esetekben: midőn a beteg láztalan, vagy túl magas hőemelkedés nincsen, midőn a klinikai kép teljesen megfelel a a bőranthraxnak, de az anthraxbacillusok esetleg ki sem mutathatók, midőn kielégítő általános közérzet mellett a fertőzéses gőcz

körüli oedema nem nagy kiterjedésű, esetleg táji mirigyduzzanat még nem is tapintható, a serum csak mint *prophylacticum* alkalmazandó, hogy a fertőzés általánosodását megakadályozzuk.

Súlyos esetekben: midőn a hőmérsék emelkedett, midőn a beteg általános közérzete, külseje olyan, hogy súlyos beteg benyomását kelti, midőn az oedema nagy kiterjedésű, táji mirigyduzzanat jól kitapintható, és végül természetesen tüdő-, bél- és septicaemiás anthrax-esetekben a lépfeneellenes serum már mint gyógyító ágens szerepel, még pedig egyedüli, még eredménynyel kecsegtető gyógy-szernek tekintendő.

Könnyebb esetekben az immunserumadag fele (10 cm^3) subcutan (a kulcsont alatti árokban) alkalmazandó, súlyosabb esetekben az egész adag ($20-25\text{ cm}^3$) intravenosusan, még pedig az eset súlyossága szerint napjában egyszer vagy többször. Utóbbi esetben azonban az anaphylaxiára való tekintettel a serum alkalmazása előtt szükségesnek tartom, ha csak lehet, a klinikai diagnosissnak bakteriologiai alapon való megerősítését is.

* * *

Végül engedjék meg t. Uraim, hogy köszönetet mondjak *Havas* tanár úrnak, mint az osztály jelenlegi vezetőjének azért, hogy az anyag szíves átengedésével lehetővé tette, hogy ezen előadás megtartásával boldogult *Róna* tanár iránt érzett hálás kegyeletemnek eme csekély adóját leróhattam.

Irodalom. *Detre L.*: A lépfene seruma tekintettel annak jelentőségére hazánkban. Orvosi Hetilap, 1906. 1. sz. — *Sclavo*: Meine exper. Untersuchungen über die Heilwirkung des Milzbrandserums. Berliner klin. Wochenschrift, 1901. 18—19. sz. — *Garré*: Handbuch der spec. Therapie, 1894. — *Korányi*: Billroth-Pitha, Handbuch d. allgem. u. spec. Chirurgie. I. kötet, 1. füzet. — *Korányi*: Lépfene. A belgyógyászat kézikönyve. 1899. 1025. lap. — *Strubell*: Kasuist. Beitrag zur Pathol. u. Therap. des Milzbrandes beim Menschen. Münch. med. Wochenschrift, 1898. 48. sz. — *Graef*: Münchener med. Wochenschrift, 1903. márczius. — *Federschmidt*: Münchener med. Wochenschrift, 1903. 14. sz. — *Tondi G.*: Carbonchio e fenolo liquido. H. Tommasei, 1907. 14. sz. — *Barlach*: Milzbrand u. seine Behandlung. Med. Klinik, Berlin, 1908. 1669—1672. l. — *Nissen*: Ein exper. Beitrag zur Frage der Milzbrandbehandlung. Deutsche med. Wochenschrift, 1891. — *Müller*: Pathol. u. Therap. des äusseren Milzbrandes. Deutsche med. Wochenschrift, 1894. — *Rammstedt*: Ein Fall von Milzbrand der Zunge mit Ausgang in Heilung. Münchener med. Wochenschrift, 1899. 19. sz. — *Hoffmann*: Die Behandlung des äusseren Milzbrandes beim Menschen. Dissertation. Halle, 1904. — *Baracz*: München. med. Wochenschrift, 1903. 27. sz. — *Gonser R.*: Beitrag zur Milzbrandtherapie. Ther. Monatschrift, 1904. 10. sz. — *Langfellner*: Behandl. des Milzbrandes. Münch. med. Wochenschrift, 1906. 27. sz. — *F. Lobet*: Behandl. des Milzbrandes mit Jod. Münch. med. Wochenschrift, 1907. 549. l. — *O. Creile*: Zur Therap. des äusser. Milzbrandes. Münch. med. Wochenschrift, 1907. 53. sz. 2646. l. — *Schwartz*: Zur Frage der Behandl. des äusser. Milzbrandes beim Menschen. Deutsche Zeitschrift f. Chir., XCII. köt. 420. l. 1908. — *A. Lewin*: Über den Milzbrand beim Menschen. Centralbl. f. Bakter. u. Paras., XVI. köt. 171. l. 1894. — *Masing*: Einige Fälle von Anthrax intestinalis. St.-Petersburg. med. Wochenschrift, 1877. 9. sz. — *Ecsedi M.*: A lépfene kezeléséhez. Gyógyászat, 1910. 8. l. — *Detre L.*: A lépfene seruma a gyakorlatban. Állatorvosi lapok, 1905. XXVIII. k. 5. sz. — *Vidakovich K.*: Az anthrax kezelése immunserummal stb. Budapesti orvosi ujság, 1907. 32. sz. — *Dobrovits*: Über Milzbrand u. dessen Behandlung mit Milzbrandserum. Pest. med.-chir. Presse, 1907. 1037—1047. l. — *Bormaus A.*: Un triennio di cura sieroterapica anticarbonch. Selavo in Piemonte. Rivista d'Igien. e Sanit. 1907. 2. sz. — *Wilms*: Serumbehandlung des Milzbrandes. Münch. med. Wochenschrift, 1905. 23. sz. — *Lege*: Industrial Anthrax. The Lancet, 1905. I. köt. 689., 765., 826. l. — *Alghero*: Heilserumbehandlung des Milzbrandes. Ref. in Deutsche med. Wochenschrift, 1904. 39. sz. — *J. Bandi*: Beitrag zur Serumbehandlung bei Anthrax. Zentralblatt für Bakt., XXXVII. köt. 3. füzet. — *Sclavo*: Über die Bereitung des Serums gegen den Milzbrand. Zentralblatt f. Bakter., XVIII. köt. 1895. — *Marchoux*: Sérum anticarbonneux. Ann. d l'Inst. Pasteur. T. IX. 1895. — *Sobernheim*: Experimentelle Untersuchung zur Frage der activ. u. passiv. Milzbrandimmunität. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten, XXV. köt. 1897. — *Mendez*: El suero anticarbonceloso. Rev. de la sociedad medica Argentina, 1898. 29. sz. — *Sobernheim*: Über das Milzbrandserum u. seine praktische Anwendung. Deutsche med. Wochenschrift, 1904. 26. és 27. sz. — *Mendez*: Über Milzbrandantitoxin. Zentralblatt für Bakter., 1904. 405. old. — *Hevesi J.*: A lépfeneserum-therapia. Orvosi Hetilap, 1907. LI. köt. 6. sz. — *Elfer*: Serummal gyógykezelt lépfene esete. Gyógyászat, 1907. 3. sz. — *Dobrovits M.*: A lépfene serumkezelése. Gyógyászat, 1909. 832—833. l. — *Cicognani*: Pustola maligna e siero anticarbonchioso Selavo. Gazzetta med. ital., 1902. 51. és 52. sz. — *Federici N.*: Di nuovo sulla cura della pustola carbonchiosa. Gazzetta degli osp., 1902. 144. sz. — *Lomonaco*: Alcune osservazioni pratiche a proposito di un caso gravissimo di pustola maligna. Suppl. al Policlin., 1900. 24. sz.

Az Országos Munkásbetegsegélyző és Balesetbiztosító Pénztár második (1909) évi jelentése.

Az 570 oldalas, tanulságos grafikai táblákkal ellátott jelentés orvosi szempontból közérdekű lévén, a következőkben ismertetjük:

Az 1907. évi XIX. t.-cikk szerint a betegség és baleset esetére való biztosítást az Országos Munkásbetegsegélyző és Balesetbiztosító Pénztár teljesíti. A Magyarország területén működő 96 kerületi munkásbiztosító pénztár (a melyek között a legnagyobb a budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár), a 82 vállalati és 4 magánegyesületi pénztár az Országos Munkásbiztosító Pénztár helyi szervei. Az Országos Munkásbiztosító Pénztár, a törvényhozás által központosított berendezésével, Európának leghatalmasabb ilyen mű szervezete. Működési terének jellemzésére ime néhány adat:

Az 1909. év végén átlagosan 915,742 betegség esetére és 631,621 baleset esetére biztosított tagja volt. Ehhez hozzászámítandó a kezelésre jogosult családtagoknak körülbelül $\frac{3}{4}$ milliója. Betegség-esetekben 6.687,958 és baleset okozta betegség-esetekben 943,537 koronát fizetett ki. Az egész országban 1909-ben 2346 orvos teljesített az Országos Munkásbiztosító Pénztárnak szolgálatot, a kiknek díjazására 2.973,355 korona 20 f.-t és 120,000 korona fuvar-díjat, és főorvosi teendőik díjazására 107,967-00 koronát fordított. A gyógyszerzsámla az 1909. évben 2.984.141 koronára rugott.

Maguk ezen adatok eléggé illusztrálják, hogy az Országos Munkásbiztosító Pénztárnak szervezeténél, nagy anyagi erejénél fogva Magyarország orvosainak működése körében és Magyarországnak népességének egészségügyi ellátásában rendkívül fontos, kulturális hivatása van. S hogy az Országos Munkásbiztosító Pénztár ezen hivatását komolyan veszi, legjobban bizonyítja évi jelentésének nagyszabású volta, a melyben egyebek között „az ipari mérgezések és betegségek kártalanítása” című sokféle mérgezés (kénese-, arsen-, szénbisulfid-, salétromos és salétromsavas gőzök okozta stb. mérgezés) között az ólom-mérgezésről nagyon tanulságos és a kérdés minden részét felölelő tanulmány foglaltatik.

Az Országos Munkásbiztosító Pénztár orvosi osztályát (Főorvosok: Hahn Dezső dr. és Lévai József dr.) folyó év szeptember havában alakította meg, és ezzel rendkívül fontos és régóta érzett szükségét elégítette ki. Az orvosi osztály, mint illetékes szakközeg, hivatott a balesetek szakszerű elbírálására, a munkaképességek csökkenés hányadának igazságos megállapítására, a kezelőorvosok eltérő véleményeinek szükséges felülvizsgálatára, általában a pénztár orvosi szolgálatának országos irányítására, az orvosi adminisztrációnak egységes alapelvek szerint való szabályozására, és a közegészségügyi berendezések céljából szükséges actióban való eljárásra.

Ilyen körülmények között az orvosi osztályra számos ügy vár. Az orvosi osztály részére három orvosi állást rendszeresítették, úgy mint főorvosi, főorvoshelyettesi és egy orvosi állást. Azonban az osztály kiegészítésével az orvosok nagyobb száma fog működési teret találni. Jelenleg már 6 bejáró szakorvos dolgozik és esetről esetre külső szakorvosok is igénybe vétetnek.

Az országos pénztár orvosi ügyosztályának munkaköre a betegségélezési és baleseti ügyeken kívül másokra is kiterjed. Foglalkoznia kell a pénztárak orvosi karának ügyeivel. Tanulmány tárgyává teszi az ipari betegségeket, mert az Országos Pénztár országos szervezete kiválóan alkalmas az ellenük való küzdelem megalapozásához szükséges anyag gyűjtésére. Feladata az alkoholizmus, a tuberculosus és a többi népbetegség leküzdésére irányuló mozgalom felkarolása és e betegségek elhárítására szolgáló ismeretek terjesztése.

Baleseti ügyekben nagy súlyt helyez az orvosi osztály arra, hogy a sérültnek általa történt személyes felülvizsgálata alapján adjon véleményt. Felülvizsgálatának és az ebből levont következtetésnek és véleménynek igazságosnak és minden érdekeltiségre egyaránt megnyugtatónak, szabatosnak kell lennie. Hogy ennek a célnak megfelelőhessen, az orvosi osztály minden modern klinikai vizsgálati módszer keresztülvitelére be lesz rendezve.

A szabatoságnak és a modern vizsgálati eljárásnak addig, a míg előreláthatólag fél éven belül külön sebészeti, belgyógyászati, ideggyógyászati, szemészeti, fül-orr-, gégeorvosi, nőorvosi, urológiai, bőrorvosi osztálya lesz, úgy vél eleget tenni, hogy olyan esetben, a midőn szükségét látja valamely sérültnek szakorvossal

megvizsgáltatását, szakorvoshoz küldi, a kinek pontos és részletes lelete és véleménye alapján mond véleményt.

Nagyon fontos, hogy a vizsgáló orvos saját szemével győződjék meg arról, hogy valamely sérült milyen módon van akadályozva munkájában. Erre a célra szolgál majd egyrészt a leggyakoribb és legegyszerűbb munkaszerszámokból álló gyűjtemény, a melylyel szemléltethetővé teszik a vizsgálók maguk előtt a munkaszerszám helyes vagy helytelen tartását, másrészt helyszíni szemlével győződjék meg a munkaképességek csökkenésével bíró sérült munkájáról és így munkaközben láthatják, hogy milyen mértékben akadályoztatik munkájában.

Az Országos Pénztár kötelessége, hogy a sérült munkaképességének helyreállítására minden lehető megtörténjék, ezt pedig orvosi osztálya által hajtja végre oly módon, hogy az orvosok kötelessége lesz gyógymódok és esetleges műtétek által a munkaképességében csökkentett egyén állapotán javítani. Döntő befolyással bír az állandó munkaképesség fokára a sérült első kezelése. Ezért szükséges, hogy az Országos Pénztárnak az orvosi osztály meghallgatása mellett irányító befolyása érvényesüljön a baleseti sérültek első kezelésében mindenütt, a hol befolyást gyakorolhat.

Az orvosi osztályon végzett nagyszámú vizsgálata a sérülteknek tudományos anyaggyűjtés, a mely nagy gyakorlati eredményeket ígér. Az ilyen alkalommal nyert tapasztalatok révén az első segélynyújtás rendszeresítése, az első kezelés irányítása, az utókezelés nagyarányú fejlesztése és kiterjesztése lesz a feladata.

Az orvosi osztály működése a jövőben nemcsak a felülvizsgálatokra lesz hivatott, hanem törekednie kell arra, hogy a rosszul, tökéletlenül gyógyult sérülések elháríthatók, tehát mind ritkábbak legyenek. Ez azonban csak tökéletes kezelés és utókezelés, továbbá tudományos praeventív intézkedések segítségével lehetséges. Az orvosi osztály vizsgáló intézete tehát baleseti állomássá lesz fejlesztendő, a hol a sérültek klinikai vizsgálata, esetleges bonczolat, szövettani és vegyi vizsgálat fog megejteni. Súlyosabb sérülés esetén, a hol nem áll rendelkezésre a kellő orvosi segély és így előreláthatólag nincs kilátás jó gyógyulásra, a kezelést és utókezelést itt látna el. Szükséges sokszor, mint például simulációra gyanús esetekben, a megfigyelés, szükséges továbbá a munkaképességet fokozó gyógymódok, műtétek elvégzése, ezt az osztálylyal kapcsolatban levő poliklinikai kórházban fogja ellátni, a mely kórház a pénztár orvosainak továbbképző gyakorló intézete lesz megfelelő szakkönyvtárral és múzeummal.

A majdan felállítandó munkáskórház sem teszi feleslegessé a vizsgáló intézetet és a poliklinikai kórházat, mivel ezek kiegészítő részei, előkészítő és gyűjtő helyei lesznek a munkáskórháznak.

Fő feladata az orvosi osztálynak, hogy a pénztárnak minden egyes tagja jól gyógyuljon, minden egyes tagjának rendelkezésre álljanak a modern gyógyítás eszközei.

Ezek alapján az Országos Pénztár orvosi osztályára nagyszabású, fontos és nagy felelősséggel járó munka vár. K. dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Grasset et Vedel: Consultations médicales. Sixième édition. Montpellier et Paris, 1910. VII + 535 kis 8^o lap.

Grasset könyve a montpellier-i klinikán alkalmazott s bevált gyógyeljárások foglalata: a consultatiók főtömege belorvostani, habár egy-két a gyermekorvoslás körébe tartozó (convulsions de l'enfance stb.), sőt bőrkórtani fejezet is található, nemkülönben a venereás bántalmak kezelését is bőven tárgyalja. Minden fejezetet az illető baj rövid definitiójával, okainak ismertetésével és klinikai tüneteinek vázolásával vezet be, úgy, hogy a tüzetesen ismertetett gyógyeljárások mellett diagnostikai útbaigazítást is ad és semiológiai vademecumnak is tekinthető; már e tulajdonsága is megkülönbözteti s főlébe helyezi Grasset művét a megszokott receptkönyveknek. Therapiája eltér a nálunk megszokottól s azért mutatónak egyet-mást elmondok belőle. A súlyos szegényvérvértség kezelésére a szerző ajánlja a napontai physiologiai konyhasós vizes, nemkülönben az isotoniás steril tengervíz-injectiókat s úgy az anaemiák, mint az idegesség gyógyítására sikerrel alkalmazza a glycerophosphatokat.

A függőértágulatban szenvedőkön a vérnyomást csökkentő étrend és gyógykezelés mellett a Lancereaux és Huchard által ajánlott gelatina-injectióktól látott jó eredményeket. Sok helyütt — hogy csak a máj bántalmait, nemkülönben a menopausás zavarokat említsem — kellő helyet biztosít az opotherapiának, a nélkül, hogy túlzott előnyöket tulajdonítsa neki. Uraemiában barátja a kiadós (200—500 gm.) vérbocsátásnak. A gyomor és bél megbetegedéseiben, nemkülönben a diabetesben szószólója az ásványvízkúrának s így főképpen Bourbon Lancy-t, Chatel-Guyon-t és Vichy-t ajánlja. A gümőkór kezelésében alkalmazza a zomotherapiát, a nyers hús levét; tüdővérzés eseteiben magam is jó hasznát láttam a szerzők által ajánlott gelatina-injectióknak s a calciumsók adagolásának. Több általános érdekű fejezetet is tartalmaz Grasset könyve, így a mérgezésekről, az antisepsisről és a desinfectióról szólót.

A medicamentosus kezelés nem egyszer háttérbe szorul a hygienés és diatétis eljárások mellett s ez az igazi modern therapia. Külön symptomatologiai fejezetekben tárgyalja a fájdalom csökkentését, a vérzés megszüntetését, a fertőzést általában, a migraint és az idegszabakat. Sok helyütt speciális franczia jellege van therapiájának, de az én nézetem az, hogy helyes ítéletet csak az nyer, a ki ugyanazon dolgot több nézőpontból, eltérő világításban látja, ezért ajánlatosak a német iskolához szokott, nem egyszer egyoldalú felfogásunk helyesbítésére az ilyen franczia könyvek, mint Grasset kitűnő műve.

Halász Aladár dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A trichocephalus kórokozó hatásáról ír Stecherbak. A nevezett bélélősdő egyrészt a bél, másrészt a vér és az idegrendszer részéről jelentkező tüneteket okozhat. A béltünetek közül a fájdalom és a székrekedés emelendő ki. A mi a vért illeti: elég gyakori az anaemia, a mely tetemes fokot érhet el (a vörösvérsejtek számának csökkenése 40%-kal, a haemoglobintartalomnak 35%-ra esése). Az előzőknél sokkal gyakoribbak az idegrendszer részéről mutatkozó jelenségek; néha csak fejfájás alakjában mutatkoznak, a mely csak a trichocephalus ellen irányuló kúrára enged; máskor meningitishez, epilepsiához vagy súlyos neurastheniához hasonló kórkép támad. A mi a gyógyítást illeti, a szerző legjobbnak tartja a thymolt, a melyből felnőttek 2, gyermeknek 0.20—0.50 grammot ad naponként. Az olyan esetekben, a melyekben hosszú idő kell a bél-élősdő végleges eltávolítására, a mérgezés megelőzése végett czélszerű időnként 8—15 napon szünetet tartani a thymol használatakor. (Rev. de méd., 1910. 8. füzet.)

Mellhártyaizzadásmány eseteiben Holmgren a folyadék ki-bocsátását levegő befújtásával kapcsolja össze. Jodincturával beecsetelés után helyi érzéstelenítés mellett többnyire a 10. bordaközben a scapularis és hátulsó axillaris vonal között alkalmazza a folyadék lebocsátására szolgáló kanült, és egy bordaközzel feljebb egy másik kanült helyez el, a melyen át levegőt juttat a mellüregbe. Ilyen módon a folyadéknak lehetőleg teljes eltávolítása érhető el s a nyomásingadozás veszélyei elkerülhetők. (Hygiea, 1910. 9. szám.)

Sebészet.

A vena cava transplantációjáról az aortába ír Carrel. Két macskán és 1 kutyán próbálta ki a műtétet, melyet mindhárom állat jól kiállott; pár órával utóbb már járkáltak, a femoralis pul-susa helyreállott. Az állatok 3 hónapig, 10 hónapig és 14 hónapig éltek a műtét után és intercurrens bajokban (pneumonia, nephritis) pusztultak el, thrombosis csak egy esetben képződött és ez is úgy látszik közvetlen a halál előtt, mely 10 hónappal a műtét után állt be. A másik két esetben a lumen szabad maradt; a heg finom, vékony volt, a vena fala megvastagodott és arterialiszervé változott. (Annals of surg., 1910 október.) P.

Venereás betegségek.

A kénesőnek a veséken át való kiválasztását tanulmányozta Magnus Möller és A. Blomquist (Stockholm). A szerzők ezt a kérdést különösen a mercuriololajnak az izomzatba injectióival tanulmányozták. Az adatokat azután összehasonlították néhány

más készítménnyel nyert adatokkal. A kénesőnek quantitativ meghatározásához a Farup-féle eljárást használták. A kísérleti eredmények összefoglalva következőképpen hangzanak: 1. A kéneső a mercuriololajos injectio után körülbelül 10 órára mutatható ki a vizeletben. 2. Egyetlen mercuriol-injectio után (0.10 gm. Hg) a kéneső a 60. napig mutatható ki a vizeletben. Két ilyen dosis után a kéneső a 190. napig volt kimutatható. A kéneső kiválasztásának maximuma a 11—20. napon áll be (napi 1.5 mgm.). Az első 40 nap alatt az injectiált dosisnak körülbelül egyharmada távozik a vesék útján. 3. A teljes mercuriololajos kezelés alkalmával, mely 7. ötnaponként adott 0.1 gm.-nyi Hg-injectióból áll, a kénesőnek a vesék útján kiválasztása lassan és állandóan emelkedik és azon a héten éri el a maximumát, mely az utolsó injectiót követi. A kúra elejétől számított 14. héttől kezdve a kéneső megint csak nyomokban mutatható ki. 4. Azok a vizeletvizsgálati sorozatok, a melyek különböző injectiós kúrákra (mercuriololaj, sublimat, calomel, eczetsavas thymolkéneső, kenőkúra és kénesőszacskó-kezelés) vonatkoznak, azt mutatják, hogy a kiválasztás körül több eltérés mutatkozik. A mercuriololajos injectiókra jellemző, hogy a kéneső eliminációja igen lassú, tehát a remanentiaja igen nagy. A sublimat, mint az oldható készítmények típusa, már a kezelés elejétől fogva gyors absorptióval jár. A kiválasztás nagyarányú és gyors, a remanentia tehát csekély. A calomel gyors és igen erős absorptio jellemzi, már néhány nappal az első injectio után jelentékenyek a kiválasztási arányszámok. A remanentia e szernél elég hosszú tartamú, de távolról sem olyan, mint a mercuriololajos injectiók esetében. Az eczetsavas thymol-kénesőre vonatkozó adatok általában hasonlóak a calomelre vonatkozókhöz. A kenőkúrára vonatkozó kiválasztási viszonyok nagyon hasonlítanak a mercuriololajos injectiókéhoz. A remanentia azonban rövidebb idejű. 5. A nagy kéneső-remanentia nem zárja ki, hogy kivételesen lokális recidiva ne fejlődjen ki. 6. Olyankor, a mikor a még fennálló kéneső-remanentia mellett újabb kénesős kezelés következik be, a szernek accumulációja áll be, a mi azután magasabb kiválasztási arányszámokban nyer kifejezést. 7. A veséknek az a képessége azonban, hogy a szervezetből a kénesőt kiválassza, meglehetősen korlátozott. Ezért a kénesőnek a szervezetbe való aránytalanul nagy bevitele mellett nem emelkedik jelentősen a kiválasztás. 8. Egyéni eltérések a rendes, megállapított kiválasztási viszonyok körül valamennyi készítmény nyomán előállhatnak. Az eltérések egyéni oka legtöbbször felderítetlen marad, s csak egy ízben sikerült a rendestől eltérően csökkent kiválasztás okát a fennálló nephritis chronicában megtalálni. Mindezek a vizsgálatok arra is alkalmasak, hogy az egyes szerek indicációját tudományos úton meghatározhassuk. Olyan esetekben, a melyekben a tünetek természeté miatt gyors hatást óhajtunk, azok a szerek lesznek a legalkalmasabbak, melyek gyors absorptióval járnak, de egyben a szervezetet gyorsan el is hagyják (oldható sók). Ezzel szemben a mercuriololaj, a szürke olaj vagy a kenőkúra oly esetekben látszik legalkalmasabbnak, a melyekben inkább a tartós, nem pedig a gyors hatásra helyezünk súlyt. (Dermatologische Zeitschrift, 1910. 11. f.)

Guszman.

Röntgenologia.

A bőrgyógyítás újabb módszerei közül főleg a Röntgen-therapiával foglalkozik Pick W. Általában két csoportba sorozható a Röntgen-gyógyítás javalata. Absolut javalat alapján alkalmazzuk a Röntgen-sugárzást oly bajokban, a hol a Röntgen egymagában is teljesen gyógyít, vagy ha nem is gyógyít teljesen, de a többi módszerrel szemben a leghatékonyabb. Relativ indicatio alapján alkalmazzuk mindazon esetekben, a hol más eljárás is célra-vezető. Az első csoportba tartozik a fejbőr parasitarius megbetegedése (trichophytiasis és favus) és a bőr nyirokrendszerének megbetegedése (leukaemiás viszketű bőrexanthema). A második csoportba számítjuk például az exulcerált lupusos bőrbajt, a hol először ajánlatos Röntgen-kezeléssel behamosodást elérni s csak azután alkalmazandó a gyógyító fénytherapia. Sikerrel alkalmazható a Röntgen-kezelés tüszős genyvedések megszüntetésére. Ellenjavaltnak tartja a szerző a kezelést bőrdaganat eseteiben, ha operabilisok, továbbá a nők hypertrichosisában (főleg az arczon) és acne vulgaris könnyű és súlyos alakjában. (Medizinische Klinik, 1910 évf. 15. sz.)

Hruby Ede dr.

A kezdődő tüdőgümőkör kiindulásának ellenőrzése s körjelzése a Röntgen-kép alapján. *Gran H.* régóta foglalkozik azon kérdéssel, hogy megtalálhatjuk-e a tüdőgümőkör legkezdetibb jeleit a Röntgen-vizsgálat útján, s ha igen, honnan indul ki a gümösödés s elterjedése mily úton-módon halad, vajjon a hilus-megbetegedés vagy a csücszfolyamat az elsődleges?

E célra sok esetet vizsgált át; finomabb különbségeket csak a pillanatfelvételek alapján tudott tenni. Ismerteti első sorban a normalis hilus-rajzolatot, ennek változását élettani és kóros, de nem gümőkóros alapon. Egybeveti a talált változást a klinikai tünetekkel. Eseteit szigorú kritikával használja fel, hogy biztos következtetést vonhasson belőlük. S valóban több lényeges eredményről számol be. Bebizonyítja, hogy a legkezdetibb elváltozásokat csakis pillanatfelvételen lehet észrevenni és megfigyelni, ezért okvetlenül szükséges, hogy felvételt eszközöljünk, mert a felvétel az átvilágítással szemben olyan finom homályokat is rögzít a vizsgáló szem részére, melyeket átvilágításkor szemünk egyáltalán észre sem vesz. Kimondja, hogy a Röntgen-lelet mindig csak a klinikai tünetekkel, anamnesissel, fizikális vizsgálattal egybevetve bizonyító értékű, ezek nélkül önmagában nem értékesíthető.

A gümők jelentkezése s terjedésük módjára a következő esetek lehetségesek: 1. A gümösödés a hilusmirigyekben kezdődik, s közvetlenül terjed a környező tüdőre. Ez főleg gyermekekben gyakori. 2. A gümők a hilusból a bronchusok mentén terjednek s faagszerűleg nyomulnak a tüdőcsúcsok felé. 3. A hilusárnyék dús rajzolatához a csücsnek homálya is csatlakozik; ez a felnőttekben a leggyakoribb. (Medizinische Klinik, 1910. évf. 20. sz.)

Hruby Ede dr.

Fülörvostan.

A dobhártya állandó, száraz perforációját benövezzük-e vagy sem? Ezen kérdést tárgyalja *Hecht* (München). Ismeretes, hogy idült középfülgyulladások után a perforációs nyílás a dobhártyán néha akkor is megmarad és állandóvá válik, a mikor a középfülgyulladás már régen meggyógyult. A nyílás szélei ugyanis behámozódnak, ha a nyílás hosszabb ideig áll fenn, mint ezt az idült genyedésekben látjuk. Ezen dobhártyanyílás több okból veszélyes. Mert eltekintve attól, hogy a külső elzáródás hiánya miatt az orrgaratüregből sokkal könnyebben jut váladék a dobüregbe a külső hallójárat felől, számtalan alkalom nyílik arra, hogy a dobüregbe fertőző csírák jussanak és ott a genyedés kiújulását okozzák. Elég felemlíteni azt, hogy a fürdéskor vagy mosakodáskor a fülbe jutó víz elégséges a recidiva felidézésére. Vagy ha fülzsírdugasz képződik a nyitott dobhártyával bíró fülben, annak a kifecskendezése — melyet az orvos, nem ismerve a dobhártya állapotát, jóhiszeműleg végez — majdnem mindig recidivát okoz. Ilyen körülmények között nagyon célszerűnek látszik, hogy a dobhártyán levő száraz perforatio begyógyíttassék. Ezt igen sok fülorvos csakugyan szükségesnek tartja és végzi is.

Másrésről azonban sokan perhorreskálják a benövesztést, ellenvetésül felhozzák, hogy a benövesztést célzó műveletek maguk is felidézhetik a recidivát, mely kellő óvatosság mellett nyitva levő perforatio mellett különben elkerülhető. Felhozzák a benövesztés ellenzői azt is, hogy azon esetben, ha a lezajlott genyedés a hallócsontocskákat részben vagy egészen elpusztította, úgy, hogy közöttük az összefüggés megszakadt, de néha akkor is, ha ilyen eset nem forog fenn, a jelenlevő száraz perforatio begyógyítása után a hallás jelentékenyen rosszabbodik, sőt erős subjectív zörejek is támadnak. Ilyenkor a hallás csakis úgy javítható, s a subjectív zörejek csakis úgy szüntethetők meg, hogy a dobhártyán az állandó nyílást ismét visszaállítjuk, s így alkalmat adunk a hanghullámoknak arra, hogy direct a labyrinth-ablakokhoz jussanak.

Hecht a benövesztés mellett foglal állást. Az ellenvetésekre azt feleli, hogy a benövesztést célzó manipulációk igenis is okoztak azelőtt recidivát, a mikor még többszörös scarificatiókkal felfrissítve a perforatio szélét, arra angoltapaszt ragasztottak azon célból, hogy az vérbőséget és regeneratív lobot idézzon elő; vagy pedig lapis- vagy galvanocaustikus edzéssel, vagy bőr, tojáshártya, nyúl-cornea stb. átültetésével igyekeztek a nyílást elzárni. A mióta azonban *Okuneff* bevezette a perforációs nyílásnak olyan módon való benövesztését, hogy annak széleit trichloreccetsavval edzzük meg,

azóta a begyógyítás következtében beálló recidiva előfordulása ki van zárva. Azon esetek pedig, a melyekben a nyílás benövesztése után a hallás jelentékenyen rosszabbodik, fetette ritkák, úgy hogy kivételszámba mennek, annyival is inkább, mert a csontusuratiókkal járó genyedések rendszeren szélen álló perforatiókat okoznak, mely esetek a benövesztésre alkalmatlanok. De még azon ritka eseteket is megismerhetjük előre, a melyekben a dobhártyanyílás benövesztésére a hallás romlik, ha a benövesztés előtt *Miot* és *Politzer* módszere szerint előbb nedves papírral, vagy tafotadarabkával beragasztjuk a nyílást, vagy ha kicsiny a lyuk, glicerín-csöppel elzárjuk, s így vizsgáljuk a hallást. De a tapasztalás szerint a halláscsökkenés legtöbbször olyan csekély, hogy jóformán kiegyenlítődik az által, hogy a benövesztés után nem kénytelen a beteg többé vattával elzárni a külső hallójáratot.

Különb. esetről esetre magának a betegnek kell eldönteni azt, hogy a nyitva levő dobhártyalyuk fent említett veszélyessége, vagy a hallástávolság rövidülése hátrányosabb-e reá nézve.

A benövesztésre természetesen csak akkor alkalmas a perforatio, ha a középfülgyulladás már teljesen meg van gyógyulva, s váladék egyáltalában nincs. Ennek megállapítására tanácsos a beteget 4—8 hétig megfigyelés alatt tartani, mely idő alatt az orrgaratban levő kóros folyamatok is tekintetbe veendőek és esetleg meggyógyítandók. A szélen álló perforatiók a begyógyításra egyáltalában nem alkalmasak, úgyszintén a Shrapnell-hártya perforációi sem. Míg a többi, a pars tensán levő, bármilyen nagy perforatio benövesztéséhez eredmény kilátásával foghatunk hozzá. A tömény, elfolyósított trichloreccetsavval gyengén megnedvesített kevés vattával rendszeren 8—14 naponként kell a perforatio szélét megedzeni, az utána pár nap múlva képződött pörköket tanácsos finom pincettával leszedni. A benövesztéshez a nyílás nagysága szerint 3—8 hónap szükséges. (Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie, 44. évf., 9. füzet.)

Udvarhelyi dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az alkohol-borogatást gyulladásos folyamatok ellen már régóta használják; jó hatásának bizonyult a többi között angina phlegmonosa, peritonitis tuberculosa eseteiben; csak nemrégiben emlékeztünk meg Cheinisse közléséről, a melyben typhus abdominalis eseteiben az alkohol-borogatás hasznát dicséri. Újabban *Marmo* közli különböző gyulladásos folyamatokban észlelt eredményeit. Közülük különösen a heveny appendicitisben elérték érdemelnék figyelmet. 25 esete volt, valamennyiben kedvező volt az alkohol-borogatás eredménye; ezen esetek közül csak egyben észlelt recidivát, a mely ugyancsak alkohol-borogatás használata után most már két éve recidiva-mentes. 70—80%-os alkoholt használ, a melybe 4-szeres gaze-réteget tesz, mérsékeltén kifacsarja és ráhelyezi a kóros területre; e fölé kissé megnedvesített hydrophil-vattát, majd 2 cm. vastagságú száraz vattát és valami impermeabilis anyagot tesz és az egészet flanel- vagy gazezőtővel rögzíti. A kötés legalább két óránként megújítandó a gyulladásos jelenségek teljes eltűnéséig. (Ref. La semaine médicale, 1910. 44. szám.)

Furunculus, carbunculus és phlegmone gyógyítására *Ulmann* (Znaim) a lapis-kenőcsöt ajánlja: Rp. Argenti nitr. crystall. 2.0; Bals. peruvian. 4.0; Vaseline. 100.0. Ha a folyamat felületes, soha sincs szükségünk a késre; ha pedig mélyebben székel, csak akkor, a mikor nagyobb, erősen hullámzó genyefelhalmozódás van, de ilyenkor is elegendő csekély bemetszést ejteni és folytatni a kenőcskezelést. Panaritium eseteiben is nagyon jó eredményeket ad a lapis-kenőcs; ha jókor jutnak kezelésbe, többnyire genyedés nélkül visszafejlődik a folyamat; ha pedig már hullámzás mutatható ki, csekély bemetszésre és a kenőcs további használatára csakhamar bekövetkezik a gyógyulás. (Therap. Monatsberichte, 1910. 5. szám.)

Inoperabilis, kifeléyesedett rák eseteiben *Horand* jó eredménnyel használja az amylalkoholt, naponként kétszer, 3—10 cseppnyi mennyiségben helybelileg. Volt olyan esete is, a melyben az inoperabilisnek látszó rák ezen kezelés mellett annyira javult, hogy sikerrel lehetett végezni a műtétet. (Journ. de prat., 1910. 19. szám.)

Gégegümőkórosak fájdalmas nyelése ellen a következő orvosságot ajánlják: Rp. Pyramidoni 2:0; Cocaini hydrochlorici 0:2—0:5; Morphii hydrochlorici 0:1—0:2; Aqu. laurocerasi 60:0. M. D. S. Kávés-kanyállyal veendő be $\frac{1}{4}$ pohár vízben. (Presse méd. 1910. 47. szám.)

Vegyes hírek.

Kitüntetés. Polányi Lajos dr. nak, Kaposvár tisztí főorvosának a király a magyar nemességet adományozta.

Kinevezés. Szudarevich Ferenc dr.-t számfelveti minőségben állami gyermekmenhelyi igazgató-főorvossá nevezték ki és megbízták a szabadkai állami gyermekmenhely vezetésével.

Alkalmazások a kolozsvári egyetem orvosi karán. Megválasztott: Fetter Ignác dr. gyakornoknak a belgyógyászaton, Kresmery Károly dr. műtőnövendéknek, Kovács Károly dr. tanársegéd-helyettesnek a gyermekgyógyászat mellé, Mátyás Jenő középiskolai tanár a szövet-tani tanszékhez tanársegédnek.

Dalmady Zoltán dr. fürdőorvosi gyakorlatát Ó-Tátrafüreden ismét megkezdte.

Hibaigazítás. Lapunk 49. számában a „Közkórházi orvostársulat” X. üléséről szóló tudósításban közölt „Gonorrhoea gyógyítása czéljából a húgycsőbe vitt idegen test” címmel közölt esetet Blum Simon dr. mutatta be, nem pedig — a mint tévesen állott — Fischer Ernő dr.

Meghalt. Apt Ferenc dr. ezredorvos december 12.-én. — Huchard dr., egyetemi tanár, a Hôpital Necker főorvosa, ismert tekintély a szív-bajok terén, Párisban, december 11.-én, 66 éves korában. — F. N. Lewis dr., a szemészet tanára a new-yorki Postgraduate Medical School-on.

Kiseb hírek külföldről. Bécsben Eiselsberg tanár elnöklésével a rák elleni küzdelem érdekében egyesület alakult. Az új egyesület Orth (Berlin), Czerny (Heidelberg) és Ehrlich (Frankfurt) tanárokat dísztaggá választotta. — A párisi orvosi fakultás dékánjává újra Landouzy tanárt választották meg. — A Raymond tanár halálával megüresedett idegkórtani tanszékét, melyet valaha Charcot töltött be, Déjerine dr., a belorvostan tanára veszi át. — A párisi orvosi fakultáson a városi képviselőtestület határozatából s a város költségén tanszékét szerveznek Doyen, az ismert sebész részére, ki az egyetemen még csak nem is agrégé. Hogy az egyetem ezt a „szervezés”-t elfogadja-e, az még nem ismeretes. — Rendes tanárok lettek: Henderson dr. (élettan, New-Haven Yale University), R. M. Pearce dr. (kórboneczolástan), A. E. Taylor (életkémiá, Philadelphia, Pennsylvania-University).

Christian Science. A világ legnagyobb szabású kurzuslónője halt meg december 4.-én az amerikai Bostonban: Mary Baker-Eddy asszony, a „keresztény tudomány” megalapítója, a mi a protestáns világban körülbelül annyi, mint Lourdes a katolikusban. 1821-ben született New Hampshire államban, pietistikus kálvinista szülöktől; több ízben férjhez ment. 1866-ban súlyos betegségen esett át. Meggyógyulását csakis az Isten kegyelmébe vetett bizalmának és sok imádkozásának tulajdonította s így támadt benne az a meggyőződés, hogy az Istenhez való fohászkodás a legfontosabb, sőt az egyedül fontos gyógyító faktor, mely az orvos közbenjárását teljesen feleslegessé teszi. Már 1867-ben előadásokban hirdette a „lélekgyógyítás tudományát”. 1870-ben „Science and Health. With Key to the Scriptures” című pietistikus művében fejtette ki a nézeteit; ez a mű a biblián kívül talán a legelterjedtebb könyv, mert már 1903-ban 252 kiadást ért meg. 1881-ben harmadik férjével, Eddy dr.-ral külön „metafizikai” egyetemet alapított Bostonban, melynek 1899-ig, a mikor Eddy dr. halálával megszűnt, 4000 hallgatója volt. Számtalan egyesületet és szektát alapított, s híveinek száma az Egyesült Államokban és Angliában sok százezerre tehető. Sikerein felbuzdulva, sokan utánozták az ő apostoli szereplését és Németországban is sokan adták magukat a „Gesundbeten” útján való gyógyításra, melynek suggestiv hatása bizonyos erre alkalmas esetekben kétségbe nem vonható, mely azonban sok beteg embernek a vesztét okozta és okozza az által, hogy megakadályozza az orvosi segélynek idejében való igénybe vételét.

Belgiumnak is megvan a maga himnusz Baker Eddy-je Antoine nevű kurzuslónő személyében, a kit a polgári életben de Regnaucourt-nak hívnak s a ki Jemeppe-ben, a Meuse mellett resideál. Az általa alapított „hitközség”-nek már nagy temploma van, mely 100,000 frankba került, s most más belga városokban is fióktemplomokat akarnak építeni, a mihez azonban a belga állam még nem adta meg az engedelmét. Belgiumban az orvosi gyakorlat eddigelé még „szabad ipar”; de a parlamentben éppen most tárgyalnak oly törvényjavaslatot, mely szerint az orvosi és állatorvosi praxis ezentúl csak az orvosi, illetőleg állatorvosi oklevél tulajdonosainak engedélyével meg. E törvényjavaslat tárgyalásai alkalmával Antoine hívei 160,000 névalírással ellátott petíciót terjesztettek a parlament elé, melyben azt kéri, hogy Antoine-nek, az emberiség egyik legnagyobb jótévéjének adják meg kivételesen az orvosi gyakorlat jogát. A parlament ez ügyben még nem döntött, de alig tehető fel, hogy elég erélylyel bírja ahhoz, hogy a Belgiumban igen elterjedt Antoine-kultusznak a kérelem megtagadásával véget vessen.

A vízben oldható gyógyszerek sokkal gyorsabban jutnak felszívódásra a szervezetben és így igen gyorsan fejtik is ki therapeutikai hatásukat. Ilyen vízben oldható gyógyszer a **hydropyryn Richter**, mely az acetyl-

salicylsav lithium-sója. Kitűnő és gyorsan ható antipyreticum, antineuralgicum és diaphoreticum. Vízben oldhatóságánál fogva igen könnyen adható gyermekeknek főzetekhez és forrázatokhoz izjavitóval vagy a nélkül. A hydropyryn nem támadja meg a gyomor nyálkahártyáját, mert csak a belek alkalikus nedveiben hasad és fejt ki hatását. Specificuma a makacs rheumatikus bántalmaknak, az idegek lefutása mentén jelentkező neuralgiáknak és a savós hárták lobos megbetegedéseinek. Napi adagja 3—4-szer 1—2 gramm, gyermekeknek megfelelően kevesebb. Poralakban és mint 0.5 grammos tabletták jö a forgalomba. Kellemetlen mellékhatástól még nagyobb dosis esetén sem kell tartanunk. Bevételt lényegesen megkönnyíthetjük, ha szénsavas vízben vesszük be.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium

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

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javالاتok: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szív-bajok, bronchialis asthma (villamos fény-fürdővel), neurasthenia, bérulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyöbűlések.

Justus Dr. bőrbajosokat

Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógyászatok.

Elektromágneses intézet

Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javالاتok: álmatlanság, neurasthenia, neuralgiák, ischias, neurosisok, migraine, arteriosclerosis, csúsz stb. Prospectus. Vezető orvos: REH BELA dr.

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

Tamássy Park-sanatoriuma

Dunaharasziban (Budapesttől villamostelepítés). Külön osztály vér-bajosok, húgyszervi megbetegedésekben szenvedőknek.

Orvosi laboratórium: Vezető: Dr. VAS BERNAT, Poliklinika. Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.



Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb sérülőkötők, haskötők, összes betegápolási tárgyak és gummiárak elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:

POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.

— Legújabb nagy képes **főárjegyzék** bérmentve. — Javításokat elfogad. (Alapítva 1892.) Telefon 583.

:: San-Remo ::

téli klimás gyógyhely az olasz Rivierán. A „Grand Hotel de Nice”-ben fekvő csarnokok és magyar ápolónő, a Continental et Palace szállóban minden emeleten meleg tengeri fürdő. Felvilágosítást készséggel nyújt **Czifrusz Dezső dr. kir. tanácsos.**

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

Ujtátrafüred Sanatorium

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

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2852

Reiniger, Gebbert & Schall

Budapest, VIII., Rakóczi-út 19. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

Dr. Szili Sándor v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 55. Tel. 157—71. Vegyi, gőrsői, bakteriologiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi laboratóriuma.

Gyermeksanatorium PORTORÉ

(Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. Egész éven át nyitva. Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: Rajnik Pál dr., február 1.-éig Budapest, Koronaherceg-utca 10. Prospectus.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIII. rendes tudományos ülés 1910 november 1.-én.) 934 l. — Közkórházi Orvostársulat. (X. bemutató ülés 1910 október 19.-én) 934 l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes tudományos ülés 1910 november 19.-én.)

Elnök: Friedrich Vilmos. Jegyző: Entz Béla.

(Vége.)

Pfeifer Gyula: Csak pár szóval óhajtok reflektálni Preisz fejtegetésének egy passzusára. Mivel csak a syphilidek ellen tartja hatásosnak az Ehrlich-féle kezelést, más szóval a 606-nak hatását a tüneti kezelés értékére redukálja, logikusan tartja azt a következtetést, hogy a lueses alapon álló habituális koraszüléseknek az arsenobenzollal való kezelése kilátástalan. Tapasztalataimra támaszkodva azonban meg kell döntenem ezt a logikai következtetést, mivel kontrollálható tények bizonyítják, hogy a 606-ban igen is értékes fegyver áll rendelkezésünkre a habituális koraszülések ellen.

Eddig 8 esetről referálhatok. A 8 eset közül a bemutatandó állott a terhesség végéhez legközelebb, a 8. hónapban. Egy közülük a férj recens luese alatt lett gravid, rajta azonban manifest tünetek nem voltak. Egy esetben magán a terhessen jelentkeztek primaer tünetek. A többi eset a terhesség 2. feléből való. Az előbb említett eset a következő: Sz. K.-né 30 éves, kilenczszor szült, 4 előt és 5 halottat. IP 11 év előtt a 6. hóban, IIP 10 év előtt a 7. hóban, maczeráltak, IIP élve szülött, 4½ éves korában meghalt, IVP a 6. hóban, maczerált, VP élő, 1½ évig élt, VIP a 9. hóra halva, 3 hétig nem érzett magzatmozgást, maczerált, VIIP a 7. hóban, 3 hétig nem érezte, VIIIP 4 év előtt, él és egészséges, IXP 1 év előtt, él, születésekor testén kiütések voltak. Most terhességének 8. havában van. Szeptember hó végén az előbb élénk magzatmozgások intenzitásukban csökkentek, úgy, mint megelőző terhességei alkalmával olyankor, mikor koraszülteket hozott a világra. Anamnestikus adatként meg kell még említenem, hogy férje 17 éves korában kemény fekélyt kapott, melyet azonban csak 4 napig kezeltek. Október hó 3.-án 0-6 gm. dosist kapott az Ehrlich-féle arsenobenzolból a mellkas bőre alá. Négy nap múlva a magzatmozgások élénkébben jelentkeztek. A hőmérsék az injectio után 7 napig subfebrilis volt, a 38°-ot nem haladta túl. A fájdalom, mely az ökölnyi infiltratum helyén támadt, 3 napig tartott, éjjeleit csak egy ízben zavarta. Az oldatot Weichselmann előírása szerint készítettem: natronlúgban oldottam, ecetsavval közömbösítettem és centrifugálás után steril physiologiai konyhasó-oldattal hígítottam fel. A dosis 0-45—0-6 gm. volt. Az adag nagysága tekintetében fontos, hogy mekkora dosis nem organotrop a magzatra nézve. Ez a terhesség idejének megfelelőleg különbözik. A nehézség a dosis kérdésében éppen abban áll, hogy a dosist akkora kell lenni, hogy a mellett, hogy nem organotrop, a magzatra nézve bakteriotrop. Az injectiókat a jobb parasternális vonalban a 6. bordaközben a bőr alatti kötőszövetbe végeztem, lévén az a felszívódás szempontjából a legelőnyösebb.

Az injectio helyén képződött infiltratum kezelésében a Bier-harang használatától nagyon jó eredményt láttam a fájdalomosság és az infiltratum gyorsabb megszűnésének szempontjából és bátor vagyok azt az igen tisztelt kartársaknak is ajánlani.

Az általam kezelt esetekből igaz ugyan, hogy végérvényes következtetés nem vonható, mivel a terhesség vége még egyikben sem következett be, de az a tapasztalat, hogy a terhesség második felében levők, kik az előbb élénk magzatmozgások erélyességének csökkenését érezték, az injectiók után a magzatmozgások intenzitásának megnövekedését tapasztalták, mindenesetre arra hívja fel a figyelmet, hogy a kísérletek ezen irányban folytatandók, ha csak nem helyezkedünk arra az aprioristikus negatív álláspontra, mely minden haladás kerékkötője.

Spatz Elek: Grósz tanár említette, hogy 30,000-nél több injectio történt és a nézetek divergálnak. Ennek oka a szólo szerint az lehet, hogy a praeparatumok nem voltak homogének. A szólo által használt praeparatum egyenletes volt (1:25).

A Basch által említett három injectio helyes lehet, de azt hiszem egy szűrési csatornából is el lehet osztani három felé a befecskendezendő 606-ot.

A Herzog által említett psoriasis már négy éve állott fenn, olyan volt a beteg, mintha malterből húzták volna ki. Másodlagos tünetekkel jött. Az injectióra a psoriasis javulni kezdett, azután a secundaer tünetek kezdtek visszajelödni és a testsúly 58 kgr.-ról 72-re emelkedett. A betegek potenciája is emelkedett, csak egy 58 éves ember libidója csökkent.

Preis Károly: A klinikai tünetekről nem szól. A vita nem dönt, a tények fognak dönteni. Csak az a fontos, hogy a tényeket ne hamisítsák meg. Havasnak azt válaszolja, hogy nem állította, hogy ne alkalmazzuk recens lues esetén. Csak azt mondta, hogy nincs kizárva a végleges gyógyulás és kötelességünk nemcsak 606-ot, hanem kénest is adni.

Pfeifernak megjegyzi, hogy habituális abortus esetén ne elégedjünk meg a 606-tal, hanem kénest is adjunk.

Detrének részben megfélelt Justus, a szólo ezeket aláírja. De a spirochaeták kénest után is eltűnnek, a mint a szólo ezt százszámra vizsgálta. De abból, hogy a spirochaeták bizonyos módszerrel többé nem találhatók, korántsem szabad következtetni a szer bactericid hatására. Blaschko series-metszeteket készített és ilyen módon talált egy helyen

spirochaetákat. Különbözik akár negatív, akár pozitív a spirochaeta-lelet, ez semmit sem jelent, mert biológiai tény, hogy a spirochaeták betegek lehetnek. Ilyen merész bacteriologiát a klinikusoknak nem szabad üzni. Ehrlich-Hata „Arbeitstheorie“-ját tiszteljük és becsüljük, mert ilyen eredményekkel járt. De ebből tényeket nem lehet kovácsolni. Az állatról az emberre nem lehet következtetést vonni. Mert az atoxyl a majmot meggyógyítja, az emberen is kipróbálták, de ezt megvakította.

A spirochaeta előbb tűnik el, mint a sanker; a szólo szerint a széteső sankerral esik szét a spirochaeta is. A tusfestés nem vezet célhoz. Festeni kell, mert a színárnyalat esetleg tájékoztató. Továbbá series-metszetek ezüstimpregnálással adhatnak felvilágosítást. A Wassermann-reactióról már mondott véleményt. Minden kigondolható lehetőség előfordul. A technika tekintetében sem jutottunk túl a holt ponton. Eddig bárhol alkalmaztuk is a 606-ot, nem szívódott fel egészen és ez jó, mert különben intoxicatio állana be. Bármit hozzon is a jövő, ez a szer mai alakjában is megbecsülhetetlen meggazdagodása gyógyszerkincsünknek, de csak avatott kézben ártalmatlan.

Közkórházi Orvostársulat.

(X. bemutató ülése 1910. október 19.-én.)

Elnök: Horváth Ákos. Jegyző: Körmöczy Emil.

(Folytatás.)

Favento Triesztből, Nicolich osztályáról a „Münch. med. Wochenschrift“ október 4.-i számában hasonló módosítást ajánl.

Összes addigi fecskendezéseimet ezen általam módosított technikával végeztem. Úgy gondolom, hogy egyféle eljárás mellett az eredmények jobban ellenőrizhetők s a kartársak majd megítélik, hogy melyik eljárás jobb s azt fogják követni.

Befecskendezési technikám egyetlen hátránya az, hogy egy szűrás helyett három végzek, de gondos steril eljárás mellett ez nem számít. Adagolás tekintetében abban a szerencsés helyzetben voltam, hogy csak néhány 0-30 gm.-os adagot kaptam, legtöbb injectiót 0-5, 0-6 és 0-7 gm.-nyi adaggal adtam. 0-3 gm. elégtelennek bizonyult.

Érdekesebb eseteim a következők:

2. sz. *Lues recens maculosa, sclerosis exulcerata praeputii, phimosis consecutiva.* Testsúly 60-5 kg. 1910 augusztus 17.-én 0-3 arsenobenzol.

A maculák 5 nap alatt eltűntek, a sclerosison volt körülbelül babnyi fekély 1 hét alatt begyógyult, a kis mogyorónyi keményedés egy hét alatt felényire csökkent, de azután nagyon lassan engedett. 5 héttel az injectio után recidiva: maculák és papulák. 1910 szeptember 24.-én II. injectio: 0-6 gm. Erre a maculák és papulák 4 nap alatt eltűntek, a keményedés rohamosan csökkent, egy hét alatt teljesen felpuhult s a phimosis teljesen megszűnt. Azóta újabb tünet nem mutatkozott. Összes mennyiség 0-9 gm.

22. sz. *Lues III. Gumma exulceratum et necroticans.* Az orrháton óriási fekély, négyszögalakban körülbelül 4 cm. átmérőjű anyagihiány, szürke czafatos alappal, a septum nagy része tönkrement, mindkét orrüreg az orrhát felé közlekedik a külvilággal. A baj nátha alakjában 2 év előtt kezdődött. 4 hó előtt kifehélyesedett. Testsúly 60 kg. Szeptember 4.-én 0-6 arsenobenzol.

Rohamos javulás, 2 hét alatt, lencsényi hámfosztott hely kivételével, teljes behámosodás. Október 8.-án a lencsényi hely szételéssel borsónyi fekélylyé változott át, a Wassermann-féle reactio változatlanul erős.

1910 október 8.-án II. injectio 0-6 arsenobenzollal. Ekkor rohamos javulás. A beteg a teljes gyógyulást be nem várva, október 16.-án távozott. Összes mennyiség 1-2 gm.

19. sz. *Lues latens, ptosis et ophthalmoplegia extern. sin.* Inf. 1894-ben, akkor csak toroktünet, s erre félévig jodkálum. 1900-ban nőülés és azóta nejjén 4 abortus, I. abortus után toroktünet s 11 hétig kéneseikenőcs-bekenések. Azóta többé tünet nem volt.

1901-ben II. abortus, erre 5 hétig kéneseikenőcs bekenése.

1904-ben III. abortus, erre 20 injectio a 0-02 Hg Cl₂.

1906 júliusban IV. abortus, erre 8 intraglut. injectio a 0-05 Hg Cl₂.

1907 májusban újra abortus, erre 8 intraglut. injectio à 0.05 Hg Cl₂.

1908 novemberben újra abortus, erre 8 intraglut. injectio à 0.06 Hg Cl₂.

1909 márcziusban újra abortus, erre 8 intraglut. injectio à 0.06 Hg Cl₂.

1909 szeptemberben 8 intraglut. injectio à 0.06 Hg Cl₂.

1910 áprilisban 10 intraglut. injectio à 0.06 Hg bijod. rubr.

1910 július elején ptosis et ophthalmoplegia externa.

1910 július 7.-étől augusztus 28.-áig összesen 35 bekenés à 4.0 Hg-kenőcs, közben gyakran jód.

1908 óta Wassermann félevenként mindig +++ vagy ++++.

Ezen állapot alig változott s ezért 1910 szeptember 3.-án 0.5 arsenobenzol. (Testsúly 67.5 kg.) 3 nap múlva a ptosis lényegesen javult, ötödnapi az ophthalmoplegia externa is javult, majd mindkét tünet ismét rosszabbodott s a bal szem ismét kifelé fordult. Az injectio után 14 nappal ismét lényegesen javult a ptosis s a divergentia is engedett, de nem gyógyult meg teljesen.

Wassermann augusztus 30.-án +++.

Wassermann szeptember 14.-én +++.

1910 október 12.-én II. injectio 0.6 arsenobenzollal. 4 nap alatt rohamos javulás, az olvasás teljesen akadálytalan. Összes mennyiség 1.1 gm. arsenobenzol.

6. sz. *Gumma exulceratum et necroticans veli palatini, tonsill. utriusque et pharyngis c. defecto partiali palati mollis. Otagia luetica l. d., kephalalgia.*

A négy hó óta gravid 26 éves férjzett asszonynak 5 hó óta fáj a torka, keményebb és szárazabb ételeket nem tud nyelni, folyékony tápszerek részben az orrán keresztül jönnek vissza, ezeknek lenyelése is türelhetetlen fájdalommal jár. Infectióra nem emlékezik. Két, állítólag egészséges gyermeke van.

Jelenállapot: A jobb tonsilla részben hypertrophiásan göbös felületű, részben úgy, mint a garat hátsó fala, a bal tonsilla s a velum palatinum szennyes-szürkés, czaftos, erősen tapadó lepedékkel bevont. Testsúly 50.0 kgm.

1910. augusztus 24.-én 0.5 gm. Lefolyás teljesen láztalan, legmagasabb hőmérséklet 36.9°. Helyi reactio: nagyon csekély fájdalom, a három injectio helyén csekély duzzanat.

24 óra után folyékony táplálékot fájdalom nélkül tud lenyelni, fejfájása úgyszólván megszűnt.

Augusztus 28.-án már szilárd, sőt kemény táplálékot is fájdalom nélkül tud nyelni. A tonsillák fekélyedése begyógyult, a hátsó garat fekélyes falának több mint harmada behámosodott.

Szeptember 4. Az egész nyálkahártyabeli fekélyes elváltozás tökéletesen meggyógyult.

Szeptember 13. A testsúly 3 kilogrammal gyarapodott. Magzatmozgások érezhetők.

9. *Lues ulcerosa gangraenosa linguae. Gumma submucosum dorsi linguae.* 32 éves gazdász. 4 év előtt, a nélkül, hogy fertőzésre emlékezne, syphilis acutissima gravis tüneteivel, körülbelül 60 szétesett bőrgummával került kezelés alá. Erélyes kenőcskürára körülbelül hat hét alatt gyógyulás. Azóta a beteg, bár tünetei állítólag nem voltak, 2—2 havi szünetek pontos betartásával szakadatlanul 20—30 kénesekenőcs-bedörzsölést végzett. Az utolsó kénese-kürát egy hó előtt fejezte be. Egy év óta fekélyes a nyelve. Jelenállapot: A nyelv jobb fele, a garat és a jobb tonsilla egyenetlen felületű 3 fekélye körülbelül 1 cm. mély és 1 cm. széles, meredek szélű, krateralakú mélyedéssel, szennyes-szürkés czaftokkal fedett. Foetor oris. Wassermann nagyon gyengén positiv. A felület kaparékban — mélyen nem engedte — háromszori spirochaeta-vizsgálat negatív.

1910 augusztus 26. 0.5 gm. arsenobenzol.

Augusztus 27. Feltűnő subjectiv javulás, az evés, ivás, nyelés fájdalommentesen csökken.

Augusztus 28. A közérzet kitűnő, a fájdalom teljesen elmúlt, a 3 kraterszerű mélyedés teljesen ellaposodott, a szélek felől a hámosodás megindult.

Szeptember 7. A fekélyesedés teljesen behámosodott, meggyógyult. Legmagasabb hőmérséklet 37.4.

27. sz. *Lues latens. Kephalgia.*

27 éves nő, férje két év óta lues miatt kezelés alatt.

Az asszony 1 1/4 éves csecsemőjét maga táplálja. 54.5 kgm.

1910 szeptember 6. Az asszony 0.5 gm. arsenobenzolt. Wassermann-reactio:

Augusztus 30. ++

Szeptember 28. +.

Anyai: augusztus 24. ++++

Csecsemője: szeptember 28. ++.

Négy hét alatt határozott gyengülés.

Az anyánál legmagasabb hőemelkedés 37.6°. A gyermek az injectio előtt nagyon nyugtalan, az injectio óta nyugodtan alszik.

42. sz. *Lues latens. Perichondritis luetica sterni. Anaemia major. gradus.*

Infectio nyolcz év előtt, akkor semmi kúra. Egy év után kiütések miatt 25 kénese-bekenés. Négy év óta a sternum mellett baloldalt csontfájdalom, évek óta nagyon ideges, halvány, évek óta hőmérséklete 37.0° fölé. Jelenállapot: A sternum és a második borda tapadása helyének megfelelően spontán fájdalom, mely nyomásra kissé fokozódik.

Wassermann szeptember 14. +++.

1910 szeptember 16. 0.5 gm. arsenobenzol. Az injectio után négy órával a hőmérséklet 36.4° s azóta reggelként 35.9—36.1°, esténként 36.4—36.7°.

Nagyon erős kisugárzó fájdalmak a tarkó és váll felé, melyek négy nap után engedtek, s ugyanakkor nagy étvágy jelentkezett. Súlygyarapodás az első hét végén 60 kgm.-ról 61.5 kgm.-ra.

1910 október 13. További 3 kgm. súlygyarapodás, úgy érzi magát, mintha újjászületett volna. Wassermann-reactio +++.

57. sz. *Lues III. Periostitis. Gumma dorsi pedis. Lues magnopapulosquamosa plantae pedis. Diabetes mellitus.*

70 éves asszony, infectiója állítólag 30 év előtt. A talpon kiütések egy év óta. 15 év óta a jobb lábfejben fájdalmak, s azóta nem tud lábára állani.

A vizeletben 5% cukor. Wassermann +++.

1910 szeptember 26. 0.45 gm. arsenobenzol. Öt nap múlva a papulák teljesen elhalványodtak, ellaposodtak, a beteg lábára tud állani fájdalom nélkül. A gumma ellaposodott, helye nyomásra már nem érzékeny.

1910 október 5. A beteg fájdalom nélkül jár. A gumma begyógyult. Cukor 2%.

1910 október 19. Cukor 2%.

25. sz. *Lues maculosa univ. et papul. palm. man. utriusque. Plaques tonsill. utriusque. Sklerosis lamin. int. praeputii.*

26 éves férfi, infectiója 2 hó előtt.

1910 szeptember 5. 0.6 gm. arsenobenzol.

Szeptember 6. A maculák nagyon éles határuak, élénkebb színűek.

Szeptember 8. A maculák elhalványodtak, a papulák a tenyéren laposodnak, de az alkarokon néhány friss papula támadt; a régi sklerosis helye, mely eddig halvány volt, pirosodott, megvastagodott és érzékeny.

Szeptember 11. A maculák teljesen eltűntek. Elszórtan sok új papula fejlődött.

Szeptember 17. Második injectio 0.5 gm. arsenobenzollal.

Szeptember 19. A papulák ellaposodtak, a sklerosis már nem fájdalmas, teljesen elhalványodott, lapos, felpuhult.

Szeptember 22. Az összes papulák helyén festékfoltok.

Wassermann: Szeptember 4. +++.

Szeptember 14. +++.

Október 12. ++.

12. sz. *Lues ulcerosa serpiginosa tarda vaginae. Fistula vaginorectalis. Degeneratio amyloidea. Atrophia nervi optici incipiens l. utriusque.*

34 éves nő, 11 év óta beteg; voltak gummái, fejfájásai, profus hasmenése, s időnkint hőemelkedései. Testsúlya 40 kgm. (1—2 év előtt 58 kgm. volt). 1910 augusztus 29.-én 0.4 gm. arsenobenzol.

A vaginának körülbelül koronánál nagyobb fekélye begyógyult tíz nap alatt. Minden tekintetben jól érezte magát, de négy héttel az injectio után újra hasmenések, hőemelkedések. Wassermann augusztus 25.-én +++.

Wassermann szeptember 14.-én +.

atrophia nervi optici eddig változatlan maradt.
54. sz. 60-5 kgm. súlyú nő kapott 0-7 gm. arsenobenzolt s
en türt, erősen elterjedt papulosquamosus kiütései rohamosan
anyodtak.

51. sz. 4 éves fiú 15 kgm. testsúly mellett kapott 0-15 gm.
arsenobenzolt; nyálkahártyáján a plaqueok begyógyultak, az injectiót
nagyon jól türt.

Egyszeri injectióra tehát a legnagyobb adag, a melyet eddig
adtam, 0-7 volt, kétszeri injectióra pedig 1-2 gm.

Az Ehrlich-féle szer mellékhatásai.

1. A fájdalom lehet lokális és kisugárzó. Az eseteknek
körülbelül háromnegyed részében észleltem az injectio helyén mér-
sékelt fájdalmat, s csak elvétve fordult elő heves lokális fájdalom,
melyhez rendszeren erősen kisugárzó fájdalom csatlakozott a tarkó
és váll felé, valamint a bordaközi idegek lefutása irányában.

A 85 eset közül heves fájdalom 4 esetben volt. Viszont 6
esetben a beteg semmiféle fájdalmat sem érzett.

2. Duzzanat az injectio helyén eseteim túlnyomó számában
minimális. Minél jobban elmasszáljuk a befecskendezett gyógyszert,
annál csekélyebb a duzzanat.

3. Nekrosis tisztán a hiányos technika következménye. Az
injectio helyén a szűrsatornának megfelelően fejlődő mákszemnyi
nekrosis, melynek az az oka, hogy a tű kihúzása alkalmával a
suspensióból minimális mennyiség marad, jelentéktelen és 2-3
nap alatt begyógyul. A depót helyén nekrosis csak akkor támad,
a mikor túlfesztes a bőr vagy nagyon vastag a bőr alatti zsírpárna
s a tű rövid, vagyis a mikor a gyógyszer a zsírrétegbe, illetőleg
a bőr alatti kötőszöveti rétegbe vagy plane a coriumba kerül.

Körülbelül 240 injectio között összesen 3 esetben támadt ily
nekrosis, egyszer diónyi, kétszer mogorónyi bőrelhalással, mely
3-6 hét alatt demarkálódott, kiesett, s a tiszta sarjadzó anyag-
hiány lassan begyógyult. A lefolyás teljesen láztalan volt.

Láz kétféle van.

Az egyik, a mely az injectio után mutatkozik, 37-4-39°,
s alkalmasint a tönkrement spirochaetákból kiszabadult endotoxin
következménye. Összesen 9 esetben észleltem. Rendszeren gyorsan
(4-8 óra alatt) szűnik. A beteg másnap jól érzi magát. 36-48
óra múlva jön egy újabb hőemelkedés, melynek maximuma eseteimben
37-2° és 38-6° között volt, 3-4 napig eltart, néha csak 2 napig.
3 teljesen láztalan lefolyásra esik egy lázas. Meg kell említenem,
hogy nagyobb vagy kisebb adagú injectio, súlyos vagy könnyű
lues a lázra nincs befolyással.

Határozott mérgezési tünet, akár csak legcsekélyebb hányás
vagy arsenkiütés alakjában, egyetlen egy esetben sem mutatkozott.

Egy esetben angina pectoris-roham jelentkezett, mely fél óráig
eltartott, s az erős intercostális fájdalomnak lehetett következménye.
Minden gyógyszeres beavatkozás nélkül fekvő helyzetben magától
megszűnt.

Az Ehrlich-féle arsenobenzollal eddig kezelt eseteim között volt:

Sklerosis luetica	12 eset	Tabes	3 eset
Lues II. recens	15 "	Paralysis progressiva	7 "
Lues II. recidivans	12 "	Lupus vulgaris	1 "
Lues latens	16 "	Psoriasis vulgaris	2 "
Lues tarda	20 "		

A sklerosisok eleinte feltűnően kisebbednek, néhány nap alatt
felényire, a fekélyek feltűnő gyorsan gyógyulnak, behámosodnak.
A keményedés további kisebbedése bár észrevehető, de sokkal
lassúbb. Teljes felpuhulás, illetőleg eltűnése a sklerosisnak 4-6
hét alatt észlelhető. A másodlagos tünetek közül bámulatos gyors-
sasággal gyógyulnak a nyálkahártyának akár felületes, akár mély
roncsolással járó elváltozásai.

A maculákon a Herxheimer-féle tünetet aránylag ritkán
észleltem. A tünetek visszafejlődésének gyorsaságában nem láttam
különbséget, akár előzőleg kezelt, akár még sohasem kezelt esettel
volt dolgom, de határozottan mondhatom, hogy legalább is oly
gyorsan, legtöbb esetben azonban feltűnően gyorsabban javulnak.
illetve mulnak el a tünetek, mint a legerélyesebb kénéső-kezelésre,

A latens lues (manifest tünetek nélkül, de positiv Wasser-
mann-féle reactio) eseteiről, bár egyik-másikon már észlelhettem
a szer befolyását, korainak tartanám nyilatkozni, hosszabb észlelés
szükséges ezen kérdés határozott eldöntéséhez.

A késői lueses tünetek az esetek túlnyomó nagy részében
feltűnő gyorsan gyógyultak.

A Wassermann-féle reactióról egyelőre csak úgy nyilatkoz-
hatom, hogy körülbelül úgy viselkedik, mint a töményebb kénéső-
sóoldatok alkalmazása után látjuk. Már másfél évvel ezelőtt rá-
mutattam, talán először, hogy friss esetekben a Wassermann-
reactio labilis, megfelelő kénéső-kurára elég szépen gyengül, de
később újra erősödhetik, míg régi lues-esetekben nagyon makacsul
megmarad, csak több, megfelelő erős kénéső-kurára kezd lassan
gyengülni. Az Ehrlich-féle szer használata után úgy látszik hasonló
eredményre fogunk jutni. Kétségtelen azonban, hogy oly gyógy-
szert nyertünk, melyet nem fogunk nélkülözhetni.

Tekintettel arra, hogy az Ehrlich-féle „606“ dioxyamido-
arsenobenzol az eddig legerélyesebbnek ismert kénésőkezeléssel
legalább is egyenrangú s legtöbb esetben az eddigi kezeléseket a
hatás gyorsasága tekintetében erősen túlszárnyalja, okvetlenül
alkalmazandónak tartom:

1. friss lues eseteiben (mert tudjuk, hogy minél erélye-
sebb az első kezelés, annál enyhébb az egész lues lefolyása);
2. súlyos lues-esetekben, melyekben a protrahálás esetleg
hiányokat okozhat;
3. mindazokban a syphilis-esetekben, melyekben az eddigi
luesellenes kezelések eredménytelenek maradtak;
4. oly késői syphilis-esetekben, akár manifest tünetekről,
akár csak makacsul fennálló latens luesről van szó, melyekben
kénésőkezelés még nem történt (metallueses tünetek esetleges kelet-
kezésének megakadályozása czéljából).

A kiújulások tekintetében véglegesen még nem lehet nyilat-
kozni. Az eddig alkalmazott adagok mellett valószínű, hogy egyik-
másik esetben számíthatunk recidivára, mely azonban talán ki-
kerülhető lesz, ha az adagot a szervezetbe való káros hatás nélkül
növelhetjük.

PÁLYÁZATOK.

2692/1910. szgb. sz.

Udvarhely vármegye székelyudvarhelyi járáshoz tartozó **szentegyházasszálvi**
körorvosi állásra pályázatot hirdetek és felhívom azon okleveles orvos urakat,
kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt folyamodványukat
1911. évi január hó 25.-éig hozzám annyival is inkább adják be, mert később
beérkezett folyamodványokat figyelembe venni nem fogok. Ezen körhöz Szentegyházasszálvi,
Kápolnásfalu, Lővéte, Homoródalmás községek tartoznak Szentegyházasszálvi
központtal.

A körorvos javadalmazása:

1600 korona évi fizetés, 300 korona lakbér, esetleg természetbeli lakás,
halottkémlési és hűsvizsgálati díjak.

Székelyudvarhely, 1910. évi december hó 17.-én.

Szabó Nándor, t. főszolgabíró.

A péterfalvai papírgyár vállalati betegsegélyező pénztára (körülbelül 4 km-
nyire Szászsebes városától) egy **pénztári orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdet.
Évi 2000 korona fizetés, mely a most épülő fűrészteleppel együtt 3000 koro-
nára rug, szabad lakás és szabad magángyakorlat egy jól jövedelmező, körülbelül
3000 főnyi községben és vidéken.

A pályázónak a magyar, német és román nyelvet bírnia kell.

Bővebb felvilágosítással a péterfalvai papírgyár, vagy Mauksch Frigyes dr.
úr Szászsebesen szolgál, hova az ajánlatok is beterjesztendők.

3-3

2722/1910. sz.

Somogy vármegye kaposvári közkórházánál rendszeresített **sebészorvosi**
állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az állásra pályázhatnak sebész képesítéssel
bíró nőtlen orvosok. Javadalmazás évi 2000 korona, lakás, teljes ellátás. Magán-
gyakorlat csak a kórházi alapszabályokban körülírt módon van megengedve. A
kinevezés két évre szól, de meghosszabbítható.

Felkérem pályázni kívánókat, hogy szakképzettségüket igazoló pályázati
kérvényeiket Makfalvy Géza úrhoz, Somogy vármegye főispánjához címezve a
kórházigazgatóságnál **1911. évi december hó 31.-éig** nyújtsák be.

Kaposvár, 1910. évi december hó 9.-én.

Szigethi Gyula Sándor dr., kórházigazgató.

337/910. sz.

A vezetésemre bizott **Ugocsa vármegyei „Perényi“ közkórházban** meg-
üresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: nyugdíj jogosultsággal egybekötött évi 1600 korona fizetés,
egy szobás butorozott lakás, ételmezés, fűtés, világítás, mosás.

Az állásra csakis az egy évi kórházi gyakorlatot igazoló orvos-doktorok
pályázhatnak. A mikroszkopiai vizsgálatokban és kórboncolásban jártasságukat
igazolók előnyben részesülnek.

A kinevezett — az első segélyt leszámítva — magángyakorlatot nem foly-
tathat. Erdemes szolgálat azonban a pár éven belüli szervezendő osztályorvosi állás
elnyerhetésénél előjogot biztosít.

Pályázók kérvényeiket Becsky Emil főispán nevére — Nagyszőlősi — cí-
mezve hozzám **1911. évi január hó 15.-éig** beküldjék, mert a később érkezőket
figyelembe nem vehetem.

Kinevezett állását azonnal elfoglalni köteles.

Nagyszőlősi, 1910. évi december hó 18.-án.

Nagy Kálmán dr., igazgató-főorvos.

