

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: **SEMÉSZET Grósz Emil** szerkesztésében. **GYNAEKOLOGIA Tóth István** szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Frey Ernő:** Közlés a poliklinika I. idegostályáról és laboratóriumából. (Főorvosok: Schaffer Károly dr., egyet. rk. tanár és Vas Bernát dr., egyet. magántanár.) A Wassermann-reactio értéke a tabes diagnózisában. 243. lap.
- Navratil Dezső:** Közlés a budapesti magy. kir. tud.-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár, uduvari tanácsos.) A nervus laryngeus inferiornak a ramus descendens nervi hypoglossiával való anastomosisa idegvarrat útján (Foramitti szerint). 245. lap.
- Bauer Lajos:** Közlés a székesfővárosi Szt. Margit-kórházból. A gyermekkori pneumococcusarthritisekről. 245. lap.
- Molnár Béla:** Kísérletes vizsgálatok a gyomornedvelválasztás physiologiai és pathologiai mechanizmusáról és azokhoz fűzött reflexiók. 248. lap.
- Gerlóczy Zsigmond:** A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban. 249. lap.
- Irodalom-szemle. Könyvismertetés.** Professor Dr. *Viktor Fossel:* Studien zur Geschichte der Medizin. — *Lapszemle. Idegkörtan. Magnus-Alsleben:* A belső

szervek ideges zavarai. — *Sebészet. Borchhardt:* Idegen testek miatt végzett gastrotomia. — *Tietze:* A vastagbélresectio új methodusa. — *Federmann:* A Grossich-féle bőrdesinficiálás jodtincturával. — *Gyermekorvostan. Schabad:* A phosphor, csukamájolaj és sesamolaj értéke az angolkór gyógyításában. — *Berlin:* A diphtheria kezelése nagy serumadagoknak intramuscularis és intravenosus befeccskendezésével. — *Veneréás bántalmak. Fr. Bernig:* A Colles-Baumès- és a Profeta-féle törvény a Wassermann-féle seroreactio megvilágításában. — *Húgyszervi betegségek. F. P. Salinger:* A prostata-carcinoma tünettana és körjelzése. — *Kiseb közlések az orvosgyakorlatra. Romkes:* Hyperchlorhydria. — *Chassevant:* A bőr fertőtlenítése jodchloroformmal. 253—255. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 255. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 255. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 256—258. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a poliklinika I. idegostályáról és laboratóriumából.
(Főorvosok: Schaffer Károly dr., egyet. rk. tanár és Vas Bernát dr., egyet. magántanár.)

A Wassermann-reactio értéke a tabes diagnózisában.

Irta: **Frey Ernő** dr.

Midőn *Wassermann* és *Plaut* a complementkötési eljárás segítségével megállapították, hogy az általuk vizsgált paralysis esetekben a spinális folyadék 95%, a vérsérum pedig 99% pozitív reactiót adott (a haemolysist megakadályozta), a *Wassermann*-reactio a neurologiában és psychiatriában mind több és több esetben nyert alkalmazást, úgy hogy ma már a vizsgálatok nemesak azért történnek, vajjon a legtöbb organikus idegmebetegedések és a lues között micsoda összefüggés van, hanem oly célból is, hogy a metalueses és lueses idegmebetegedések elkülöníthetők legyenek az egyéb organikus, de nem lueses eredésű agy- és gerinczvelőmebetegedésektől és ezen betegségek aetiologiája így megállapítható lévén, mely nemű gyógykezelésben részesüljenek. Mindmennyi fontos és nagy horderejű kérdés, melyekre azonban ma még nem tudunk teljesen határozott feleletet adni. Hiszen a mai napig még nincsen eldöntve ama kérdés, specifikus reactionnak tekintendő-e a *Wassermann*-féle lueses reactio, vagy sem, pedig ezen kérdés eldöntése nélkül az előbb említett nagy problémák megfejthetők nem lesznek.

Wassermann a Bordet és Gengou complementkötési elve alapján vette vizsgálat alá a lueses vérsérumokat és azt találta, hogy a lueses vérsérum complementkötő képességgel bír. *Wassermann* ezen felfedezése nyomán nagyszámú vizsgálat indult meg a különböző serologiai és dermatologiai intézetekben és a vizsgálatok eredménye az, hogy a biztosan megállapítható lueses esetek egyik legállandóbb jelensége a sérumnak olyan magatartása, hogy a haemolysist gátolja. 90%, sőt azon felüli százalékban volt kimutatható a pozitív *Wassermann*-reactio lueses egyéneken.

Controll-kísérletek azonban kimutatták azt, hogy nem lueses egyének vérséruma is tud complementet lekötni. *Michaelis* typhus két és malaria egy esetében pozitív *Wassermann*-reactiót kapott. *Hoffmann* és *Blumenthal* controll-anyaga között is talált egy psoriasisban szenvedő pinczernőn és egy framboesiában szenvedő négeren pozitív *Wassermann*-reactiót. Leprás egyéneken is nagy számban volt kimutatható a pozitív reactio. Nagyobb számú pozitív reactiót talált nem lueses egyéneken *Elias*, *Neubauer*, *Porges* és *Salamon*. Ők 77 eset közül 14 esetben tudták a pozitív reactiót kimutatni. Hasonlóképpen nagy számú pozitív reactióról tesznek említést közlésükben *Vas* és *Török* is, a kik 47 nem lueses egyén közül 7 betegen pozitív reactiót találtak, ezen betegek legtöbbje tuberculosisban szenvedett. Noha ők keresték azon anyagot, mely esetleg pozitív reactiót adhat, mégis feltűnő ezen arányszám nem lueses megbetegedésekben. *Weil* és *Braun* 57 nem lueses esetben 13-szor pozitív reactiót tudott kimutatni. *Landsteiner*, *Müller* és *Pözl* trypanosomia eseteiben is pozitív reactiót kapott. *Much* és *Eichelberg* 100 scarlatinás esetben 45-ször találta pozitívnek a reactiót. Ez oly magas percentuatio, mely a *Wassermann*-reactio használhatóságát teljesen kétségessé tudná tenni. Azonban további vizsgálataik őket is némileg más álláspont elfoglalására készítették. Ezzel ellentétben *Jochmann* és *Töpfer* 33 scarlatinás esetben egy pozitív reactiót sem kapott. *Boas* és *Hauge* 61 scarlatinás eset közül egy esetben talált átmenetileg gyengén pozitív reactiót, mely később szintén negatívvá lett. Hogy *Much* és *Eichelberg* scarlatinás eseteiben oly magas a pozitív reactiók arányszáma, azt *Plaut* és *Wassermann* technikai hibákkal magyarázza. Újabb vizsgálatok azonban megerősítették a scarlatinás vérsérum complementkötő képességét.

Ezen szerzőkkel ellentétben, vagyis a kik a nem lueses egyéneken is megállapíthaták a vérsérum complementkötő képességét, igen nagy száma a bűvároknak a nem lueses egyéneken pozitív reactiót sohasem kapott. *Wassermann* 1100 controll eset közül egyetlen egy esetben sem tudott pozitív eredményt felmutatni; hasonlóképpen más szerzők sem, mint *Citron*, *Fleischmann*, *Meier*, *Müller*, *Plaut*, *Lesser* stb.

A sok ezerre kiterjedő vizsgálatok tehát kimutatták azt, hogy

azon néhány megbetegedésen kívül, melyek szintén pozitív reactiót adnak, de a melyek a lüestől könnyen elkülöníthetők, az összes pozitív reactiók 99%-a arra enged következtetni, hogy a pozitív reagáló vérsérüm lüeses egyéntől származik. A lüeses vérsérüm ezen magatartása tette lehetővé a *Wassermann*-reactiónak alkalmazását az ideg- és elmekórtanban.

Ismeretes ugyanis azon szoros összefüggés, mely egyes ideg- és elmebántalmak és a lües között fennáll, ismeretes egyúttal az a tény is, hogy hiányosak vizsgálati módszereink és e miatt igen sok esetben ezen összefüggést biztosan megállapítani nem tudjuk. Pedig mily nagy fontossággal bír annak a felismerése, vajjon valamely megbetegedés lüeses eredésű-e vagy sem, a therapia és prognosis szempontjából. Mily fontos annak a megállapítása, hogy adott esetben például agygyümával vagy valóságos agydagánattal van-e dolgunk, vagy pedig az, hogy egy reflex-epilepsia gumma következtében áll-e fenn, vagy pedig más kóros folyamat idézi elő. Az ilyen és más hasonló differentialediagnostikai kérdések megoldásakor a *Wassermann*-reactio kiténő szolgálatokat fog tehetni.

Igaz ugyan, hogy igen tekintélyes számú oly irányú vizsgálattal rendelkezünk, melyek szerint a *Wassermann*-reactio segítségével a lües és az organikus idegrendszerbeli megbetegedések közötti szoros összefüggés kimutatható, mindazonáltal ma még pozitív következtetések ezen irányban nem vonhatók le. Tehát minden olyan irányú vizsgálat, mely ezen kérdés megoldását elősegíti, nagyobb figyelemben részesítendő. Ezért nem tartom feleslegesnek a magam, ezen kérdést megvilágító vizsgálataimról az alábbiakban beszámolni. A poliklinika I. idegosztálya 109 tabeses betegének vérsérümát azon célból tettem vizsgálataim tárgyává, hogy megállapíthassam a komplementkötő képességét.

Mint hogy a *Wassermann*-reactio lényege és methodikája a *Wassermann*, *Sachs*, *Plaut*, *Kiss*, *Vas* és *Török*, *Detre* stb. közléseiből eléggé ismeretes, csak rövidesen kívánok foglalkozni azon methodikával, melynek segítségével a saját eseteim vizsgálva lettek a poliklinika orvosi laboratoriumában. Szívességeért *Vas* tanárnak ez úton is köszönetet mondok.

A vizsgálatok a *Wassermann*-féle eljárás szerint végeztettek, de attól egyes pontokban eltérések történtek. A próbáknál szereplő egyes komponensek a következők voltak: *Antigen* gyanánt tengerimalacz szívizomzatának alkoholos kivonata szerepelt, mely az előírás szerint akként készült, hogy 5 gramm szívizomzat szétaprítva és steril kvarczhomokkal szétörzsölve, 50 cm³ 96% alkohollal néhány óráig 60 C⁰ mellett, azután több napig thermostatban 37 C⁰ mellett állott. A filtratum, mely a próbákhoz használtatott, olyan tulajdonságokkal bírt, hogy 0.1 cm³ mennyiségben biztos lüeses serum 0.1 cm³-ével a haemolysist teljesen gátolta, biztos normal serummal pedig a teljes haemolysist nem akadályozta. Az eredeti *Wassermann*-reactiónál antigen gyanánt lüeses májkivonatot használtak.

A vérsérümet a vizsgálandó egyén venaepunctio útján vett vérenek centrifugálása által nyertük. A vérsérüm rendszerint sárga és csak ritkán mutatkozott lipaemiásnak. Ezen serum ezután 65 C⁰ mellett 1/2 óras melegítéssel inaktiváltatott.

Mint complement a tengerimalacz vére szolgált, mely mindenkor frissen, legezelszerűben szívunctióval vétetett.

A haemolysises immunserumot oly nyúl szolgáltatta, melybe intravenosusan 5 napi időközökben serumától mosás által megszádatott marhavérből készített emulsiót fecskendeztek be 0.50—1.50 cm³ mennyiségben. Az utolsó befecskendezés utáni 8. napon az állatot elvéreztették. A nyert serum titerje inaktiválás után a szokott módon állapított meg. A vizsgálatokhoz oly immunserum használtatott, melynek titerje 0.05 complementum használata mellett és 1 cm³ 5% marhavérsejt-emulsiót véve kísérleti egységnek, 0.002—0.003 cm³ volt. E mennyiség kétszerese vagy 2^{1/2}-szerese használtatott fel a vizsgálathoz.

A próbákhoz marhavérsejtek használtattak. A mindenkor frissen nyert vér üveggyöngyökkel való defibrinálás után konyhasó-oldattal kimosatott és konyhasóval 5% emulsió készült belőle, mely a megfelelő immunserummal alkotta a haemolysises systemát.

A vizsgálat menete a következő volt: Egy kémlőesőbe a vizsgálandó vérsérümből 0.2 cm³ öntetett és 1 cm³-re felhigított konyhasóval, ehhez került a szintén 1 cm³-re felhigított 0.1 cm³ antigen (szivextractum) és 0.05 cm³ complementum, mely szintén 1 cm³-re lett felhigítva. Ezen 3 cm³ térfogatot magában foglaló kémlőeső 37—

38 C⁰ mellett egy órán át thermostatban tartott, ezen idő után a keverékhez 1 cm³ 5% marhavérsejtemulsió és 1 cm³ 0.006—0.002 cm³ immunserumot tartalmazó keverék adatott. Ezen oldat most visszakerült a thermostatba és addig maradt ott, míg a controllpróbákban, melyekben a haemolysisnek be kellett állania, a vörösvérsejtek feloldódása bekövetkezett. Ezután a thermostatból kivéve, még 24 óráig hűvös helyen tartottat a vizsgálandó keverék és csak ezután lett az eredmény leolvastva. Ha haemolysis nem következett be, vagyis a kémlőeső alján a vörösvérsejtek egy esomóban voltak, a reactio pozitív volt, ha pedig a vörösvérsejtek feloldattak, negativ volt a reactio.

Ezekután áttérek most már a saját eseteimben talált eredmények értékelésére (vonatkozásba hozva azokat az irodalomból ismeretes hasonló vizsgálatok eredményével) és az ezekből levonható következtetések taglalására. *Schaffer* tanár osztályának 109 tabeses esetének vérsérüma az előbbi methodika szerint vizsgálva, a következő eredményeket adta:

A 109 tabeses egyén vérsérüma 75 esetben adta a pozitív *Wassermann*-reactiót, a mi százalékban kifejezve 68.8%-nak felel meg; míg ellenben 34 esetben negativ *Wassermann*-reactiót kaptam, a mi 31.2%-nak felel meg. Ezen 109 tabeses egyén közül 51 bevallotta a lüeses infectiót, 58 pedig tagadta; ez utóbbiakon a lüesnek semmiféle klinikai tünetét sem sikerült megállapítani. Azon egyének vérsérüma, a kik a lüest bevallották, 35 esetben adott pozitív reactiót, 16 esetben ellenben negativ reactiót. A lüest tagadók vérsérüma 40 esetben mutatta a pozitív reactiót és csak 14 esetben a negativ reactiót. Áttekinthetőség céljából az eredményeket a következő táblázatban csoportosítottam:

109 tabeses egyén közül:

Lüest bevallott.	51 = 46.78%
Lüest tagadott.	58 = 53.22%
+ Wassermann	75 = 68.8%
— Wassermann	34 = 31.2%
+ Lües + Wassermann.	35 = 32.11%
+ Lües — Wassermann.	16 = 14.67%
— Lües + Wassermann.	40 = 36.69%
— Lües — Wassermann.	18 = 16.51%

Ha már most az itt közölt eredményeket behatóbb vizsgálat alá vesszük, nagyon is szembeötlő az az incongruentia, a mely a bevallott lüesek és a tagadott lüesek pozitív *Wassermann*-reactiói között fennáll. Azt látjuk ugyanis, hogy az 51 bevallott lüeses egyén vérsérüma csak 35 esetben adott pozitív reactiót, míg ellenben az 58 tagadott lüeses egyén vérsérüma 40 esetben. Feltűnő továbbá az az észlelés is, hogy 16 lüeses fertőzést bevallott egyén vérsérüma adott negativ *Wassermann*-reactiót, holott várható lett volna, hogy ezen esetekben inkább kapunk pozitív reactiót, mint az olyan esetekben, a melyekben a lüeses fertőzést tagadták. Azon paradoxnak látszó jelenség, hogy a lüest tagadó tabesekesek vérsérüma gyakrabban adja a pozitív reactiót mint a lüest bevallók seruma, abban leli magyarázatát, hogy igen sok lüesben szenvedő egyén, nem ismerve fel az elsődleges és másodlagos tüneteket, egész jóhiszeműen tagadhatja a lüeses fertőzést (itt utalok a syphilis ignorée vagy syphilis occulta esetekre; különösen gyakori jelenség ez nőknél), minek következtében antilüeses kezelésben nem is részesültek.

Ismeretes tény, hogy az antilüeses kezelés a *Wassermann*-reactiót befolyásolja és hogy a pozitív reactiót negativvá tudja átváltoztatni. Az én eseteimben is többször láttam a pozitív reactiót negativvá átváltozni az antilüeses kezelés után. *Citron* szerint éppen ezen körülményben keresendő az oka azon ténynek, hogy a lüest tagadó egyének vérsérüma aránylagosan több pozitív reactiót ad, mint a lüest bevalló tabesekes egyéneké. Ugyanezen tényben találjuk meg a feleletet azon észlelésünkre is, hogy a lüest bevalló tabesekesek vérsérüma oly nagy százalékban ad negativ reactiót. Az ilyen egyének az antilüeses kezelés korán és elég intensiven történt és így az antilüeses kúrának olyan hatása, hogy a haemolysist nem gátolja, nyilvánvalóvá válik.

Ha már most eseteim eredményeit oly szempontból bírálok meg, hogy a lües milyen szerepet játszik a tabes aetiologiájában, azt találok, hogy sokkal nagyobb mértékben okozója a lües a tabesnek, mintsem eddig feltűnt és eddigi vizsgálatainkkal kimutatni

tudtuk. Ha összeadjuk azon esetek számát, a melyekben a *Wassermann* pozitív, tekintet nélkül a lueses fertőzés bevallására vagy be nem vallására, és ezen összeghez hozzáadjuk még azon esetek számát is, melyekben a lueses fertőzést bevallották és ennek ellenére negatív a reactio, arra a tapasztalatra fogunk jutni, hogy a lues és a tabes közötti összefüggés 109 eset közül 91 esetben biztosan volt kimutatható, a mi 83·5%-nak felel meg. *Az ilyen módon talált érték olyan magas, hogy igazoltnak találom Erb, Moebius, Nonne és mások azon felvételét, hogy minden, vagy legalább is a legtöbb tabes syphilitis eredésű megbetegedés.*

Összehasonlítva az én eseteimben talált eredményeket azon szerzők vizsgálati eredményeivel, a kik szintén nagyobb számú ily nemű vizsgálataiknak eredményét közölték, azt találom, hogy azok nagyjában megegyezők. Így *Schütze* 100 tabeses egyén vérsérumát 64 esetben találta pozitíve reagálóknak. *Lesser* 110 esetben végzett tabesben szenvedő egyéneken vizsgálatokat és azt találta, hogy 76 esetben volt pozitív a reactio és 34 esetben negatív. *Lesser* 110 esetében 28 tagadta a luest és 82 bevallotta a luest, a 28 luest tagadó közül 24-ben volt pozitív a reactio (86%), a 82 luest bevalló közül pedig 52-ben volt pozitív (63%). Jelen esetben az incongruentia a luest bevallók és a luest tagadók pozitív *Wassermann*-reactiói között igen szembeszökő. *Citron* 15 tabeses esete közül 12 pozitíve reagált. *Fleischmann* 15 esete közül 13-ban volt pozitív a reactio. *Liepmann* 8 esete közül 5, *Ledermann* 26 esete közül 22 és *Stertz* 5 esete közül 3 adta a pozitív reactiót. *Stertz* ugyan 46 tabeses és 54 paralytikus betegen végzett *Wassermann*-vizsgálatokat, de csak a spinális folyadékkal. Tehát 280 tabeses egyén közül 200 egyén vérséruma pozitív reactiót adott, a mi százalékban kifejezve 71%-nak felel meg. Az irodalomban közölt, pozitíve reagáló esetekből kiszámítható arányszámok teljesen megegyezők az én eseteimben megállapított arányszámokkal. Ha most ezen eredményhez hozzáadom az én eredményeimet is, azt találjuk, hogy 389 tabeses egyén vérséruma 275 esetben adott pozitív reactiót, a mi 70·4%-os arányszámmal felel meg.

A mennyire bevált a vérsérumnak vizsgálata *Wassermann* szerint a lues és a központi idegrendszer-megbetegedések közötti összefüggés megállapíthatóságában, éppen annyira nem elégséges arra, hogy differentialediagnostikai célra felhasználhassuk. A vérsérumnak reactiója csak arra nézve fog felvilágosítást adni, hogy a vizsgálandó vérsérum lueses egyéntől származik-e vagy sem, és így a reactio pozitív vagy negatív volta majd arra enged következtetni, hogy a kérdéses idegmegbetegedés lueses eredésű-e vagy sem. Igaz ugyan, hogy e diagnostikai jel birtokában a többi klinikai segédesszköz igénybevételeivel képesek leszünk már így is például a lues spinalist a nem lueses eredésű spinális bántalomtól megkülönböztetni, de nem lesz még módunk arra, hogy igen sok esetben a lues spinalist a tabestől, vagy az agygyumát a paralytistól, és különösen nem a kezdődő paralytist a functionális jellegű, de lueses egyéneken jelen lévő cerebrastheniától elkülöníthessük, mert igen valószínű, hogy valamennyi esetben pozitív reactiót fogunk kapni. Hogy az előbb jelzett bajok elkülönítése mégis lehetséges legyen, a különböző szerzők a vérsérumon kívül a cerebrospinalis folyadékot tették vizsgálat tárgyává.

(Vége következik.)

Közlés a budapesti magy. kir. tud.-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

A nervus laryngeus inferiornak a ramus descendens nervi hypoglossival való anastomosisa idegvarrat útján (Foramitti szerint).

Előzetes jelentés.

Közlő: *Navratil Dezső* dr., műtő, klinikai rendelőorvos.

A nyakat ért szúrás, de leginkább strumectomia vagy egyéb nagyobb nyakműtét folytán a nervus laryngeus inferior folytonosságában megszakítást szenvedhet.

Ily esetekben javalt a nervus laryngeus inferior peripheriás csomóját valamelyes környéki ideggel anastomosis útján újra vezetőképessé tenni.

Ezen gondolat vezetett engemet arra, hogy a nervus laryngeus inferior peripheriás csomója és a ramus descendens nervi hypoglossi között anastomosisat létesítsék.

Alig hihető, de való igaz, hogy erre a gondolatra eddigelé még senki sem jött; pedig oly közel fekszik a ramus descendens nervi hypoglossi a nervus laryngeus inferiorhoz és oly könnyen létesíthetni e két ideg között anastomosisat.

A ramus descendens nervi hypoglossi tisztán mozgató ideg. A nervus laryngeus inferior is inkább mozgató, mint érző ideg.

Agycentrumuk is közel fekszik egymáshoz s így mi sem zárja ki, hogy a nervus laryngeus inferior új vezetést kaphasson a centrum felől a ramus descendens nervi hypoglossi útján.

E körülményre támaszkodva 4 kutyán 3½ hó előtt végeztem idegvarratot, egyesítve a ramus descendens nervi hypoglossi centrális csomóját (end to end) a nervus laryngeus inferior peripheriás csomójával.

Az idegvarratot a *Garré-Stich*-féle érvarratokhoz használt dupla nullás selyem, tűk és tűtartó segélyével végeztem. A varratot a Foramitti-eljárás szerint készített praeparált borjúérburkolattal védtem, a melynek két végét egy-egy öltéssel a perineuriumhoz fixáltam. A borjúérnek praeparálása Foramitti szerint következőképpen történik. (Z. Technik der Nervenat. Langenbecks Archiv, 1904. 73. kötet, 643. oldal.) A praeparálandó borjúeret üvegcsövecskére rátekerjük s 5—10%-os formalinba tesszük kétszer huszonnégy órára; majd 24—30 óráig folyó vízben mossuk. Ezután 20 percig forró vízben főzzük, majd 95%-os alkoholban elteszszük.

Az így elkészített borjúérnek jó tulajdonsága egyrészt, hogy nem alkot granuláló tömeget, másrészt az által, hogy felettébb lassan szívódik fel, a csomkok adaptálódását biztosítja és meggátolja, hogy a csomkok közé a környéki szövetek benőjjenek.

A 4 kísérleti kutya közül az egyik rövid idővel ezelőtt elhullott. Az ideganastomosisat, a mely borjúérrel még be volt burkolva, szövettani vizsgálat alá vettem.

A szövettani eljárás a következő volt: a kutyából még meleg állapotában eltávolított vizsgálandó készítményt 1½%-os argyrum nitricumba tettem, a melynek hőfoka állandóan 35 C° volt s 5 napon át benne hagytam. Majd 12 órán át reductio 1%-os pyrogallussav- és 5%-os formol-oldatban. Kimosás, víztelenítés, beágyazás celluloidin-paraffinba. A metszetek vastagsága 15 mikron. Utólagosan aranyozás.

A mikroskopi kép a következő volt: a borjúér lumenét ideg-szövet tölti ki, a melyet perineurális kötőszöveti burjánzás vesz körül. Az idegrostok kötege a két idegvég között egy nagyobb köteg alakjában alkotja az összeköttetést; e mellett azonban egyes idegrostok a perineurális kötőszövetben is találhatók. Az idegrostokon a velőhüvely ép és jól látható. *Egyes helyeken neurofibrillum-szerű képletek is láthatók.*

A fentiekből látjuk, hogy a két ideg között az egyesülés megtörtént. E szövettani eredmény reményt nyújt arra, hogy a valódi hangszalagok mozgását is hosszabb-rövidebb idő múlva észlelni fogjuk.

Tudva, hogy az ideganastomosisok után csak jóval később, több hónap, esetleg egy év múlva jelentkeznek az ekként újra inner-vált izmok mozgása: ezért a szövettani, élettani, sebészi és gége-szeti szempontból érdekes kísérleteimet — az elsőség jogának fenntartása céljából — már ezen előzetes közleményben voltam bátor ismertetni.

Mielőtt közlésemet befejezem, legyen szabad Dollinger tanárnak szíves tanácsaiért e helyen is köszönetet mondanom.

Közlés a székesfővárosi Szt. Margit-kórházból.

A gyermekkori pneumococcusarthritisekről.

Közlő: *Bauer Lajos* dr. gyermekorvos, kórházi rendelőorvos.

(Vége.)

Az általam észlelt három pneumococcusarthritis-esetben első sorban az tűnik fel, hogy a genyedés csak egy ízületre lokalizálódott, továbbá, hogy a bántalom összes eseteimben nagy izületeket támadott meg. Bár a tapasztalat azt mutatja, hogy a pneumo-

coccusarthritis minden ízületben, még pedig úgy a kis, mint a nagy ízületekben előfordulhat, sőt a megbetegedés egyszerre két, sőt több ízületet is illethet, az irodalomból összegyűjtött hasonló esetek áttekintésekor az tűnik ki, hogy a bántalom mégis többnyire egy ízületre és pedig előszeretettel nagy ízületre szorítkozik.

Az irodalomban található és saját eseteim, monartikuláris esetek:	Az irodalomból összegyűjtött esetek, polyartikuláris alak:
vállizület 12	mindkét könyökizület . . . 1
csípőizület 8	mindkét térdizület 2
térdizület 4	térd- és csípőizület 1
lábközéppujjizület 1	mindkét könyök- és térd-izület 1
szegykulesontizület 1	szegykules- és kéztőizület . 1
hüvelykujjizület 2	szegykules- és vállizület . 1
kéztőizület 2	váll- és térdizület 1
lábközéppujjizület 1	mindkét kéztő- és csípő-izület 1
könyökizület 1	váll-, könyök-, térd- és lábközéppujjizület 1
összesen 34	mindkét térd-, lábközéppujjizület . 2
	összesen 12

A mint e statistikából kitűnik, a nagy ízületek közül is leggyakrabban a váll-, csípő- és térdizületekre lokalizálódik a pneumococcusok által okozott genyesedés. (Azon esetek, melyekben a csontbántalom praevaleált, nincsenek felvéve a statistikába.) Feltűnő továbbá, hogy a gyűjtött összesen 46 pneumococcusarthritis esetből 21 két éven aluli gyermekre vonatkozik, úgy látszik tehát, a csecsemő- és fiatal gyermekkor különösen hajlamosít e bántalomra, mert az észlelt eseteknek majdnem fele ezen korra esik. Hogy mi a magyarázata ezen praedispozíciónak, melynek folytán a fiatal gyermekkorban aránylag olyan nagy számmal találkozunk ezen bántalommal, ma még mindenestre kétséges. A Herzog által adott magyarázat, mely a fiatal csontrendszer sajátos növekedési viszonyaiban keresi az okot, szintén nem magyarázza meg egészen a fiatal gyermekkor ezen különös praedispozícióját. Talán nem lehetetlen, hogy mivel sok olyan bántalmat, mely felnőtteken egyáltalán nem vagy csak nagyon ritkán fordul elő, a fiatal gyermekkorban éppen a pneumococcus okoz, inkább van alkalmuk ezen csiráknak a szervezetbe bejutni s a gyermek ízületeiben genyesedést előidézni.

A pneumococcusarthritis tünetei meglehetősen élesen jellegzők. A diagnosis mindenestre könnyebb azon esetekben, melyekben előző pneumonia után vagy még fennálló mellett jelentkeznek az arthritis tünetei, bár ezen anamnesis hiánya esetén is vannak olyan tünetek, melyeknek figyelembe vétele mellett a pneumococcusarthritis jelenlétét már klinice is nagy valószínűséggel felvehetjük. Tagadhatatlan, hogy nagyon is megszívlelendő Herzog-nak azon figyelmeztetése, hogy nem szabad bármely metapneumoniás arthritist azonnal pneumococcusarthritisnek diagnosztizálni; sőt Juvigny szerint volt eset, melyben a beteg egyik ízületben pneumococcusokat és egy másik ízületében streptococcusokat találtak. Ugyancsak Pfisterer közöl esetet, melyben egy leány pneumoniában hirtelen megbetegedett és ugyanekkor a bal csípőizület erős acut duzzanata is mutatkozott. Az ízületből kapott genyben csupán staphylococcusok voltak kimutathatók.

A pneumococcusarthritisre legjellegzetesebb a hirtelen kezdet és a bántalom teljes képének gyors kifejlődése. A beteg ízületben alig pár nap alatt fokozatosan növekvő fájdalmak támadnak, melyekkel együttesen az ízület is nagyfokban megduzzad. Az erős megduzzadás, illetve később oedema az ízületnek egész környékére, tehát valamely végtag nagy részére is kiterjed. Feltűnő, hogy az ízület tájékának ennyire erős duzzanata mellett a köztakaró ezen helyeken az esetek többségében semmi pirt sem mutat, vagy csak nagyon csekélyet. Láz már a bántalom kezdetén is van, continuus jellegű, characteristikus menet nélkül. Tapintáskor a duzzadt részeket melegebbnek találjuk; active a beteg a végtagját egyáltalán nem mozgatja, a passiv mozgatót rendkívül nagy fájdalmak kísérik. A közérzet zavart volta, az álmatlanság, étvágytalanság a bántalom kifejlődésével fokozódik. A bántalom kezdetétől

számított 10—12 nap mulva rendszerint már fluctuatio is érezhető még a vastag lágyrészekről fedett ízületek felett is. A punctióval kapott geny sűrű, zöldes-sárga színű, csak akkor találunk higabb genyet, ha a folyamat huzamosabb ideje állott fenn. A genyben pneumococcusok mutathatók ki és ezen lelet megerősíti a diagnosis-t. Jellemző még a pneumococcusarthritisre, hogy ha a geny az ízületből akár spontan, akár művi megnyitás után kiürül, gyorsan gyógyul, a hosszú ideig tartó fistulaképződést ezen arthritisek mellett nem szoktuk látni.

A felsorolt klinikai tünetek dacára a pneumococcusarthritis diagnosis csak valószínűségi jellegű, minthogy más, fertőzéses természetű ízületbántalomtól az említett tünetek alapján teljes határozottsággal alig különböztethető meg. És itt meg kell említenünk első sorban a staphylococcus- és streptococcusarthritis-t. Ezen bántalmakra szintén jellegzetes a viharos kezdet és lefolyás, az elég nagyfokú duzzanata a beteg ízületnek valamint az ízület tájékának, a láz, fájdalmasság, stb., tehát oly symptomák, a melyeket fentebb a pneumococcusarthritis tünetei között felsoroltunk. Azon megkülönböztető jeleket, a melyekre Dudgeon és Branson, továbbá Herzog súlyt helyez, hogy t. i. staphylococcus, illetve streptococcus által okozott arthritisekben a közérzet lényegesen meg van zavarva, vagyis hogy a beteg ezen bántalmak mellett aludni nem tud, étvágya elvész és nagy fokban nyugtalan, továbbá, hogy ezen bántalmakat igen magas láz, hányás és a lobos ízület feletti bőrnek erős pirja kíséri, míg a pneumococcusarthritis a kiterjedt lokális tünetek mellett is mérsékelt általános tünetek, jó étvágy, nyugodt álom, szóval a közérzetnek teljes zavartalansága jellegzi, alig fogadhatjuk el olyan positiv momentumok gyanánt, melyek alapján a kétféle bántalmat egymástól legalább is elég határozottsággal megkülönböztetni lehetne. Mert vannak pneumococcusarthritis-esetek — magam is észleltem egyet —, a melyekben a beteg közérzetének megzavart volta nagyon is kifejezett, a melyekben a bántalom magas lázak, nagy fájdalmak és nagyfokú nyugtalanság vezetnek be és a beteg a bántalom további folyamán nagyfokban megzavart közérzetet mutat, teljes étvágytalansággal, álmatlansággal, sőt olykor jaectatiókkal, deliriumokkal. Szóval a subjectív tünetek alapján az infectio természetét határozottsággal megkülönböztetni nem lehet. Nagyobb gyakorlati értékű a fentebb említett tapasztalat, mely szerint a pneumoniával kapcsolatosan fejlődött arthritis nagy valószínűséggel pneumococcusok által okoztatik (a Juvigny és Pfisterer-féle esetek mégis csak kivételek), míg például a scarlatina után jelentkező arthritisekben, vagy pedig az olyan bántalmak mellett jelentkező ízületi genyesedésekben, a mely bántalmak streptococcusok által idézettek elő, már ab ovo streptococcus-fertőzésre tehetjük a diagnosis-t.

A fertőző vírus természetét kétséges esetekben mégis csak a punctio által kapott váladéknak mikroskopi, illetve kulturális vizsgálatával dönthetjük el legbiztosabban

A többi specifikus arthritissel a melyek a pneumococcusarthritis tárgyalásakor esetleg szóba jöhetnek, alig téveszthető össze, mert ezekben olyan momentumok is vannak, melyek élesen elkülönítik a fenti bántalomtól. Ezen arthritisek a következők: az arthritis tuberculosa, a gonorrhoea és a heredosiphilitica. Az arthritis tuberculosa a lassú kezdet és lefolyás, a mérsékelt duzzanat, az elgyenyedésre való kevés hajlamosság, illetve késői elgyenyedés, a beteg általános állapota, az anamnesis, esetleg egyéb tuberculotikus tünetek stb. csakkamar megadják a kellő útbaigazítást. A lueses alapon fejlődött arthritisek első sorban a térdizületeket szeretik megtámadni és pedig ritka kivétellel a bántalom átterjed csakhamar mindkét térdre. Jellegző még a lueses alapon fejlődött arthritisekre, hogy a bántalom többnyire fájdalomtalan, azonkívül a luesnek egyéb jelenségeit is fellelhetjük (gyakori a keratitis parenchymatosa), melyek a bántalom természetéről csakhamar felvilágosítanak. A gonorrhoeás alapon fejlődött arthritisek bizonyos hasonlóságot mutatnak a pneumococcusarthritissekkel, a mennyiben ezekben is megtaláljuk a heveny duzzanatot, a lázat (a láz olykor hiányzik), a fájdalmasságot. Különböznek azonban abban, hogy különösen csecsemőkön előszeretettel lokalizálódik a térdizületbe, hogy a folyamat többnyire monartikuláris, továbbá, hogy a bántalom forrását vagy vulvitisben, illetve urethritis gonorrhoeában (bár ez fiúkban rendkívül ritkán fordul elő), vagy a mi még gyakoribb eset szokott lenni, csecsemőkön ophthalmogonorrhoeában megtaláljuk. Különbözik még abban, s ez lényeges, hogy nyugalmi helyzetbe hozva a gonorrhoeás

alapon fejlődött arthritist, a javulás tünetei csakhamar mutatkoznak. A legfontosabb különbséget természetesen a punctio nyújtja, minthogy a lobos ízületből kapott többnyire csak savós, ritkábban genyes váladékban a gonococcusok típusos elhelyeződésben mikroskoppal kimutathatók.

A pneumococcusarthrititis *prognosisa* általán véve kedvezőnek mondható azon esetben, ha a genyedés csak egy, legfőbb két ízületre terjed s ha a bántalomhoz egyéb complicatiók nem csatlakoznak. Tekintve azonban a pneumococcusok könnyű átvihetőségét egyéb savós hártákra, a prognosist sohasem lehet teljes bizonyossággal jónak mondani, vagyis a jóslat felállításakor nagy óvatossággal kell eljárunk. Az irodalomból, idevéve saját eseteimet is, összegyűjtött 53 pneumococcusarthrititis-eset közül halállal végződött 24. Ezen esetekben azonban részben súlyos pneumoniák, endo- és pericarditis, meningitis, empyema stb. komplikálták a bántalmat, néhány esetben pedig több ízület volt egyszerre megbetegedve, vagyis ezen esetekben súlyos, általános infectióról volt szó. A fentebb említett 53 eset közül 21 két éven aluli gyermekeket illet, ezek közül meghalt 6. Közülük kettőben meningitis támadt, négynek pedig súlyos polyarticuláris alakú arthritis tette végzetessé a bántalmát. Ezen statisztikából kitűnik, hogy a fiatal gyermekekben a mortalitás lényegesen kisebb, mint a felnőttek közt. De a prognosist még más körülmény is befolyásolja, nevezetesen a műtéti beavatkozás ideje. Mennél korábban történik a művi beavatkozás, annál valószínűbb a kedvező lefolyás. Ez különben az egyes esetek kórtörténeteiből is kitűnik, mért például a gyermekekre vonatkozó esetekben, a midőn a beavatkozás, azaz a genynek, illetve a geny-gócnak eltávolítása elég korán történt (vagyis akkor, a midőn a hullámlás a megbetegedés helyén ki volt mutatható), jobb a gyógyulási százaléka, mint a melyekben a beavatkozás később következett be. Talán azért is jobb a gyermekek gyógyulási százaléka — eltekintve a nagyobb ellentálló képességétől a gyermeki szervezetnek —, mert korábban vitték a szülők az orvoshoz, míg a felnőttek gyakran már csak több ízület megbetegedése után fordultak orvoshoz, a midőn már meg volt adva az alkalom, hogy a fertőző vírus a szervezetben inkább szétszóródjék.

Az ízületeknek működési képessége a gyógyulás után csakhamar úgyszólván tökéletes lesz. Vagyis a tiszta arthritis-esetekben a teljes restitutio várható. Kivételt tesznek azon esetek, a melyekben a csontok is bevonattak a bántalomba, s a melyek például súlyosabb ostitisekkel, esetleg epiphysisleválással járó osteomyelitissel komplikálódtak. Ezek mellett, a mint fentebb említettem, a mortalitás is nagyobb, az ízület működési képessége sem lesz a gyógyulás után olyan tökéletes, mint a tiszta arthritisekben. Pfisterer egy esetében, a mely epiphysisleválással járó osteomyelitissel komplikálódott, gyógyulás után a femur 2 cm.-nyi rövidülést mutatott s a járás természetesen bízog maradt. Egy másik esetében pedig a radiusnak periostitises tályogja folytán a gyógyulás után típusos radiusluxatio keletkezett. Ritka kivételektől eltekintve, mégis az e fajta súlyos lefolyást leginkább elhanyagolt esetekben észlelték a szerzők, ezért a működési képesség prognosistát is erősen befolyásolja az idejében történt operatív beavatkozás. Kevésbé elhanyagolt esetekben a csontokban okozott ronesolódás is kisebb lévén, a reparálódás is könnyebben állhat be. Az irodalomban talált, 5 éven aluli gyermekeken észlelt s gyógyult, csontbántalommal járt esetekben a ronesolás arányához képest rövidebb vagy hosszabb ideig tartott a működési képesség teljes restituálódása. A fiatal gyermekkori csontrendszer élénk restituálódó képessége magyarázza, hogy elég nagy defectusok is aránylag gyorsan pótolhatók. Bár, mint Seggel vizsgálatai, melyeket fiatal állatokon végzett, mutatják, a hiányzó csontállomány csak kis részben pótolatik csontszövettel, inkább kötőszöveteszerű heggel. A gyakorlatban azonban az fontos, hogy az ilyen pótlódás mellett a gyógyult testrészt úgy activ, mint passiv mozgatása éppen olyan szabatosan történik, mint az ízület megbetegedése előtt.

A gyógykezelés a genyes váladékban a beteg ízületből való eltávolításában áll, ezért mihelyt észreveszszük a fluctuatiót az ízület felett, azonnal arthrotomiát végezzünk. A műtét halasztgatásával csak a lefolyást hosszabbítjuk meg, illetve a prognosist súlyosbítjuk. A genynek punctiókkal való eltávolítása nem vezet célhoz. Sikertelen ugyan Lexer-nek egy esetében ismételt végzett punctiókkal egy pneumococcusarthritisen gyógyulást elérni, viszont több

esetben a punctiók után mégis csak arthrotomiát kellett végezni. Az idejében történő incisióval első sorban is a pneumococcusok tömegét távolítjuk el a szervezetből s ezzel megakadályozzuk esetleg más savós hártákra való átvitelüket, a geny kiürítésével megakadályozzuk továbbá a csontok destructióját s végül a kellőképpen megnyitott ízületnek gyors gyógyulását eredményezzük. Az ízület megnyitása után az ízületfelületek igen pontosan átvizsgálendók, mert a kezdődő destructio olykor oly kicsiny, hogy alig vehető észre, de ha ilyenre akadunk, éles kanállal eltávolítandó. Sőt mélyen fekvő ízületeknél ajánlatos contraaperturát is készíteni, hogy ez által a váladék kiürülését még inkább gyorsítsuk. Az arthrotomia után a folyamat többnyire gyorsan javul, annyira, hogy a műtét után alkalmazott draincsöveket 8—10 nap alatt el is szoktuk távolítani.

A pneumococcusok természetéből folyik, hogy nekik megfelelő tenyész-talajra jutva, kedvező körülmények között csakhamar kifejtik genyfejlesztő tulajdonságaikat, azaz genyedést hoznak létre. Úgy látszik ezen coccusok számára az ízületek éppen olyan kedvező talajt alkotnak, mint egyéb savós hárták, pleura, peritoneum, stb. s valamint ezen savós hártákra a pneumococcusok bejutva, az általuk okozott váladék nem szokott savós lenni, hanem genyes, még pedig sűrű geny, úgy az ízületben lobot okozó pneumococcusok productumaira is jellegzetes a sűrű geny.

S valamint a diplococcus pneumoniae által okozott empyema, peritonitis, stb. az esetek többségében a jóindulatú bántalmak közé soroztatik, a pneumococcusarthritisen is, ha kellő időben történik a beavatkozás, egyik fő jellemvonása a jóindulat.

A diplococcus pneumoniae élénk genyfejlesztő természetéből még az is következik, és az ezen coccusok által okozott arthritis az által is különbözik a többi arthritistől, hogy míg például streptococcus, gonococcus, stb. mellett elég gyakran észlelhető, hogy valamely ízületben csak katarrhalis jelenségeket idéznek elő, genyedésig nem jut a folyamat, addig a pneumococcusok valamely ízületben megtelepedve, s ott kedvező körülmények között lobot okozva: a termelt váladék mindig genyes, vagy legalább is savós-genyes, tiszta savós productum mellett nem szokott a folyamat megállapodni. Ezen körülmény is a mellett szól, hogy ha valamely fluctuáló ízület felett a próbapunctióval kapott savós-genyes váladékban diplococcus pneumoniae-t találunk, különösen ha az arthritis pneumoniae kapesán keletkezett, ne várakozzunk a műtéttel, mert a váladék néhány nap alatt úgyis teljes genyedésbe megy át, hanem igyekezzünk a prognosist javítása szempontjából is mentől gyorsabban arthrotomiát végezni.

Tárgyalásunk eredményét a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A pneumococcusarthritisen a Fränkel-Weichselbaum-féle diplococcus pneumoniae által okoztatik az által, hogy a coccusok az ízületben megtelepedve, az előző betegség által, vagy trauma folytán alkalmassá tett savós hártán genyedést idéznek elő.

2. A bántalom egyszerre több ízületet is megtámadhat, gyakoribb azonban, hogy egy ízületre lokalizálódik: leginkább valamely nagy ízületre.

3. A folyamatot az esetek többségében pneumonia előzi meg, melyhez vagy közvetlen csatlakozik az ízület lobosodása, vagy csak a pneumonia lezajlása után napok, hetek múlva jelentkezik. Az esetek kisebb részében előző pneumonia nélkül észlelhető ezen ízületbántalom.

4. A pneumococcusarthritisen előszeretettel fejlődik csecsemőkön és fiatal gyermekeken: az észlelt eseteknek mintegy 40%-a két éven aluli gyermekeken fordult elő; 60% idősebb gyermekeken s felnőtteken észleltetett.

5. A megbetegedés prognosisa quo ad vitam és quo ad restitutionem kedvező, ha egyéb szövödmények nem csatlakoznak a bántalomhoz, továbbá, ha a művi beavatkozás kellő időben történik; elhanyagoltabb esetekben, vagy ha a lobosodás egyszerre több ízületet támad meg, a kimenetel súlyos, sőt végzetes lehet.

6. A gyógykezelés a diagnosis megállapítása után nyomban végzendő arthrotomiában áll.

Irodalom. 1. Blecher: Zur Kasuistik der Pneumococcenosteomyelitis. Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1898. 48. kötet. — 2. Brunn M.: Die Pneumococcenperitonitis. Beiträge zur klin. Chir., 1903. 39. k. — 3. Juwigny: Des arthrites suppurées métagononiques. Paris, 1894. — 4. Weichselbaum: Über seltene Localisationen des pneumonischen Virus. Wiener klin. Wochenschrift, 1888. — 5. Luzzato: Pneumococcen-Grippe

im Kindesalter. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1900. — 6. *Netter*: La pneumonie franche. Traité de médecine, 1893. — 7. *Dudgeon és Branson*: Five cases of purulent stb. The Lancet, 1903. — 8. *Finkelstein*: Primäre Gelenkaffection etc. Ref. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1903. — 9. *Fischer und Levy*: Bact. Befunde bei Osteomyelitis und Periostitis. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1903. — 10. *Hagenbach*: Über Diplococcenperitonitis bei Kindern. Korrespondenzblatt f. Schweizer Ärzte, 1898. — 11. *Weichselbaum*: Bact. Untersuchungen über Influenza und ihre Complicationen. Wiener med. Wochenschrift, 1890. — 12. *Widal*: Arthrite et synovite primitives à pneumococque. Semaine médicale, 1898. — 13. *Uckmar*: Sur une forme spéciale de stomatite dans un cas de pneumonie etc. Semaine médicale, 1898. — 14. *Lever*: Ätiologie und Microorganismen der acuten Osteomyelitis. Sammlung klin. Vorträge, 1897. — 15. *Moos*: Zur bacter. Diagnose und Prognose der Mittelohr-eiterung. Deutsche med. Wochenschrift, 1888. — 16. *Zaufal*: Pneumococcen-eiterungen des Proc. mastoideus. Ref. — 17. *Pfisterer*: Über Pneumococcen-Gelenk und Knochen-eiterungen. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1902. — 18. *Kinsay*: Pneumococcenbefunde im Blute bei Pneumonikern. Ref. Deutsche med. Wochenschrift, 1904. — 19. *Seggel*: Experiment. Beiträge... etc. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1904. 75. k. — 21. *Wandel*: Über Pneumococcenlocalisationen. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1903. 78. k. — 22. *Simonini*: Contributo... etc. La pediatria. Ref. Arch. f. Med. 1903. — 23. *Herzog*: Beitrag zur Kenntnis der Pneumococcenarthritis im ersten Kindesalter. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1906.

Kísérletes vizsgálatok a gyomornedvelválasztás physiologiai és pathologiai mechanizmusáról és azokhoz fűzött klinikai reflexiók.

Irta: **Molnár Béla** dr., gyakornok a budapesti tudomány-egyetem III. számú belklinikáján.

(Vége.)

A kísérleti eredmények mindenesetre valószínűvé teszik, hogy az emésztési mirigyek működésében általában és különösen a gyomormirigyek funkciójában egy kémiai és egy ideges secretiós mechanizmust különböztessünk meg. A kémiai secretiós mechanizmus alatt azt értjük, hogy e kémiai anyagok a mirigyparenchymát a rajta kívül eső idegrendszer megkerülésével a vérpálya útján izgalomba tudják hozni. A mirigyparenchymának ez az izgalma, a mint már előbb kifejtettem, valószínűleg continuus és alája van rendelve egy ideges secretiós mechanizmusnak, mely a discontinuitásnak feltételezője.

E viszonyokat Bickel tanár parallelismusba hozza a szív működésének mechanizmusával. A szív funkciója is létrejöhet a rajta kívül eső idegrendszer közreműködése nélkül és éppen úgy létrejöhet a gyomormirigyek vérizgalma az extragastrialis idegek működése nélkül is. Azonban a szervek működését az idegrendszer kormányozza, a mennyiben hol excitáló, hol depressorius ingereket juttat az illető szervekhez.

A mint már említettem, a Pawlow-féle gyomorsecretiós mechanizmus szerint még az úgynevezett kémiai secretio létrejötte sem képzelhető el az extragastrialis idegek közreműködése nélkül. Vizsgálataink azonban kétségkívül megmutatták, hogy a gyomormirigyek az extragastrialis idegek közreműködése nélkül is izgalomba hozhatók a vér útján, úgy, hogy mindebből kitűnik, hogy a Pawlow-féle secretiós mechanizmus az egész secretiós mechanizmusnak csak egy részét teszi.

Azt az analógiát, a mely a physiologiai viszonyok tekintetében áll fenn a gyomor és a szív működésének mechanizmus között, Bickel tanár átvitte a pathologia terére is. A mint az acceleráló vagy gátló extracardiális idegek kiesése a verőérlekések szaporaságának ritkulását vagy fokozódását vonja maga után, éppen úgy az extragastrialis idegek működésének kiesése az egyes idegek excitatorius avagy depressosecretorius jellegének megfelelőleg supersecretiót von maga után. A kísérleteinkre épített ezen mechanizmus alapján egész sorát elképzelhetjük a neurogen természetű gyomorsecretiós zavaroknak. A gátló idegműködések kiesése éppen úgy hozhat létre supersecretiót, mint az excitosecretorius idegek izgalma. Viszont a depressosecretorius idegek fokozott működése vagy az excitosecretorius idegek bénulása subsecretiót eredményezhet.

A normális gyomornedvelválasztás feltétele, hogy az excitosecretorius és depressosecretorius idegműködések bizonyos egyensúlyt tartsanak fenn. Ha ezen egyensúlyban levő mérleg valamelyik serpenyője lejjebb száll, ezen túlsúly a szerint eredményez

supersecretiót vagy secretorius insufficientiát, a mint az excitosecretorius vagy pedig a depressosecretorius hatások kerülnek felszínre. E magyarázat természetesen még nem mondja azt, hogy a gyomor secretorius zavarai csak ez alapon képzelhetők el. Mert hiszen természetes, hogy a zavar oka magában a mirigyparenchymában is lehet. Ezenkívül még tekintetbe kell venni a vérpályában keringő és ingerül szolgáló kémiai anyagok mennyiségét is, mely ceteris paribus szintén oka lehetne esetleg a super- vagy subsecretiónak.

A mint előadott állatkísérleteimből kitűnik, a Heidenhain szerint operált kutya híu képét adja a neurogen természetű supersecretiónak, melyet a gátló idegműködések kiesésével tudunk magyarázni. Éppen úgy mint a kísérleti állatban, úgy az ideges alapon támadó continuus supersecretióban szenvedő emberben is a gyomormirigyek maguk különben teljesen egészségesek lehetnek, de az idegrendszer az, mely meg van támadva, melynek debilitása nem tud elnyomni czélszerűtlen ingereket. A kísérleti állat éppen úgy secernál akkor is, mikor üres a gyomra, mint a supersecretio continuában szenvedő ember, mert kárt szenvedett idegrendszere nem tudja a szokott időben és a szokott módon elnyomni a gyomormirigyeknek a vér által fenntartott izgalomát. A gyomor-neurosisok rendszerint nem is önálló megbetegedések, hanem részjelenségei egy általános idegrendszeri anomáliának. Látva az idegrendszernek ily nagy befolyását a gyomor működésére, nincs mit csodálkoznunk azon a számtalan szeszélyen, melylyel ideges gyomor-bajosokban oly gyakran találkozunk. Akármikor láthatjuk, hogy ily egyének minden haj nélkül végig esznek néha nagy ebédeket, néha pedig könnyű ételek után is rosszul lesznek. Ezt másképpen, mint az idegrendszer változó ingerlékenységével, nem magyarázhatjuk. Az ideges supersecretio rendszerint oly egyénekben fordul elő, kik különben is neurastheniások, szellemileg túl vannak eröltetve, vagy oly életmódot folytatnak, mely nagy izgalommal jár. Könnyen érthető, hogy ily egyének idegrendszere könnyebben szenved el egyensúly-zavart és debilitásánál fogva a gátló működése már normális ingerekkel szemben is felmondja a szolgálatot. Leo az ideges alapú dyspepsia diagnosisjának megállapításakor döntő fontosságúnak tartja a kifejezett neurastheniának vagy hysteriának jelenlétét vagy azt, hogy ez idegrendszeri anomáliák már megelőzték a dyspepsiát.

Nagyon érdekes az a klinikai megfigyelés is, hogy az ideges dyspepsiás zavarokkal sokszor járnak együtt szívfunctionális zavarok is olyankor, midőn a szívnek semmiféle organikus baja sincsen. Sőt Leo szerint ily functionális zavarok coincidentiaja a szív részéről egyenesen eldönti a dyspepsia nervosus természetét. Visszaidézem az emlékezetbe azt az analógiát, mely egyrészt a szív működés, másrészt a gyomornedvelválasztás mechanizmus között állítható fel. Itt is, ott is végbemehet a szerv működése az extracardiális, illetve extragastrialis idegrendszer közreműködése nélkül is, azonban éppen ezen idegrendszer feladata az, hogy a szerv működésében rendet tartson fenn.

Az a körülmény, hogy az ideges gyomortüneteket oly gyakran kísérik ideges szívtünetek is, mint szívdobogás vagy a szív-actio szabálytalansága, nem teszi éppen valószínűtlenné azt a felvételt, hogy e két tünetcsoport tulajdonképpen szoros kapcsolatban van egymással és egy általános idegrendszeri anomáliának elvben azonos, csupán csak az illető szerv természetének megfelelőleg más alakban való megnyilvánulása.

A neurogen természetű supersecretio pathogenesisének ily felfogása magával hozza azt a therapiail elvet is, hogy ily megbetegedésekben első sorban az idegrendszert kell kezelnünk.

Hogy a psychés befolyások mily nagy jelentőségűek a gyomorsecretióra való hatásukban, az köztudomású és mindenki által tapasztalt tény. A régi jó időkben kis étvágyú, de nagy pénzü emberek állandóan tartottak asztaluknál kispénzü, de annál nagyobb étvágyú embereket, úgynevezett „Vorfressereket“ és ezek jóízű falatozásának szemlélete étvágyukat fokozta. De a mindennapos régi empiriának helyességét az állatkísérlet is igazolja: Pawlow már említett étvágynedv-kísérlete egyrészt, másrészt Bickel és Szaki bosszantási kísérlete, melyben a kutya gyomorsecretióját mintha elvágták volna, mikor macskával bosszantották. A neurogen supersecretio kezelésekor tehát a psychés momentumokat sohasem szabad figyelmen kívül hagyni. Ennek mikéntjére és az

idegrendszer általános kezelési módjaira természetesen nem térhetek ki, ez nem is czélom, mert csak érinteni kívánom azon klinikai irányelveket, melyek kísérleteimmel és azok értelmezésével többé-kevésbé szorosabb összefüggésben vannak.

A therapiára levonható tanulság czéljából visszaidézem emlékezetünkbe azon kísérletemet, a mely szerint az atropin a neurogen supersecretiót is meg tudta szüntetni. A hatást úgy magyaráztuk, hogy miután az atropin az excitosecretorius idegeket bénítja, érvényre juthat a gátló rostoknak eddig elnyomott functiója és a secretio szünetel. A mint kifejtettük, a normális gyomornedvelválasztás feltétele, hogy az excitosecretorius és depressosecretorius idegműködések bizonyos egyensúlyt tartsanak fenn. A neurogen supersecretiót viszont úgy fogtuk fel, mint egyensúlyzavart az excitosecretorius és depressosecretorius hatások között az utóbbiak hátrányára. E felfogás szerint tehát az atropin-kezelésnek az az értelme volna, hogy a szükséges egyensúly-viszonyt többé-kevésbé helyreállítsa. Az atropintherapia czélszerű voltának ilyen esetekben tehát kísérleteink is támpontot nyújtanak.

Bármennyire fontos is azonban a neurogen supersecretio therapiájában az idegrendszer általános kezelésének előtérbe helyezése, mégsem szabad a diietetikát figyelmen kívül hagyni. Hogy a tápláléknak a neurogen természetű supersecretióra is mily nagy befolyása lehet, azt jól illusztrálják állatkísérleteink. Láttuk, hogy a hús kivonatanyagai és emésztési productumai mily élénk gyomornedvelválasztást vontak maguk után. Ezt a ténnyt, a melyet az állatkísérletek oly eklatánsan mutatnak, többen az empiriára támaszkodva már régen tekintetbe veszik a neurogen természetű supersecretio étrendi kezelésében, midőn lehetőleg a lactovegetabilis diatétát ajánlják.

A húsmentes illetve hússzegény diatétának a gyomor-neurosisok kezelésekor azonban nemcsak az az értelme, hogy kevésbé ingerli secretióra a gyomormirigyeket, hanem egyúttal kimelő diatéta az egész idegrendszer szempontjából is, mert a hús extractív anyagai az egész idegrendszerre bírnak izgató hatással. Így magyarázhatók azok a kedvező eredmények, melyeket húsmentes diatétával más idegbajokban is elérnek. Már Hippokratés dicséri a húsmentes diatétát az epilepsia kezelésében.

Ha tekintbe vesszük e diietetikai elveket a neurogen természetű supersecretio kezelésekor, a mikor a neurogen supersecretiót az ételek mineműsége sokszor nem is befolyásolhatja, annál inkább előtérbe nyomul e diietetikai elvek alkalmazása a közönséges superaciditásban.

Azelőtt élénk vitakozás tárgya volt, vajjon adjanak-e sok húst hyperaciditás esetén. Különösen Riegel volt az, ki egyenesen ajánlotta a bőséges hústáplálkozást ilyenkor és ezt azzal indokolta, hogy a hús nagy fehérjetartalmánál fogva sok sósavat tud lekötni. Jelenleg mégis lényeges többségben vannak azok, kik a hústáplálkozást nem ajánlják. Strauss rámutatott arra, hogy a hússal való táplálkozásnak káros hatása abban rejlik, hogy a húsban levő extractív anyagok igen élénk gyomornedvelválasztást eredményeznek. Láttuk állatkísérleteinkben is, hogy a hús extractív anyagai nemcsak per os, de subcutan adagolva is mily hatalmas ingerei a gyomornedvelválasztásnak.

Van tehát kísérleti támpontja annak a klinikai tapasztalásnak, hogy superaciditásban szenvedőknek ne adjunk húslevest és extractív anyagokban gazdag húsműveket. Riegelnek azt a törekvését, hogy a hússal lekössük a sósavat, elérhetjük célravezetőbb módon is. Adjunk oly fehérjéket, melyek a secretiót kevésbé fokozzák, ilyen a tojás, sajt és a növényi fehérjék; ha húst akarunk adni, adjunk extractív anyagokban szegény húsféléket.

Nem hozható fel ellenérvül az a tapasztalás, hogy a superaciditásban szenvedők gyomor-fájdalmi néha közvetlenül hús élvezete után egy időre megszűnnek. Ha kezelésnek nevezhetjük ezt az eljárást, ezt csak symptomásnak mondhatjuk, pillanatnyira talán szüneti a gyomorerégést azzal, hogy a sósav egy részét lekötö, de mihelyest az emésztés előhaladtával az extractív anyagok felszabadulva a véráramba kerülnek, újabb ingereivé válnak az amúgy is kórosan fokozott gyomornedvelválasztásnak. Sokkal megfelelőbb tehát a kívánt hatást tej, tojás vagy sajt, tehát extractív anyagokban szegény fehérjefélék adagolásával elérni.

Ugyanazok az okok, melyek arra indítanak bennünket, hogy supersecretiónál kerüljünk az izgató ételeket és extractív anyagokat,

indítanak arra, hogy azokat secretorius insufficientia ellen minél gyakrabban használjuk. Kísérleti eredményeink is mutatták, hogy mily erélyes ingerei a gyomornedvelválasztásnak az extractív anyagok. Különösen czélszerű ezért az ebédet jó húslevessel kezdeni, hogy így a további ételek már élénken secernáló gyomorba jussanak. Hogy a subaciditás kezelésekor az ételek megfelelő, a szemnek is jóleső elkészítése és tálalás-módja, szóval a psychés momentumok is milyen nagy jelentőségűek, az csak természetes és nem is kell bővebben fejtegetnünk.

Magától értetődik, hogy egész sora van a gyomorbajoknak, melyeknek oka magában a gyomornyálkahártyában, a gyomor mirigyparenchymában rejlik, ezen esetekben persze magát a megbetegedett szervet is kezelés alá kell venni.

Hogy adott esetben milyen természetű a megbetegedés és ennek megfelelőleg mily therapia alkalmazandó, azt csak az összes tüneteknek pontos megfigyelése és értelmezése adhatja meg.

Midőn kísérleti eredményeimet pár szóban egész röviden összefoglalom, oda concludálhatunk tehát, hogy a hús extractív anyagainak, valamint a hús és búza emésztési productumainak subcutan injectiója még az atropinózott kísérleti állatokban is hatalmas gyomornedvelválasztást von maga után.

A secretio módja jellegzetesen változik a szerint, hogy vajjon az állat idegrendszere ép-e vagy pedig quantitativ sérülést szenvedett.

A quantitativ sérülést szenvedett idegrendszerű állat kísérleti képét adja a neurogen supersecretiónak.

A vizsgálati leletek annak a felvételére készítetnek, hogy a secretiónak két módját ismerjük. Az első az ideges secretio, mely az extragastrialis idegrendszer útján megy végbe, a másodikat, a kémiai a vérkeringés közvetíti. Valószínű, hogy a kémiai secretio alája van rendelve az ideges secretiomechanismusnak. A Pawlow-féle reflectorius secretió mechanizmus az egész secretió mechanizmusnak tehát csak egy része.

Általában nagyon is plausibilis, hogy a kémiai ingerlőanyagok, melyek a secretió apparatus vérizalmánál kérdésbe jönnek, utolsó vonatkozásukban a táplálékból, illetve annak hasadási termékeiből származnak.

Mivel a secretió gyomor-neurosisok tulajdonképpen egy általános idegrendszeri anomáliának megnyilvánulásai és magának a gyomorparenchymának az állapotától többé-kevésbé függetlenek, a kezelésnek is megfelelő módon az egész idegrendszerre kell irányulnia.

Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni a diietetikát sem. Vizsgálataink új kísérleti támpontot nyújtanak annak a diietetikai elvnek, a mely szerint supersecretió esetén, ideértve az ettől különben is nem nagyon távolesó superaciditást, kerülni kell az extractív anyagokban gazdag táplálékot.

Secretorius insufficientia esetén viszont éppen ellenkezőleg arra törekedjünk, hogy a táplálék extractív anyagokban minél gazdagabb legyen.

Irodalom. Bickel: Theorie der Magensaftsekretion. Sitzungsberichte der königl. Preuss. Akademie der Wissenschaften zu Berlin. 1908 deczember. — O. Cohnheim: Die Physiologie der Verdauung und Ernährung. — J. S. Edkins: l. c. Maly. 1907. — Molnár: A pankreasnedvnek a gyomorba való jutásáról. Orvosi Hetilap, 1909. 26—27. sz. — Pawlow: Die Arbeit der Verdauungsdrüsen. — Strauss: Vorlesungen über Diätbehandlung innerer Krankheiten.

A kiütéses typhus Budapestén 1908-ban.

Irta: **Gerlóczy Zsigmond** dr. egyetemi magántanár, a sz. főv. Szt. László-kórház főorvosa.

(Vége.)

Rendellenes lefolyású esetek.

A typhus exanthematicus sokkal gyakrabban tér el lefolyásában a rendes sémától, mint a typhus abdominalis. Eseteim részletes méltatásából eléggé kiviláglott az, hogy az eltérések nemcsak a láz magatartása tekintetében gyakoriak, hanem és főként az exanthema tekintetében is, meg az idegrendszer részéről észlelhető jelenségekben is. De ugyancsak figyelmet érdemelnek azok az eltérések, a melyek a betegség tartamára vonatkoznak. Enyhén, ille-

tőleg gyorsan lefolyó abortiv és levis alakok egyes járványok idején gyakoribbak mint máskor. Így például a most, 1910-ben észlelhető eseteink között jóval több az abortiv alak, mint 1908-ban volt, a mikor is mindössze 14 ilyen esetet észleltünk. Természetesen ezen fordul meg jóformán a mortalitás változósága.

Az 1908. évi typhus exanthematicus-járvány ha extensitásban nem is volt erős, de intensitásban az volt. A 27% mortalitás mindenesetre az 1908. évi járvány rossz indulatú voltát bizonyítja. Rendszerint 15—20% halálozással szokott járni a typhus exanthematicus. Murchison az 1848-tól 1862-ig Londonban észlelt 4787 typhus exanthematicus betegre 20.9% halálozást állapított meg, a glasgowi Infirmary-ben 11 év alatt fölvetett 9485 esetre pedig 18% -nak találta a mortalitást. Úgy a saját, mint mások észlelései alapján egybegyűjtött 18,592 esetre vonatkozóan a halálozási százalékokat 18.7% -nak találta. Curschmann mint a berlini Moabit-járványkórház vezetője 1876-ban 27%, 1878-ban 25.3% és 1879-ben 21.8% halálozással számolt be. Dardignac Oise-ban 1893-ban 36.3% mortalitást talált, ámde a typhus exanthematicus járványok történetéből tudjuk, hogy a napoleoni hadjáratok idejében voltak járványok, a melyek 50% halálozással jártak.

A 14 abortiv alak közül, a melyet mi észleltünk, felemlitek hármat annak igazolására, hogy mennyire enyhe lefolyású lehet némely esetben a betegség.

N. János, 15 éves, napszámos fiút 1908 márczius 5.-én vettük fel a kórházba. Márczius 3.-án lett rosszúl, akkor kirázta a hideg és oldalszúrásokat érzett. A mikor hozzánk rubeolaszerű exanthemákkal behozták, a hőmérséke 38.5 C° volt, már másnap reggelre 36.6°-ra szállott le a hőmérséke, de a kiütését még ezután 5 nap mulva is jól lehetett látni. Megjegyzem, hogy vele egyidejűleg ugyanazon menhelyből több normális lefolyású eset került az osztályunkra.

Ugyanabból a menhelyből került be V. József 6 éves gyermek, a ki 40 C° maximumról 7 nap alatt tökéletesen lázталanná lett.

A harmadik ilyen gyors lefolyású eset volt J. János 13 éves fiú, a kit április 20.-án vettünk fel a kórházba. Április 16.-án kirázta a hideg, hányt, feje fájt, szédült, oldalszúrásai voltak és erősen szomjazott. Felvételekor 39 C° volt a láza, a mely másnap reggel és este 38.8 C°-on maradt s április 22.-én reggelre 36.3 C°-ra szállt alá s attól fogva normális maradt a hőmérséke. Enyhe kiütései voltak.

Mint szintén abortiv alakot B. Ö. dr. betegségét már a láz taglalásakor említettem.

Lefolyásában igen érdekes volt F. Máttyás 40 éves kórházi szolga betegsége. Mint napszámos dolgozott a Dolog-kórházban, a honnét több typhus exanthematicus esetet kaptunk. Április 23.-án kirázta a hideg, többször hányt és oldalszúrásokat érzett. Ezért április 24.-én felvettette magát a Dolog-kórház egyik kórtermébe, a honnét április 28.-án 39.7 C° lázzal, conjunctivitis-szel, igen sok rubeolaszerű exanthemával hozzánk tették át. Nálunk 11 napi 38.5—39.7 C° közt mozgó láz után május 8.-án kritice deferveskált. Május 3.-án tarkómerevség jelentkezett apathiával, szűk, de egyenlő pupillákkal, nagyothallással és szívgyengeséggel. Május 4.-én anisocoria (a jobb pupilla szűkebb a balnál), meningeális tünetek, dyspnoë, nagyfokú apathia, rossz hallás, blepharospasmus. A vizeletben fehérje. Május 5.-én. A tarkómerevség változatlan, az anisocoria fennáll, az arezizmok szabálytalan rángatózása, meteorismus, esuklás. Kiütések még láthatók, a dyspnoë állandó. Május 6.-án a jobb faciális paresise, egyebekben status idem. Május 7.-én a faciális-bénulás már alig vehető észre, az apathia változatlan, a dyspnoë csökkent. Május 8.-án. A háton még több haemorrhagiás folt látható, a tarkómerevség már alig vehető észre, a faciális-bénulás már nem ismerhető fel, az anisocoria fennáll, a bal tüdő alsó lebenye felett tompulat, hörgi légzés. Böven izzad, a közérzete jobb. Május 12.-én a tarkó megint fájdalmasabb. A kiütések még halványan láthatók. Az anisocoria megszűnt. Május 17.-én már csak halvány pigmentatio látható a bőrén; május 30.-áig fokozatos javulás minden irányban, a vizelet fehérjetartalma napról napra kevesebb, a pneumonia lassan oldódik, végre június elsején mint gyógyultat kibocsátjuk.

Egészen abnormális lefolyása miatt közlöm K. János 20 éves géplakatos kórtörténetét. A beteget május 2.-án typhus gyanuja miatt küldték kórházunkba, a hol a megfigyelő kórterembe vettük fel. Állítása szerint egy hét óta beteg, minden tagját fájlalja.

Nem hányt, a hideg nem rázta ki. Étvágya, széke rendben van. Felvétele napján az esti hőmérséke 37.6 C°.

Az első napokban mérsékelt remittáló, sőt itt-ott intermittáló lázgörbéje van, a mely mellett általános izomfájdalmakon kívül semmi eltérőt sem találtunk rajta. Május 4.-én a mellkas bőrén hat, a bal karon két lapos, halványpiros roseolaszerű folt látszik. Május 5.-én már a has jobb oldalán 2, a jobb czomb felső részén 2 és a háton 7 gyanús folt látszik. Kissé szapora, sőt némileg nehezített légzés, a czomb és kar izmai érintésre túlérzékenyek. Ezek alapján, noha a lépe normális, typhus exanthematicusra gyanúsnak tartjuk.

Május 7.-én. Az exanthema változatlan, de kissé szaporodott, a mennyiben a bal czombon egy új folt jelent meg és mindkét lábón, valamint a belbokák táján livid foltos színeződés mutatkozik. Álmatlan.

Május 11.-éig az állapota csak annyiban mutatott változást, hogy a foltok elhalványulván, helyükön szennyes pigmentatio látszik.

Május 12.-én oly nagy a hyperesthesia, hogy tagjainak egyszerű érintésére is összevessen. Ekkor, tehát a kórházban létele 10. és betegsége 17. napján még mindig normális léptompulat mellett a hasán, a mellkas oldalfalain, a hátán, de különösen a glutaesokon nagy számmal jelentek meg a typhus exanthematicusra jellegző apró halványpiros foltok; de mert hasmenése is volt, valamint a hosszantartó lázas állapot miatt is a typhus abdominalis diagnózisát sem mertük kizárni, azért vérvizsgálatot is végeztünk agglutinációra, a mely negatívnak bizonyult; ellenben a nagyfokú leukocytosis is a diagnosist most már typhus exanthematicusra felette valószínűvé tevén, a beteget beteszszük a typhus exanthematicusban szenvedők kórtermébe.

Május 14.-én is még néhány újabb exanthema megjelenése konstálható a felkarok hajlító oldalán. A hyperaesthesia állandóan nagy.

A kiütések lassanként elhalványultak, de a bőr még május 21.-én is pigmentált, a hyperaesthesia pedig egész június 1.-ig megmaradt. A beteg remittáló, majd intermittáló láz mellett csak június 6.-án lett teljesen lázталanná. Az eszmélete az egész idő alatt tiszta volt.

Az esetet, mint vontatottan fejlődőt, nagy izomfájdalmakkal járó és egyáltalán a rendes typhustól eltérőt tartottam érdemesnek a külön megemlékse.

Gyógyítás.

A typhus exanthematicusban szenvedő betegek specifikus gyógyításáról, a szó szoros értelmében véve, beszélni nem is lehet. A mit a gyakorlati orvosi tudomány a betegek meggyógyulása érdekében tehet, az pusztán az egyes symptomák leküzdésére irányuló törekvés. De noha specifikus gyógyszerünk a typhus exanthematicus gyógyítására nincsen is, az kétségtelen, hogy a betegség egyes jelenségei alapján észszerűen vezetett therapiás beavatkozással elősegíthetjük a beteg meggyógyulását, sőt sok esetben egyenesen elháríthatjuk a sokszor szinte villámszerűen jelentkező életveszedelmet.

A typhus exanthematicusban szenvedő beteg rendkívül gondos ápolást és rendkívül éber felügyeletet igényel; s ha a közegészségügy érdekét nem is tekintenők, magának a betegnek az érdeke is határozottan a kórházban való ápolást állítja mindenek felett előtérbe. A sensoriumnak oly könnyen bekövetkező zavara, a gyakran váratlanul kitörő izgatottság kemény próbára teszi a begyakorlott ápolószemélyzet idegeit is, a hirtelen előálló szívgyengeség pedig az orvosnak rögtöni segítség nyújtását teszi kívánatossá. Számos példáját láttuk annak, hogy gyors beavatkozással miként sikerült megmentenünk a beteg életét s hogy az éber ápolói ellenőrzéssel mennyi veszedelmet háríthatunk el magáról a betegről, de a környezetéről is. A betegnek bármily kényelmes otthona van is, az ilyen ijesztő incidensek leküzdése végtelen nehézséggel jár.

A mi a gyógyszerekkel való voltaképpeni beavatkozást illeti, azt esetről esetre a tapasztalt orvos legjobb belátása fogja irányítani. Mindenáron a lázak ellen nem fogunk küzdeni, sőt — a mint azt tapasztalt észlelők hangsúlyozzák — nem is tanácsos az antipyreticumok erősebb igénybevétele, mert igen könnyen következik be utánuk collapsus. A antipyreticumok adagolásában szinte tapogatózva kell eljárunk, s úgy rendeljük azokat, hogy már

praeventive gondoskodjunk a collapsus veszedelmének elhárításáról, vagyis sohas névészsűk szemünk elől a szív működés gondos ellenőrzését. Ha antipyreticumot nyújtunk, azzal egyidejűleg a szív működést előmozdító izgató szerek adagolását se hanyagoljuk el. Mi a magas lázak ellen részben lactophenint adtunk 0.25 grammos adagokban ugyananyi coffeinnal, részben pedig 0.25 vagy 0.50 grammos chinin. sulfur. porokat ugyancsak coffeinnal. Ugy tapasztaltuk, hogy általában véve a typhus exanthematicus magas lázai ellen sokkal kevesebb eredménnyel lehet küzdeni, mint a typhus abdominalis lázai ellen.

Igen gyakori volt az a jelenség, hogy a hyperpyretikus stadiumban adott 0.25, sőt 0.50 gramm chinin adagolása után 1—2 óra múlva végzett hőmérés nemcsak hogy nem mutatta a láz leszállását, de sőt annak még néhány tized fokkal való emelkedését észlelhettük. A hydrotherapiás beavatkozások értékéről a magam tapasztalásai alapján nem számolhatok be, mert leszámítva azon néhány esetet, a melyben az ideges symptomák leküzdése céljából protrahált langyos fürdőket rendeltem, antipyretikus célból a rendszeres fűrésztést a vele járó nagy nehézségek miatt nem alkalmaztam. Megemlítem még, hogy néhány esetben megkísérlettem az atoxynak 0.20 cm³-es adagokban subcutan alkalmazását, minden eredmény nélkül.

Elhalt eseteink.

Külön óhajtók némely megjegyzést fűzni elhalt eseteinkhez, számszerint 55-höz. A halál leggyakrabban a betegség 7—13. napja között következett be, összesen 25 esetben (45.5%). Részletesebben tájékoztat a halál bekövetkezése tekintetében az alábbi összeállítás, a mely szerint

betegsége 5. napján meghalt	1 beteg
" 6. "	1 "
" 7. "	4 "
" 9. "	5 "
" 11. "	5 "
" 12. "	5 "
" 13. "	6 "
" 14. "	2 "
" 15. "	3 "
" 16. "	1 "
" 17. "	1 "
" 19. "	1 "
" 20. "	1 "
" 28. "	2 "
" ismeretlen "	17 "

Összesen . . . 55 beteg

A halál 37 esetben a kiütéses időszakban, 16 esetben a kiütés eltűnése után és 2 esetben a kiütés megjelenése előtt következett be.

Elhalt eseteink közül 53 került boncolásra. A kórboncolás-tani leletről Goldzieher Miksa dr. egyetemi tanársegéd részletesen beszámolt a „Budapest székesfőváros kórházainak 1908. évi évkönyvé“-ben.

A kórboncolás-tani lelet a súlyos sepsis és az azzal járó elváltozások képét szolgáltatta. Feltűnő a boncoláskor a sötétvörös, alig megalvadó vér, az izomzatnak száraz, törékeny volta, mely mikroszkopialag a Zenker-féle elváltozás képét mutatja, a szívizomzat nagyfokú degenerációja s az egész szív elpetyhüdése, hurutos elváltozások a légutak nyálkahártyáján, néha gégefekélyek keletkezésével. A vérből tüdőkből atelektasiák és bronchopneumoniás góczok. Ellágyuló léptumor, mely azonban előrehaladottabb esetekben hiányozhatik. A parenchymás szervek vérbősége és degenerációja és végül az agyvelőnek és burkainak vérbősége és vizenyője.

A boncolásleletben uralkodók a legkülönbözőbb helyeken, de állandóan fellelhető *vérvételek*. Megtalálta azokat Goldzieher dr. a savós hárták, nevezetesen a pleura pulmonalis alatt, a tüdő szövetében, a gyomor- és béllyálkahártya alatt, a lép és vesék parenchymájában, ritkán a májban. Előfordultak még vérvételek a törzsök izomzatában és a laza kötőszövetben.

Goldzieher különösen kiemeli észleléseiből a *csontvelőre* vonatkozó elváltozásokat, a melyeket jóformán állandónak és jellegzetesnek tart. Ő ugyanis azt találta, hogy a „csontvelő, főleg a csöves

csontok diaphysisében, nem mutatja a rendes sárga színt és zsíros consistentiát, hanem rendkívül tarka színekben váltakozik. Egyes esetekben a sárga csontvelő sötétvörösen foltozott, máskor az egész velő egyenletesen sötétvörös színű, majd másutt a sötétvörös szín barnás, csokoládészinű árnyalatba megy át, illetőleg a vörös tonus helyét világos kávébarna szín váltja fel. A mikroskopi kép a csontvelő óriási hyperaemiáját mutatja“.

Goldzieher végső következtetését abban foglalja össze, hogy „habár a typhus exanthematicus bonczolástani képéből hiányzanak oly teljesen jellemző szervi elváltozások, a melyekből a diagnosis feltétlenül biztossággal eldönthető, mindazonáltal egyes körülmények latba vetésével nagy valószínűséggel el tudjuk különíteni a typhus exanthematicus eseteit más sepsises természetű megbetegedésektől. Ezen kriteriumok első sorban: a *kiterjedt vérvételek, az ellágyult léptumor és a csontvelőnek feltűnő vérbősége és pigmentációja*“.

Goldzieher észleléséhez még csak azt fűzhetem hozzá, hogy járvány, illetőleg typhus exanthematicus-esetek előfordulása idején minden olyan gyorsan halálosan végződő esetben, a melyben az autopsia „sepsis“-en kívül más közelebről meghatározható halálokat megállapítani nem tud, a typhus exanthematicust nagy valószínűséggel lehet a halál oka gyanánt felvenni.

A betegség ismeretlen okozóinak felderítése céljából végzett kutatások.

A typhus exanthematicus okozóját az ez irányban végzett nagyszámú és beható vizsgálódás ellenére sem sikerült mindeideig felfedezni. Moreau és Cochez már 1888-ban egy az Eberth-féle bacillushoz hasonló pálcikaalakú mikroorganizmust jelölt meg mint a typhus exanthematicus okozóját (Gaz. hebd., 1888. 28. szám.). *Hlava* ugyancsak 1888-ban a typhus exanthematicusban elhaltak vérében egy sajátos streptobacillust talált, melyet azonban ő maga sem mert specifikusnak tartani (Centralblatt für Bakteriologie, 1890). *Lewaschew* 1892-ben a betegek lépéből vett vérben apró, erősen fénytörő, coccusokhoz hasonló testecskéket talált (Deutsche med. Wochenschrift, 1892. 13. és 34. sz.). Majd *Thoinot* és *Calmette*, *Dubief* és *Brühl*, *Mott* stb. kereste a typhus exanthematicus okozóit a betegek vérében, sputumában és egyéb váladékaiban, de vizsgálódásaik megdönthetetlen érvényességű eredményre nem vezettek.

Nálunk is megindultak ez irányban a kutatások. Így főorvostársam, *Preisich Kornél* dr., egyetemi magántanár mindjárt az első esettől kezdve festési eljárásokkal és ultramikroszkopos képben vizsgálta a vért és hullák lépének pulpáját. Oly képleteket velt felismerni, melyek alakra és festődésre *protozoonokkal* azonosnak látszottak; mivel más oldalról (*Krompecher, Goldzieher, Ángyán*) történt egyidejű vizsgálatok alapján ugyanily leletekről már beszámolni is készültek, ő ebben egy ideig felfogása helyességének megerősítését látta, de további kutatásai közben csakhamar arról győződött meg, hogy a látott képletek, úgy saját készítményeiben, mint azokban, melyeket más oldalról protozoonoknak tartottak, *fehérvérsejtrészleteknek és vérlémezke-törmelékeknek véletlen, de elég gyakran ismétlődő összetalálkozásából származnak*. *Furka Sándor* dr.-ral végzett további vizsgálatai alatt leukocytosist állapított meg, sok myelocytával, és azt észlelte, hogy a betegség folyamán a fehérvérsejtek a mellett hogy felszaporodnak, erősen pusztulnak is és nagyon sérülékenyek. A leukocytákban többször mint a normális vér leukocytáiban és a myelocytákban is gömb-, gyűrű- és főképpen sarlóalakú, egynemű protoplasmás részek láthatók, melyek chromatin nélküli idegen képletek benyomását kelthetik és keltették már ismételten. Normális vérben ezek kevésbé kifejezetten és csak gyéribben fordulnak elő.

Ugyancsak beható vizsgálatokat végzett *Krompecher Ödön* dr., egyetemi magántanár, *Goldzieher Miksa* dr., egyetemi tanársegéd és *Ángyán János* dr., egyetemi gyakornok a *Pertik Ottó* dr., egyetemi tanár vezetésével álló egyetemi II. számú kórboncolás-tani intézet laboratóriumában. Nevezett kutatók a „Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten“ 1909. L. kötete 6. füzetében „Protozoenbefunde bei Typhus exanthematicus“ ezímen számoltak be vizsgálataik eredményéről. Vizsgálataikat typhus exanthematicusban elhalt 53 hullán és 48 betegről vett vérről végezték. Olyan képleteket találtak, a melyek protozoonoknak

feleltek meg és részben piroplasmákra, részben a malaria-plasmodiumokra emlékeztettek. Leggyakrabban igen apró, részben extra-, részben intraglobuláris, ovális, körtealakú avagy inkább hosszúkás pálcikaszerű képleteket láttak, a melyek élesen határoltak, világos kékszinűre festődtek és egy vagy két, többnyire excentrikus magvaeskával bírtak. A nagyobb magvaeskák intenzív vörös chromatin-festődést mutattak, a kisebbek ellenben sötét ibolyás színre festődtek. Egy másik typhus volt az, a melyben a keskeny és kissé sötétkékre festődött plasmatest mellett egy-két nagyobb, pálcikaalakú, intenzív vörösre festődött chromatinszemese volt látható. Kevésbé gyakoriak voltak az olyan nagyobb, többnyire intra- vagy extraglobuláris képletek, a melyeknek plasmája Giemsa-festéskor a világoskéknek legkülönbözőbb árnyalatait vette fel és a melyek különböző nagyságú chromatin-szemecskéket, valamint pigment-szemecskéket tartalmaztak. Ezeknek az alakja részben szabálytalan háromszögű, részben kerek, vagy ovális és élesen határolt. Protozoonoknak látszó képleteket csakis a vérben, valamint a lépből és csontvelőből vett készítményekben találtak. A szerzők azt hiszik, hogy a miket ők láttak, valóban protozoonoknak felelnek meg, és nem műtermékek, avagy részei a vérnek, illetőleg a vörösvérsejteknek és ezért azt hiszik, hogy azok a protozoonok causális nexusban állanak a betegséggel. Egyébként úgy a betegek vérében, valamint az elhaltak vérében láttak pathogen bakteriumokat, streptococcusokat, staphylococcusokat, Friedländer-bacillust és a Hlava által 1888-ban leírt és leuconostoc hominisnek nevezett diplo-streptococust. A szerzők azt hiszik, hogy a protozoonok mellett ezeknek a bakteriumoknak is bizonyos szerepük van. Lehetőnek tartják ugyanis, hogy a protozoonok által okozott fertőzés meggyengíti az szervezet ellenálló képességét, miáltal a főképpen tisztátalan és nem hygienés körülmények között élő embereken jelenlevő bakteriumok eredményezik a súlyosabb kórképet.

Ismerttettem az egymástól függetlenül egy időben végzett eme vizsgálódásokat és ha az utóbb felemlített három jeles vizsgálónak conclusiója olyannak tetszik is, mint a mely a positiv eredmény reményével kecséget, azzal szemben áll egy a vérvizsgálatokban kiválóan jártas és elismert kutatónak, Preisichnek más conclusiója. Ennek alapján azt hiszem, nem mondhatunk mást a typhus exanthematicus okozójáról, mint azt, hogy ez ideig még nem ismerjük.

Tanulságok.

A ritkábban és csak járványszerűen előforduló betegségek, minők: a cholera, a himlő és a kiütéses typhus, mindenkoron a legváltozatosabb megfigyelésekre nyújtanak alkalmat. Más irányban figyelt a klinikus, más irányban a hygienikus. Ámde mindegyikük külön-külön a legértékesebb tapasztalásokkal gazdagodik. A klinikus csakhamar reájön arra, hogy a legjobb tankönyvek leírásából szerzett elméleti ismeretek nem pótolják azt a jártasságot, a melyek sok-sok esetnek figyelmes észlelése ad, mert lehetetlen egy olyan szerföltött változatos kórképnek minden egyes jelensége legfinomabb részleteit leírásban úgy megörökíteni, mint a hogyan azt a gyakorlat tárja elénk. Ha valahol könnyen megeshetik a diagnózisban való tévedés, a typhus exanthematicus az a betegség, a melyben az leggyakrabban megtörténhetik. Meg vagyok győződve arról, hogy a kiütéses typhus gyanújával a kórházba beküldött első esetek között voltak olyanok, a melyeket mi csupán egy-két napon át tartott mérsékelt láz, fejfájás, hörghurut stb. alapján influenzának, avagy catarrh. bronchialisnak jelentettünk, holott nem lehetetlen, hogy typhus exanthematicus-fertőzés következményei voltak, de éppen abortív lefolyásuk miatt nem kerültek be a positivnak jelentett esetek sorába. Nagyon sok esetet kell látnunk, hogy az olyan abortív alakokat avagy abnormális lefolyásúakat nyugodt lelkiismerettel bevehessük a positiv esetek sorába.

Hogy az olyan egészen atypusos alakok némely járvány alatt nagy számmal fordulnak elő, azt éppen a mostanában (1910-ben) észlelhető enyhébb esetek sokasága bizonyítja. Bizonyítja pedig kétségbevonhatatlanul különösen akkor, a mikor egyazon forrásból eredően kapunk súlyos alakokat és egészen könnyű, *levissimus*-eseteket, a melyekben a láznak 3—4 napi, sőt egy-két napi fennállása után gyorsan bekövetkezik a defervescencia s a melyekben csak az egyéb fertőző betegségek exanthemáitól teljességgel differenciálható kiütéseknek megjelenése és sokszormú a láz megszűnése

után is való fennállása, avagy a kiütések hiánya mellett az anamnesis adatai döntik el az eset positiv voltát.

A magam részéről az ilyen abortív alakoknak éppen közegészségügyi szempontból nagy jelentőséget tulajdonítok. Ezek azok az esetek, a melyek hasonlóan a felette enyhe skarlát esetekhez, legjobban terjesztik a járványt. Ezek úgyszólván *ambulanter* folynak le, s enyhe lefolyásuk alatt tömérdek alkalmul szolgálnak a fertőzés terjedésére.

Meg kell itt említenem, hogy például az idén, 1910-ben, a hatósági orvosok részéről nem egy esetben talákoztam olyan kételkedő nyilatkozattal, a melynél fogva az általam positivnek diagnosztizált ilyen enyhe eseteket nem voltak hajlandók meggyőződés szerűen typhus exanthematicus eseteknek elismerni és csak mert tökéletesen vállaltam bejelentésemért a felelősséget, mondhatnám az ebből folyó kényszerűségből tették meg a szükséges óvintézkedéseket a helyszínen. Különbö e tekintetben csak utalok *Curschmann* tanárnak gazdag észlelésére és általánosan elismert nagy tekintélyére, a ki maga azt mondja, hogy olyan esetek ezek, a melyekben a kórkép sokszor a felismerhetetlenségig elmosódott s a melyeket a járvány kezdetén jóformán diagnosztizálni sem lehet, sőt a járvány tetőfokán avagy végén is csak az anamnesis alapján illetőleg más kifejezett esetekkel való összefüggésük alapján lehet megállapítani. („*Solche Fälle sind es, bei denen das Krankheitsbild oft bis zur Unkenntlichkeit verwischt ist. Als erste einer Epidemie sind sie überhaupt kaum zu diagnostizieren, und auch auf der Höhe oder gegen Ende einer solchen muss die Anamnese, die Feststellung häufiger oder intimer Berührung mit ausgesprochenen Kranken hierzu sehr mithelfen.*“.)

Hogyan kerültek be mégis a kórházba az ilyen, úgyszólván alig felismerhető esetek?

Részben úgy, hogy például a menedékhelyeken végzett állandó orvos-ellenőrzés a mindennapi hőmérőzés alapján találta *gyanúsaknak*, részben pedig úgy, hogy fertőző betegségnek tartottak ugyan, de téves körjelzéssel jelentették be; így legtöbbször *morbilli* diagnózisával. A morbillit a gyakorlott orvos nagyon könnyen kizárhatja, mert a morbilliszerű exanthemával járó typhus exanthematicus esetekben az anamnesisből sokszor egészen hiányzik a tüszögés, az erősebb gége-, légeső- és hörghurut, de a mi a fő, hiányzik a nyálkahártyák jellegzetes képe: az enanthea, hiányzanak a Koplik-foltok. Azonkívül a kiütések, bár hasonlíthatnak a morbillihez, de nem papulosusak, hanem halványpiros lapos foltok, a melyek az arcon rendesen nem láthatók, hanem csak a törzsökön és főképpen a karokon és csombokokon és a melyek mellett az arc többnyire csak erősen kipirult.

Megengedem, hogy igen gyakran typhus exanthematicus esetében is a kiütés kitörése előtt, sőt után is igen izgatott köhögés, sőt tüszögés, rekedtség, a szem könnyezése lehet jelen, a mi fölötte nehezé teszi a diagnosist; mégis akkor, a mikor mindezen symptomák abortív esetekben gyakran már csak a láz eltűnése után jelentkeznek, nem lesz nehéz typhus exanthematicus-járvány idején az ily esetek felismerése. Ezeket persze könyvből megtanulva diagnosztizálni nem lehet, szükséges, hogy az orvos lásson bőven morbillit, rubeolát és typhus exanthematicust egyaránt.

Tanulságképpen levonhatom e járványból azt, hogy minden gyakorlóorvosnak keresnie kell az alkalmat arra, hogy a hevenyész fertőző betegségek diagnosztikájában *gyakorlati jártasságra* tegyen szert; első sorban pedig közérdek az, hogy a hatósági orvosok jártasak legyenek a heveny fertőző betegségek kór- és oktatában.

Manapság itt a fővárosban, a mintaszerűen berendezett Szt. László-kórházban és az ahhoz tartozó Szt. Gellért- (járvány) kórházban az orvosnövendékeknek bőséges alkalmuk nyílik arra, hogy sok skarlátot, kanyarót, bárányhimlőt, rubeolát és egyéb fertőző betegséget lássanak. Dicséretére válik az orvosi pályára készülő növendékeknek, hogy nem riadnak vissza a fertőződhetős veszedelmétől és hogy minden egyetemi félévben nagy számban járnak el a fertőző kórházban tartatni szokott előadásokra. A mostanában praxisba kerülő fiatal orvos nem fog zavarba jönni akkor, a mikor lázas, kiütéses avagy torokfájós beteghez hívják, korán fel fogja ismerni a betegséget, ha orvosnövendék korában szorgalmasan látogatta a hevenyész fertőző betegségekről szóló előadásokat és sok-sok beteget látott. Minthogy azonban a fertőző betegségekkel gyakorlatilag való megismerkedés nem kötelező, nagyon

kívánatos volna, hogy az orvosgyakornokok kötelesek legyenek a 12 hónapos gyakornoki szolgálatukból legalább egy hónapot a fertőző kórházban eltölteni. Ugyancsak kötelezővé kellene tenni a hévenyész fertőző betegségek diagnosztikájából legalább két heti cursus elvégzését azok számára, a kik a tisztí orvosi képesítést óhajtják elnyerni.

Bizonyára senki sem fog azzal vádolni eme conclusiómért, hogy pro domo beszélek; de mert a fertőző kórház élen szerzett több mint 20 éves tapasztalásomból tudom, hogy a gyakorló orvosnak nem lehet elegendő számú fertőző beteget látni, hogy teljes jártasságra tegyen szert e betegségek diagnosisában, reá kellett mutatnom erre, a nézetem szerint éppen a védekezés nézőpontjából nagy fontosságú kérdésre is.

Egy-egy járvány, a mely időnként meg-megijeszti a lakosságot, a sok izgalmon, rémületen, szomorúságon kívül nagyon hasznos tanulságokkal szokott szolgálni, de sőt áldást hozó tevékenység fakad a nyomán ott, a hol átérzik az egészség védelmének nemzeti jelentőségét. Mert, valljuk meg őszintén, csendes, járványmentes időben, bármennyit prédikáljanak, bármennyit irjanak is az orvosok arról, hogy miként kell a közegészség ügyét javítani, annak számot tevő eredménye alig szokott lenni. Míg ellenben, a hol *proximus ardet iam Ucalegon*, ott végre teljesednek némely oly jogos követelmények, a melyek évtizedeken át süket fülekre találtak. Ez a veszedelmes betegség, a melyet 1808-ban néhány illetékes embernek fáradságos munkájával sikerült elnyomni, most ismét itt van. Igaz, hogy — legalább egyelőre — enyhébb alakban jelentkezett mint két év előtt, de talán némiképpen aggályosabb, mert enyhességénél fogva gyorsabban elterjedhet. Aggályosabb talán azért is, mert közegészségi viszonyaink a legutóbbi két év óta határozottan rosszabbodtak. A fővárosban, de sőt az egész országban érezhető rettenetes drágaság, a mely különösen a lakásárakban nyilvánul meg legintensívebben, s a melynek egyenes következménye a túlszűfoaltságban való együttélés, különösen kedvező talajt teremt éppen a kiütéses typhusnak, a mely első sorban is a legalsóbb néposztály szentes levegőjű és tisztátalan lakásaiból szedi az áldozatait, de a mely betegség a társadalom minden rétegébe bekerülhet.

Alsóbb néposztályunknak nemcsak az egészségügy iránt nincsen semmi érzeke, de sőt hiányzik belőle a tisztaság legelemibb követelményei iránt való érzék is. Annyi piszkos, annyi elhanyagolt testű ember, a mennyi itt Budapesten van, reá vezet bennünket arra a meggyőződésre is, hogy nálunk talán nem csupán a tisztaság érzékének a hiánya miatt van ez így, hanem jó részben azért is, mert ezeknek a szerencsétlen embertársainknak nincsen alkalmuk arra, hogy testüket gondozzák. Fürdők kellene a népnek és egészséges olcsó lakások, valamint a legnagyobb helyzetben levőknek elegendő számmal menedékhelyek, a melyekbe csak előzetes tisztálkodás után lenne szabad őket beengedni. Növelni kell a hatósági orvosok számát, a kik ne csak aktákat elintéző közgei legyenek a hivatalnak, hanem hygienésen gondolkodni és tenni tudó intézői a közegészség ügyének. Sajnos, e tekintetben nem tekinthetjük haladásnak azt, hogy a belügyministerium közegészségi osztályának élére nem szakember került, a ki bár bölcsen adminisztrálhat, és bár energikusan intézheti el az ügyosztálya hatáskörébe tartozó ügyeket, de nem lévén szakember, igazán éber öre és igazán bölcs irányítója nem lehet az ország közegészségügyének.

Vegyék az illetékes körök komoly intésnek ezt az immár másodizben mutatkozó járványt arra, hogy a közegészségügy javítása elsőrendű állami feladat és fogjanak hozzá a munkához minél hamarabb, mert sem a kiütéses typhust, sem a cholera-t nem fogják tudni feltartóztatni továbbterjedésében bármilyen erélyes és körültekintő intézkedésekkel sem akkor, a mikor a baj a nyakunkon van; az ilyen betegségek ellen állandó és czéltudatos munka segít csupán.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Professor Dr. Viktor Fossel: Studien zur Geschichte der Medizin. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1909. Ára 6 márka.

A kétszáz lapnyi terjedelmű könyv öt kitünően kidolgozott tanulmányt tartalmaz. A szerzőnek az volt a célja velük, hogy

az orvosi tudomány multjának néhány kiváló egyéniségét s velük együtt koruk tudományos nézeteit tárja az olvasó elé.

Az első tanulmány a középkorban divott érvágásról és asztrológiáról szól; szemléltetőleg ábrázolja benne ama hatalmas befolyást, melyet egykor a csillagok járásában való hit gyakorolt a gyógyászatra.

A többi négy tanulmány korának egy-egy kiváló orvosáról szól. Crato v. Krafftheim (1519—1585), Paul Zacchias (1584—1659), Lorenz Heister (1683—1758) és Maximilian Stoll (1742—1787) ama négy kiváló alak, kinek a jeles szerző nem csupán életrajzát adja, hanem központjává sikerül őket tenni a maguk korának s koruk felfogásának, nézeteinek, orvosi eljárásainak. Fossel mindezt oly szemléltetőleg, oly közvetlenséggel tudja megírni, hogy az olvasás közben úgyszólván azt érezzük, mintha magunk is benne élnénk az illető vázolt korban, közelségében a jellemzett férfiaknak. Mint magyar vonatkozású pontokat meg kell említenünk Crato-nak összekötéseit Jordan Tamással és Dudits Andrással, jöllehet Fossel egy szóval sem említi meg, hogy a kiváló humanista magyar püspök volt, a kolozsvári születésű Jordan Tamás-t pedig iglaninak jelzi; nos, ha már nem akarja őt magyarnak meghagyni, jöllehet nemcsak születése, de tevékenységének egy jelentős része után is magyar volt, hadd tette volna meg inkább boroszlóinak, a hová legalább az irodalmi működésének súlypontja esik. Stoll-ról tudjuk, hogy két éven át a magunkénak tisztelhetjük a régi bécsi orvosi iskola ezen oszlopos, nagy látókörű tagját.

Fossel szép munkáját melegen ajánlhatjuk az érdeklődők figyelmébe. Györy.

Lapszemle.

Idegkórtan.

A belső szervek ideges zavarai igen gyakran adnak okot diagnostikai és therapiái tévedésekre. *Magnus-Alsleben* (Basel) elsorolja azokat a belső szervekre vonatkozó panaszokat, a melyek idegbajok és belbajok között elkülönítő körjelzésre alkalmat adnak. Van beteg, a ki maga jön azzal a diagnossal, hogy ideges szív- vagy gyomor-baja van, de ezzel csak annyit akar mondani, hogy a gyomoridege vagy szividege beteg, a neurasthenia ellen pedig élénken tiltakozik. Jellemző e bajokra, hogy a gyógyszer csak addig hat, a míg új. Máskor a legészszerűbb gyógyító eljárás következetesen alkalmazva semmi eredményt sem ad, míg aztán váratlanul, látszólag ok nélkül, áll be a javulás vagy gyógyulás. Az ideges belső szervzavarokat tehát a szeszélyesség jellemzi leginkább minden behatással szemben, a mi a mellett szól, hogy első sorban psychés jelenségekkel van dolgunk. Kétségtelen, hogy az egy szerven mutatkozó állandó fájdalom sem okvetlen származik e szervnek megbetegedésétől. Olyan tapasztalat az, a melyet különösen a specialista kartársaknak kell figyelmükbe ajánlani. A fájdalmat a féltő várakozás elő tudja idézni. Bizonyosság erre *Dubois* kísérlete, a mikor fárados gépét úgy állította be, hogy az áram megindulásakor a kalapács mozgott, de az áram nem jutott az elektródba. Ezzel a géppel megvillanyozott egy csomó embert. Ezek kétharmada azt mondta, hogy érzi az áramot, a mikor a gép megindul. Nem jutnak rendesen tudatra azok az érző ingerek, a melyek a belső szervekhez mennek, pl. a szív, a bél mozgásai. Ha azonban a mozgás megélné, megérezzük. Az ideges ember érzékenységgel és ide irányított figyelmével a rendes ingereket is megérzi, sőt fájdalmasnak mondja. Az egészséges ember is érez itt-ott egy kis nyomást, de nem vet rá figyelmet. Az ideges ember ezeknek rögtön felül. *Sahli* figyelmeztetett arra, hogy az egészséges ember arra a kérdésre, hogy köhög-e sokszor, először azt feleli, hogy nem és ismételt kérdésre kapjuk csak azt a választ, hogy esetleg régóta köhög. Ha a váladék kiköpése könnyen megy, a beteget a köhögés nem igen bántja, nem veszi azt fel mint kellemetlen mozzanatot. Nem így tesz a neurastheniás ember, a ki ha egyszer okkal köhögött, azt aztán ok nélkül tovább folytatja, nem tud elfelejteni semmi fájdalmat, semmi kellemetlenséget.

Ezek a betegek többnyire szenvedtek régen fejfájásban vagy álmatlanságban. A beteg sokszor azzal jön, hogy csak rövid ideje beteg, de többnyire kiderül, hogy az újnak jelzett baj csak egy láncszem a régi nyavalyák sorozatában, sőt néha a jelen baj is

már régóta van meg, de előbb kisebb fokú volt és a beteg nem törődött vele, mert más tüneteket tartott fontosnak. E betegek között van gyenge szervezetű is, a ki tulajdonképpen mindig csak a valóban megvolt apró bajokat nagyítja. Sokszor a betegen objectiv zavarokat is lehet észlelni. Ez azt a gondolatot ébreszti, hogy nincs-e ilyenkor a psychogen bajon kívül a szervben is elváltozás. Az ideges szívdobogásban gyors az érverés, sőt szabálytalan is lehet. Az ideges gyomor elválasztása is meg van zavarva. A túlságos sósavképződés összefér az ideges gyomorzavar körjelzésével. Az a kérdés, hogy az ilyen működés-zavar is ideges eredetű-e. Erre a kérdésre igennel lehet felelni. Sokszor affectus hozza létre ezt a zavart, a mely olyan is lehet, hogy akarattal elő nem idézhető, például a pirulás, szívdobogás stb. Hogy a gyomorműködés psychés befolyás alatt áll, azt mindenki tudja. *Pawlow* kutyákon kimutatta, hogy étel látásakor gyomorelválasztás indult meg, és hogy a kutya gyomra, ha az állat macskát látott és dühös lett, csak kisebb mértékben választott el gyomornedvet.

Ide tartozik az ismert enteritis membranacea. A psychés úton létrejövő gyomorelválasztás eredményét *Pawlow* étvágynedvnek mondja, a mely meggyorsítja az emésztést, bár nélküle is emészt a beteg, de lassabban. Ez mutatja, hogy étvágy nélkül is lehet enni, de érthetővé teszi, hogy a rossz kedélyhangulatú neurastheniás beteg nem eszik jól. Mindezeket összefoglalva, a szerző arra az eredményre jut, hogy a gyomorzavar, bélzavar, szívbeidegzés-zavar lehet psychés eredetű, az extrasystole kivételével. Nem lehet azonban jól belátni az utóbbi kivétel jogosultságát.

E zavarok gyógyítása tekintetében az orvosok nagyon sokféleképpen járnak el. Az egyik kémiai, diataés, fizikai úton éppen úgy kezeli őket, mintha a szerv maga volna beteg. Sőt ez eredményt is adhat. Mások csakis psychés kezeléssel akarnak tudni és a beteg téves képzeit logikai befolyással akarják kijavítani. Remélni lehet szerintük, hogy így a beteg úr lesz affektusai felett, a mire a testi jelenségek is el kell tűnnie. Ennek az eljárásnak is lehet sikereket köszönni. Ez mutatja, hogy a beteg szervnek directe kezelése is suggerálás. Az történik a beteggel, a mit ő kíván. De ez az eljárás csak ideiglenesen használ és a jövőre inkább árt. Ha ugyanis a betegnek tartott szervet kezeljük, a beteget megerősítettük abban a meggyőződésben, hogy volt valami szervi elváltozása. Ez a meggyőződés megkönnyíti a kiújulást. Ha most csak a legkisebb zavar is jelentkezik ezen a téren, a beteg meggyőződését szervének betegségéről többé megingatni nem lehet.

Ugyanerre a körülményre gondolnunk kell, a mikor azt halljuk, hogy ilyen szervi zavarok reflex úton jönnek létre. Csekély idült gyuladásokat, a panaszoktól messze eső szervek helyzetváltozásait okolják a neurastheniás panaszokért és előfordul, hogy a beteg seborvos kezébe jut. Legelőször gynaekologiai bajok állottak abban a hirben, hogy reflex úton okoznak ideges tüneteket. Aztán következett a vándorvese korszaka. Sőt arra a gondolatra is jutottak, hogy az ornyákhártya duzzadása reflex úton gyomorzavarokat okozhat. Egyáltalán nem fogadható el, hogy a hasi szervek helyzetváltozásai vagy érzékeny nyomáspontok valahol a test felületén psychés kiterjedt tünetcsoportokat okozhatnának. Legfeljebb annyit képezhet el, hogy ezek a jelenségek mint provokáló agensek szerepelhetnek egyik-másik tünet tekintetében. Így nem szabad azt hinni, hogy a szerv kivétele vagy fixálása valamiképpen mint oki gyógyítás el volna fogadható.

Seborvosok és belorvosok a mult évi belorvostani bécsi congressuson behatóan tárgyalták ezt a kérsést és megegyezésre jutottak, hogy az ilyen gyógyítás nem czélszerű. *Krönig* mania operativa passiva néven jelezte a betegnek azt a vágyát, a mely minden áron műtétet kíván. Elég furesa, hogy a seborvosok egy része arra az eredményre jutott, hogy a betegek nagyon élénk kívánsága következtében a műtét alig kerülhető el és némelyik ilyenkor hajlandó magát a beteg akarátának alávetni.

A kiújulás ellen védekezés lehetne az úgynevezett betegségbe-látás. Ha a beteg elismeri, hogy a baja a félelemtől, az ok nélkül való aggodalmaskodásból származik, az nem igen fog kiújulni. Csak az a baj, hogy ez egyáltalán nem könnyű, bár előfordul.

Elméleti szempontból e bajok tulajdonképpen nem gyógyulnak, mert az aggodalmaskodás mindig újból előtérbe lép és ez a beteg alapvonása. Gyakorlatilag azonban gyógyulnak mondhatjuk azt a beteget, a ki uralkodni tud magán.

A hypnosis egészben véve elvetendő gyógyeszköz, már nem is igen alkalmazzák. A szerző akkor tartja javaltnak, ha valamely egyedül álló tünet semmi más eljárásnak nem engedelmesskedik. A hypnosis azért is rossz, mert a beteg általa állandó függő helyzetbe jut az orvostól és ha mindig az ő parancsára vár, még azt a kevés önállóságot is elveszti, a melynek azelőtt birtokában volt. (Mediz. Klinik, 1910. 4. szám.)
Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

Idegen testek miatt végzett gastrotonia két érdekes esetét közli *Borchhardt*. Egy vásári kardnyelőnek az volt a trickje, hogy villanyos lámpával ellátott üvegsövet tölt le gyomrába s így világította át gyomrát a közönség előtt. Egy ízben a kisujjvastag csőnek 23 cm.-nyi részlete beletörött a gyomrába; két óra múlva már műtétet végeztek rajta s a beteg három hét múlva már újból folytathatta productióit. Egy másik, 20 éves, stupid fiatal emberen hosszú ideig hasfájásnál és nyomásérzékenységnél egyéb nem volt konstataható. Hosszas faggatás után fájdalmát egy hónappal ezelőtt elnyelt kis szegre vezette vissza. Röntgen-felvételkor a gyomorban egyetlen nagy diffus idegen test árnyéka volt konstataható, melyet eleinte értelmezni nem is tudtak. Később, ismételt felvételeken azután azt látták, hogy a nagy tömegből több szeg hegyének árnyéka nyúlik ki. Noha a beteg még ekkor is tagadta, hogy több szeget nyelt volna, laparotomiát végeztek. A pyloruson egy tíz filléres nagyságú elhalt terület volt közel az átfürödáshoz. Mivel a gyomor előhúzásának megkísérlésekor a gyomorfalzatba mind több szeg fűrődött be s a fal átbökésével fenyegetett, nagy fáradsággal a hasürben mélyen kellett a műtétet végezni. A kis hajlattól a nagy hajlatig vezetett metszésen át — miközben a gyomornyákhártya redői közé villanyos lámpával világítottak be — 103 szöveget, 3 csavart, 1 rézláncot, 1 biztosítót s egy varrótüst távolítottak el. A főkéletes gyógyulás után öt hét múlva a beteg ismét fájdalmáról panaszkodott a vakbél táján s noha sem tapintani, sem Röntgen-átvilágításkor látni sem lehetett semmit, újból laparotomiát végeztek rajta. Mit sem találtak, csupán az omentum volt a vakbélhez fixálva, a melyet azután felszabadítottak. A beteg ezután jól volt, de közben úgy látszik ismételt szöveget nyelt, a miért újból megfigyelés alatt áll. A műtét után a beteg bevallotta, hogy a sok mindenféle tárgyat 50 fillér értékű sörbe fogadás kapcsán nyelte le. (Berliner klinische Wochenschrift, 1910. 8. szám.)
Makai.

A vastagbélresectio új methodusát ajánlja *Tietze* főleg azon esetekben, a melyekben a bántalom a vastagbélnek a haránt remese közepéig terjedő részletén székel. Eltávolítja az ileum legalsó részletét a felhágó remesével együtt s azután a két bélvég vak elzárása után (side to side) lateralis anastomosist hoz létre a haránt remese s az ileum között. Ezután a vastagbél vak kúpját nem súlyosztja el, hanem belevarrja a hasseb alsó zugába, illetőleg a vak kúpot körülszegi a hasseb alsó részletének megfelelő fali serosával. Végül a hassebet az alsó zug kivételével rétegzetesen elzárja. Észlelte ugyan a vakon végződő vastagbélrészlet áttörését, de végre is jobb, ha a perforatio vastagbélspolyt létesít, mintha általános has-hártyalobot okoz. A vékonybél vakon bevarrt részlete eseteiben csak egyszer bomlott fel, de ezt a szerző a Mikulicz-tampon alkalmazásának tulajdonítja. (Berliner klinische Wochenschrift, 1910. 8. szám.)
Makai.

A Grossich-féle bördesinficiálást jodtincturával nagy anyagon próbálta ki *Federmann*. A szárazon leborotvált bőrt jodtincturával mahagoni-barnára kenjük be; vízzel való mosás legalább 12 órával előbb engedhető csak meg, de nem is szükséges. 110 nagy műtétnél (75 laparotomia, 4 trepanatio, 7 golyvakiirtás, sérvek stb.) csak 2 esetben támadt csekély bőrgenyedés, ezek közül gastroenterostomia egy esetében a bőr a műtét folyamán fertőződött be gyomortartalommal. Poliklinikáján 220 esetben próbálta ki e methodust, szintén a legkitünőbb eredménnyel. (Berliner klinische Wochenschrift, 1910. 7. szám.)
Makai.

Gyermekorvostan.

A phosphor, csukamájolaj és sesamolaj értékével az angolkór gyógyításában foglalkozik *Schabad* (Szt.-Pétervár). Ki-

terjedt anyagcserevizsgálatok alapján a következő végkövetkeztésekhez jut:

1. A phosphoros csukamájolaj alkotórészei közül a csukamájolaj növeli a mészretentiót az angolkórbán; a phosphor magában nem gyakorol kedvező befolyást a mészretentióra, de a csukamájolajhoz adva, fokozza annak jótékony hatását.

2. A csukamájolaj pótlására gyakran ajánlott sesamolajnak nincs hatása a mészanyagcsere az angolkórbán.

3. A csukamájolajnak és phosphoros csukamájolajnak a mészretentióra gyakorolt kedvező hatását nem lehet a szappanképződéssel a bélben — a mint azt *Birk* állította — megmagyarázni.

4. A csukamájolaj és a phosphoros csukamájolaj a mészretentio javításával egyidejűleg növeli az angolkórbán a phosphorretentiót és javítja a nitroresorptiót és zsírresorptiót. (*Zeitschrift für klinische Medizin*, 1910. 69. kötet, 435. lap.) *Flesch*.

A diphtheria kezelése nagy serumadagoknak intramuscularis és intravenosus befeeszkendezésével. Az eddig alkalmazott és subcutan befeeszkendezett serumadagok a 2000—4000, nagyon súlyos esetekben a 6000 egységet ritkán haladták meg. Amerikai és újabb német szerzők már felhívták a figyelmet azon körülményre, hogy a serumhatás jobban érvényesül nagyobb mennyiségnek intramuscularis vagy intravenosus befeeszkendezése esetén.

Berlin 120 diphtheriás gyermekben kísérte meg az intramuscularis és intravenosus serumbefecskendezést. Rendesen a könyökhajlatban jól kifejlődött és jól látható venát használta a beszúrás helyéül. Ha a bőrvenák gyengén voltak kifejlődve, intramuscularisan és pedig a glutaesok közé fecskendezte a serumot. A serum mennyisége 4000—16000 egység közt ingadozott az eset súlyosságához képest.

A serumnak ilyen módon való alkalmazásával a szerző igen jó eredményeket ért el. A láz az esetek nagyobb részében rohamosan esökkent, az érelkés száma kevesbedett és a gyermekek közérzete jelentékenyen megjavult. Főleg sepsises esetekben volt szembevetendő a javulás a harmadik-negyedik befeeszkedés után.

Azt, hogy az álhartyák rövidebb idő alatt tűntek volna el, a szerző nem észlelte és így az intubatio időtartamában sem mutatkozott változás.

Az intramuscularis vagy intravenosus serumbefecskendezések káros következménye nem volt. A befeeszkedés helye reactionmentes volt, csak egy esetben került megfigyelés alá egy kis thrombosis, mely azonban magától oldódott. A serumexanthemák ellenben súlyosabb formában jelentkeztek és oedemákkal, kis hőemelkedésekkel társultak. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1910. 5. sz.)

Péteri dr.

Venereás bántalmak.

A Colles-Baumès- és a Profeta-féle törvényt vizsgálta a Wassermann-féle seroreactio segítségével *Fr. Bernig* (Kiel). Imeretes, hogy a veleszületett syphilis létrejöttét kétféle módon magyarázzák. Felveszik a postconceptionális és a germinális infectiót. A germinális létrejönne úgy a sperma, mint a pete útján. Az is ismeretes, hogy közvetlenül a spirochaeta pallida felfedezése előtt *Matzenauer* kritikái művében a syphilises infectionak ezt a germinális módját eddig be nem bizonyítottak tartotta. A germinális infectio lehetősége elméleti alapon ma már nem tagadható, miután beigazolást nyert, hogy a pete és a sperma spirochaetát rejthet magában. *Bernig* véleménye szerint azonban a gyakorlatban a *Matzenauer* álláspontját kell elfogadni. Felveszi, hogy a germinális úton fertőzött embryo legfeljebb egy-két hónapig maradhat az anyában életben, azután elpusztul és kilöködik. A postconceptionális infectio az anya és az apa útján jöhet létre. A spirochaeták azonban nem vándorolhatnak át az anya vérebből a magzat vérebe, mert ennek az egészséges placenta állja útját. Az át-vándorlás megtörténhetik azonban, ha úgy az anyai, mint a foetális placenta syphilises. A postconceptionális infectio az atya útján is történhet, de akkor sohasem az anyának egyúttal fertőzése nélkül. A szerző azután áttér az anyai szervezet viselkedésére azon esetben, ha a magzat syphilises. Azt a sokszoros régi tapasztalatot, hogy a syphilises magzat anyja a syphilisnek sokszor semmiféle tünetét sem mutatja, a *Colles-Baumès*-féle törvénnyel magyarázták,

mely szerint ezek az anyák nem luesesek, hanem immunok. *Matzenauer* igyekezett ezt is megcáfolni és azt állította, hogy az anyák azért immunok, mert syphilisesek. *Matzenauer*-nek ezt az állítását *Bernig* most a *Wassermann*-féle seroreactióval igyekszik megerősíteni. Tapasztalása szerint mind azok az anyák, a kik lueses gyermekükkel szemben „immunok“, egyben erős positiv seroreactiót adnak, tehát luesesek. Arra a kérdésre, hogy léteznek-e valóban esetek, a melyek a *Colles*-féle törvény kivételeinek tekinthetők, már *Matzenauer* megfelelt, még pedig úgy, hogy kivétel nincsen, a veleszületett lueses gyermek anyja mindig immun a syphilis iránt, de azért, mert ő maga is lueses. A magzat lueses infectiója tehát csak akkor jöhet létre, ha az anya maga is syphilises. Az anya tehát nem immun, hanem latensen syphilises. Miután pedig a *Colles*-törvény éppen egyedül az immun állapot fogalmát tartalmazza szemben a syphilisállapottal, nyilvánul *Bernig* szerint, hogy ez a törvény már nem áll fenn joggal. Tudjuk, hogy a *Colles*-féle törvénynek éppen a fordítottja az úgynevezet *Profeta*-féle törvény, mely szerint a syphilises anyának (tágabb értelemben szülőknél) „egészséges“ gyermeke az első évben immun a syphilissel szemben. A *Profeta*-törvény, melyet különben már régebben sok kivétel megingatott, a seroreactiók eredmények folytán *Bernig* szerint megdőlnék látszik. A lueses anyák vagy lueses, vagy egészséges gyermekeket szülnék, de nem immunokat. Mindezek alapján tehát *Bernig* felveszi, hogy úgy a *Colles-Baumès*-, mint a *Profeta*-féle törvény, mely nem a fennforgó luesre, hanem csak az immunitás felvételére támaszkodik, ma már nem állhat meg. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1910. 5. szám.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A prostata-carcinoma tünettannát és kórjelzését különösen a korai diagnosis szempontjából tanulmányozta *F. P. Salinger*. Értékes munkájára az anyagot a szerző részben *A. Freudenberg* magánklinikumának 10 évre visszaterjedő betegnaplójából, részben pedig a themájára vonatkozó irodalom adataiból merítette. Bár neki sem sikerült olyan tünetet találnia, melyből a diagnosis minden körülmények között kétségtelenül megállapítható volna, mégis el kell ismerni, hogy a leggyakoribb tünetek helyes esportosításával és szabatos értelmezésével könnyű tájékozást nyújt az olvasónak a prostatacarcinoma korai felismerése tekintetében. Az értekezés lényegét a következőkben foglalhatjuk össze: Valahányszor öregebb emberen prostatahypertrophiaát kórjelzünk, mindig számolnunk kell a carcinoma lehetőségével. Az anamnesist különös gonddal kell összeállítani s főképpen azon kérdéseinkre igyekezzünk a betegtől minél pontosabb választ kapni, hogy mióta kénytelen éjjel is vizelni. A minél pontosabb terminus ugyanis azért fontos, mert belőle lehet majd megállapítani a daganat esetleges gyors növést. A legbiztosabb tájékozást a végbélvizsgálatból nyerjük; a tünetek közül a legállandóbb ugyanis az, ha a prostata, avagy annak valamelyik része feltűnően kemény, szokatlanul dudoros, vagy pedig ha a prostata mellett egyes különálló heges göböket tapinthatunk ki. Egyes tünetek: úgy mint a fájdalom (akár vizeleskor, akár e nélkül), az ischalgia, valamint a haematuria (akár spontán, akár eszközbevezetés következtében) igen gyakran, de főleg a betegség kezdő szakában hiányozhatnak is; ezen jelenségek hiányával tehát nem szabad a carcinoma diagnosisa ellen érvelni. A cachexia a legtöbb esetben szintén hiányzik, illetőleg rendesen csak nagyon későn jelentkezik; a cachexia kimaradása tehát szintén nem biztosítja azt, hogy feltétlenül valamilyen jóindulatú daganattal van dolgunk. Viszont a közérzet időnkénti javulása, esetleges testsúlygyarapodás, valamint azon körülmény, hogy a vizelési fájdalmak néha szünetelnek, nem szólnak malignus tumor ellen. Valahányszor prostatanagyobbodás miatt *Bottini*-műtét foganatosítatik, a pörköket feltétlenül abban az irányban is meg kell vizsgálni, hogy nem bukkanunk-e carcinomára. De hogy szabad-e a *Bottini*-műtétet kizárólag diagnosis céljából végezni, erre a kérdésre a felelettel a szerző is adós maradt. Kétséges esetekben a diagnosis szempontjából szükség lehet arra is, hogy az esetleg nem is gyanus mirigyek (többnyire a lágymirigyek) kivétessenek és szövettanilag megvizsgáltassanak. Végül még a következő tüneteket emeli ki a szerző mint olyanokat, melyek további tanulmányozást igényelnek:

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (IX. rendes tudományos ülés 1910 márczius 5.-én.) 257. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XVI. évszázó közgyűlés 1909 december 30.-án.) 258. l. — A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 258. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(IX. rendes tudományos ülés 1910 márczius 5.-én.)

Elnök: **Friedrich Vilmos.** Jegyző: **Entz Béla.**

A Strassburger-féle transparentia-vizsgálat hydrocephalus eseteiben.

Bókay János: Két csecsemőt mutat be, kiken a transparentia kiterjedten észlelhető erős fényforrás használata mellett, noha a fejkörfogat egyik esetben sincs megnagyobbodva. Mindkét esetben a veleszületett hydrocephalusra jórészt csak azon körülmény utalt, hogy a nagy fontanella tátongott és nyíltak voltak a suturák és az ébrényi páros fontanellák. A transparentia kifejezett voltából és kiterjedtségéből mindkét esetben arra kell hogy következtessünk, hogy a ventriculáris folyadék igen sok.

Látás-zavar orrmegbetegedés folytán.

Baumgarten Egmont: A 20 éves leány múlt év május havában tűrhetetlen fejfájások között betegedett meg és 3 nap alatt teljesen elvesztette a bal szeme látását. A fejfájás oly iszonyatos volt, hogy a beteg senkit sem tűrt meg maga mellett, porok, orvosságok nem csillapították szenvedéseit. Szemét szakorvos kezelte, de eredménytelenül. Múlt év szeptember havában Budapestre jött. Szily vizsgálatának eredménye a következő: A jobb szem intact, astigmatismus. Bal szem: a látóideg feltűnően halavány, az általános papillitis minden jele nélkül, tiszta nyomási atrophia. Szabálytalan alakú centrális scotoma, melyet zóna határol, a melyben a beteg egyes tárgyakat még észrevesz; decoloratio papillae, divergáló strabismus.

A bal orrfél középső kagylójának hátsó része kitéremkedik és az orrsövényt érinti. A bullosus kitéremkedés csontkemény, más elváltozás nincs.

Már maga a nagy fejfájás is arra indított, hogy az orrban művileg beavatkozzam, a mely elhatározásomat erősen támogatták az előbbi esetekben elért jó eredmények, főleg pedig a látás, illetőleg a szem állapotának megjavulása.

A középső kagyló kiálló kitéremkedését csontfogóval darabokban távolítottam el, mire a sin. sphenoidalis elülső fala hozzáférhetővé vált. Másnap javulás még nem mutatkozott. Most kellő óvatossággal a sin. sphenoidalis elülső falát perforáltam. Minthogy az üregből sem savós, sem genyes váladék nem ürült, hosszú pincetával behatoltam és azt találtam, hogy az üreg kicsi és nyálkahártyája feltűnően túltengett.

A nyílást tágitással iparkodtam nyitva tartani. Már a műtétet követő második napon engedett az iszonyatos fejfájás és ötödnapra teljesen megszűnt. A beteg egyidejűleg jelzi, hogy homályos látása a bal szemem némileg enged. A strabismus feltűnően visszafejlődik. Szeptember végén Szily konstataulta, hogy a központi scotoma lényegesen kisebbedett. A szemhátér lelete nem változott.

November hó közepéig a beteg naponta ellenőrzésem alatt áll. A fejfájás igen ritkán jelentkezik csak és mindannyiszor vagy a kagylón levő sarjadzásokat, vagy az üregben levő túltengéseket távolítottam el, mire a fejfájás még aznap teljesen megszűnik.

A beteg maga jelzi, hogy bal szeme látása napról napra javul. A 3. perimetriás felvétel a scotoma lényeges megkisebbedését mutatja.

A beteg hazautazott és január elején jelentkezik újból. Észleli látásának javulását, az otthon töltött idő alatt fejfájása nem volt, életkedve ismét megjött, hangulata vidám.

A megérkezése utáni napon ismét volt fejfájása, de ez az előbbieket meg sem közelítette.

A vizsgálat kideríti, hogy a sin. sphenoidalis elülső falát sarjadzások fedik. Az eltávolításukat azonnal elvégeztem és velük együtt a hátsó rostacsontsejtekből is néhányat, valamint az üreg

nyálkahártya-túltengését kicsipem fogóval. Ezen alapos kitakarítással elértem azt, hogy újabb sarjadzások ez idő alatt nem keletkeztek. Január havában az üreg nyílását állandóan tágitom. Február elsején Szily nem csekély meglepetésemre közli, hogy a centrális scotoma teljesen megszűnt és a beteg egy meterről olvas ujjakat. Látása tovább nem javítható. E szem alkalmasint ezelőtt is amblyopiás volt. A jobb szem visusa $\frac{5}{50}$, a mely 3·5 D.-val javítható $\frac{5}{15}$ -re. Fejfájás ebben a hónapban ritkán volt, akkor is néhány percnyi tartammal és igen enyhén. A strabismus igen kiscokú.

A multkor bemutatott esetben, ámbár az orrban semmi feltűnő elváltozás sem volt, tervszerűen nyitottam meg a sin. sphenoidalis, minthogy a többi melléküreg megbetegedését kizárhattam; az elveszett látás csakugyan meg is javult. Ott sem volt váladék a sphenoidalis sinusban. Ezen esetben ugyanazon okból végeztem ezen műtétet, ámbár maga a tűrhetetlen és kínzó fejfájás is indokoltta tette a művi beavatkozást és miként látjuk, nem csupán a fejfájás mult el, hanem egyébként is szép eredményt nyertünk, a mennyiben a centrális scotoma eltűnésével a látás is lényegesen javult.

A légső helyzetváltozásait feltűntető Röntgen-lemezek.

Engel Károly: Nemcsak a nyakon levő daganatok, hanem mellüregbeli megbetegedések is okozhatják a légső eltolását és elgörbülését. Curschmann aorta-aneurysmánál mutatta ezt ki. Pfeiffer vizsgálati eljárásnak a Röntgen-sugarak által való átvilágítást ajánlotta. A bemutató több ilyen lemezt demonstrál. Bemutat intrathoracális struma, mediastinális lymphosarcoma, mellhártyaüri izzadmány és retraction thoracis által feltételezett légsőeltolást, illetőleg elgörbülést, végül bemutat Röntgen-lemezt, melyen a légső elosztódása, a 2 főbronchus jól követhető egészen a hilus árnyékában való elosztódásig.

A bacillus anthracis és virulentiájának variálásáról.

Preisz Hugó: Az előadó azon vizsgálati eredményeiről számol be, melyek a lépfenebacillus virulentiájának mibenlétére vonatkoznak. Vizsgálatai a Pasteur-féle szelidített lépfene tenyészetekből (oltóanyagok) indultak ki, melyekről kiderítette, hogy sokszor a lépfenebacillus válfajainak egész sorozata foglaltatik bennük; e válfajok úgy alak és kultúra, mint virulencia tekintetében igen lényegesen különbözhetnek egymástól. A normális és teljes ölképességű lépfenebacillustól legeltérőbbek az olyan varietások, melyek már közönséges agaron bő burkot termelnek és a melyeknek telepei ennek következtében agaron gyakran már az első napon belül össze- és lefolynak, nyúlósak, nyálkaszerűek és inkább a rhinoscleroma- vagy Friedländer-féle bacillusra hasonlítanak, mint a lépfene. Ezen nyálkás válfajokról megállapította, hogy virulensebbek, ha a burkuk lassan képződik és tömöttebb, ellenben kevésbé virulensek, ha a burkuk gyorsan képződik és gyorsan elhigul. Ezt pedig állatkísérletek alapján abból magyarázza, hogy a lassan fejlődő és szilárdabb burok az állati szövetekben is lassan képződnek, tovább védi meg a bacillus testét a bakteriumölő nedvek ellen, mint a gyorsan fejlődő, de a bacillus testéről hamarosan le is folyó higabb burok.

Számos östörzsszel végzett szelidítő kísérlete alkalmával meggyőződött arról, hogy az ilyen nyálkás válfajok nem fejlődnek ki szükségképpen a szelidülés folyamán, sőt a szelidülés bekövetkeztét a nélkül, hogy a szelidült törzsek tenyészetben vagy mikroszkop alatt a virulens kiindulási törzstől lényegesen különbözzenek. Ha azonban az ilyen szelidített bacillust fogékony állatba vagy inactivált löserumba oltjuk és ezzel a buroktermelésre megadjuk a lehetőséget, kitűnik, hogy az ilyen kulturában a látszólag nem módosult bacillus buroktermelőképességében megváltozott, a mennyiben a szelidítés arányában mind csekélyebb a képződő burok. A mely lépfenebacillus a buroktermelőképességét teljesen elvesztette, azt az előadó még az egérre nézve sem találta ölnök.

A virulencia lényege a lépfenebacillusnál az előadó vizsgálatai

szerint a buroktermelő képesség, a szelidülés pedig ennek a képességnek megváltozása, illetőleg megfogyatkozása. A burok a bacillust az élő szervezetben az előadó határozott nézete szerint nem a phagoocyták ellen, hanem az oldott anthraxellenes anyagok hatása ellen védi meg.

A mi a szelidítési művelet alatt tapasztalható variálást illeti, abban az előadó bizonyítékot lát arra, hogy a külső körülményeken kívül önmagukban az élő szervezetekben is hathatós rugói vannak a variálásnak; mert csakis így értelmezhető, hogy a lehető legazonosabb külső feltételek mellett valamely őstörzsből oly különböző variációk fejlődnek ki, mint a minőket bemutatott.

Előadását mintegy 90 vetített eredeti képpel világította meg.

Közkórházi Orvostársulat.

(XVI. évf. záró közgyűlése 1909 december 30.-án.)

Elnök: **Ángyán Béla.** Jegyző: **Török Béla.**

Az **elnök** megnyitójában első sorban Elischer Gyula elhunyt elnökről emlékezik meg, kit általános műveltsége, az emberi művelődés legkülönbözőbb irányában megnyilatkozott élénk érdeklődése széles körben tették ismertté és tiszteltté. Orvosi közönségünk különösen nagy hálával emlékezhetik rá, mert évtizedeken át alig volt orvosi közügy, mely sokoldalú képességét és fáradhatatlan munkabírását nélkülözhetette volna. E mellett speciális tudományának mindenkor szeretetteljes ápolója volt.

Elismeréssel van a fő-, al- és segédorvosok tudományos működése iránt, kik a Közkórházi Orvostársulat tudományos céljait szolgálták és a kik a gyakorlati kiképzés mellett a tudományt is művelik és önállóan bűvárkodnak.

Áttér ezután az orvosképzésnek az 1905. évben életbeléptetett reformjára, a kórházakban eltöltendő gyakorlati évre és mint ténytet konstatálja, hogy az mai formájában a célnak nem felel meg, mert a gyakornok csak kényszerállapotnak tekinti a kórházi szolgálatot és unottan végzi.

A **titkár** jelentése szerint 13 bemutató ülésen 36 tag 90 bemutatással és előadással vett részt. Megemlékezik Elischer Gyula elnök elhunytáról, kinek emlékét emlékbeszéddel fogja megünnepelni a Közkórházi Orvostársulat. Elhunytak még: Huber Alfréd és Szőke István. Az igazgató tanácsba beléptek főorvosi kinevezetésüknek fogva Tóth István és Hudovernig Károly. A pénzügyekben mutatkozó deficiten úgy kívánnak segíteni, hogy az évkönyvet a fővárosi házinyomdában óhajtják elkészíttetni. Az igazgató tanácsban elnökké megválasztott Ángyán Béla, alelnökké Szontágh Félix, titkárrá Török Béla.

Végül köszönetet mond a távozó pénztárosnak, Laczkovics Elemérnek, s a két volt üléselelnöknek: Oláh Gusztávnak és Weiss S. G.-nek.

Laczkovics Elemér pénztáros jelentése szerint 1909-ben a bevétel volt 2843 korona 12 fillér, a kiadás 2205 korona 72 fillér.

A közgyűlés a pénztáros, valamint a pénztárvizsgáló bizottság jelentését tudomásul veszi és köszönetet mond nekik.

Azután a választásokat ejtették meg. Üléselelnökök lettek: Horváth Ákos, Juba Adolf. Külső titkár: Körmőczy Emil. Pénztáros: Marsovszky Pál. Tagok: Richter Hugó, Mansfeld Ottó, Brósz Sándor, Simkó Lipót, Bara Béla, Sugár K. Márton, Ángyán János, Furka Sándor, Fischer Mór, Herzfeld Karola, Klein Sándor, Schiller Károly.

Ezután **Pertik Ottó** tartotta meg előadását „**Orvostudományi irányok**” czimen.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

VII. Szakosztály. *Sebészet.*

(Vége.)

IX. A húgy-ivarszervek sebészete.

Herczel (Budapest) előadása az *elsődleges paranephritis*es tályogok kór- és gyógytanát ölelte fel. Az utolsó években 30 ily esetet operált.

Eseteinek több mint felében a paranephritis tályogok genyéből staphylococcus pyogenes albus volt kitenyészthető, egyszer gümöbacillust, egyszer streptococust, egyszer pedig vegyes fertőzés esetében pneumococust és pseudodiphtheria-bacillust talált.

A paranephritikus genyedést kétszer influenza, egyszer-egyszer gonorrhoeás prostatatályog, polyarthrit, perforatiós typhlitis és typhosus endocarditis előzte meg, kétszer a női genitáliák genyes gyuladásához társult a paranephritikus tályog. Aránylag gyakoriak voltak azon esetek, midőn egészen csekély genyedések voltak a fertőzés forrásai, így furuncul, paronychia, hónalj-tályog és tonsillitis follicularis; néha hetek, sőt hónapok teltek el ezen kisebb genyedő góczok gyógyulása óta és csak akkor betegedtek meg a paranephriumok. Alkalmi okként némely esetben trauma is szerepelt (nehéz súly emelése, esés, ütődés); úgy látszik, hogy a paranephritikus szövetekben keletkezett vérzés alkalmas táptalaja volt a vérben keringő bakteriumoknak.

A tünetek méltatásakor *Herczel* hangsúlyozta, hogy torpid esetekben a baj kezdetén úgy a duzzanat, mint a helybeli fájdalom teljesen hiányozhatik. Még legmegbízhatóbb a többször ismételt próbapunctio. A prognosis kiterjedtebb tályogképzés mellett kedvezőbb, mint azon esetekben, midőn kevés a geny és a gyuladásos infiltratio ezt is a nyirokutakba sajtolja. Sajnos, hogy ezen utóbbi esetek többnyire csak későn kerülnek műtétre.

X. A végtagok sebészetével

a következő előadások foglalkoztak:

Kuzmik (Budapest) a *varicosus venáknak percutan körülöltésével való gyógyításáról* szolt. (Előadását eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.)

Csikos Sándor (Debreczen) az *idült könyökficzamadások véres műtéteiről* tartott előadást. 16 esetében arthrotomiával mindig sikerült a correctio.

A discussióban *Dollinger* (Budapest) ismertette azon *eljárását, melyet az idült könyökficzamadások repositiójához követ.* Az eljárás lényege az, hogy a könyök külső oldalán a m. triceps külső feje s a m. brachioradialis között hosszszelvéssel behatol; szabaddá teszi az olecranont és első sorban az ulna vájulatát tisztítja ki. Azután a lig. laterale ext. és m. anconeus quartus mögött a radius fejéhez nyomul. A m. brachioradialis tapadásának leválasztása és a m. brachialis felemelése után a felkarcsont izvégén levő összenövéseket szétválasztja s most részben a vértelen repositiónál alkalmazott fogásokkal, részben közvetlenül az ízületre alkalmazott nyomással teszi helyre a könyököt. A lig. laterale externumot *Dollinger* a könyökizület fontos támasztó tényezőjének tartja s azért kiméli; nem vágja át, hanem tapadása helyét, az epicondylus lat. humerit, temporaer módon reszekálja.

Gergő Imre dr.

PÁLYÁZATOK.

A kecskeméti M. Kir. Állami Gyermekmenhelynél **másodorvosi állás f. évi április hó 10.-éig.** Javadalmazása 1200 korona és teljes ellátás. Kiküldetéseknél napi 18 korona úti átalány. Orvosnők előnyben részesülnek. Gyermekgyógyászatban nagy gyakorlat szerezhethető. A kérvények a belügyminiszterhez czimezve, alulirotnál nyujtandók be.

Kecskemét, 1910. évi márczius hó 25.-én.

2-1

Egressi Lajos dr. igazgató-főorvos.

782/1910. kig. sz.

Máramaros vármegye dolhai járásában vasúti állomással, vas- és fűrészgárral és gyógyszerházzal bíró Dolha község székhelyvel üresedésben van a **körorvosi állás**, mert a járási orvos, a ki azt ideiglenesen ellátta, folyó hó 17.-én elhalt. Ezen állásra tehát pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni óhajtoakat, hogy 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában megállapított feltételeket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket **folyó évi április hó 15.-éig** annál inkább hozzám nyujtsák be, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

Ezen állás javadalmazása 1600 korona törzsfizetés, a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási, fuvar- és kiszállási díjak, a vasgár után a betegsegélyző pénztár részéről évi 1200 korona, a borsavölgyi gazdasági vasúttól évi 170 korona és a gróf Teleki uradalomtól egyezkedés alapján járó évi díj és tüzfiaatalány s végül a község részéről évi 600 korona lakbérilletmény. Kötelessége az orvosnak a kör 8 községét, — melyek közül a legtávolabbi a székhelytől 19 kettő pedig vasút mentén 4-4 kilométerre esik — minden két héten beutazni. A választást a pályázat eredményéhez képest azonnal a legrovidebb határidőre fogom kitűzni.

Dolha, 1910. évi márczius hó 20.-án.

9022

Hatfaludy László, főszoalgaíró.

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 szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Aldor Lajos: Az idült vastagbélhurutok gyógyítása forró gelatina-beöntésekkel. 259. lap.

Guszmán József: Közlés a budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár budai rendelőintézetének bőrgyógyászati osztályáról. Kiterjedt leukoplakia urethralis és néhány adat a leukoplakiák aetiológiájához. 261. lap.

Frey Ernő: Közlés a poliklinika I. idegosztályáról és laboratóriumából. (Főorvosok: Schaffer Károly dr., egyet. rk. tanár és Vas Bernát dr., egyet. magántanár.) A Wassermann-reactio értéke a tabes diagnózisában. 263. lap.

Szili Jenő: Módosított Braun-fecskendő. 265. lap.

Hanasiewicz Oszkár: A hadsebészet újabb irányelvei. 265. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. R. Lépine: Le diabète sucré. — *Lapszemle. Általános körtan. Falk és Stricker:* A carbenzym. — *Verth:* A carbenzymnek

gümös folyamatokra való hatása. — *Belorvostan. Boas:* A flatulentia és orvoslása. — *Idegkörtan. Oppenheim:* A fejtartás befolyása az agyvelőtűnetekre. — *Bauer és Biach:* A Babinski-reflex. — *Sebészet. Polnarn:* A gerinczagnak stovainnal való érzéstelenítése. — *Blumberg:* A fájdalomérzések jelentősége a feregnyúlványlob és hashártyagyulladás körjelzésében és körjósolatában. — *Bőr-körtan. W. Rabe:* A Kromayer-féle kvarzlámpa használata ezemás esetekben. — *Venerés bántalmak. W. Scholtz:* A férfiak sterilitása. — *R. Frühwald:* A spirochaeta pallidának a tusejárással való kimutatása. — *Fizikai és diatetikai gyógyításmódok. Fabry és Zweig:* A közönséges kemény szemölcs, a clavus és tyloma kezelése szénsavhóval. — *Benderski:* A nyers gyümölcs élvezése ivókúrák idején. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Könyv:* Kórosan gyakori pollutio. — *Rhode:* Szer idült székrekedés ellen. 267—272. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 272. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 272. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 273—277. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az idült vastagbélhurutok gyógyítása forró gelatina-beöntésekkel.

Irta: **Aldor Lajos** dr., Karlsbad.

Azon bélvizsgáló eljárások között, melyek a legújabb idők termékei, a *functiós béldiagnostika* és a *sigmoszkopia* a szakemberek között ma már általános elismerést vívott ki magának. Elterjedésük természetesen a diagnostikának tett első sorban jelentékeny szolgálatokat, de a bélbetegségekről való ismereteink behatóbbá tételéhez általánosságban is hozzájárultak; vannak ugyanis kóralakok, melyeknek a diagnostika számára való hozzáférhetőségét a sigmoszkopia tette csak lehetővé. Ezek közé sorolandó a sigmoiditis, egy kórkép, melynek biztos felismerése a sigmoszkopia használata előtti időkben lehetetlen volt. Ellentétben azzal a jelentékeny önállósággal, mely a végbél pars perinealisának, a sphincter-csatornának a pathológiájában a bélhuzam egyéb részleteivel szemben található, csupán a flexurára lokalizálódó, izolált sigmoiditissel a legritkábban találkozunk. Az esetek túlnyomó részében részjelensége az egy chronikus colitisnek; és mint ilyen chronikus colitis esetén felette gyakran található is. Tekintélyes anyagon, melyet a vezetésem alatt álló gyógytelep és magángyakorlatom szolgált, szerzett bő sigmoskopiás tapasztalatok alapján állíthatom, hogy évekre visszanyuló chronikus colitisekben a flexura sigmoidea majdnem kivétel nélkül a megbetegedés körébe van vonva. Ez a tény különösen alkalmas arra, hogy a bélendoskopiának a chronikus colitisekre is vonatkozó jelentőségét illusztrálja; nem vonható ugyanis kétségbe annak a körülménynek jelentősége, hogy az endoszkopia által lehetővé válik a megbetegedett vastagbélnek legalább egy részét a szem számára hozzáférhetővé tenni.

Ha az újabb vizsgáló eljárások első sorban a diagnostikának tettek szolgálatokat, a bélbetegségek therapiája sem maradt általuk érintetlenül. Három év előtt tartott egyik előadásomban¹

¹ *Aldor:* Über die Functionsprüfung des Darmes etc. Deutsche med. Wochenschrift, 1908 és Orvosi Hetilap 1907.

nagyszámú vizsgálat alapján hangsúlyoztam, hogy a Schmidt-féle functiós béldiagnostikai eljárásnak nem csupán az az értéke, hogy rendelkezésünkre áll benne egy *egységes alapon* felépült vizsgálati módszer, melynek segítségével módunkban van a meglehetősen éles elhatárolása a gyomorból és a bélből eredő emésztési zavaroknak, hanem ezen vizsgálati eljárás a chronikus bélhurutok diatétis gyógyítása terén teszi a legértékesebb szolgálatokat. A functiós zavarokba való közelebbi betekintés által az idült bélhurutok diatétis gyógyításának pozitív alapot szolgáltat azon sémás eljárás rovására, mely ezen a téren eddig uralkodott. Előbb említett előadásomban rámutattam arra az abususra, mely a chronikus bélhurutok diatetikájában a húsmeüiek favorizálása terén észlelhető, holott a functiós béldiagnostika akárhány idevonatkozó esetben konkrét adatokat nyújt, főleg az erjedéses és a húspróbaival, az ezen tápanyagokkal szemben jelenlévő intolerantiára. Az ilyen esetekben a húsmeüieknek a diatétából való törlése a diatetherapiának elengedhetetlen követelménye. Az ilyen betegek számára ideális tápszer gyanánt a gelatinát ajánlottam, és ezt az idült bélhurutban szenvedő betegek diatetherapiájában azóta is kiterjedten alkalmazom. Nagy anyagon szerzett, és most már évekre visszanyuló ez irányú tapasztalataim oly kedvezőek, hogy jogosultnak látszott az a felvételem, hogy a gelatina, megfelelő módon és úgy alkalmazva, hogy az a beteg bél-mucosával közvetlen érintkezésbe jusson, az idült bélhurutoknak nem csak a diatetherapiájában, hanem azok kezelésében mint értékes gyógyszer is hivatva van szerepet betölteni. Az eredmények, melyeket a gelatinának rendszeres helyi alkalmazásával eddig elértem, ezen felvétel jogosultságát megerősítik és arra indítanak, hogy ezen eljárásra szélesebb körök figyelmét már most felhívjam, a midőn az eljárás értékét még nem az esetek nagy száma, mint inkább azok súlyossága és a huzamosabb ideig tartó, pontos és functiós vizsgálatokkal ellenőrzött észlelése alkalmas demonstrálni.

A mi az eljárás egyszerű technikáját illeti, a beteg egy órával a beöntést megelőzőleg 25—28 C⁰ 1/2 liternyi vízzel tisztító klysmát kap, melynek lehetőleg teljes kibocsátása után 1/2—3/4 órai nyugodt fekvés közben várja be a tisztító klysmát által okozott bélizgalom megszűnését. A beöntést baloldali hely-

zetben végzem oly módon, hogy 40—80 cm³ 10%-os gelatinát 45—52 C⁰-os karlsbadi Sprudel-vízben oldva becsátok be a bélbe. Ezután a beteg 2 órán át hasán forró kataplasmával (thermophor-moorborogatás) hanyattfekszik, és ily módon az esetek túlnyomó többségében minden nehézség nélkül sikerül a beöntött folyadék teljes visszatartása. Ez alkalommal a magas beöntéseknek sokat vitatott kérdésébe belemenni nem óhajtok; az erről meglévő irodalmat általánosan ismertnek tételezhetem fel, valamint azt is, hogy minden gyakorló orvos könnyen jut abba a helyzetbe, hogy a kérdésben saját bőséges tapasztalatai alapján foglalhasson el álláspontot. Fel kell azonban hívnom a figyelmet arra a nagy méltánylásra, melynek a nagy hőfok lokális alkalmazása ezen a téren ma általánosságban örvend. 1903 óta, a midőn én¹ az idült vastagbélhurutok gyógyítására legalább 45 C⁰-os karlsbadi vízzel való beöntéseket ajánlottam, a vastagbél mucosájának a magas hőfok iránt mutató nagy toleranciája, és ennek a körülménynek therapeutikai értékesíthetősége általánosan el lett ismervé (Strauss, Tenton B., Türck, Hemmeter, Michaelis stb.). A magas hőfokkal szemben való viselkedést illetően azonban, mint arra legújabbán Strauss² is rámutatott, a mélyebben fekvő egyes bélrészek között jelentékeny különbség észlelhető, mert a míg az ampulla és a flexura sigmoidea igen magas hőmérsékkel szemben is csak igen csekély érzékenységet mutat és sokszor 50—52 C⁰-ot is a legcsekélyebb reactio nélkül tűr el, addig a bél legmélyebben fekvő részletének, a pars sphinctericának hőérzékenysége igen jelentékeny. Ezen fontos körülmény pedig a beöntések végzésekor figyelmen kívül nem hagyható, és bármi legyen a felfogásunk a magas beöntésekről, olyan esetekben, midőn a bélbe jutó folyadék magas hőmérsékere súlyt kell helyeznünk, ha más nem is, de ez a körülmény parancsolóan kívánja a csőnek magasabbra, legalább is 11—13 cm.-re (plica recto-romana) való bevezetését. Ha magas hőmérsékű oldatokat egyszerű klyma alakjában alkalmazunk, a beteg éppen a sphincterkanálisnak most említett jelentékeny hőérzékenysége következtében a folyadékot a keletkező fájdalmak miatt csakhamar kibocsátja és a folyadéknak állandóbb visszatartásáról szó sem lehet.

Visszatérve a gelatinára, magángyakorlatomban, hol a gelatinának beszerzésére és előállítása módjára ellenőrzést nem gyakorolhattam, a Merck-féle 10%-os sterilizált gelatinát használtam; gyógyintézetekben és kórházakban azonban pótolható ez a házilag jelentékenyen olcsóbban előállítható gelatinával.

Az eljárást kizárólag a chronikus vastagbélhurutok hasmenésekben nyilvánuló oly makacs és súlyosabb alakjaiban használtam, melyekben az ez idő szerint ismeretes különféle gyógy-eljárások eredmény nélkül lettek alkalmazva. Az elmúlt nyár folyamán hét beteget kezeltem ezzel az eljárással oly módon, hogy a kezelést közvetlenül és állandóan ellenőrizhettem és módomban volt ezt a 7 beteget huzamosabb időn át pontosan észlelni. Körtörténetükből csak a fontosabb adatok álljanak itt.

I. S., 27 éves, katonatiszt M.-ből (Oroszország). 1906-ig egészséges volt, ekkor az orosz-japán háborúban súlyos dysenteriat (mandzsuriai dysenteria) szerzett, 3 hétig tartó szabálytalan lázzal, állandó és igen gyakori diarrhoeás széklettel, mely nyálkát és szabad szemmel észrevehető vért tartalmazott. Néhány heti fekvés után az állapota jelentékenyen javult és 1908-ig — bár a hasmenéses hajlam állandóan fennállott — elég jól volt, 1908 óta ismét állandó, naponta 5—6 ízben jelentkező hasmenés nyálkás-véres ürülésekkel. Ugyanezen idő óta a has felső részében állandó feszülés és nyomás. Az utolsó három hétben a hasmenéseket illetőleg némi javulást tud magán konstatálni. A beteg 1909 június 18.-án keresett fel először rendelésemre. A fizikai vizsgálat alkalmával kifejezett nyomás-érzékenységet találtam az epehólyagnak megfelelően a nélkül, hogy az epehólyag kitapintható lett volna. Egyébként úgy a has, mint a mellkas fizikai vizsgálata negatív. Aranyeres csomók nincsenek. A vizelet 1021 fajsúly mellett mentes minden idegen elemtől.

Az egy órával az Ewald-Boas-féle próbareggeli után végzett gyomorvizsgálat úgy a secretio, mint a motilitás tekintetében teljesen normális viszonyokat mutat, szabad HCl = 25, összaciditas 50%.

¹ Áldor: Die Behandlung der chron. Dickdarmkatarrhe mit hohen Eingiessungen. Berl. klin. Woch. 1903.

² H. Strauss: Deutsche med. Woch. 1909.

A beteg 3 napon át a Schmidt-féle próbakosztón él és a 3. nap után kiürített, részben híg, részben darabos, világosbarna színű normál bélsárban foszlányos nyálka és mérsékelt mennyiségben vegetabilis ételrészletek láthatók. Geny és vér szabad szemmel nem látható; vegyhatása gyengén alkalis és az erjedés-próbánál már 4—5 óra eltelte után bőséges gázképződés észlelhető savanyú reactióval: a vérpróba (aloin) kifejezetten positiv. Mikroszkop alatt sok izomrost; amoebák nem találhatók, ellenben nagyobb számban láthatók granulose-tartalmú mikroorganizmusok. A beteg naponta 1 pohár (200 gramm) Sprudelt iszik, a megfelelő enyhe, de bő diatán él (ca. 2800 caloria), melyben a szénhidrátokat jelentékenyen redukáltuk és rendszeresen kap gelatin-sprudel-beöntéseket naponta június 24.-től július 13.-ig. A beöntésre használt Sprudel mennyisége 500—800 cm³ között ingadozott, hőmérséke 45, később állandóan 50 C⁰; az első beöntéshez 80 gramm, később állandóan 40 gramm gelatinát alkalmazunk. A székletetek száma már az első két beöntés után jelentékenyen redukálódik, consistentiájuk azonban állandóan híg, egészen július 1.-ig ismételten tartalmaznak bőven nyálkát és szabad szemmel látható vért. Július 1.-től fogva azonban esupán a tisztító klysmát követő székletét híg, különben a betegnek naponta egyszer van; többnyire 2—3 órával a beöntés után, formás, teljesen normális széke és négy heti észlelés után minden panasztól mentesen távozik.

H. P.-né, 50 éves, katonatiszt neje M.-ről (Magyarország). 11 év óta szenved hasmenésben, székletete állandóan nyálkás és igen sokszor véres. Két év óta jelentékenyen lesoványodott és étvágytalan. Baját állandóan gyógykezelte, de sem a diatás, sem a gyógyszeres eljárásokkal nem tudtak eddig eredményt elérni. 1908-ban Karlsbadban vezetésem alatt ivókúrát folytatott és beöntéseket kapott 40—45 C⁰ karlsbadi vízzel, azonban szintén csekély eredménnyel. 1909 május hó 27.-én keres fel újból. A has nyomásra mindenütt kifejezetten érzékeny; rendellenes resistentia nem tapintható. A lép kissé megnagyobbodott, alsó széle közvetlenül a bordaív alatt kitapintható (évek előtt malária?). Egyéb fizikai eltérés nem mutatható ki. A vizelet 1022 fajsúlyú, idegen elemeket nem tartalmaz. A három napon át használt próbakoszt után nyert bélsár sárgás-barna, részben pépes, részben híg. Makroszkopice kevés nyálka, mérsékelt számban vegetabilis természetű ételrészletek és ugyancsak szabad szemmel látható izomdarabkák, kémhatása alkalis. Az erjedés próba már 3 óra múlva erősen positiv, bő gázképződés alkalis reactio mellett. A vérpróba positiv (aloin, benzidin). A mikroszkopi képen sok fehérvérsejt és igen sok izomrost látható.

A rektoromanoszkop (a Strauss-féle pneumatikai készülék) 13 cm. magasságig minden nehézség nélkül felvezethető. A végbélnyílás körül aranyeres csomók nincsenek. A rectum nyálkahártyája a sphincteratsarna felső részétől kezdve mindenütt sötétvörös, erősen duzzadt, helyenként finoman szemcsés, nagyobbbrészt azonban hársónyszerű felületű, melyen bőven láthatók vérvörös pontok és nyálka-foszlányok. Az ampulla és a flexura mucosája jelentékeny vulnerabilitást mutat, a menyiben a tubus által kifejtett, bár csekély nyomásra is pontszerűen vérvörös erosiók lesznek láthatók. A plica recto-romana közelében a mucosa duzzanata mind kifejezettebb. annyira, hogy 13 cm.-en túl a tubus továbbvezetése lehetetlenné válik.

A beteg diatájában a húsféléket jelentékenyen redukáltam, bőven élvez csibekocsonyát, naponta körülbelül 100 gramm vaját és 1 liter Bouma-féle tejet. Tojással, cakes-szel, bisquittel és roborattal fedezzük a tápszükségletét. Naponta 1 pohár (200 gm.) Sprudelt iszik és ugyancsak naponta beöntés alakjában kap eleinte 80 gramm, később 40 gramm Merck-féle gelatinát 500—700 gramm 45—50 C⁰-os Sprudellel. Az első négy beöntés után az addig állandóan véres-nyálkás székletét vérmentes, székletete eleinte naponta kétszer-háromszor van, vizes-pépes, a hatodik beöntés után naponta állandóan egyszer, részben pépes, részben szilárd ürülék. A beöntéseket a beteg állandóan visszatartja, és most már többnyire csak 8—10 órával a beöntést követően van naponta többnyire csak egy széklete. 18 beöntés után súlyban 3 kgm.-mal gyarapodva hagyja el Karlsbadot. (Sajnos, a beteg újabb endoszkopiás és functiós vizsgálatra nem volt hajlandó.) A beteg környezete négy hónappal a kezelés után értesít, hogy azóta csak egy ízben volt pár napig tartó hasmenése.

(Vége következik.)

Közlés a budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár budai rendelőintézetének bőrgyógyászati osztályáról.

Kiterjedt leukoplakia urethralis és néhány adat a leukoplakiák aetiológiájához.

Irta: *Guszman József* dr., rendelő orvos.

X. Y., 38 éves, nős, szerelő, 1909 december 12.-én a következő elváltozással került a rendelésünkre. A makkon az orificium urethrae körül mintegy 3—4 mm. széles körben a bőr állandóan kis fokban hyperaemiás. A hyperaemiás udvartól befelé, közvetlenül az orificium szélén, tehát kívülről, a húgycsőnyílásnak a feltárása nélkül keskeny, 1—1.5 mm. széles ovális, krétafehér elszíneződés látható (l. az ábrát), mely alig észrevehetően kiemelkedik. A húgycső nyílásának a feltáráskor a nyálkahártyán a szokott csillogó, kissé bársonyos vöröses szín helyett ugyanazt a krétafehér, kissé száraz tapintású elváltozást találjuk. A meddig a húgycsőbe egyszerű feltárással segélyével betekinthetünk, a nyálkahártya meglehetősen egyöntetűen ezt a fehér színeződést mutatja.

Fontos volt ezek után megtudni, hogy a nyálkahártyának ez az elváltozása meddig terjed hátrafelé a húgycsőben. E czélból felkérésre az urológiai osztály vezetője, *Emödi* dr. volt szíves az endoskopiát végezni, a kinek egyben az eset hozzám való utalását is köszönöm. A húgycső endoszkopos vizsgálata kiderítette, hogy a nyálkahártya fehéres megvastagodása a bulbus urethraeig terjed. A nyálkahártyának ez az elváltozása abban is nyilvánul, hogy a ránczképződés mindvégig durvább és vaskosabb a szokott-nál. A fehér szín a legelénkebb a fossa navicularisban; itt inkább krétafehér. Hátrafelé a fehér szín egyre tompábbá válik és inkább gyöngyházszerű. A mirigyek helyenként élénkebben tűnnek fel. Szűkület a húgycsőben nem található.

A betegnek, csekély bizsergéstől eltekintve, semmiféle más subjectív tünete nincsen. A húgycsőnek fehéres elváltozásáról különben nem is tudott s az urológiai rendelőt csak a kevés váladékot fenntartó urethritise miatt kereste fel. A betegnek az anamnesiséből még csak az deríthető ki, hogy 14 évvel ezelőtt lueses infekción ment keresztül, a mely ellen a kórházban rövid ideig tartó kenőkrémát végeztet. A meg-ejtett *Wassermann*-féle seroreactio kifejezett pozitív reakciót adott. Ez a lelet tehát mindenestre támogatja azt az anamnesis adatot, hogy a beteg csakugyan luesel fertőzte magát.

Az eset rövid leírásából is már látható, hogy a folyamat diagnosisa körül más bántalom, mint a leukoplakia, úgyszólván fel sem vetődhetik. A ki csak néhány tipusos szájüregi leukoplakiát észlelt valaha, az a húgycsőben vagy másutt előforduló hasonló elváltozást alig ismerheti félre. Az a jellegzetes, egyöntetű, fehéres elszíneződéssel járó nyálkahártyamegvastagodás, mely semmiféle jelentékenyebb gyuladást nem mutat, annyira szembevető és csak oly kevés más folyamathoz hasonló némiképpen, hogy kifejezett esetben még oly ritka localisatióban is, mint a jelen esetben, mással alig téveszthető össze. A húgycsőben az ilyen kiterjedt leukoplakia, mint a minő a mi esetünk, talán legfeljebb két folyamatra emlékeztet a futólagos megtekintéskor. Az álhártyához és a heghez. Álhártya esetén azonban oly acut lobos tüneteknek kell jelen lenniök, a melyek a leukoplakiát, mint az idültég fogalmának a prototypusát, csakhamar kizárják. Ilyen jelenségek azonban tökéletesen hiányoztak. A leukoplakiának az állandósága és változatlansága, szemben az álhártyás gyuladással muló természetével, gyors helyreigazítást ad. Heges folyamattal a húgycső leukoplakiája csak egészen felületes megtekintéskor téveszthető össze. Különben

is ily nagy terjedelmű hegesedés, mint a minő ez a leukoplakia, már igen jelentékeny szűkületet létesítene, a mi pedig hiányzott.

A húgycsőnek tipusos leukoplakiája, mint ritkább elváltozás, csak elvétve található az irodalomban említve, s ilyenkor is a a legkülönbözőbb elnevezés alatt. *Oberländer* a helytelen psoriasis mucosae urethrae elnevezést használja. Csak helyesülhet, ha *Wossidlo* a különböző néven elnevezett idetartozó folyamatokat a leukoplakia fogalomkörébe kívánja sorozni. Nagyon kétséges azonban, hogy helyesen jár-e el akkor is, a mikor az *Asch* által a húgycsőben észlelt fehéres elváltozást, a melyet ez a szerző fehéres „diphtheritises“ membranának nevez, ide sorolja. Az irodalomban szétszórt észlelések közül az újabb időből csak a *Ludwig*¹ esetét említjük meg, és pedig főleg azért, mert ez az észlelő az elváltozásnak a terapiájára is kiterjeszkedik. Mintán ő ugyanis természetesen azt találta, hogy a húgycsőnek a műszeres kezelése a folyamatra semmiféle hatással sinesen, a *Winternitz* által a szájüregi leukoplakia ellenében ajánlott vaccinum myrtillus fozetét kísérelte meg és azt találta, hogy befeccskendések alakjában jó sikerrel alkalmazható. Bizonyos azonban az is, hogy ezt a tapasztalást mások nem erősítették meg, sőt *Kaufmann* éppen az ellenkezőt észlelte.



Az a kevés adat, mely a húgycső nyálkahártyájának leukoplakiás elváltozásáról szól, a saját esetünktől leginkább abban különbözik, hogy a míg ott a nyálkahártyának a fehéres megvastagodása csak kisebb-nagyobb foltokban és góczokban jelentkezik, addig az esetünkben ez az elváltozás a húgycsővet úgyszólván megszakítás nélkül az orificiumtól végig a bulbusig elfoglalta. Az *Englisch*² által a közelmúltban összeállított urethralis leukoplakiaesetek is kivétel nélkül csak apró foltokban és plaque-okban jelentkeztek. Ezek közül a legtöbb régebbi szerzők észleléséből ered és súlyos, fistulával és húgybeszűrődéssel járó stricturás esetekre vonatkozik. Az újabb irodalomban csak *Kaufmann*³ tesz egészen futólagosan, minden közelebbi meghatározás nélkül említést egy esetéről, a melyben az egész húgycső falára terjedt ki a leukoplakia. Az *Englisch* által részletesen említett lithiasis urethrae esete, mely igen kiterjedt húgycsövi „leukoplakiával“ járt, a tipusos leukoplakia fogalmának nem felel meg, mert fehéres-szürkés membranáról szól, a mely szakadékos és eltávolítható volt. Nyilvánvaló, hogy ebben az esetben álhártyás folyamat utánozta a leukoplakiát,

melyről „hártyák“ sohasem vonhatók le. Ilyen téves felfogással több „leukoplakiás“-nak leirt húgycsőbeli folyamat ismertetéskor találkozunk. Klinikailag a leukoplakiának tipusos megjelenését a szájüreg nyálkahártyáján ismerjük a legjobban. A kiindulás mindig csak ez lehet. Ha ezt az elnevezést egy más nyálkahártya bántalmára átvisszük, feltétlenül szükséges, hogy az a leukoplakia klinikai fogalmának is megfeleljen.

A leukoplakiának tehát a legismertebb és ezért a legjobban tanulmányozott alakja az, a mely a szájnak a nyálkahártyáját támadja meg. Első sorban tehát a pofa, a nyelv és az ajak nyálkahártyájának a leukoplakiája. Igazi jellege abban áll, hogy idült lappangó és tünetet nem okozó gyuladással alapon krétafehér vagy gyöngyházszerű foltokban, plaque-okban jelentkezik, a melyek a hámnak a megvastagodása és részben a tunica propriának a megvastagodása és sejtes beszűrődése folytán a felszínről többé-kevésbé kiemelkednek. Ez a fehéresen megjelenő szövetbeli többlet

¹ *Ludwig*: Zur Therapie der Leukoplakia urethralis. Münchener medizinische Wochenschrift, 1904. 39. szám.

² *Englisch*: Zeitschrift für Urologie, 1907. 1. kötet.

³ *Kaufmann*: Münchener medizinische Wochenschrift, 1904. 43. sz.

a nyálkahártyáról hártya alakjában sohasem vonható le és éppen ez a tulajdonság egyik megkülönböztető jele a leukoplakiának például az álhártyás gyuladástól. A hártya alakjában levonható húgyesővi folyamatokat tehát már eleve ki kell rekeszteni a leukoplakia fogalomköréből.

A szájbeli leukoplakiák különösen azóta keltik fel az orvosnak a figyelmét nagyobb mértékben, a mióta megismertük, hogy az aetiologiájuk és a prognózisuk mily nagy fontosságú. A szájüregi leukoplakiának az aetiologiájára nézve úgyszólván minden jól észlelt esetben kimutathatjuk az előző lueses infectiót. A szájbeli leukoplakiának syphilitikus aetiologiáját a közelmúltban egy közleményünkben¹ is igyekeztünk megerősíteni, a mikor többek között kimutattuk, hogy a leukoplakiás eseteknek 94%-ában sikerült az előző lueses infectiót megtalálnunk. Hasonló nézetet van az újabb szerzők közül *Kopp* is, a ki a leukoplakia buccalis jelenlétét egyenesen pathognomoniás értékűnek tartja az előzetes syphilitikus megállapítására. Még azok a szerzők is, a kik a leukoplakia aetiologiájában a lues fontosságát tagadják, a syphilitikus infectio fennforgását az eseteknek mintegy a felében kénytelenek felvenni (például *Joseph* 42%-ban).

A leukoplakiának a luesel való összefüggését legújabbban a *Wassermann*-féle seroreactióval is sikerül megerősíteni. A *Wassermann*-féle reactio gyakorlati értékére és alkalmazhatóságára nézve álláspontunkat már volt alkalmunk szóban és írásban megismertetni. Kiderül ebből, hogy mai nap a *Wassermann*-reactio gyakorlati alkalmazásának csaknem egyetlen elvitázhatatlan része az, hogy a kifejezett positiv reactio a mi égővünk alatt igen nagy valószínűséggel az előző lueses infectiót jelzi, tehát anamnesisadatnak felette alkalmas. Ha tehát a leukoplakiának a luesel való kapcsolatát vagy oki összefüggését kutatjuk, mindenkor tudományosan jogosult, sőt szükséges lesz e célból a seroreactiót is alkalmazni.

Ez idő szerint mindössze 21 seroreactió vizsgálat áll rendelkezésünkre, a melyet kifejezett szájbeli leukoplakiás esetekben végeztünk. Az első vizsgálat alkalmával a 21 esetünk közül 18 kifejezett positiv reactiót adott. Egyszerű, szóbeli anamnesis útján a régi lueses infectiót 19 esetben tudtuk a legnagyobb valószínűséggel kimutatni. A 18 positiv reactiót adó eset közül volt 1, melynek szóbeli anamnesiséből a luest nem lehetett kideríteni. A leukoplakiás eseteknek serumos vizsgálati eredménye tehát ismét oly adat, mely véleményünk szerint igen döntő arra nézve, hogy a leukoplakiának az aetiologiájában nagy szerepe van a luesnek. A leukoplakiát tárgyaló első közlésünkben a bántalomnak a luesel való összefüggését részben kifejezetten paralytises betegeknek a vizsgálat körébe vonásával is igyekeztünk megerősíteni, mert kiderült, hogy ezeken a betegeken a szájbeli leukoplakia feltűnő gyakran (45-50%) található. Miután pedig a paralytisis progressivában szenvedőknek körülbelül 90-100%-ában a *Wassermann*-féle reactio positiv, ezzel a vizsgálatnál közvetített módon óhajtottuk a leukoplakiás esetekben szereplő előzetes lueses infectiót valószínűvé tenni. Most ez közvetlenül is sikerült azzal, hogy egyenesen a leukoplakiás esetekben végeztük a *Wassermann*-féle reactiót.

A szájbeli leukoplakiás eseteink közül 5 esetet 3 ízben vizsgáltunk a *Wassermann*-féle seroreactióval. Minthogy ezek az első vizsgálat alkalmával kifejezetten positiv alakban reagáltak, az illető egyéneket kísérletképpen erélyes antilueses kúrának vetettük alá (3-4 gm.-os adagú 30 kenés). Az eredmény az volt, hogy a kúra után az 5 eset közül 3 teljes, 1 pedig részleges negativ reactiót adott, 1 eset továbbra is positiv módon reagált. Az antilueses kezelésnek a reactióra való befolyása tehát ebben a vizsgálati sorozatban is nyilvánult, noha a leukoplakiás elváltozás változatlanul továbbra is fennmaradt. A mikor azután a negativ reactiót adó 4 esetet 1 $\frac{1}{2}$ -3 hónappal később serologias vizsgálatnak újból alávetettük, 3 eset ismét positiv reactiót adott. Ezek az eredmények hasonlóak azokhoz, a melyekről nem régen *Jaworski* és *Lapinski*² tett említést, a mikor a kénés kúrának a seroreactióra való hatását vették vizsgálat alá némely úgynevezett parasyphilitikus bántalom esetén (aneurysma, aortitis, atherosclerosis, tabes).

Tekintve azt, hogy a szájbeli leukoplakiáknak oly nagy számá-

¹ *Gusman*: A szájüreg nyálkahártyájának leukoplakiája. Orvosi Hetilap, 1908. 37-39. szám.

² Wiener klin. Wochenschrift, 1909. 42. szám.

ban, sőt jóformán állandóan nyerünk positiv reactiót, felvetődhetik az a kérdés, hogy nem áll-e még fenn ezekben az esetekben a syphilitikus. De tovább menve, kérdés tárgya lehetne az is, hogy maga a leukoplakia nem lueses termék-e? Ismeretes, hogy a szerzők nagy része ma azon az állásponton van, hogy a kifejezett positiv reactio a még fennálló syphilitikusnak a kifejezője, a mit úgy fejeznek ki, hogy a szervezetben még „activ virus“, avagy eltokolt „spirochaeta“ van jelen. Minthogy ez a kérdés még teljesen vitás s ezen felvétel ellenében véleményünk szerint sok jogos ellenvetést lehet felhozni, ilyen fajta következtetéseket nem teszünk s egyelőre csak a tényekre hivatkozunk, melyek abban állnak, hogy a leukoplakiás eseteinknek legtöbbje kifejezett positiv reactiót adott, jóllehet ugyanakkor semmiféle egyéb lueses tünet klinikailag nem volt kimutatható.

A leukoplakiák fontos klinikai jelentőségének másik oka a prognózisuk. Tudjuk, hogy a száj nyálkahártyájának a leukoplakiás elváltozásai elég gyakran carcinomák kiindulás-helyei. Az erre vonatkozó statisztikák nem egybehangzóak ugyan, de már az a körülmény, hogy a szerzők a szájüregbeli leukoplakiák carcinomába való átmenetelének gyakoriságát 8-30%-ra teszik, mutatja a legjobban, hogy mily végzetessé válhat igen sok leukoplakia. Minthogy régebbi dolgozatunkban erre a kérdésre is részletesebben kitértünk, szükségtelen, hogy részletezzük azt a pathologias lánczfogalmat, a melynek kezdeti és végső lánczszeme a lues, illetőleg a carcinoma lehet, összekötő, középső láncztagja pedig a leukoplakia.

Az irodalomban újabban mind inkább szaporodnak azok az esetek, a melyekben egyik-másik külső nemi- vagy húgyszervi nyálkahártyája van leukoplakiásan elváltozva. Ezek az esetek különösen a vaginára, a penisre, a húgyhólyagra s olykor a húgyesőre vonatkoznak. Mindazok, a kik a különböző nyálkahártyáknak leukoplakiás elváltozásait megfigyelték és leírták, csaknem teljesen egybehangzóan azon a véleményen vannak, hogy ezek az elváltozások lényegben — és pedig úgy klinikai, mint pathologias szempontból — azonosak a szájüreg nyálkahártyájának a leukoplakiájával. Ezt a véleményt vallják többek között *Perrin*, *Kraus*, *Franqué* és *Pflanz* is, a kik azonfelül a legutóbbi időkig a kraurosis vulvae et vaginae címen leírt elváltozást is idesorolják. Bizonyos azonban az is, hogy az idevonatkozó irodalomnak az áttekintésekor arra a véleményre jutunk, hogy több oly eset van leírva, mely nem felel meg kifogástalanul a leukoplakia klinikai fogalmának.

Azoknak a leukoplakiás elváltozásoknak az aetiologiája, a melyek nem a száznak, hanem más szervnek a nyálkahártyájára vonatkoznak, máig is még alig van tisztázva. Az észlelőknek a legnagyobb része aetiologias momentumként egész röviden rendesen csak különböző, sokáig fennálló ingereket említenek. A glans és a praeputium leukoplakiájának eseteiben kivétel nélkül a phimosis kisebb-nagyobb foka szerepel, a hólyag leukoplakiás elváltozásait pedig leginkább idült (kankós) lobos jelenségek, valamint kövek előzik meg. A luesnek az aetiologias szerepéről azonban alig tesznek említést.

Ha visszatekintünk a szájbeli leukoplakia klinikai és aetiologias tanának kialakulására, azt találjuk, hogy ott is sokáig alig, vagy csak mellékesen esett szó a luesről. Csak lassanként, az eseteknek gondosabb észlelése és nagy tömege folyamán jutottunk odáig, hogy ma már csak kevés az olyan vizsgáló, a ki a luesnek a szájnyálkahártyabeli leukoplakiának a kifejlődésében legalább is elsőrangú befolyást ne tulajdonítana. Valószínű, sőt majdnem bizonyos azonban az is, hogy a lues egyedül alig elégséges arra, hogy a nyálkahártya leukoplakiás elváltozását létrehozza. Szükséges ahhoz valamilyen állandóan beható inger, mely leggyakrabban az erősebb dohányzásban és a rossz, éles szélű fogakban rejlik.

A többi nyálkahártya leukoplakiás elváltozására vonatkozóan a két sarkalatos aetiologias tényező közül ez idő szerint csak az állandó inger szerepét emeli ki a legtöbb szerző. A syphilitikus ellenben még kevés szó esik, sőt a szerepét többen egyenesen tagadják (legújabbban *Pflanz*). Miután azt látjuk, hogy a legtöbb újabb észlelő azonosnak tartja a húgy- és nemi szervek nyálkahártyáján előforduló leukoplakiás elváltozást a már régebben jól ismert szájbeli, tehát a valódi leukoplakiával, igen valószínűnek látszik, hogy az aetiologias viszonyok is hasonlóak lesznek. A különböző leukoplakiák azonosságát azonban nemcsak a klinikai megjelenés, a kórszöveti lelet, valamint az egyik aetiologias

tényező, a hosszantartó inger bizonyítja, hanem az a tapasztalás is, hogy a különböző helyen kifejlődő leukoplakiák, csak úgy mint a szájnyalakártyái, igen hajlamosak, hogy rajtuk a carcinoma kifejlődjék. Maradna tehát egyedül az előző lues kimutatásának a hiánya, a miben a különböző (penis, húgyhólyag stb.) leukoplakiák a szájbeliéktől különböznenek. Ha ezeknek a különböző nyálkahártyákon székelt leukoplakiáknak az aetiológiájára nézve is sikerül a lues szerepét kimutatni, akkor a szájbeliéktől való azonos voltuk valóban tökéletes lesz. Vannak esetek, a melyekben sikerült ezt kimutatni. Így legújabbán *Pflanz*-nak¹ egy esetében valószínű, hogy a praeputium és a glans leukoplakiájában szenvedő beteg lueses volt. *Galewsky*² is, a ki 6 penis- (glans és praeputium) leukoplakiát észlelt, 2 esetben tudta a luest kimutatni. Hasonló adatot más szerzők is emlitenek. Saját észlelt leukoplakia urethralis esetünkben, mint láttuk, a lueses infectio az anamnesis és a seroreactio útján szintén volt kideríthető. Bizonyos azonban az is, hogy a meddig a luest a különböző nyálkahártyák leukoplakiájának eseteiben az anamnesis útján csak elvéve tudjuk kimutatni, addig a szerepe nem látható világosan, mert óriási elterjedtsége folytán az ilyen esetekben való előfordulását a véletlen közrejátszásának is lehetne betudni.

A genitális és húgyszervi leukoplakiák létrejötte tehát egészen analog a szájjüregbeli leukoplakiáéval. Fölveszszük, hogy legalább is gyakran a lues készíti elő a talajt a nyálkahártyákon, a melyeken utóbb bármilyen hosszabb ideig tartó inger a leukoplakiás elváltozást felidézheti. Ezek az ingerek (hurutok, kövek, phimosis stb.) azok az aetiológiai tényezők, a melyek közvetlenül jelentkeznek s így a vizsgálóknak a figyelmét első sorban megragadják. A lues ellenben, mivel a nyilvánulásai még ha ismeretesek is a beteg előtt, évekre terjednek vissza, csak ritkábban fogja a figyelmet felhívni. A leukoplakiás esetekben tehát a lues után kell kutatnunk. Erre a gondos anamnesis és sokszor az azt helyettesítő pozitív *Wassermann*-reactio adhat útbaigazítást. A most felsorolt rövid adatokkal különösen arra óhajtottunk utalni, hogy a jövőben a genitális és húgyszervi leukoplakiák aetiológiájában is fordítsunk nagyobb figyelmet a lueses infectio kimutatására.

Közlés a poliklinika I. idegostályáról és labororiumából.
(Főorvosok: Schaffer Károly dr., egyet. rk. tanár és Vas Bernát dr., egyet. magántanár.)

A Wassermann-reactio értéke a tabes diagnosisában.

Irta: *Frey Ernő* dr.

(Vége.)

A cerebrospinalis folyadék, mely a Quinke-féle lumbal punctio segítségével aránylag elég könnyen nyerhető, háromféle szempontból lett megvizsgálva. Szükséges volt megállapítani sejtes alkotórészeinek viselkedését lueses és nem lueses egyéneken; hasonló fontossággal bír a kémiai vizsgálat is. Legfontosabb és klinice legjobban értékesíthető a cerebrospinalis folyadék *Wassermann* szerinti megvizsgálása.

A francia szerzők, *Ravaut*, *Sicard*, *Nageotte* stb. a paralysis és a tabes-eseteknek 90%-ában észlelték a nagyfokú megszorodását a cerebrospinalis folyadék lymphocytáinak, míg ellenben psychosis és functionális neurosis eseteiben úgyszólván semminemű sejtet sem találtak a spinális folyadékban. A német bűvárok vizsgálatainak eredményei a francia bűvárok vizsgálatainak eredményét megerősítették. *Schoenborn*, *E. Mayer*, *Merzbacher*, *Nonne*, *Apelt* azonban kimutatta azt is, hogy a lymphocytosis nemcsak tabesben és paralysisben található meg, hanem az olyan egyének spinális folyadékában is, a kik a lues másodlagos vagy harmadlagos kórképét mutatják idegrendszerbeli megbetegedés nélkül.

A spinális folyadék azon szempontból is lett vizsgálat tárgyává téve, hogy miképpen viselkedik annak fehérjetartalma a különböző lueses eredésű idegrendszerbeli megbetegedésekben. A vizsgálatok a *Kjeldahl*-féle módszer és ammoniumsulfat segítségével végezve

azt eredményezték, hogy a spinális folyadék fehérjetartalma ilyenkor lényegesen megszorodott. *Nonne* és *Apelt* azt találta, hogy a spinális folyadék magatartása (fehérjemennyiség vagy a globulintartalom megszorodása, a mely reactiót ők I. phasis-nek neveztek, vagyis pozitív reactiónak) tabesben 90%-on felül, paralysisben pedig 100%-ban volt megtalálható. Ezzel ellentétben functionális jellegű idegmebetegedésben a spinális folyadékban még akkor sem találták az I. phasist pozitívnak, ha lueses, vagy luesben szenvedett egyéntől származott. Ők azon körülményben, hogy az I. phasis luesből kigyógyult egyéneken mindenkör hiányzik, hogy a functionális neurosisokban még akkor is hiányzik, ha a lueses anamnesis pozitív, fontos diagnostikai momentumot találnak, melyet differentialediagnostikai czélra alkalmasnak nyilvánítanak. De a tertiaer luesben szenvedő egyének spinális folyadékja is ad pozitív reactiót, tehát olyan magatartást mutat, mint a tabesek és paralytikusok spinális folyadékja.

A spinális folyadék complementkötő képességét legelőször *Wassermann* és *Plaut* vizsgálta és azt találta, hogy az 96—99%-ban pozitív reactiót adott paralysisben. Más szerzők a paralysisen kívül tabes eseteiben is végezték a vizsgálatot és azt találták, hogy ez utóbbi bajban a spinális folyadék korántsem ad oly magas fokú pozitív arányszámot. Így *Citron*, *Fleischmann*, *Lipmann*, *Ledermann*, *Stertz* vizsgálatai azt mutatták, hogy 75%-ban pozitív a reactio. Ezzel szemben *Nonne* csak 50%-ban találta pozitívnak. Syphilis cerebrospinalis, valamint agydaganat és egyéb nem lueses eredésű megbetegedés eseteiben azonban *Stertz*, *Wassermann*, *Plaut* sohasem találta a spinális folyadék pozitív reactióját. *Nonne* talált ugyan a nem lueses eredésű agy- és gerinczvelőbetegségekben pozitív reactiókat, mindannak ellenére hajlandó a többi szerzővel együtt felvenni, hogy a spinális folyadékknak ilyen különleges magatartása differentialediagnostikai értékű lehet és hogy adott esetben a klinikai tünetek egybevetésével képesek leszünk bizonyos idegrendszerbeli megbetegedéseket egymástól elkülöníteni. Ezzel ellentétben *Stertz* nagy diagnostikai fontosságot tulajdonít ezen jelenségnek és azt véli, hogy a törvényszéki pszichiátriának igen jó szolgálatokat fog tenni.

A vérsérum reactiójának positivitása csak azt jelenti, hogy az illető egyén lueses és semmiképpen sem mutat más magatartást a tabes-paralysis és egyéb lueses eredésű idegmebetegedésekben, mint az olyan lueses egyéneken, a kikben idegrendszerbeli elváltozások nincsenek. Mivel pedig a reactio nem ad felvilágosítást arról, hogy a kérdéses vérsérum olyan egyéntől származik-e, a ki a kérdéses betegségek valamelyikében szenved, a reactio differentialediagnostikai czélokra semmiesetre sem használható fel. Mindenesetre jó szolgálatokat fog tenni a diagnosis felállításakor akkor, ha a klinikai tünetek valamely megbetegedésre gyanunkat felhívják, de nem elegendők a biztos körjelzés felállítására; pozitív reactio jelenlétében a gyanított diagnosis mégis felállítható lesz. Nekem is voltak olyan eseteim, a melyekben a *Wassermann*-reactio pozitív volta nélkül a kezdődő tabes diagnosisát nem tudtam volna felállítani. Különösen érdekes a következő esetem: 37 éves nő időközönként igen heves láb-fájdalmakat kapott, melyek lancináló jellegűek voltak. A fájdalmak megszűnése után azokon a helyeken, a hol a fájdalmak voltak, sugillatiók támadtak minden alkalommal. A vizsgálat a differens pupillákon, a vizeletnek nehezebben való megindulásán kívül semmi pozitív tünetet sem tudott kimutatni. A differens pupillák kitűnően reagáltak fényre, összetérésre és alkalmazkodásra. A térdtünetek és Achilles-reflexek igen fokozottak voltak. A statika és járás kifogástalan. Gyanum, minthogy a fájdalmak négy év óta fennállottak és semmiféle kezelésre sem javultak, kezdődő tabesre irányult. A megejtett *Wassermann*-reactio, mely ellenére a lueses fertőzés tagadásának, erősen pozitív volt, abba a helyzetbe hozott, hogy a tabes diagnosisát minden kétséget kizárólag felállíthattam. A további lefolyás igazolta felvételem helyességét.

Sokkal nagyobb fontosságú azonban a diagnostika szempontjából a spinális folyadék *Wassermann* szerinti reactiójának magatartása. Az a körülmény, hogy csak biztosan lues által okozott betegségekben pozitív, míg más idegrendszerbeli megbetegedésekben még akkor sem pozitív, ha a lueses fertőzés minden kétséget kizáróan meg volt állapítható, differentialediagnostikai fontossággal bír. Képesek vagyunk ezen módszer segítségével a kezdődő tabest és

¹ *Pflanz*: Dermatologische Zeitschrift, 1909. XVI. k., 10—11. f.

² *Galewsky*: Archiv für Dermatologie und Syph. 100. kötet.

paralysist már olyankor is diagnostizálni, a mikor még csak functionális neurosisokra jellegzetes tünetek uralkodnak a kórképen.

Ellenére ezen reakciók érzékeny voltának, egyik sem mondható pathognomostikusnak és csak a többi tünet egybevetésével teszik lehetővé a kórjelzés biztosabb felállítását; bizonyos esetekben differentiaaldiagnostikai jelentőséggel is bírhatnak. A reakciók segítségével azonban némely idegrendszerbeli megbetegedés és így különösen a tabesnek és paralysisnek lueses eredete bizossággal meg volt állapítható.

Azonban ezen következtetések még nem tekinthetők véglegeseknek. Az a körülmény, hogy a megvizsgált esetek száma nem elégséges ahhoz, hogy oly nagy horderejű következtetések legyenek levonhatók, csak arra fogja buzdítani a bűvárokat, különösen a neurologusokat, hogy a megindult vizsgálatok sorozatait még inkább kibővítsék és ezek alapján olyan következtetések legyenek felállíthatók, melyek nem diskutálhatók többé és a melyeknek praktikus értéke minden kétségen felül áll. Ez majd csak akkor fog bekövetkezhetni, ha az összes reakciók egy és ugyanazon egyénen végrehajthatók lesznek. *Nonne* végzett ugyan vizsgálatokat, a melyekben az összes reakciókat megcsinálta, de a vizsgálatok száma nem kielégítő. *Stertz* is csak 8 esetben vizsgálta úgy a serumot, mint a spinális folyadékot egy és ugyanazon egyénen. Hasonlóképpen járt el *Plaut* is.

Sokkal fontosabb azonban azon kérdés elbírálása, hogy a *Wassermann*-reactio magatartása miképpen értékesíthető a tabesnek és egyáltalában a központi idegrendszer lueses eredésű megbetegedéseinek therapiájában. Antilueses gyógyításnak vessük-e alá a tabeses vagy paralytikus beteget, ha a *Wassermann*-reactio positiv, és miképpen értékelendők a negativ esetek. Két igen fontos kérdés, melyekre azonban biztos felelet ma még nem adható. *Lesser* és *Citron* a positiv *Wassermann*-reactiót nemcsak a még fennálló lues tünetének tekinti, hanem a lues egyik olyan spinális symptomájának, mely indikáltá, sőt elengedhetetlen feltételle teszi az antilueses kezelést. Ezen utóbbi felvételüket arra alapítják, hogy az antilueses kúra a positiv *Wassermann*-t negativvá tudja átváltoztatni. A *Wassermann*-reactio ilyen magatartásának alapján arra a felvételre jutottak, hogy az olyan luessel fertőzött egyénekben, a kiken a tünetnélküli szakban positiv *Wassermann* volt kimutatható és antilueses gyógykezelésben nem részesültek, későbbi időben tabes, paralysis, vagy más lueses eredésű idegmebetegedés keletkezett. Bár egyéb szerzők is kimutatták az antilueses kúrának a *Wassermann*-reactióra való hatását, mégsem tudták következtetéseikben addig követni *Lesser*-t és *Citron*-t, hogy csak azon luesesekben fejlődik ki a központi idegrendszerbeli megbetegedés, a kiken a tünetnélküli állapotban positiv volt a reactio és antilueses kezelésben nem részesültek. A tapasztalat is azt bizonyítja, hogy teljesen meggyógyult luesesekben, a kiken negativ *Wassermann* volt kimutatható és azonfelül a luest tagadták is, szintén fejlődnek metalueses idegrendszerbeli megbetegedések.

Ha elfogadjuk is azon szerzők felfogását, kik szerint minden positiv reactio egyúttal antilueses kezelést is involvál: meggyógyultnak tekinthető-e egy olyan lueses egyén az idegrendszer szempontjából, a kinek negativ a *Wassermann*-reactiója a kezelés után; vagyis meggyógyult-e az olyan egyén tabese, a kinek vérseruma positiv reactiót mutatott a kezelés alatt és az antilueses kezelés után negativ reactiót adott. Legtöbbször azt látjuk, hogy az antilueses kúra a tabesban és paralysisben nem befolyásolja különösebb módon az előbb említett betegségeket. A tünetek még a legerélyesebb antilueses kezelésre sem szűntek meg, sőt a bántalom progressiójában sem következett be valamely változás.

Ezzel ellentétben vannak tabes-esetek, a melyekben az antilueses gyógyításnak igen nagy hatása van. Rendkívül sok tünet fejlődik vissza, sőt sok esetben látszólagosan teljes megszűnése a bántalomnak következik be, igaz elég ritkán. A magam részéről volt alkalmam tapasztalni, hogy 9 esetben az antilueses kezelésnek és speciálisan az *enesol*nak igen jó hatása volt. A szemem észlelhető hűdéses tünetek teljesen visszafelődtek, a lancináló fájdalmak alábbhagytak stb., de nem találtuk a bántalom teljes visszafelődését. Egy esetről külön akarok megemlékezni, mert olyan tünetek fejlődtek vissza, melyek nem igen szoktak visszafelődni. A 41 éves nőn, kinek pupillái az Argyll-Robertson-tünetet mutatták, az erősen lancináló fájdalmak 2—3 hetenként jelentkeztek. Kinzó

gyomorkrizisek 6 hetenként, melyek miatt kétszer operálva lett esetleges epekövek miatt. A műtét ellenére a krízisek fennállanak. Romberg. Kifejezett ataxia. Hiányzó térd- és Achilles-inreflexek. Dysuriás jelenségek. 18 év előtt lueses infectio. Erősen positiv *Wassermann*. Antilueses kezelést csak egy ízben végzett a fertőzés legelején. Minthogy a diagnosis minden kétséget kizárólag tabesre volt tehető, megkísérlettük az *enesol*-kezelést. 30 injectio után a következő status vehető fel a betegről. A pupillák állapota változatlanul megmaradt. A lancináló fájdalmak és krízisek megszűntek. Romberg nem állapítható meg; nem ataxiás. A legfontosabb azonban az, hogy a térdtünetek visszatértek. Az *enesol*-kezelés után eszközlött *Wassermann*-reactio negativ eredményű volt.

Teljesen gyógyult tabesnek tekinthető-e ez vagy sem? Az a körülmény, hogy a térdreflexek visszatértek és a többi tünet is visszafelődött a pupillák elváltozásán kívül, inkább arra enged következtetni, hogy a tabes meggyógyult. De a pupillák jellegzetes elváltozása, mely majdnem egymagában is elegendő a tabes diagnosisjának felállítására, arról győz meg minket, hogy a tabes nem szűnt meg, csak javult és progressiójában bizonyos fokú megállapodás következett be. Ezen néhány esetünk, mely azt látszik igazolni, hogy az antilueses kezelés, melyre a positiv reactio következtében határozottuk el magunkat, jótékony hatású lehet, nem tud eltéríteni azon megállapodott felfogásomtól, hogy ellenére a positiv *Wassermann*-reactióknak, az antilueses kezelés, különösen ha a kezelés és a lueses infectio között igen hosszú idő telt el, a tabest lényegesen befolyásolni nem tudja.

A negativ reactiót adó tabeses esetek, mint azt az előbbiekben is láttuk, nem mindig azt mutatják, hogy a tabes oka nem a lues és ilyen módon nem látom a contraindicatióját annak sem, hogy ilyen esetekben is ne használjunk antilueses kezelést, melynek egészen jó hatása lehet a tabeses betegre. Magam részéről is volt alkalmam meggyőződni arról, hogy elrendelve az *enesol*-kezelést az oly tabeses esetekben, a melyekben negativ volt a reactio, ennek hatása eléggé kielégítő volt.

Erben határozottan ellene van annak, hogy tabesben szenvedő beteg kéneseivel kezeltessek, annak ellenére, hogy positiv reactio mutatható ki, mert minden tabeses beteget az antilueses kúrának alávetve csak rosszabbodott. Magam részéről nem tudom osztani *Erben* ezen rossz tapasztalását.

Nézzük már most annak az okát, hogy a positiv reactiót mi változtatja át negativvá, vajjon a kénese antilueses hatása az oka ezen tüneteknek, vagy pedig a kénese maga bir-e olyan hatással a vére, hogy ezen reactiováltozást elősegíteni tudja. *Detre* és *Sellei* kísérleti úton kimutatta a kénese haemolyzáló képességét és hogy a kénese-concentratio százalékarányszámának, mely mellett ezen hatást kifejteni tudta, a legfelsőbb határa 0.02⁰/₁₀₀, míg a legalsó határa 0.002—0.004⁰/₁₀₀. *Királyfi*, ki ezen kérdéssel behatóan foglalkozott, megerősítette *Detre* és *Sellei* ezen észlelését; ő is úgy találta, hogy a kénese maga az előbb említett concentrációkban a kémlősében a positiv *Wassermann*-reactiót negativvá tudja átváltoztatni. Ő azonban a kísérletek egész sorozatában kimutatta azt, hogy a kémlősében észlelhető tünet az életre nem vihető át és hogy az élőben tényleges antilueses hatás szerepel ott, a hol a positiv reactio negativvá változik, mely antilueses hatást a kénese fejt ki. Megerősíthetem *Királyfi* ezen felvételét a magam észleléseimmel is, a mennyiben *enesol*al kezeltem 5 esetben az elvégzett antilueses kúra ellenére a félévvel ezelőtt positívnek talált reactio nem változott meg. Pedig, ha csak kénesehatás volna a reactio megváltozásának az oka, ennek okvetlenül be kellett volna következnie.

Annak ellenére, hogy kísérleti úton is megállapítható a kénese antilueses hatása, mégsem állíthatjuk fel azt a tételt, hogy minden positive reagáló tabeses, ha csak a kénese használatát gátló körülmények nincsenek jelen, antilueses kezelésben részesüljön. Lehetséges, hogyha majd a *Wassermann*-reactio tana egészen ki lesz építve, ebben a tekintetben is más felfogásunk lesz az antilueses gyógykezelés használatáról a tabesben és a paralysisben.

Ha már most neurologiai szempontból áttekintjük az egész *Wassermann*-reactio kérdését, azt találjuk, hogy a *Wassermann*-reactio segítségével sikerült megállapítanunk, hogy a tabes-esetek 85—90%-ban lueses eredésűek. Ha nem is mennénk annyira, mint *Wassermann* tette, a kinek szavait itt szóról szóra idézem:

„Wir müssen ätiologisch den Tabiker und Paralytiker als einen Syphilitiker mit Symptomen besonderer Art im Zentralnervensystem auffassen,“ azt minden esetre bebizonyítottam vélem, hogy a tabes a legtöbb esetben syphiliticus eredésű megbetegedés.

A Wassermann-reactio diagnostikai értéke kétségtelen, de differential-diagnostikai értékkel nem bír a központi idegrendszer megbetegedéseiben. Lehetségesnek tartom, hogy a központi idegrendszerbeli megbetegedésekben prophylaxisos szempontból nagy értéke lesz a Wassermann-reactiónak. Felismerve általa a sok lues ignorée vagy lues occulta esetet, ezek megfelelő antilueses kezelésben fognak részesülni és így sikerül majd a veleszületett luesek nagy számát csökkenteni és illetén módon sok olyan idegrendszerbeli megbetegedésnek elejét venni, melynek alapja a veleszületett lues.

Prognostikai és therapeutikai szempontból a Wassermann-reactio mai tudásunk szerint még semminemű biztos irányítást nem ad, még nem tudjuk megállapítani, vajjon milyen jelentősége van a positiv reactiók különböző fokainak, vajjon súlyosabb-e a bántalom, ha erősen positiv a reactio, vagy pedig a gyengén positiv reactio a bántalom enyhébb volta mellett bizonyít-e.

Irodalom. *Detre és Sellei:* Orvosi Hetilap, 1905. — *Boas H. und Hauge G.:* Berliner klin. Wochenschrift, 1908. — *Bordet et Gengou:* Annales de l'Institut Pasteur, 1901. XV. kötet. — *Citron J.:* Deutsche med. Wochenschrift, 1907. Berliner klin. Wochenschrift, 1907. — *Ehrlich und Morgenroth:* Berliner klin. Wochenschrift, 1900, 1901. — *Elias, Neubauer, Porges und Salamon:* Wiener klin. Wochenschrift, 1908. — *Fournier:* La syphilis héréditaire. Paris, 1886. — *Hartoch u. Jakimoff:* Wiener klin. Wochenschrift, 1908. — *Jochmann und Töpfer:* Münchener med. Wochenschrift, 1908. — *Landsteiner, Müller und Pözl:* Wiener klin. Wochenschrift, 1907. — *Lesser Fritz:* Berliner klin. Wochenschrift, 1908 és 1910. Dermat. Zeitschrift, XI. kötet. — *Levaditi und Jamanouchi:* Soc. de biol., 1907. — *Levaditi, Ravaut und Jamanouchi:* Soc. de biol., 1908. május. — *Meier G.:* Berliner klinische Wochenschrift, 1908. — *Michaëlis I.:* Berliner klin. Wochenschrift, 1908. — *Morgenroth und Stertz:* Virchows Archiv, 1907. — *Much:* Medizinische Klinik, 1908. — *Much und Eichelberg:* Medizinische Klinik, 1908. — *Neisser M. und Sachs:* Berliner klin. Wochenschrift, 1905. — *Nonne:* Syphilis und Nervensystem, 1. és 2. kiadás. Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Nervenärzte, 1908. — *Plaut:* Die Wassermannsche Serodiagnostik der Syphilis in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie, 1909. — *Porges O. u. Meier G.:* Berliner klin. Wochenschrift, 1908. — *Sachs und Altmann:* Berliner klin. Wochenschrift, 1908. — *Schütze:* Zeitschrift f. klin. Medic., 1908. LXV. kötet. — *Stertz:* Allgem. Zeitschrift f. Psych., 1908. — *Wassermann A.:* XXV. Kongress f. innere Medizin in Wien. Ref. in Berliner klinische Wochenschrift, 1908. Berliner klinische Wochenschrift, 1907. Wiener klin. Wochenschrift, 1908. Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Nervenärzte, 1908. — *Wassermann A. und Plaut:* Deutsche med. Wochenschrift, 1906. — *Weil und Braun:* Wiener klin. Wochenschrift, 1908. — *Vas és Török:* Budapesti Orvosi Ujság, 1909. — *Kis Gyula:* Budapesti Orvosi Ujság, 1909. — *Királyfi:* Orvosi Hetilap, 1910.

Módosított Braun-fecskendő.

Irta: **Szili Jenő** dr., a „Charité“-Poliklinika nőgyógyász-főorvosa.

Az intrauterinfecskendőnek vannak hívei és ellenségei. Utóbbiak joggal hivatkoznak azokra a veszedelmekre, melyek gyakran az orvos hibájából, máskor azonban a legóvatosabb eljárás mellett is a fecskendő intrauterin alkalmazása után előállottak.

Való igaz, hogy a méhüregbe fecskendett edzőszer egy része igen gyakran jut az egyik vagy másik tubába, miként ezt *Zweifelf* ez irányú vizsgálatai újabban is kétségbevonhatlanul igazolták, s csak a bevitt folyadék relatív mennyiségétől, illetve nyomásától függ, hogy nem kerül-e belőle a hashártyára is. Ez azután néha csak kisebb-nagyobb reactiót: fájdalmat, hányásingert, csuklást okoz, de máskor collapsust vagy hosszantartó gyulladásos folyamatot hoz létre, sőt voltak már halállal végződött esetek is.

Éppen ezért már többen igyekeztek a Braun-fecskendő hátrányain segíteni: próbálták az illeszték végét vattával körülesavarni, hogy az a felesleges edzőszer magába vegye; hátránya ennek, hogy az edzés miatt összehúzódó méhszáj az ilyen vattás illesztéket nehezen engedi ki, sőt néha a vatta egy része benn is marad a méhürben.

A lassú kifecskedés sem használ mindig, mert az erős összehúzódásban levő belső méhszáj a fecskendőt olyan szorosan fogja körül, hogy a belőle kiperéselt folyadék feleslege nem a nyak-

csatornán át a hüvelybe, hanem a kisebb nyomás irányában a tubák felé tódul.

Az edzés után alkalmaztatni szokott gazeccsik felvezetése is ugyancsak a méhszáj összehúzódása és a cervixnek az edzőszer okozta érdessége miatt sokszor nehéz vagy fájdalmas.

Ezen bajok elkerülése végett a Braun-fecskendőt olyan illesztéssel láttam el, mely nem gombban, hanem a méhtömő mintájára árokszerű bevágással végződik és 6—8 kis nyílással van ellátva (l. az ábrát). Az így átalakított fecskendővel azután az intrauterin edzés sokkal gyorsabb, tisztább és biztosabb.

A fecskendőbe felszívjuk az edzőszert, ráteszszük az illesztéket, s ráakasztjuk a bevezetendő gazeccsikot; most a gazet a fecskendő segélyével felvezetjük a méhürbe, s az edzőszert kifecskendve, a műszert visszahúzzuk. A gazeccsik a méhürben marad vissza.

Az eljárás előnyei:

1. A felvezetett gazeccsik a fecskendőtől kiáramló edzőszert magába szívja s az őt körülvevő nyálkahártyának egyenletesen adja át.

2. A felesleges folyadékot a nyakcsatornán át kilógó gazeccsik még a fecskendő kiürítése közben könnyű szerrel levezeti, s így a tubákba jutását megakadályozza.

3. Az edzést és drainaget egy fogással végezhetjük, a nyakcsatornát csak egyszer kell átjárni, a mi úgy a gyorsaság, mint a sterilitás szempontjából előnyös.

Bármely fémből való illeszték a fenti formára könnyen átalakítható.

A hadsebészet újabb irányelvei.

Irta: **Hanasiewicz Oszkár** dr. ezredorvos, a közegész. és k. katonai alreáliskola orvosfőnöke, okl. műtő

Az újabbkori hadsebészeti irodalom áttanulmányozásakor önkénytelenül azt a benyomást nyerjük, hogy a tábori orvosi segélynyújtás sokoldalúsága okvetlen egyöntetű szabályozásra szorul, ha nem akarjuk a szabadjára eresztett rendszertelen orvosi polypragmasia föltötte káros hatását észlelni.

Manapság például senkinek sem jut eszébe lőtt sebeket kutaszolni, vagy pedig bármi okból elsődlegesen tamponálni, s mégis a közelmúltban, az orosz-japán háborúban előfordult, hogy lőtt sebek a czéltalan kutaszolás által súlyosan fertőztettek, vagy pedig méter hosszú vékony gazeccsikokkal tamponáltattak, természetesen a sebesültek rovására.

Az utóbbi eljárást *Oettingen* tanulmányában igen találóan nevezte el „galandféreg-tampon“-nak.

Számtalan hasonló szomorú példát lehetne még felhozni a végtagok sebészetének, különösen a csonttörések kezelésének fejezetéből. Az orvosok egy része csak sinkötést, a másik része gipszkötést alkalmazott; az egyik a lőtt sebet süblimat-oldattal bőven irrigálta, a másik csak száraz kötést alkalmazott a seb lemosása nélkül. De nemcsak a sebkézelés, hanem a szállítás tekintetében is mutatkoztak az orvosok körében diametrálisan ellentett elvi nézetek, természetesen megint a sebesültek kárára.

A genialis *Bergmann* tanár — kinek az 1877. évi orosz-török háborúban bőven volt alkalma látni az észszerületlen orvosi ténykedés áldozatait — mondotta würzburgi híres beszédében ezen emlékezetes szavakat: „a csatatéren nem kívánok szabadságot, az egyéni kezelés itt a sablonnak adjon helyet“. Egyöntetű kezelésre már azért is szükség van, mert a sebesült nem marad ugyanazon orvos kezelésében, hanem egyik kézből a másikba kerül.

Oettingen, az orosz-japán háború hadsebészetének terén elsőrangú tekintély, a hadegészségügyről írt tanulmányában nyomatékkal hangsúlyozza *Bergmann* elvét, sőt azt tovább kiépítve, határozottan egy normál had-therapiás utasítást kíván életbe léptetni, melynek betartására a katonarvosok — akár ténylegesek, akár tartalékosak avagy önkéntesek — kötelezessenek a sérültek érdekében. Ezen séma felépítésében működjenek közre orvosi tapasztalataik közlésével mindazok az orvosok, kik az újkor háborúiban részt vettek.



A legutóbbi hadjáratok, nevezetesen a bur-angol, japán-chinai, görög-török, orosz-japán háborúk hadsebészeti tapasztalatai oly bőveket és alaposak, a belőlük levont következtetések s tudományos nézetek ez idő szerint annyira consolidáltak, hogy a legtöbb állam katonaegészségügyi vezérferiai ezek alapján a hadegészségügyi szolgálatot gyökeresen reformálták s hozzáálltak egy hadtherapiás sémának kiadásához.

Minálunk is a múlt év vége felé jelent meg „a csatatéri hadsebészeti ténykedés vezérfonala“ N—16. jelzésű szolgálati könyv, melynek főbb vonásokban való rövid ismertetését már csak azért sem tartom feleslegesnek, mert a háboruban a tényleges katonatorvosoknak a tartalékosokkal vállvetve kell dolgozniok, a mi csak úgy lehetséges, ha a tartalékos kollégák idejekorán megismerik a modern hadsebészet irányelveit.

* * *

A modern ismétlő fegyver lövege által okozott lött sebet a hadgyakorlatban aseptikusnak tekinthetjük.

A közepes és nagytávolságból ejtett lött sebzések általában jó természetűek, a mi egyrészt a sebek kedvező anatómiai jellegéből — kicsiny be- és kilövés —, másrészt a sebek elsődleges csiramentességéből magyarázható.

Ezen fontos, kísérletileg is beigazolt tények szigorúan előírják sebészeti beavatkozásunkat az első segélynyújtás alkalmával. Első és legfontosabb alapelvünk: a sebet nem szabad ujjainkkal érintenünk, sem pedig desinfectióját lemosással megkísérelnünk!

Legfeljebb óvatosan felszabadítjuk a sebet a fedő ruhadaraboktól, a környezetet durva szenyrészeit eltávolítjuk és azután rögtön antiseptikus vagy aseptikus fedőkötéssel látjuk el a sebet. Szigorúan tilos a kutaszolás, a véralvadékok, csontszilánkok eltávolítása s a seb tamponálása.

Fedőkötéstül rendelkezésünkre állanak a vörös-kereszt-egyesület kötszercsomagocskái vagy pedig az úgynevezett „kötéstypus“-ok. Felemlítendő, hogy a magyar vörös-kereszt-egyleti kötszercsomagocskák gazeja nincs antisepticummal impraegnálva, míg a régi osztrák vörös-kereszt-egyleti mintákban a gaze víoformmal van impraegnálva.

A schweizi hadsereg „individuális kötszercsomagocská“-iban xeroform-gaze van; tartalmuk egy sardiniadozhoz hasonló bádagszelenczébe van portól és nedvességtől mentesen elzárva; további lényeges előnyük e kötszercsomagocskáknak, hogy a xeroformgaze-párna közepéhez egy fekete fonálkaes van odavarrva azon rendeltetéssel, hogy ott mint egy fogantyún könnyebben és biztosabban megfoghassuk, mielőtt a sebre tesszük. Kocher tanár ezt lényeges javításnak nyilvánította a berni katonatorvosi továbbképző cursuson, melyen szerencsés voltam jelen lehetni.

Nem hagyhatom e helyen említés nélkül Oettingen ú. n. „hadi kötés“-ét, melyet az orosz-japán háborúban nagy sikerrel kipróbált. Oettingen a seb környékét mastix chloroformos oldatával tenyérnyi területen bekeni s ezzel nemcsak a seb környékén levő bakteriumokat rögzíti — bakteriumarretálás —, a minek következtében nem tudnak a sebbe vándorolni, hanem még a gaze-csomagnak a sebhez való odaragadását is elősegíti. Közvetlenül a sebre többnyire 1—2 drb. papírvékony collargol-tablettát tett, mely antisepticum szerinte nemcsak jó bactericid szer, hanem egyúttal katalitikus hatású, vagyis a szervezet védelmi energiáját jelentékenyen előmozdítja. A kötést mullpólyával rögzíti, mely a mastix-oldathoz jól odaragad és a kötést elmozdíthatatlanná teszi.

Sok esetben látjuk tehát, hogy hadsebészeti autoritásaink nem szívesen nélkülözik valamelyes antisepticum hatását.

Mindenesetre igyekeztünk oda irányuland, hogy a sterilizett kötszereket lehetőleg csak desinfectált kezekkel rakjuk a sebre, mindig szem előtt tartva, hogy a mosdatlan száraz kéz kevésbé veszedelmes, mint a nedves, nem jól mosott kéz.

Ha tehát kezeink alapos desinfectiója a viszonyok mostoha volta miatt nem végezhető, a mi bizony a legtöbb esetben így lesz, legalább sterilizett csipeszek s fogók segítségével rakjuk a kötszereket a sebre, vagy használjuk a sterilizett gummikeztyüket (Zöge-Manteuffel).

A lágyrészek sérüléseinek ellátása — ezen általános elvek figyelembe vétele mellett — meglehetősen egyszerű; ott, a hol nagyobb fokú a roncsolás, szintén csak a fedőkötésre szorítokozunk, de a

sebben látható fa- vagy kőszilánkokat, nagyobb szenydarabokat előbb csipeszszel eltávolítjuk. Erősen szennyezett, különösen földdel piszkított sebzés esetében azonnal prophylaxisos tetanus antitoxin-injectiót adunk a kötöző helyen.

A vérerek sérülése esetén a fecskendő ereket az időre és viszonyokra való tekintet nélkül kettősen lekötjük; a compressio, a tamponálás és a vérzéscsillapítás más módjai ellenjaváltak. A végtagoknak lövés okozta leszakításakor, ha az amputatio nem lehetséges, a vérzésnek spontán megszünte esetén is (vérerek torziója), az összes fontosabb erek külön felkeresendők és lekötendőek, enélkül nem szabad az ilyen sérültet a kötöző helyről elszállíttatni.

Heveny anaemia ellen a kötöző helyen az autotransfusiót, a tábori kórházban pedig a physiologiai konyhasóoldat-infusiót s a végbélbeöntéseket alkalmazzuk.

Aneurysma spurium traumaticum esetében — mely érsérülések mellett leggyakrabban fordul elő — az első 48 órában a gangraena, utóvérzés, fertőzés veszélye miatt a sürgős művi beavatkozás indikált, természetesen a tábori kórházban. Az operatio az ér felkeresésében s kettős lekötésében áll. Érvarrat ritkán jöhet alkalmazásba. Érsérülések után okvetlenül rögzítő kötést kell alkalmazni.

Az idegek sérülései expectative kezelendők, később tekintetbe jöhet az idegvarrat vagy idegtubulatio Foramitti szerint.

A csontok lött sérülései hadsebészeti szempontból legfontosabbak, mert a leggyakoribbak, így pl. a francia-német háborúban 1880—71-ben a sebesülések $\frac{2}{3}$ -át tették ki.

Elv: konzervatív kezelés a legvégső határokig. A végtagoknak lövés okozta csonttörésekor aseptikus fedőkötést és szabatos rögzítést alkalmazunk.

A rögzítő kötéshez legalkalmasabb a gipszkötés; ha nem áll elegendő gipsz-pólya rendelkezésünkre, sinkötést alkalmazunk. Sinezésre igen jól beváltak az orosz-japán háborúban a pálmalevelek, melyeket nagyban a dohány becsomagolásához szoktak használni; előnyük olcsóságuk mellett, hogy meleg vízbe mártva s a végtagok köré borítva, azokat vályualakulag körülfogják, gyorsan megszáradnak s megkeményednek. Jó pótlószereit a hagyományos „suszterspan“-nak.

Egyetlen csonttöréses lövés esetét sem szabad sín- vagy gipszkötés nélkül a kötőhelyről elszállíttatni.

A rögzítő merev kötések alkalmazásakor ügyelnünk kell:

1. a szabatos adaptálásra; az extensio és contraextensio esetleg chloroform-narcosisban végzendő;
2. a bő vatta-párnázásra;
3. a töréshez proximális és distális szomszédos ízületeket szintén bele kell vonni a gipszkötésbe;
4. a kéz és láb ujjai az ellenőrzés céljából szabadon hagyandók;
5. a gipszpólya alkalmazásakor óvakodjunk a túlságos húzásától, mert megszáradása után a gipszpólya könnyen bevág;
6. czélszerű a gipszkötésre téntaczeruzával a tört végék helyzetét, a belövés és kilövés táját sémásan felrajzolni.

A rosszul alkalmazott gipszkötéseknél előforduló kellemetlen strangulatióknak legbiztosabban az ú. n. „Monachia“ német drótgipszpólya alkalmazásával vehetjük elejét. Ezen gipszpólyák előnye, hogy egy kötéshez csak egy pólya szükséges, erősítő sinek feleslegesek.

A drótgipszpólyák sajátos merevsége magától megátolja, hogy a kötés alkalmazásakor túlságosan meghuzzák.

Az elsődleges amputatio, mely a antisepsis előtti időkben a hosszú csontok súlyos lött sérülése eseteiben az egyedüli életmentő eljárás volt, manapság már ritka, szűkkeretű javalat alapján történik, a mióta kiderült, hogy a súlyos szilánkos törések kedvezőtlen viszonyok között is conservatív eljárás mellett meggyógyulnak.

Oettingen szerint javalt az elsődleges amputatio a kötőhelyen:

1. a végtagoknak lövés okozta leszakításakor; itt az ablatio tulajdonképpen csak korrektúra, mely kedvező sebfelületet hoz létre, s az utóvérzést megátolja;

2. ha a lágyrészfdefectus nagyobb, mint a végtag félkerülete.

Az előbb említett nagyfokú szilánkos törések nagy lövési kimeneti nyílással Oettingen szerint tehát nem javallják az ablatiót; az aseptikus oclusióval és fixatióval sok sebesültnek menthetjük

meg a végtagját. A másodlagos amputatio ez eljárásnál azért még mindig lehetséges.

Colmers szerint indicatio az amputatióra a kötöző helyen az is, ha súlyos lövéses csonttörés esetében erős a vérzés nagy be- és kimeneti nyílással.

Chock és heveny anaemia az amputatiót ellenjaválja.

Az izületek lött sebzései. Ezen sérülések azonnal gipszkötéssel rögzítendők, az izület állapota azonban pár nap múlva szemügyre veendő s azért a gipszkötésen az izület felett ablakot vágunk.

Fejlvések. A fejlvések nagyon hajlamosítanak fertőzésre, azért szigorúan fertőtlenítenedők. A fejen teljesen áthatoló, valamint bennakadt löveg esetén az operatív beavatkozás ellenjavalt.

Primaer operatiót igényelnek a gyakran előforduló tangentiális fejlvések, mert sok csontszilánk képződésével járnak; továbbá az arteria meningea media vérzései.

Az operatio rendszerint a tábori kórházban hajtandó végre; a kötözőhelyen csak akkor, ha a sebesült nem juthat az első 24 órában a tábori kórházba. Az operatív eljárás a debridement, a trepanatio. A primaer trepanatio jó eredményéről Zöge-Manteuffel, Seldowitsch, Mac-Cormac, Dent, Schäfer számol be.

A gége és légcső lött sérülése eseteiben azonnal tracheotomiát végzünk, még akkor is, ha a sérültet agonizáló állapotban hozzák a kötözőhelyre.

Prophylaxisos tracheotomia szükséges:

1. lövés okozta kezdődő légzés-zavar esetén,
2. bőremphysema kezdődő tünetei mellett,
3. gégeporcztörés esetén,
4. idegen test jelenléte esetében (löveg stb.),
5. a nyálkahártyáig terjedő horzsoló lövés, és
6. utóvérzés veszélye esetén.

A tüdő sérülései többnyire jó természetűek, ellátásuk a leg-
rövidebb időt igényli: aseptikus kötés, 0.02 morphin befecskende-
zése. Haemo-pneumothorax, vérköpés miatt operative nem avatkozunk
be, legfeljebb a tábori kórházban határozzuk el magunkat szükség
esetén aseptikus punctióra.

A has sérülései. A délafrikai háború hadsebészeti tapasztalatainak legfontosabbika az, hogy a haslövések túlnyomó száma konzervatív kezelés mellett operatio nélkül simán gyógyult.

A békepraxisban azonban minden egyes haslövést minél előbb laparotomizálunk (Mikulicz, Küttner), mert a háborúban csekélynek mondható halálzási szám a békepraxisban igen nagy.

Ennek alapján a hadi haslövések kezelésekor éppen úgy konzervatív járunk el, mint a többi lött sérülés ellátásakor; a sebesült 0.02 morphinoldatot kap a bőre alá, a lött sebre aseptikus kötszert teszünk, melynek rögzítését esetleg csak ragtapaszcsikkal végezzük. Pólyát alkalmazni azért nem tanácsos, mert a pólya feltevésekor a sebesültet fel kell emelni, a mivel vétünk a hassebek kezelésének főszabálya ellen, mely szerint a sebesültnek azon helyen, a hol elesett, 4—5 órán át kell mozdulatlanul feküdnie. Ezen idő alatt ne vegyen magához semmit; opium belső adagolása káros. Oettingen azt ajánlotta, hogy a hassebesült felett kis legénységi sátrat állítsunk, s hogy a sebesült körjelzés-bárczáján e három szó álljon „haslövés, ne érintsd!”

Ez ugyan kissé kegyetlennek látszó eljárás, de a tapasztalat eléggé bizonyítja az üdvös voltát.

Öt óra múlva a sebesültet óvatosan hordozó ágyra emeljük, melyen azután a tábori kórházban legalább 2—3 napig hagyjuk. Oettingen szerint ez a „Fixierung an das Lager“.

Elsődleges operatív beavatkozás haslövés esetén Oettingen szerint csak a következő esetekben van megengedve:

1. a hasfalak nagyobb fokú szétroncsolásakor, a mikor a belek sérülése nagyon is valószínű;
2. a hasfalak nagyobb sérülési nyílásain át nyomuló bélprolapsus mellett, vagy ha kis nyílásokon kizárt prolapsusok vannak;
3. oly lött sérülés vagy szúrás eseteiben, melyek bár kicsinyek, de a melyekről nyilvánvaló, hogy maguktól nem gyógyulhatnak, így például ha taeniák s más bélférgek bújnak ki a nyílásokon, vagy ha idegen test, lándzsadarab, faszilánk stb. áll ki;
4. fokozódó életveszélyes hasúri vérzés eseteiben.

Az utókezelés feltétlen nyugalomból, 2 napig ételtől, italtól tartózkodásból áll; a szomszág oltására szájöblögetések szolgálnak.

Azonkívül a hasra állandóan jégzsacsó kerül. Kezdődő hashártyagyulladás esetén meleg borogatások alkalmazandók: meleg vizet tartalmazó kautsuk-tömlőt, meleg péppel töltött zacskót vagy thermophor-compresset teszünk a beteg hasára, oly melegen, a mint csak tűri. Az opium-készítményektől itt is tartózkodunk.

A vese-, hólyaglóvések ritkábbak, ez utóbbi esetekben főleg a hólyag szabad kiürüléséről kell gondoskodnunk katheterezéssel.

Zöge-Manteuffel a hólyag lött sebe esetén a katheter alkalmazását a kötöző helyen nem ajánlja az infectio veszélye miatt.

Bennakadt lövegek. Lövegeket csak akkor távolítunk el, ha káros hatást fejtenek ki, különben elvileg tartózkodunk extractiójuktól. Shirapnell-golyók bennakadásakor a sebzéseknél több mint fele el szokott geynedni.

A fájdalom csillapítása. Első helyen áll a mindenható morphininjectio, másodsorban a tinctura valerianae, mely evókana-lanként belsőleg adagolva Oettinger szerint csodás megnyugtató hatású volt.

A sebkötéseket kényszerítő ok nélkül nem szabad változtatni. Bornhaupt joggal követeli, hogy az első kötés 4—5 napig változatlan maradjon, ezért fontos, hogy a sérült körjelzés-bárczáját pontosan kitöltsük, nehogy a körjelzés megállapítása végett az orvosok a kötszert a hátulsó segélyhelyeken ismételtelen levegyék.

Összegezve azt látjuk, hogy az elülső segélyvonalban a tulajdonképpeni műtői ténykedés javalatai igen szűk keretek közt mozognak, jóformán csakis életveszély esetén nyúlhatunk késhez. A kötözőhely — mint neve is mutatja — főleg a sebkötésnek, a gipsz- és sinkötések alkalmazásának helye; a műtétek közül csak az érlekötések, a tracheotomiák s ritkán az amputatiók jönnek tekintetbe.

Irodalom. Fischer: Kriegschirurg. Rück- und Ausblicke vom asiat. Kriegsschauplatze. 1909. — Hamasiewicz: Kasuistische Beitr. zur Wirkung der modernen Feuerwaffen. Wiener med. Wochenschrift, 1903. — U. a.: Kasuistische Beitr. zur operativ. Therapie penetrierender Schädel- und Bauchverletzungen. Wiener med. Wochenschrift, 1909. — Küttner: Kriegschirurg. Erfahrungen, 1900. — Oettingen: Studien aus dem Gebiete des Kriegssanitätswesens im russ.-japan. Krieg, 1907. — Kutner: 14 Vorträge, Ärztliche Kriegswissenschaft. — Central-Komite des deutschen roten Kreuz-Vereines: Beiträge zur Kriegsheilkunde, 1908. — N. 16: Anleitung für die Kriegschirurg. Tätigkeit auf dem Schlachtfelde, 1909.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

R. Lépine: Le diabète sucré. Paris, 1909. XV + 704 nagy 8^o lap. Megjelent Félix Alcanál. Ára: 16 fr.

Lépine a cukorbeteg irodalmában annyira ismert, hogy valóban örömmel üdvözlöttük a neve alatt megjelent diabetes-monografiát s bizonyos lelkesedéssel olvastuk a szerző bevezetőjében tett kijelentését „le diabète est guérissable, à la condition toutefois que, comme la tuberculose, on le traite hygieniquement, médicalement et — pourquoi ne pas l'avouer? — empiriquement,” s alább: „il ne faut être dūpe — ni des theories, car elles sont essentiellement provisoires — ni des analyses chimiques des aliments, car leur precision n'est qu'apparente“. Negyven év tapasztalataival igyekszik súlyt adni eme kijelentéseinek, ám lássuk, mit vált be belőlük.

Hosszabb történeti bevezető után a vér cukortartalmának ismertetésével kezdi műve tulajdonképpeni anyagát s számos vizsgálat eredményeképpen arra a mások által is vallott következtetésre jut, hogy a cukor nem szabadon kering a vérben, hanem lazán colloid természetű anyagokhoz kötve. A glycogenképződést a szervezet zsírjából valószínűnek tartja. A glycogennek a szerző szerint bizonyos antitoxikus szerepe is van a szervezetben. A hasnyálmirigy szigetait a szerző ha nem is kizárólagos jellegű, de mindenesetre fontos belső elválasztást teljesítő szerveknek tartja; minden szövetnek van valamelyes glycolysises tulajdonsága, melyet a hasnyálmirigy belső elválasztásának terméke lényegesen fokozni tud (Cohnheim). A glycosuria és a hyperglycaemia egyfelől a vér cukortartalmának vegyileg lazán kötött voltánál, másfelől a vesék bizonyos electív működésénél fogva egymástól meglehetősen független.

Lépine, szemben Pflüger-rel, nagyon is hiszi a nervosus és traumás cukorbetegség létét; erre csak azt mondhatjuk: ideges s traumás *cukorvizelés* van, de nem traumás *diabetes*; amaz gyógyul — *mert nem diabetes*.

A phloridzin hatását a szerző a vesesejtek által elválasztott *cytasenek* a vér virtuális cukortartalma rovására lehasított kötött cukor szabaddá tételéből s kiválasztásából magyarázza; ilyen *cytaset* phloridzin behatására nemcsak a vese sejtjei, de a tüdő hajszálereit borító endothelsejtek is termelnek, mit az bizonyít, hogy phloridzinnel kezelt állatok carotis-vérének cukortartalma magasabb, mint a milyen ugyanakkor a jobbszív vérenek dextrose percentuációja. A toxikus eredetű *cukorvizelést*, nemkülönb az alimentáris alakokat igen bőven ismerteti a szerző, csak a könyv második felét szenteli az emberi diabetesnek. Franciaországban 1000 betegre három cukorbeteg esik, s három diabeteses közül alig akad egy nő.

Különös a szerző nézete a diabetes mellitusnak az insipidus-sal levő szoros kapcsolatáról s szerinte nem is oly nagy ritkaság, (?!) hogy az egyik a másikba átmegy. (?)

Az aceton nem kizárólagos, de közvetlen forrásának a szerző is a zsirokat tekinti. A coma közvetlen okát, szemben Benedict-tel, a szervezet alkaliszegénységében s a vér alkalisága csökkenésében keresi, de emellett a β oxylvajsavnak valamelyes speciális toxikus hatást hajlandó tulajdonítani.

A pankreas működési elégtelenségére diabetesben a székletéből zsir- és kevés szappantartalmából, a Schmidt-féle magpróba és a Müller-féle gelatinbélpróba negatív voltából (trypsin-hiány), a vizelet csökkent aetherkénsav-tartalmából következtethetünk. A Cambridge-reactio diabetes mellett nem szokott pozitív lenni, ellenben a Loewy által ajánlott adrenalin-mydriasis a hasnyálmirigy belső elválasztásának elégtelensége mellett bizonyít.

A diabetes kezelésénél maradandóbb, hálásabb feladat az arra hajlamosítottakban a diabetes megelőzése: főképpen az öröklés révén terheltek s a kövér arthritikusok azok, a kiket a cukorbetegség fenyeget; ezek túlbő táplálkozását a normálisra, sőt az alá szorítani, úgy a hús és szénhidrátok, mint a zsirok és szeszes italok élvezetét mérsékelni, fontos feladata a kezelőorvosnak. A *mérsékelt* tejkúra ilyen esetekben hasznos lehet.

A mi egyébként a cukorbeteg táplálását illeti, a szerző egyáltalán nem barátja a németek által *túlhaltott* s grammokig kimért táplálásnak, de szerinte nem is áll módunkban még megszokott táplálékainkban sem a valóságos caloriatartalom pontos avagy csak approximativ meghatározása. S a szerző a *praxis* számára elegendőnek tartja a beteg testsúlyának, főképpen a betegség előtti testsúlyának ismerete mellett, a test magasságához mért figyelembevételét, nemkülönb a 24 óra alatt kiválasztott cukor és húgyanyagmennyiség ismeretét, hogy a diaeta előírásakor eligazodjék. Ha a beteg testsúlya nagyobb a normálisnál, mérsékelt fogyasztókúrára javul a cukorbeteg. Nagyobb a baj, ha a normálisnál kisebb a cukorbeteg testsúlya, vagyis, ha a baj tartama alatt lefogyott, főképpen, ha tekintélyes a cukorvesztés s a zsirokat sem tűri jól a beteg; ilyen esetekben a fenyegető acetonaemia miatt a szénhidrátok elhagyása sem vihető ki s legalább is 50 gm.-ot kell megengednünk. A hústáplálék megszorítását ahhoz köti a szerző, hogy kilogrammonként a kiválasztott húgyanyag nem kevesebb 0.4 gm.-nál. A részletesebb diaetás előírásokról szóló fejezetben nem érdektelen a nagy *praxisú* szerző ama kijelentése, hogy 40 éves klinikai gyakorlatában még nem akadt cukorbeteg, ki ne akarta volna félrevezetni s pontosan betartotta volna a diaetát! Egyébként ha valahol, úgy a cukorbeteg kezelésekor kerülnünk kell minden sémát s csak a szigorú individualizálás az, melytől eredményt várhatunk. Az acetonaemiát a zsirok tudvalevőleg fokozhatják, máskor azonban a szerző tapasztalatai szerint csökkenthetik is; az acetonaemia létrejöttében ugyanis a *hiányos* táplálásnak igen fontos szerep jut. Tudnunk kell azt is, hogy egyik zsirfaj okoz acetonaemiát, a másik ellenben nem. Nagy alkoholadagok a comától nem óvnak meg.

A nagy mű, főképpen az experimentális pathologiai rész, sok igen értékes adatot tartalmaz. S ámbár egy negyven évet munkában eltöltött bűvár felett csak tisztelettel lehet véleményt mondani, könyve után ítélve az én impressióm az, hogy Lépine nagyobb experimentator, mint klinikus.

Halász Aladár dr.

Új könyvek: A. Lichtenberg: Über die Kreislaufstörung bei der Peritonitis und über die Kochsalz-Suprarenin-Therapie. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 4.60 m. — P. C. T. van der Hoeven: Die Asthenie und die Lage-Anomalien der weiblichen Genitalien. Jena, G. Fischer. 3 m. — H. Berger: Untersuchungen über die Temperatur des Gehirns. Jena, G. Fischer. 4.50 m. — C. Winkler: Die Erkrankungen des Blinddarm-anhanges. Jena, G. Fischer. 18 m. — A. Wolff-Eisner: Klinische Immunitätslehre und Serodiagnostik. Jena, G. Fischer. 3.60 m. — J. Heller: Die vergleichende Pathologie der Haut. Berlin, A. Hirschwald. 24 m. — R. Ehrlich: Die Behandlung der Echinokokken der Leber. Leipzig, J. A. Barth. 2.25 m. — W. Stoeckel: Lehrbuch der gynäkologischen Zystoskopie und Urethroskopie. 2. Auflage der „Zystoskopie des Gynäkologen“. Berlin, A. Hirschwald. 16 m. — W. Wolff: Über Entstehung und Behandlung des Magengeschwürs. Leipzig, J. A. Barth. 1.50 m. — Pfand-ler und Schlossmann: Handbuch der Kinderheilkunde. 2. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. — R. Jolly: Atlas zur mikroskopischen Diagnostik der Gynäkologie. Berlin u. Wien, Urban und Schwarzenberg, 20 m. — Gibson: Die nervösen Erkrankungen des Herzens. Zweite Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 2.80 m. — H. Schridde: Die hämatologische Technik. Jena, G. Fischer. 4.50 m. — M. Matthes: Die Behandlungsmethoden des chronischen Magengeschwürs. Halle a. S., C. Marhold. 1.40 m. — G. A. Wollenberg: Aetiologie der Arthritis deformans. Stuttgart, F. Enke. 4 m. — W. Weichardt: Über Ermüdungsstoffe. Stuttgart, F. Enke. 2 m. — L. Philippson: Dermatologische Diagnostik. Berlin, J. Springer. 2.80 m. — O. Scheuer: Die Syphilis der Unschuldigen. Wien, Urban und Schwarzenberg. 9 m. — K. Süpfle: Leitfaden der Vaccinationslehre. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 5.60 m. — P. Dubois: Die Psychoneurosen und ihre seelische Behandlung. 2. Auflage. Bern, A. Franke. 10 m. — Langstein und Meyer: Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 6.60 m. — O. Leers: Die forensische Blutuntersuchung. Berlin, J. Springer. 6 m. — N. Gaidukow: Dunkelfeldbeleuchtung und Ultramikroskopie in der Biologie und in der Medizin. Jena, G. Fischer. 8 m. — S. Hammerschlag: Lehrbuch der operativen Geburtshilfe. Leipzig, S. Hirzel. 16 m. — W. Stöcker: Klinischer Beitrag zur Frage der Alkoholpsychosen. Jena, G. Fischer. 7.50 m. — J. A. Rivière: Esquisses cliniques de physiothérapie. Paris, A. Maloine. 7.50 fr. — A. Salmon: La fonction du sommeil. Paris, Vigot f. — Paul Emile Lévy: Neurasthenie et névroses. Leur guérison définitive en cure libre. Paris, F. Alcan. 4 fr. — L. Gallavardin: La tension artérielle en clinique. Paris, G. Steinheil. 4 fr. — Patrick Watson Williams: Rhinology. A text-book of diseases of the nose and the nasal accessory sinuses. London, Longmans, Green and Co 12 s. 6 d.

Lapszemle.

Általános körtan.

A **carbenzým**ről értekezik Falk és Stricker (Berlin). Ismeretes, hogy az állati szén trypsinellenes hatást fejt ki. Ez a hatása nem azon alapszik, hogy az enzimát tönkretesz, hanem adsorptio útján magához ragadja. További vizsgálatokból kitűnt, hogy fehérjével összehozva az ilyen állati szén trypsinemésztést mutat, vagyis az adsorbeált trypsinnek egy részét újra leadja.

A szerzők első sorban azt vizsgálták, hogy milyen szénfajta adsorbeál legtöbb trypsin. Növényi, állati szenet, graphitot és kavicsot (mely tudvalevően szintén adsorbeál trypsin) hasonlítottak össze e tekintetben. Kitűnt, hogy mind a három szénfajta s a kavics is hatástalanná teszi a trypsin-oldatot, vagyis magához ragadja a trypsinet. Az erjesztőnek ez a megkötése azonban reverzibilis folyamat, a menynyiban caseinnal mind a három szénfajta s a kavics elnyelte trypsin is kivonható. Ezzel ellentétben a serumalbumint (Löffler-lemezek) csak a növényi szén-trypsin-keverék emésztette meg. A pancreatin-glycerin-oldatból is magukhoz ragadják az említett szénfajták a pancreatint, azonban a selyemfibroinpeptont szintén egyedül a növényi szén adsorbeálta trypsin emésztette meg. Kitűnt ezen vizsgálatokból, hogy legkedvezőbbek a viszonyok a növényi szénfajták adsorbeálta enzimának kivonására, a menynyiben erre többféle fehérje-oldat alkalmas, míg az állati szén elnyelte trypsin tulajdonképpen egyedül a caseint tudja megemészteni.

Ezek után a növényi szénnek antifermantumokra (marhasavó, rákos és gümőkóros betegek savója) való hatását vizsgálták. Kiderült, hogy a növényi szén a marhasavónak s kisebb mértékben a rákos és gümőkóros betegek savójának erjesztőellenes hatását csökkenti. Az állati szén nem tudja magához ragadni az antifermantumot.

A további vizsgálatok az ilyen trypsinrel átitott szén terapiás értékére vonatkoztak. Hosszas kísérletezés után sikerült növényi szén segítségével egy steril készítményt előállítani, a melyet carbenzým névvel jelölnek (előállítja Freund dr. és Redlich dr. organoterapiai gyára Berlinben). Állatokon a carbenzýmnek rossztermészetű daganatokra való hatását vizsgálták. Egy burgundi

nöstény kutya két diónyi esomóból álló vulvasarkomája subcutan carbenzymbefecskendezésekre a kutyanak két hónap múlva történt leéléséig borsónyira megkisebbedett. Egy kutyanak emlősarkomája helyi befecskendezés után teljesen ellágyult és felszívódott, míg egy másik összehasonlítás czéljából vizsgált, hasonló bajban szenvedő kutya daganatja egyszerű trypsinkezelésre nem változott. A szerzők emberen is kipróbálták a carbenzým hatását. Belsőleg nyújtva (3 óránként 1 tabletta) megszüntette a laparotomiák után jelentkező gázképződésből vagy műtét után bélösszenövés okozta meteorismusból származó kellemetlenségeket. A mechanikai okok miatt fennálló meteorismust természetesen csak ideiglenesen szüntette meg, míg a béltonia okozta meteorismusra sokkal tartósabb volt a hatása. Mint hintőpor jótékony hatással van a carbenzým rosszul gyógyuló sebekre, bubókiirtás utáni eves sebekre; jól használható portioerosiók, köldökgranuloma, laparotomia után maradt fistulák begyógyítására. Hatástalannak mutatkozott a carbenzým szemölcsök, condyloma acuminatum, erősen genyedő sebek esetén. Az utóbbiakban először erjesztőellenes kezeléssel a túlságos váladék-képződést kell megakadályozni. A rossztermészetű daganatokra vonatkozó vizsgálataikat a szerzők még nem fejezték be. Eddig gyógyulást még nem, csak a daganatok megkisebbedését látták a carbenzým behatása alatt. A ráknak meggyógyulását különben is lehetetlennek tartják ezen orvoslással azon tapasztalásuk alapján, hogy a carbenzým — úgy látszik — inkább a kötőszövetképződ-ményekre (sarkomá) mutat emésztő hatást, mint a hámképletekre.

Megjegyzik még a szerzők, hogy a carbenzým befecskendezése után nem támad olyan viharos reakció, mint más enzýmák bevitele után. A befecskendezés fájdalomtalanra tevésére adrenalin- vagy renoform-cocain-befecskendezést adtak. Utánvizsgálóknak a következő mértékelést ajánlják: Belsőleg 3—5 tabletta naponta; külsőleg carbenzým pulverisatum 2.0 g. vagy 0.5 g. $\frac{1}{2}$ % szóda-oldattal készített emulsió. (Münch. med. Wochenschr. 1910. 1. sz.)

A carbenzýmnek gümös folyamatokra való hatását vizsgálta *zur Verth* Bier klinikáján. Főképpen más módon nehezen befolyásolható sebészi gümőkór-esetekkel kísérletezett: lágyrészek gümőkórja, savós tömlők gümőkórja, ésonntuberculosis (spina ventosa), gümös ízületi gyuladások. A genynek kibocsátása után carbenzým-emulsiót fecskendezett be (a jodoformglycerin-kezelés módjára), a befecskendezést szükség szerint egyszer vagy többször megismételte. A hatás majdnem minden esetben kedvező volt, bár volt néhány eset, melyben javulás nem mutatkozott. A befecskendezés után támadó reakció hasonló ahhoz, a mely jodoformglycerin befecskendezése után keletkezik. A szerzőnek eddigi tapasztalása alapján az a benyomása, hogy a carbenzým többet ér a jodoformglycerinénél. (Münch. med. Wochenschr. 1910. 1. sz.)

Belorvostan.

A flatulentia és orvoslása című dolgozatában *Boas* (Berlin) rámutat arra, hogy ezen kellemetlen tünet különböző okainak ismerete rendkívül fontos a gyakorló orvosra nézve, mert csak ennek alapján lehetséges az észszerű orvoslás. Lényege gázoknak bőséges és fájdalomtalan távozásában vagy pedig mûlő, de heves fájással együtt járó gázrekedésben áll. Az utóbbi alakot általában colica flatulentának nevezték. Az előbb említett állapotok oka lehet exogen gázbevitel (aërophagia) vagy endogen gázképződés.

Az exogen alak ideges, gyorsan evő emberekben szokott előfordulni. A távozó gázok szagtalanok, a baj tág határok között független a bevitt táplálék mennyiségétől és minőségétől. Jó és rossz időszakok váltakoznak, néha hetekig szünetel a betegség. A bélsár (Schmidt-Strassburger szerint vizsgálva) nem mutat abnormis erjedési viszonyokat.

Az endogen (alimentaris) flatulentia sokféle fokozatot mutat: az időleges (még physiologiai), erjedésre alkalmas — rendszeren cellulose-tartalmú — táplálékok élvezete után keletkezőtől az idült flatulentiáig. Súlyosabb jellegű a baj csak akkor ölt, ha habituális székrekedéssel jár; a távozó gázok ilyenkor mindenféle bomlási terméknek szagát adják. Ezekben az esetekben kisebb-nagyobb kólikás fájások lehetnek. Megjegyzendő azonban, hogy nagy fájással járó flatulentiák ritkák, ha teljesen szabad a bélpassage.

A habituális obstipatió kivül többé-kevésbé fájdalmas flatu-

lentiával találkozhatunk vastagbél- és vékonybélhurutokban, mely utóbbiakban egyedüli tünet lehet (intestinális erjedéses dyspepsia). Ilyenkor nemesak a táplálék van befolyással a bajra, hanem mélyebbre ható bélbeli erjedési folyamatok is állanak fenn, a melyeknek alapja a bélnedv elégtelen elválasztása. Ezek a zavarok sokszor már a gyomorban kezdődnek, különösen achylia esetén. A pylorusstenosis nem ritkán erős kólikával és flatulentiával járó hasmenés alakjában nyilvánul minden különös gyomortünet nélkül.

A kórkép legsúlyosabb alakja a fájdalmas flatulentia, a mely a vékony- vagy vastagbél (rendesen szervi) passagezavarának majdnem egyedüli tüneteiként mutatkozik. Ilyenkor az összes ételrészek abnormis erjedésbe mennek át. Az erjedést még fokozhatják vérző vagy genyet elválasztó fekély- vagy daganatképződések. A bél-tartalom esetleg mutathat még utóerjedést, de sokszor már a bélben magában végleg elerjedt. Ha kifejezetten átjárhatatlan a bél, akkor a flatulentia állandó vagy periodusos heves kólikával s rendkívül bűzös, sokszor penetraus szagú gázok távozásával jár.

A flatulentiának gyakorlatilag fontos — angina abdominalisnak is nevezett — alakja az, a mely hasi vérpangás (vitiumok decompenatiója, általános s különösen hasi arteriosclerosis esetén) eredménye. Hasonlíthat a colica flatulentához vagy stercoralishoz, a bélpassage azonban tökéletesen normális vagy nem lényegesen zavart. Felismerése meglehetősen nehéz.

A flatulentia aetiologiája és megítélése szempontjából fontos a meteorismushoz való viszonyának megfigyelése. Általában azt mondhatjuk, hogy a meteorismus direkt ellentétben van a flatulentia gyakoriságával. Éppen a legközönségesebb formában, a flatulentia nervosában legritkábban puffadt a has. Boas-nak az a meggyőződése, hogy minden kifejezetten idült bélympania szervi bajra utal, a mely legtöbb esetben a bélrendszerben, ritkábban a keringési vagy idegrendszerben székel (tabes, myelitis).

A flatulentia sokféle okát tekintve, világos, hogy reá ható egyetemes gyógyszer nem létezhetik; a gyógyszerteráiban felhalmozott különböző carminatív szerektől semmiféle tartós hatást sem várhatunk.

A therapiában az első kérdés az, hogy a flatulentia fájdalomtalan-e s az egyedüli betegségstünet-e? Ha ezenkívül szervi elváltozásra gyanú nincsen, s neurastheniás beteggel van dolgunk, akkor a flatulentia exogen aërophagián alapul. Ilyenkor nincs semmi értelme, hogy az étrenden változtassunk. Általában nehezen befolyásolható ez az aëro- és tachyphagián alapuló flatulentia. Csak az evés hygienéjének s az egész idegrendszer állapotának megjavításától várható eredmény.

Habituális obstipatióval és idült bélhurutal járó flatulentia esetén czélszerű diatétával oda kell igyekeznünk, hogy a bélrendszerben ne legyen pangás, a mi vastagbélhurut esetén rendszeren könnyen sikerül. Az étrendet illetőleg megjegyzendő, hogy a tej sok emberben bűzös, savanyú szagú gázok képződésére ad alkalmat; ugyanígy a kefir, lefölvött tej, yoghurt-tej, sokszor a tojás és tojásos ételek is. Különös tekintettel kell lennünk a hús vértartalmára, mert a vér a fehérjék közül legnagyobb mértékben rothad a bélben. A beteg minden nyers vagy félig nyers táplálékot kerüljön. Sok esetben minden táplálékot külön ki kell próbálni a flatulentiát befolyásoló tulajdonságára nézve.

Intestinális erjedéses dyspepsia eseteiben *Meyer H.* tiszta fehérjezsír-diatétával szép eredményeket ért el; a szénhidrátok közül különösen a burgonya tartotta fenn a flatulentiát, míg a czukrot, dextrinezett lisztet, finom búzalisztet, darát, fehér kenyeret, jól főtt rizst jobban tűrték a betegek.

A mi a gyógyszeres orvoslást illeti, a bél desinficiálását ma már nem tartjuk lehetségesnek. A legjobb szolgálatot teszik még e tekintetben a salicylkészítmények, különösen a magnesium salicylicum $3 \times 1-2$ gm. napjában. Ez a szer is csak alimentaris és intestinalis bomlások esetén hatásos. A bismuth. salicylicum felett előnye az, hogy nem obstipáló hatású. Az utóbbit akkor adja Boas, ha a fájdalmas gázképződés hasmenéssel jár.

A bélesővekkel való mechanikai kezelésnek (gázok kivezetése) a szerző tapasztalatai szerint nincs valami nagy gyógyértéke. A Nelaton-bélszondák nem jövedelmező, mert sokszor eldugulnak vagy össze-gyűrődnek; czélszerűbb nagyobb nyílással bíró kaucukcsöveket használni, melyek órákig maradhatnak a végbélben.

Szervi elváltozáson alapuló flatulentia esetén, a mennyiben

sebészi beavatkozás nem lehetséges, czélszerűen választott hashajtókhoz fordulunk, hogy a kínzó gázképződést csökkentsük. Természetes, hogy itt is kerülni fogjuk a gázképződésre hajlamos táplálékot. Mint hashajtót legezelszerűbb ricinus-olajat vagy keserűvizet adni kisebb, többször ismételt mennyiségben.

A hasi vérpangáson alapuló flatulentiát természetesen a vérkeringés javítása útján (digitalis, diuretin, strophantin) igyekszünk befolyásolni. (Berliner klin. Wochenschr. 1910. 3. sz.)

Idegkórtan.

A fejtartás befolyása az agyvelőtünetekre újabban észlelt jelenség, a melyről *Oppenheim* közöl tapasztalatokat. Régóta ismeretes, hogy a fejtartás a fejtájást és a szédlést befolyásolja, de ezt a jelenséget körjelző czélra csak az utóbbi években használták fel. *Oppenheim* például olyan aphasiát észlelt, a mely csak fenálló helyzetben volt meg, míg fekvő helyzetben kevésbé volt kifejezett. A további észleletekből kiderült, hogy a hányásra, lélekzésre és érverésre is befolyással van a testtartás, különösen, ha a daganat a hátulsó koponyagödörben fekszik. Ugyancsak *Oppenheim* észlelte azt is, hogy a nystagmus néha csak bizonyos oldalfekvésben észlelhető. Például kisagyvelő-daganat esetén oldalfekvésben fokozódott a nystagmus. Más esetben nystagmus nem volt kiváltható semmi irányban sem. Ha ellenben a beteg a jobb oldalára feküdt, balra nézéskor tiszta nystagmus állott elő a balra nézésnek paresisével.

Egy másik betegen ugyancsak nem volt nystagmus, de a mikor a beteg kétszer-náromszor tengelye körül megfordult, kifejezett nystagmus jelentkezett a beteg oldal felé. Még feltünőbb az a jelenség, a mely a hátulsó koponyagödör daganatának két esetében volt észlelhető. Az egyikben a cornea-reflex néha a beteg oldalon egészen rendes volt, a másikban kétes és csak néha kiváltható. Ha azonban a beteg az ellenkező oldalára feküdt, a corneareflex hiánya teljes és állandó volt. Nem várható azonban, hogy a fejtartásnak befolyása e tünetben állandó lesz.

A kisagyvelői ataxiában a Romberg-tünetet ajánlatos a szokott módon úgy is keresni, hogy a beteg összetett lábbal és behunytt szemmel guggoljon le és emelkedjék fel. Ilyenkor nemcsak az oldalingadozás lesz kifejezettebb, hanem néha az ingás mindig ugyanazon irányban ismétlődik. (Neurol. Centralbl., 1910. 3. sz.)

A Babinski-reflex ma már a legjobban használható körjelző tünetek egyike. *Bauer* és *Biach* e jel vizsgálatával foglalkozott a *Strümpell*-klinikán. Azt találták, hogy a Babinski-jel, mint a hogy ezt már mások is megállapították, gyakran kifárad. Általában a bőrreflex hamarabb fárad el, mint az inreflex. Így *Strümpell* és *Müller* a hasreflex gyors kifáradásának a sokfoltú keményedésben fontosságot tulajdonít. A bécsi szerzők azt találták, hogy ha a Babinski-tünet kiváltása mindig ugyanazon bőrrésről történik hosszabb időn át, az öregüjj feszítése mindinkább mérséklődik, míg végül megszűnik. Ha most más bőrtületről folytatjuk ezt a kísérletet, a reflex rögtön újból előáll és intenzitásában semmi sem különbözik a legelső kiváltás mozgásától. A kifáradás annál gyorsabban áll elő, minél nagyobb erőt alkalmazunk. E kísérletben pontosan be kell tartani ugyanazt a bőrtületet és ugyanazt az ingerfokot. Ugyanezt a jelenséget a cremasterreflexen is lehet észlelni. A szerzők valószínűnek látják, hogy a környéki érző végkészületek fáradnak ki a bőrreflex kimerülésekor.

A szerzők azt találták, hogy a patella-inreflex kiváltása némely emberen megakasztja a Babinski-tünet kifejlődését. Ez legjobban úgy sikerül, ha a talpreflexet egy szempillantással később váltjuk ki, mint a térdtünetet. A szerzők e jelenséget középponti reflexgátlással vélik magyarázhatni és azt gondolják, hogy a gerincvelőben lefolyó reflexfolyamat az alul fekvő reflexre behatással lehet. (Neurol. Centralblatt, 1910. 3. szám.) *Kollarits Jenő* dr.

Sebészet.

A gerinczagnak stovainnal való érzéstelenítésére új eljárást ajánl *Polnaru*. Tudvalévő dolog, hogy a gerinczagnak stovainnal való érzéstelenítésekor elég gyakran sikertelen az eljárás, máskor viszont kellemetlen mérgezési tünetek jelentkeznek. E körülmények okait kutatva a szerző rájött, hogy a stovain szétbom-

lik s tejszerű csapadékot ad, ha lúgos közeggel — a minő az agyviz is — elegyedik. Megállapította, hogy ha 10%-os stovainhoz agyvizet ad és csapadék képződik, az oldatnak nincs bőrérzéstelenítő képessége, míg ha a csapadékképződést meggátolja, befeeskenedésre kifogástalan anaesthesia jön létre a bőrön. Ha az elegyedéskor erősen kicsapódik a stovain, nem jön létre az érzéstelenítés; ha a csapadék csekélyebb, toxikus tünetek támadnak. Kísérletei útján kiderült, hogy már $\frac{1}{8}$ csepp tejsav is megakadályozza a stovain-agyviz-keverék csapadékképződését és kevés adrenalin hozzáadására nemcsak hogy tetemesen tovább tart a hatás, de még az esetleges mérsékelt toxikus tünetek is megszűnnek. Eljárása a rhachistovainozáskor a következő: Sterilizált üvegdugós kis üvegen 15 csepp adrenalinum hydrochloricumot s egy csepp tömény tejsavat kever el. (Sötétben tartva az oldat 15 napig is használható.) Egy másik kis kémlecsőbe 5 centigramm stovaint önt s közvetlenül a használat előtt az előbbi keverékből 2 cseppet ad hozzá. A stovaint 2 gramm leboesátott agyvizben oldja fel s ezután fecskendezi be az oldatot a gerinczagy-esatornába. Az érzéstelenítés úgyszólván a befeeskenedés pillanatában áll be, két óráig tart és 275 esetben balsikerrel sohasem járt. (Wiener klin. Wochenschrift, 1910. 6. szám.) *Makai*.

A fájdalomérzések jelentősége a féregnyúlványlob és hashártyagyulladás körjelzésében és kórjósolatában teszi *Blumberg* értekezésének tárgyát. A féregnyúlványlob és a hozzá társuló hashártyagyulladás kezdeti szakáiban alig rendelkezünk olyan kórtünet felett, a mely a korai műtét elhatározására döntő fontossággal bírna. Mint igen megbízható támpontot ajánlja a szerző azon eljárást, melylyel szerinte a beteg hashártya vonaglója által keltett fájdalom már a betegség legkezdetibb szakában is megállapítható. Eljárása abban áll, hogy a beteg hasára gyakorolt nyomáskor megkérdezzük, vajjon fájdalmas-e az, mire azután *hirtelen* emeljük kezünket a hasfalról s az ezen emeléskor nyilvánuló fájdalom után tudakozódunk. Sok esetben, mikor még a nyomással nem váltható ki fájdalom, a hirtelen elhuzáskor már erős érzékenység van. Máskor, sőt legtöbbször az elhuzáskor támadó fájdalom jóval jelentékenyebb a nyomási érzékenységnél. Egy esetben, midőn e körjel észlelhető volt rendes hőmérsék mellett, tompulat, izomvédekezés és meteorismus hiánya mellett is a féregnyúlvány előrehaladott gangraenája volt a műtét alkalmával megállapítható. E körjel egyébként nemcsak a féregnyúlványlob, hanem általában a hashártyalob egyik korai ismertetője gyanánt értékelendő, a mennyiben például sikerült vele a baloldali méhkürt genyfelhalmazódását, illetőleg az abból származó hashártyagyuladást is körjeljezni. Előnye e körjelnek az is, hogy menstruatio idején egészséges nön nem váltható ki, míg ellenkezőleg a nyomási érzékenység tudvalevőleg elég gyakran fennáll. Cholelithiasisból kiinduló hashártyagyulladásban a kórtünet után való kutatás előtt ki kell zárni a jobb tüdő gyuladását, mely utóbbinál szintén kiváltható e phaenomen, valószínűleg a mellkas rázkódtatásának tovavezetődése folytán. (Berliner klin. Wochenschrift, 1910. 4. szám.) *Makai*.

Börkórtan.

A Kromayer-féle quarzlámpával kísérletezett eczemás esetekben *W. Rabe* (Berlin.) Az eczema therapiája eléggé jól van kidolgozva s így aránylag ritkán kerül rá sor, hogy az eczemat a quarzlámpával kelljen gyógyítani. Bizonyos ugyanis, hogy ha valamely bőrbajt egyszerűbb, már régóta kitanulmányozott eljárással jól tudunk kezelni, valamely újabb, tehát még kevésbé kitanulmányozott eljárásnak nincsen helye a gyakorlatban. Ilyen eljárás alkalmazásának a jogosultsága csak akkor forog fenn, ha az egyéb gyógyító módok sikertelenek bizonyultak. A quarzlámpás kezelésnek az eczema therapiájában való értékéről a nézetek ma még korántsem egyezők. A szerzők egy része igen jó eredményt látott től, mások ellenben egyenesen elvetik. A szerző a quarzlámpás kezelést eddig 12 eczemás esetben próbálta ki. A megvilágítás állandóan a quarzlámpa-társaságnak eredeti, vízhűtővel ellátott készülékével történt. A lámpának a bőrtől való távolsága esetről esetre változik és néhány mm.-től 5 cm.-ig terjedhet. Jól beválik olykor az úgynevezett „vasaló-eljárás“, a mely abból áll, hogy a lámpát tartó ápoló vagy orvos a lámpát a megvilágításra szánt bőrtület felett vasaló módjára ide-oda vezeti. Az ecze-

mák quarzlámpás kezelésére nézve a szerző a következő indiciós szempontokat állítja fel: 1. Alkalmos és jól beválnak a quarzlámpás kezelés oly makacsul recidiváló hólyagos eczema esetében, a melyben sem a szokásos therapia, sem pedig a Röntgen-kezelés gyógyulásra nem vezet. 2. Beválnak a kezelés a pustulás eczemában is, különösen ha a fej hajzatos részét foglalja el és közel áll már a sycosishoz. Ily esetben a quarzlámpa megakadályozhatja a recidivákat. A megvilágítás különben alkalmas mint hámlasztó kúra is. 3. Alkalmazható még idült beszűrődött eczema eseteiben is, a melyeknek egyik typusa az úgynevezett psoriasisszerű eczema. Az erős beszűrődés ilyenkor elég jól elmulasztható a quarzlámpás kezeléssel. A három csoport közül a szerző a legjobb eredményt az első csoportba sorolt eczémás esetekben látta. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 101. k. 1. f.)

Guszman.

Venereás bántalmak.

A férfiak sterilitását tanulmányozta W. Scholtz (Königsberg). A mióta *Kehrer* néhány évtized előtt azt hirdette, hogy a legtöbb steril házasságban az ok a férjben rejlik, ez a kérdés nem került le a napirendről. Sokan foglalkoztak ennek a kérdésnek a tanulmányozásával és a legtöbb vizsgáló helyben hagyta, hogy a steril házasságok nagy része a férj régi gonorrhoeás fertőzésére vezethető vissza. A legtöbb vizsgálat azt is megállapította, hogy a steril házasságoknak mintegy $\frac{1}{3}$ -ában a férfinak azozoospermiaja forog fenn. Ennek okául legtöbbször (90%) a kétoldali mellékhereregulatást és a prostatitist említik. *Lier* és *Ascher* azt találta, hogy a steril házasságoknak 71%-ában az ok a férjben rejlik és csak 29%-ban a nőben. A legtöbb vizsgáló megegyezik abban, hogy a steril házasságoknak mintegy a felében a házastársak egyikének a gonorrhoeás fertőzése szerepel. *Scholtz*-nak újabb vizsgálatai ezeket az adatokat némileg módosítani látszanak. 90 olyan férfit vizsgált, a kinek házassága évek óta steril maradt és azt találta, hogy elég gyakran más tényezők is szerepelnek mint a gonorrhoea. A beteganyaga azért érdekes, mert olyan férfiakra vonatkozik (lengyelországi zsidók), a kik igen korán nősültek, a házaseletük előtt vagy egyáltalában nem, vagy csak alig közösültek és a kiknek ezért az anamnesisében a gonorrhoea és a lues úgyszólván tökéletesen hiányzik. A 90 férfinak (a legtöbbször életkora 25—35 év között váltakozott) spermavizsgálata azt derítette ki, hogy 61 esetben a sperma ép volt, 20 esetben azozoospermia forgott fenn, 9 esetben pedig oligo-, illetőleg nekrospermia állott fenn. A 90 férfinak tehát több mint $\frac{1}{4}$ -e tökéletes impotentia generandiban szenvedett. Ez a vizsgálati sorozat tehát első sorban azt az érdekes adatot derítette ki, hogy az azozoospermia elég gyakran gonorrhoea nélkül is előfordul. Az azozoospermiát tehát nem lehet kritika nélkül egyszerűen egy régebbi mellékhereregulatás vagy prostatitis eredményének betudni. Minthogy *Finger* egy ízben kiemelte, hogy sexuális excessusok rövid időre azozoospermiát okozhatnak, a szerző ezt a lehetőséget is figyelembe vette, a mennyiben vizsgálatát egy-egy egyénen hosszabb időközökben többször végezte és a vizsgált férfiakat az excessusok tekintetében előzetesen kikérdezte. *Scholtz* eseteiben mint aetiologiai tényező az erős dohányzáson kívül még leginkább a régebbi masturbatio és a gyakori coitus játszottak bizonyos szerepet. A sperma vizsgálatára nézve a szerző különösen kiemeli, hogy csak olyan sperma alkalmas a vizsgálatra, mely ejaculálva lett; nem alkalmas ellenben az olyan, a mely az ondóhólyagokból exprimálva lett. Az utóbbiban ugyanis gyakrabban találhatunk akkor is azozoospermiát, a mikor az ejaculatumban bőven találhatók jól mozgó ondószalak. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 101. kötet, 1. füzet.)

Guszman.

A *spirochaeta pallidának* a tusejárásal való kimutatásáról ír *R. Frühwald* (Leipzig). A szerző a Burri-féle eljárást vette vizsgálat alá. Ismeretes, hogy a Burri-féle eljárással a bakteriumot tartalmazó váladékban vagy szövetnedvben könnyen mutathatók ki a mikroorganizmusok a kínai tus segítségével. A platinkacsul vett szövetnedvet hamarosan összekeverjük egy kacsnyi tusoldattal és azonnal vékonyan szétkenjük a tárgylemezen. A készítmény néhány pillanat alatt megszárad s már is alkalmas az immersiós göcsővi vizsgálatra. A bakteriumok ilyenkor sárgás-barnás alapon éles fehér színben jól feltűnnek. *Hecht* és *Wilenko* aján-

lata óta ez az eljárás különösen jól bevált a *spirochaeta pallidának* kimutatásában. E tekintetben a szerző, mint már sok más vizsgáló igen jó eredményt kapott az eljárással. Igen megbízhatónak tartja s nagy előnye, hogy olcsó (egy üveg folyékny tusra van szükség), gyors és egyszerű. A szerző az eljárást ezen előnye miatt sokszor még föléje helyezi a sötét látótér-eljárásnak (*Dunkelfeldverfahren*) és a *Giemsa-féle* festő eljárásnak. Ezt a nézetét összehasonlító vizsgálatai alapján vallja. (Münchener medizinische Wochenschrift 1909. 49. szám.)

Guszman.

Fizikai és diaetikai gyógyításmódok.

A közönséges kemény szemölcs, a *clavus* és *tyloma* kezelése szénsavhóval. *Fabry* és *Zweig* (Dortmund) gyors gyógyulást és szép eredményt értek el, ha a felhám említett túltengéseit szénsavhóval kezelték. Még a fél talpra kiterjedő *clavus* és a tenyéren oly sok kellemetlenséget okozó és másfajta kezelésnek oly makacsul ellentálló *tyloma*t is sikerült ily módon 8 nap alatt meggyógyítani a nélkül, hogy a felhám e helyeken később újra túltengett volna. A szénsavhóval olyképpen nyerek, hogy a szénsavbombát a földre fektetik, s nyílása elé alkalmas bőrzaeszköt erősítenek. Ha ebben elegendő hó képződött, ezt (a szükséghez képest kisebb vagy nagyobb belvilággal bíró) fecskendő hengerébe préselik. A hengerben levő oszlop alakú hovat a dugattyúval odanyomják azon helyre, a melyet megfagyasztani akarnak. Minél mélyebbre terjedő hatást akarnak elérni, annál erősebben és hosszabban nyomják a hovat a bőrhöz. Tapasztalásaik alapján azt mondják, hogy a fagyasztást nem szabad fiatal egyéneken egyszerre túlsóká alkalmazni s hogy felnőttek bőrét is legfeljebb csak egy percig szabad egyhuzamban a szénsavhó hatásának kitenni. Túlságos nagy felületet sem szabad egy alkalommal fagyasztani. A fájdalom a fagyasztás alatt és utána is tűrhető. A megfagyott bőrrészen duzzadás, majd 24—28 óra alatt hólyag képződik. A hólyagban levő savó a megkeményedett bőrt vagy a mélybe nőtt papillacsomót környezetéből kiemeli úgy, hogy az ilyenkor a hólyag falán csüng és ollóval könnyen eltávolítható. A felhámot megfosztott részt dermatollal és zinkkenőccsel kezelik, mire ezen helyen néhány nap alatt friss és rendes felhám képződik. (Münchener med. Wochenschrift, 1910. 13. szám.)

Lenkei V. D. dr.

A nyers gyümölcs élvezése ivókúrák idején. *Benderski* (Kiew) azt vitatja, hogy azon betegeknek, a kiknek a nyers gyümölcs betegségük természete miatt a fürdőhelyen kívül, otthon tiltva van, az ivókúra alatt annál kevésbé szabad ilyet enniük. De semmi okát sem látja annak, hogy azoknak, a kiknek otthon a nyers gyümölcs nem árt vagy éppen jót is tesz, azt az ivókúra idejére megfíltuk. E tekintetben három fajta beteget kell megkülönböztetni: az olyat, a kinek a nyers gyümölcs megárt, azt, a kire nézve közömbös, hogy nyers gyümölcses táplálkozik-e vagy nem, és az olyat, a kinek a nyers gyümölcs az ivókúra alatt még hasznára is van. Heveny gyomor- vagy bélhurutban szenvedőnek természetesen nem szabad nyers gyümölcsöt ennie, de az ilyennek úgy sem rendelünk ivókúrát. Az idősült betegségek közül főképpen a hasmenéssel társuló enteritis az, a melyben a gyümölcsöt megfíltuk. Nem engedjük ezt meg azon esetekben sem, a melyekben az emésztés fájdalmakkal vagy nagymérvű puffadással jár. Megengedhető a nyers gyümölcs mindenkinek, a ki mint egészséges és csak üdülés céljából megy valamely fürdőhelyre és iszik annak vizéből. Szegényvérűnek is megengedi, hogy az ivókúra alatt nyers gyümölcsöt egyék, mert minden elméleti okoskodást elvet, mely azt mondja, hogy a gyümölessavak az alkalikus vagy vasas vizek hatását lerontják. Makacs székszorulásban szenvedőknek a nyers gyümölcsevést meg éppen nagyon is ajánlja, mert a gyümölcs a konyhasó és glaubersó hatását még támogatja. Természetes, hogy elhásádottnak és kivált czukorbajosnak az édes és sok szénhidratot tartalmazó gyümölcsfajtákat nem engedi meg. Van olyan beteg is, a kinek a gyümölcs az ivókúra idején nem izlik, de ezek többnyire azok, a kik nem mernek gyümölcsöt enni. Véleménye szerint tehát az orvos — eltekintve a kivételes esetektől — az ivókúra idején is megengedheti, sőt bizonyos esetekben *el is rendelheti* azt, hogy betegek nyers gyümölcsöt egyék. (Zeitschrift für Balneologie, 1908. 5. szám.)

Lenkei V. D. dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Kórosan gyakori pollutio ellen König (Karlsbad) jó eredménnyel használja a styptolt. Az egyenként 5 centigramm hatóanyagot tartalmazó Knoll-féle pastillákból eleinte 2, később 3 darabot vétet be röviddel a lefekvés előtt egy hónapon át; hosszabb szünet után a kúra esetleg megismételhető. (Wiener klinische Wochenschrift, 1909. 37. szám.)

Idült székrekedés ellen Rhode paraffin-klysmák használatát ajánlja. 40°-on olvadó, 37°-on kenőesszerű összeállású paraffinkeveréket használ, melyből az első héten minden este 200 cm³-t fecskendez be térdkönyök helyzetben. A második héten már csak 100 cm³-t fecskendez be naponként, a harmadik héten pedig már csak kétnaponként ad klysmát. A 4—6. héten többnyire már nem kell adni paraffint. A paraffin megakadályozza a felszívódást, ennek következtében a béltartalom nem sűrűsödhet meg annyira. (Mediz. Klinik, 1909. 48. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 14. szám. *Lévy Lajos*: A bélpathologia néhány kérdéséről. *Kiss Gyula*: Kísérletek és adatok a Wassermann-féle reactio magyarázatához.

Orvosok lapja, 1910. 14. szám. *Szekeres Miksa*: A kankó prophylaktikus és abortív kezelésének hátrányairól.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 14. szám. *Áldor Lajos*: Megjegyzések Karlsbad gyógyeszközzeiről és azok indicatióiról az emésztőszervek megbetegedéseiben. *Gerlőczy Zsigmond*: A Budai Emil-féle „Ozim” oxygent fejlesztő só és belégzőkészülék. „Bőr- és bujakórtan” melléklet, 1. szám. *Schiff Ede*: Kosmetika és dermatologia. *Schein Mór*: Tuberculin-oltással gyógyított lupus vulgaris esete. *Török Lajos*: Az eucadrolról. *Schein Mór*: Az epidermis regenerációjáról kísérletek kapcsán.

Vegyes hírek.

Kinevezés. A király *Oláh Gusztáv* dr.-t a lipótmezei állami elme-gyógyintézet igazgatójává nevezte ki. — *Mayer László* dr.-t Nagyvárad főorvosává, *Weiterschan József* dr. nagybecskereki városi orvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Wilheim Adolf* dr., *Sántha György* dr., *Révfy Jenő* dr., *Klein Adolf* dr. és *Novák József* dr. szabadtéri orvosokat tiszteletbeli főorvossá, *Zsakó István* dr.-t a dícsőszentmártoni közpórház elmebeteg-osztályához másodorvossá, *Bárany Alfréd* dr.-t a szekszárdi, *Szepesy Imre* dr.-t a székesfehérvári és *Frank Kálmán* dr.-t az arad-megyei közpórházhoz alorvossá, *Vulkán Kornél* dr.-t a békéscsabai, *Wertheim Iván* dr.-t a gyulai közpórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Descovich Romuald* dr.-t a fiúmei városi kórház bőr- és bujakóros osztályának főorvosává, *Kertész Jenő* dr.-t Jászárokszálláson községi orvossá választották.

A XX. magyar balneologiai congressust április 16.-án és 17.-én tartják a budapesti kir. orvosegyesület házában. A 17.-én tartandó ülés után a magyar szent korona országai balneologiai egyesülete tartja évi közgyűlést.

A „myositis ossificans progressiváról” című, lapunk ez évi 13. számában megjelent közlés szerzője, *Dollinger Béla* dr. felkért annak tudomásul hozatalára, hogy elkerülte volt a figyelmét *Kéty Károly* tanár egy esete, melyet a Magyar orvosi archívum 1894. évfolyamában egy klinikai előadás keretében ismertetett. E mulasztás helyrehozását annál is szükségesebbnek tartja, mert *Kéty* tanár jelzett dolgozata számos értékes megfigyelést tartalmaz a szóban levő kórképet illetően.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület február hónapban 1034 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 812 szállítást végzett, 202 esetben mint mozgóórszék szerepelt és 14-szer vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A január hónapi működés főösszege tehát 2062.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum március hónapban 98 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 100 volt.

A tuberculosis okozta halálozás Poroszországban 1909-ben ismét esőkkenést mutat az előző évhez képest. 1908-ban 10,000 emberre 1646 ember halt meg, 1909-ben csak 1554 (60,653 ember).

Prowazek dr. (Hamburg) és *Leber dr.* berlini egyetemi docens május végén négy hónapra Samoába utaznak a trachoma és más ragadós szembetegségek tanulmányozására; később Sumatrába mennek, hogy emberszabású majmokon kísérletezzenek.

Kisebb hírek külföldről. Párisban március 27.-én leplezték le a Place Étais Unis-n *Horace Wells*, a narcosis felfedezőjének szobrát. *Wells* fogorvos volt Hartfordban (Connecticut), s korszakos felfedezését 1846-ban tette közzé. — A stockholmi egyetem szemészeti tanszékén *Widmark* tanár utódja *Dalén* tanár lett Lundból. — *Fawitzkij* (bel-

orvostan) és *Fedorow* (sebészet) rendkívüli tanárokat Szt.-Péterváron rendes tanárrá léptették elő. — Rendes tanár lett: *Simon* dr. Birminghamban (belorvostan), *Lawford*, *Knaggs* és *Moynihan* Leedsben (sebészet). — A berni nőklinika igazgatójává és a nőorvostan rendes tanárává *Kehrer* dr. heidelbergi rendkívüli tanárt nevezték ki. — Rendes tanár lett: *Martinow* dr. (sebészet) és *Maklakow* dr. (szemészet) Moszkvában, *Lindström* dr. (bőrkórtan) Tomszkban. — *E. Bozzi* dr.-t a sebészet rendkívüli tanárává nevezték ki Genuában.

Meghalt. *Klatnek Mátyás* dr. járárorvos Bozovicson március 27.-én. — *Quitt József* dr. újpesti gyakorló orvos 28 éves korában március 26.-án. — *G. Bezzi* tanár Modenában (sebészet), *S. Iglesiás* tanár Madridban (belorvostan), *C. B. Ribeiro* tanár Rio de Janeiroban (gyermekorvostan) és *H. K. Cushing* tanár Clevelandban (nőorvostan).

A budapesti orvosi kör országos segély-egylete pénztárába tagdíjat fizettek: *Kain József*, *Kaiser József*, *F. Keczely Béla*, *Kregezy Ottó*, *Kriser Arnold*, *Klein Arthur*, *Ladányi Mór*, *Litsek Ákos*, *Magos Árpád*, *Madarász Lipót*, *Munkácsy Pál*, *Miklós Jakab*, *Mehr Mór*, *Mauks Károly*, *Raisz Sándor*, *Rosenberger Alajos*, *Rózsa Zsigmond*, *Róth Imre*, *Remenár Elek*, *Sági Samu*, *Stuchlik Tivadár*, *Spatz Adolf*, *Seliga János*, *Sztehló Aurél*, *Szekeres József*, *Szécsi József*, *Tóth Gedeon*, *Terray Lajos*, *Hübner Viktor*, *Vadász Aladár*, *Deési Pál*, *Dávid János*, *Hajesi Sándor*, *Gyárfás Ferencz*, *Keckeméthy Lajos*, *Androvits Sándor*, *Borszéký Károly*, *Brunner Lajos*, *Donáth József*, *Engel Gábor*, *Feja Ferencz*, *Friedmann Adolf*, *Grün Jakab*, *Geiger Frigyes*, *Gutmann Dezső*, *Gerő Adolf*, *Illés Géza*, *Gottler Sándor*, *Katona Zoltán*, *Muhi Zsigmond*, *Morava Géza*, *Márton-Bácsalmás*, *Mayer László*, *Ofner Károly*, *Ostatea Valér*, *Pámer Albert*, *Rüll János*, *Reisz Samu*, *Reiner Mór*, *Ruber József*, *Sommer Adolf*, *Steiner Lipót*, *Száva Aladár*, *Török Ferencz*, *Váradý László*, *Wachsmann Gölléröl*, *Weisz Károly*. Budapest, 1910. március 1.-én.

Katona József dr., pénztáros.

Dr. Jakob-féle Ligetsanatorium

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

„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. — Kívánatra prospektus.

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

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

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vízgyógyintézet április 24.-én nyílik meg. Posta VISEGRÁD (Pest m.) Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forró-lég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Hízaloló- és soványítókurák. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználatlaltal és ötszöri étkezésel együtt — heti 65 koronától feljebb. Kívánatra prospektus.

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

Orvosi laboratórium és czukorbeteglek tolerantiájának meghatározása Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogetan-tér). Telefon 26—90.

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

Széchenyi-telepi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. Igazgató-főorvos *Schnier György* dr. Felvétetnek ideg- és kedélybeteglek, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetlek, alkoholisták, morphiun-sák. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79—72. — Prospectus. 6318

Reiniger, Gebbert & Schall Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. Villanyos orvosi műszerek különlegességi gyára.

ERDEY Dr. sanatoriuma. Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetelek és szülönök részére.

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

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhöz.

:: LÁPSÓ ::
száraz kivonat
ládákban á 1 kiló

LÁPLÚG
folyékony kivonat
üvegekben á 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (X. rendes tudományos ülés 1910 márczius 12.-én.) 274. l. — Szegedi Orvos-Egyesület. (1909 október hó 13.-án tartott szakülés.) 275. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (XVIII. szakülés 1909 november 6.-án.) 276. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(X. rendes tudományos ülés 1910 márczius 12.-én.)

Elnök: **Schaffer Károly.** Jegyző: **Rotter Henrik.**

Uretero-cystoneostomia.

Szili Jenő: Betegét mutat be, kin 1909 augusztus 5.-én méhrák miatt abdominális gyökeres műtétet végzett a Rókus-kórház I. számú sebészeti osztályán. A bal parametrium infiltrációja miatt az egyoldali ureter kiproarálása meglehetősen nehéz volt, de végül mégis simán sikerült. A beteg láztalanul gyógyult, de a műtét utáni 17. napon vizeletesurgása keletkezett a bal ureter necrosisa folytán. Minthogy az ureter-fistula félév alatt helyi edzések ellenére sem záródott s a betegen recidivának semmi nyoma, a fistulás ureter implantációját végezte a hólyagba f. évi február 9.-én transperitoneális úton. A hüvelyknyire vastagodott bal ureter medenczebeli részét kiproarálta s a hüvelyboltozathoz rögzített részében átvágva, a hólyagnak a bal medencefalhoz húzott s oda pár varrattal rögzített illeten mesterséges diverticulumába implantálta úgy, hogy az ureter mintegy $\frac{1}{2}$ cm.-nyire szabadon lógott bele a hólyagba, kívülről pedig egy körülbelül centiméternyi, a hólyagfalból alkotott árokban futott (Witzel-methodus). A hasat teljesen zárta. Láztalan, sima gyógyulás. A vizelet pár nap alatt feltisztult, a beteg a 4. napon fölkelt; állandó katheter csak 2 napig volt a hólyagban, azontúl spontán vizelet.

Jelenleg cystoskopppal a bal ureter szájadéka jól látható, kerek nyílást alkot. Egyebütt a hólyagkép normális.

Műtét után keletkezett ureter-fistula eseteiben ajánlatos pár hónapot várni, mert igen gyakran spontán záródnak. Ha ez nem következik be, az ureter implantációja a hólyagba legzélszerűbben transperitoneális úton történik a Witzel-féle methodus szerint. A hólyagnak egyoldali elhúzása vizeleti zavarokat alig vagy csak kezdetben okoz.

Kubinyi Pál: Az uretersebészet újabbkori művelésében jelentékeny szerep jutott a gynaekologusoknak, főként a Wertheim-műtét kapcsán. Krönig-nek magának 25 esete van az ureterocystoanastomosis köréből s ebből csak kettő nem sikerült. Szólv tavaly november 3.-án végzett egyet, ugyancsak Wertheim-műtét kapcsán. Az ureter alagút módjára futott a rákos parametriumon át. Minthogy rendszeren nem szokott beteg lenni, kiproarálta, de kemény fala betegnek látszott s így inkább reszekálta s a hólyagba intraperitoneálisan implantálta Sampson módszere szerint, vagyis kettéhasítva behúzta a hólyagba s a két lebenyt szétnyitva, egy-egy öltéssel rögzítette s azután gondosan peritonizálta. Bemutatja a praeparatut. A beteg meggyógyult. Az intraperitoneális implantációt jobbnak gondolja, mert a serosával való borítás némi garancia a gyors összetapadásra, éppen úgy mint a bélvarratoknál.

Az ureterfistulákat illetőleg közel 40 Wertheim-műtete között eddig még nem fordult elő. Kimélni kell az uretert a mechanikai sértésektől, vigyázni kell, hogy ne legyen varrat által fixálva vagy megtörve s a gazedraint nem szabad reafektetni, mert megzavarja táplálkozását s a hüvely felől bakteriumokat vezet fel. Hiszen a tampon néha már 24 óra múlva is bűzös, a mikor kihúzzuk, mert a hüvelyben, kivált carcinoma mellett, minden desinfectio ellenére sok a bakterium s ez azután elősegíti a necrosist.

Szili Jenő: Nem a hólyagban alkalmazta a varratot, hanem a hólyagon kívül. Extraperitoneális úton operál, hogy utólag drainezni lehessen. Eppen a hólyag legalsó részletébe való implantálással kerülhetjük el az ureter megtörését. 10 Wertheim-műtétében nem volt ureter-fistula. Bumm elhagyta a subperitoneális drainaget és intraperitoneális drainaget alkalmaz; a szolónak éppen az így operált esetében támadt ureterfistula és ezért elhagyta; újabb 10 esetében megint nem volt ureterfistula.

A hídön székülő gümma.

Torday Árpád: A. B., 39 éves, kőműves-pallér 20 éves korában antilueses kórban részesült. Alkoholall nem élt, mérsékelt dohányos. 1909 június közepe táján egy emeletnyi magasságról kemény malteresett a fejére. Az nap este feje fájni kezdett és 39° lázba esett. Fejfájása fokozódott, hányni kezdett, alsó végtagjaiban zsibbadást érzett, később pedig szédült. Azután másfél óráig tartó ájuláshoz rohamba esett. 1909 szeptember 25.-én az I. sz. belgyógyászati

klinikára vettette fel magát. A szemtekék kissé kidülledtek, a pupillák kerek, tágak, fényre reagálnak, a szemmozgások szabadok. A látás a jobb szemén $\frac{5}{10}$, tehát a rendszernek a fele, a balon $\frac{5}{5}$ (teljes); szemtükrü vizsgálat: papillitis oculi utriusque. Fekvő helyzetben nem szédül. Ha felül, szédül és hány. A jobboldali facialis mindhárom ága paresises, a jobb szemén kiskókú ptosis. Phonatiókor a jobb garatív elmarad, az uvula jobb felé dől, a garatreflex csökkent.

Mivel az anamnesisben lues szerepelt és a jobb lábszáron kiterjedt hegeseést találtunk, továbbá a Wassermann-reactio is erősen positiv eredményt adott, nem tartottuk a bajt a traumával összefüggő agyhártya-gyuladásnak vagy vérzésnek, hanem lueses eredésű gümmanak és a betegség keletkezésében a traumát csak elősegítő körülménynek vettük. Felvételünket a specifikus kúra sikere igazolta, mert tíz 30%-os kénesőbefecskendezés és tizenöt 30 gm.-os kénesőkenőcs alkalmazása után a beteg fejfájása megszűnt, látása tökéletesen visszatért és többé nem szédült, úgy hogy november 6.-án saját lábán távozott a klinikáról. Azután mintegy 4 hétig jól érezte magát, úgy hogy mesterségét folytatta. Január elején a fejfájás és szédülés újból jelentkezett, minek folytán nem mert egyedül járni, mert félt, hogy az utcán összeesik. Azután a bal alsó végtagjában zsibbadást érzett és a látása annyira rosszabbodott, hogy a tárgyaknak csupán a körvonalait ismerte fel. A munkás-betegsegélyző pénztár orvosa jodkalit rendelt neki, majd tanácsomra kénesőbedörzsölést végeztetett vele, a fejfájásai ellen migraenin- és phenacetin-porokat szedett, álmatlansága ellen veronal-porokat. Egy ízben morphium-injectiót is kellett adni. Február vége felé gyakran volt eszméletlenküvüli állapotban, úgy hogy az ágyról is leesett. Márczius 8.-án hozzátartozói klinikánkra hozták el, mikor is a következőket találtuk. A jobb facialis mindhárom ága paresises, a szemek kidülledtek, azonban a szemmozgások minden irányban szabadok; a pupillák egyenlőtlenek, de fényre jól reagálnak; ujjakat alig tud olvasni. A jobb szem visusa rosszabb. A hallás, szaglás, izlés tekintetében eltérés nincs. A beteg passiv hátfekvésben fekszik, azonban bénulás tünetei nem mutathatók ki, csupán a nagyfokú gyengeségnek megfelelően lassabban mozgatja végtagjait. A bal alsó végtagon a czomb közepétől lefelé úgy a tapintás-, mint a hő- és fájdalomérzés tetemesen csökkent. A patelláris reflex mindkét oldalt kiváltható, a jobb oldalon kissé fokozott, a jobb lábon csekély clonus, a bal talp bőrén a Babinski-tünet kiváltható. A cremaster- és hasreflexek megvannak. Az érverés száma percenként 70, a légzése 16. A beteg egész nap nem vizelt, úgy hogy csapolni kellett. Este 10 órakor, a felvétel napján, fokozódó gyengeség s fulladás tünetei mellett bekövetkezett a halál.

A diagnosist a pons tájára lokalizálható lueses agydaganatra tettük. A diagnosis helyességét a kórbonezolás igazolta, a mely a bal kisagy hemisphaerájában s a Varol-hidban egy-egy gümmit talált.

Lövés okozta általános genyes hashártyagyulladás gyógyult esete.

Fáykiss Ferencz: Áthatoló hassérülés eseteiben, ha belek is sérültek, a műtėti beavatkozás sikere első sorban attól függ, hogy mennyi idő telt el a sérülés és a műtėti beavatkozás között. Szinte azt mondhatjuk, hogy a percek is számítanak, ha figyelembe vesszük, hogy míg az első hat órában operált eseteknek csak mintegy 15 százaléka hal el, addig a második hat órában műtötteknek már több mint 60 százaléka, mint azt a statistikai adatok bizonyítják. Két-három napos sérülés eseteiben, a melyekben már általános genyes hashártyagyulladás fejlődött ki, a műtét csak igen kivételes esetekben jár sikerrel. A bemutatott eset ez utóbbiak közül való.

A 26 éves földmivesasszonyt férje folyó év január hó 17.-én mintegy 2 méternyi távolságból véletlenségből revolverrel hasba lötte. A beteg azonnal összeesett, nagy fájdalmakat érzett hasában s mivel állapota folyton rosszabbodott, a következő napon orvost hivatott, a

kinék tanácsára felhozatta magát Réczey tanár klinikájára, a hol január hó 19-én kerülvén észlelés alá, a műtét kétszer 24 órával a sérülés után történetett csak meg. Felvételtkor a gyengén fejlett és táplált nőbeteg igen elesett, pulsusa könnyen elnyomható, per-czenként 120; a sensorium zavart. A has jobb oldalán közvetlenül a spina ant. superior fölött 2 haránt ujjal babnyi, vöröses udvartól körülvevett bemeneti nyílás látható. A has egyöntetűen puffadt, nyomásra mindenütt, de különösen jobboldalt érzékeny, a májtompulat eltűnt. A szelek és szék megakadtak, a beteg eszik és hány.

A műtétet chloroform-narcosisban végezzük; úgy a műtét előtt, mint a műtét alatt a betegnek Locke-oldattal bőséges infúziót adunk. A behatolás a középvonalban a köldök alatt vezetett metszésen át történik. A peritoneális úr megnyitásokor sok híg, genyes, bélsárszagú folyadék ömlik elő. Erősen belövelt serosájú és puffadt vékonybelek tódulnak ki, a melyeket visszatolva, első sorban a colon ascendenst keressük meg, mint a mely a lövedék bemeneti nyílásához legközelebb esik. Kiderül, hogy az erősen puffadt flexura sigmoidea néhány régi keletű szalagos lenöves következtében a coecumhoz rögzített. A coecumon hosszirányú, babnyi nyílás van, melyből híg, bűzös bélsár csurog ki és folyik állandóan a kis medenczébe. Az igen mozgékony coecumot a hasfalak elé húzzuk s a nyílást haránt irányban Czerny-Lembert-varratokkal elzárjuk. Kimeneti nyílás a coecumon nincsen, ellenben a közvetlenül ott fekvő flexura sigmoidea bemeneti és kimeneti nyílás látható közel a mesosigmához; ezeket szintén haránt irányban varrjuk el. A kismedenceze telve van híg, bűzös bélsárral kevert genyes izzadmánnyal, a melynek kitakarítása szárazon nem lehetséges a számos peritoneális redő miatt s ezért meleg steril vízzel mindaddig öblítünk, míg a mosó folyadék egészen tisztán jön vissza. Ezután az erősen belövelt, zöldessárgás lepedékkel bevont lepedékkel bevont vékonybelekre fordítjuk figyelmünket s azok sérülése után kutatunk. Evtenteráljuk a köldök fölé meghosszabbított műtési sebet az összes beleket, de sérülést nem találunk rajtuk, csak az általános genyes hashártyagyuladást látjuk. A beleket bőségesen leöblítjük s a hasüregebe visszahelyezzük. A hasfalakat rétegletesen elvarrjuk, kivéve a seb alsó harmadát, a hova széles Mikulicz-tampon helyezünk le egészen a kismedenceze fenekéig.

A beteg a négy első napon igen rosszul volt; a bélműködés nem akart megindulni, a pulsus a bőséges infúziók és digalen adagolása ellenére sem akart megjavulni. Az ötödik naptól kezdve lassan javulás indult meg s a beteg apránként magához tért. A sebnek varratokkal egyesített része per primam gyógyult; a Mikulicz-tampon sokáig igen sok genyes váladékot vezetett ki a hasüregből, de azután a genyedés megszüntével a tampon helye igen gyorsan telődött ki, úgy hogy a beteget a mai napon mint teljesen gyógyultat mutathatom be.

A méhfibromák sarkomás elfajulása és corpuscarcinomával való társulása.

Kubinyi Pál: A ritkaságnak tartott elváltozások köréből 5 eset került eléje másfél év alatt. A sarkoma esetében a több mint húsz éven át viselt, két emberfejnyi multiplex fibroma egyik góca fajult el sarkomásan. A már cachexiás beteg a műtét után felgyógyult, de később alkalmasint tüdőmetastasisban elpusztult. A carcinomával való társulás köréből 4 esete van. Mindannyi corpuscarcinoma. A rák a méh nyálkahártyájából indult ki. Két esetben a fibromagócot fedő részletéből. Egy esetben a szinte húsz évig viselt emberfejnyi fibromás méhben támadt a rák. A beteg a műtét után 1 1/2 évig egészséges volt, azután a keresztcsontban támadt rák, mely constütineteket okozott. A boncoláskor (2. sz. kórboncolástani intézet) a műtét hege úgyszólván szabad volt, a végbél előtt egy kis mirigy találtatott, ellenben a keresztcsont jórésze rákos volt (metastasis), a májban disseminált góczok, és a mi a legérdeke-sebb, a tüdőben narancsnyi gócz, a mely azonban az eredeti daganattal és a többi metastasisal szemben mikroszkop alatt sarkomásnak bizonyult, tehát egy egyben fibroma, carcinoma és sarkoma.

Valamennyi beteg a klimax körül vagy a klimaxon túl levő korban volt, vagyis a fibromás betegeken a klimax beálltával nem szűnt meg a veszély. A rossztermészetű álképletekkel való találkozás nem a véletlen műve, hanem a haladottabb kor és az endometritis disponál rá. Ezt bizonyítják az irodalmi adatok is. Fog-

lalkozik ezután a klinikai tünetekkel, a diagnostikai jelekkel és a fölismerés nehézségeivel.

Következtetései ezek:

1. A fibroma sarkomás elfajulásának eshetőségét behozott tényeknek kell tekintetünk.

2. Fibroma hosszas jelenléte a méh testében bizonyos mértékben hajlamosít a nyálkahártya elfajulására.

3. Úgy a sarkomás elfajulás, mint a carcinomás combinatio a klimax idején és az ezt követő életkorban veszélyeztetni leginkább a beteget s bár ritka, mégis olyan tényező, a melylyel számolni kell.

4. Leginkább gyanús a klimax beálltával több mint egy évi menopausa után újból megjelenő vérzés és folyás.

5. Minthogy ma még nincs számokban kifejezve az a kár, a melylyel a nagyobb fibromák hosszas viselése a szervezetre nézve jár, a tapasztalat pedig azt bizonyítja, hogy sok beteg nagyon jól tűri és nagyobb zavart nem okoz, vagy ha igen, ez palliatív kezeléssel elhárítható vagy korlátozható, a rossztermészetű elfajulás, illetve combinatio pedig aránylag ritka, ennél fogva nincs okunk minden fibromának elvből való műtétét követelni.

6. Minthogy a rossztermészetű elfajulás a negyvenedik életév előtt alig fenyeget, másrészt itt a hószám megtartása és esetleg a fogazás is fontos, ezen korhatáron alul járjunk el conservative.

7. A klimaxhoz közel eső korban vagy azon túl minden fibromában szenvedő beteg orvosi megfigyelés alá veendő és ha a daganat vérzéseket, folyást okoz, minden esetben, esetleg ismételt, alapos méhüri vizsgálat végzendő ujjal és curettel s a kikapart nyálkahártya és az eltávolított polypusok vagy submucosus góczok mindenkor mikroszkoppal megvizsgálandók.

8. Ha a méhür igen hosszú, kanyargós vagy több promineáló gócz zeg-zugossá tette, úgy hogy ujjal, sem curettel nem lehet az egész felület állapota felől tájékozódni és ha a klinikai tünetek (növekvés, alak- és consistentiaváltozás, vérzés, folyás, esetleg a beteg külseje) gyanút ébresztenek, még abban az esetben is tanácsos operálni, ha a mikroszkop jóindulatúságot mutat.

9. Minden műtét alkalmával azonnal messe fel egy segéd a daganatot és ha valamely része gyanús, végezzünk teljes kiirtást, ha pedig jóindulatúnak tartva csak amputáltunk és utólag a mikroszkop rosszindulatúságot állapít meg, vegyük ki a csonkot a vaginán át.

Goldzieher Miksa: Bemutatja a III. sz. belklinikán elhalt egyik eset szerveit. A boncoláskor hatalmas praesacrális, de a keresztcsontra is ráterjedő velős daganattömeg találtatott, valamint számos áttét a csigolyákban, a májban, néhány nyirokmirigyben és egy ökönyi gócz a bal mellüregben.

A mikroszkopi kép alapján igen eltérő a különböző daganatgócok természete. Így a mellkasbeli daganatgóc sarkomásnak bizonyult, orsósejttyussal és számos myeloplakeszerű óriássejttel. A sacrális daganat orsósejtű sarkomásnak és gömbsajtű daganatszövetnek helyenként elkülönülő keveréke. A májbeli és egyes nyirokmirigygócok pedig jellegzetes basalsejtű carcinomásnak bizonyultak, a melynek sejtszervi sok helyütt gömbsajtű sarkoma képét tüntetik fel.

Az elsőleg, méhbeli daganatgócoknak több helyéről történt vizsgálat értelmében hengersejtű adenocarcinomáról van szó, melynek sejtszervi helyenként tömött és kevésse differenciált, basocelluláris típusú sejtszervi kötegeket alkotnak. A daganat stromájában, főleg a mélyebb részletekben, felette polymorph és élénken szaporodó sejteket látunk nagy bőrségben, a kép legalább is igen gyanúsak mondható sarkomára.

Mindezek szerint itt kettős rossztermészetű daganatképződéssel van dolgunk, az oly ritka carcinomasarkomák féleségéből, melyből az uterusban, a hol aránylag gyakoribbak, csak 12 eset van az irodalomban. Az áttéti góczok részben kifejezetten sarkomásak, részben basalsejtű carcinomásak és a kétféle daganatszövet oly benső keveredése sok helyütt egymással való összefüggésük gondolatának felvetésére készítet.

Bárony János: Gyakorlatában azt tapasztalta, hogy sokkal gyakoribban találkozunk carcinomás elfajulással, mint sarcomás degenerációval, melyet kevésszer látott. Sohasem látott fibroma-operatio után a csonkon fejlődni sarkomát; az irodalomból tudjuk, hogy ez lehetséges.

A carcinoma mindjárt mutatja magát, az endometrium vérzik, míg sarkoma esetén nincs vérzés, rejtetten fejlődik. Fibroma esetében a próbakaparással benigntást mutat, és később kiderül, hogy sarkoma. A sarkomás degeneratio titokban fejlődik és a kaparással nem ad felvilágosítást.

Az előadó egy megjegyzése félreértésre adhat alkalmat. Ha a klimax idején túl vérzik egy asszony, felhívja figyelmünket, hogy rossztermészetű daganattal van dolgunk. A szólnak az a tapasztalata, hogy éppen a fibroma tart fenn bizonyos ingert és a menstruatio tovább tart. A vérzést megelőző fluxio tovább tart, úgy hogy ez circulus vitiosus és eltarthat a 48-54 éves korig is. A daganat pedig tovább nő.

Entz Béla: Bár az ilyen esetek nagy anyagon nem tartoznak a kivételes ritkaságok közé, a gyakorló orvos mégis ritkábban látja s talán nem érdektelen több esetet csoportosítva látni.

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 szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Tornai József: Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem I. számú belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr., udvari tanácsos, egyet. nyilv. rendes tanár.) A szív functiovizsgálatáról. 278. lap.

Királyfi Géza: Közlés az egyetemi III. számú belklinikáról. Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi tanár. 281. lap.

Aldor Lajos: Az idült vastagbélhurutok gyógyítása forró gelatina-beöntésekkel. 283. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. H. Huchard: Maladies du cœur. Arteriosclérose. — **Lapszemle. Általános kórtan. Piéper:** Az eczetsavpróba exsudátumok és transsudátumok megkülönböztetésére. — **Chiari és Januschke:** A transsudatum- és exsudatum-képződés befolyásolása calciumsókkal. — *Belorvostan.*

Michaelis: Az angina pectoris vera aetiologiája és orvoslása. — *Idegkórtan.* **Reymond:** Pseudotumor cerebri. — **Oppenheim:** „Nil nocere“ az idegkórtanban. — *Gyermekorvostan.* **Schick:** Exspiratorius stridor mint a peribronchiális mirigyek gümőkórjának tünete az első életévben. — **Veneréas bántalmak.** **Drew:** A Wassermann-féle reactio értéke. — **Fr. Lesser:** A syphilis kezelése. — **Kisebb közlések az orvogyakorlatra.** **Stransky:** Gipszkötések levevése. — Szer decubitus ellen. 285.—289. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 290. lap.

Vegey hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 290. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 291—293. lap.

Melléklet. „Garvenswerke“ gép-, szivattyú- és mérleggyártmányainak prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

A szív functiovizsgálatáról.*

Irta: **Tornai József** dr. klinikai II. tanársegéd.

A szív functiovizsgálatának kérdésével az orvosvilág kutatói napjainkban igen nagy buzgósággal foglalkoznak. A mi különben természetes is, mert ma általános a vágyakozás oly vizsgáló eljárás után, melynek segítségével a szívnek, különösen pedig a beteg szívnek erejéről, munkabírásáról lehetőleg objectív mértéket szerez-hessünk. Kétségtelen, hogy az ily eljárással nem csupán a diagnosztika, hanem a therapia is szinte kiszámíthatatlanul sokat nyerne.

A szívtherapiát tudvalevőleg ma azon általánosan elfogadott elv irányítja, mely szerint főszempont a beteg szívnek egyrészt lehető kimélese, másrészt pedig annak óvatos gyakorlása, vagyis más szóval: a kitartó, lehetőleg teljes compensatióra való nevelése. Hogy adott esetben vajjon a kimélést avagy a gyakorlást és ezeknek mely alakját és mily mértékét alkalmazzuk, csak a megbízható, pontos functiovizsgálat ellenőrzésével dönthetnénk el. Ezen vizsgálat többek között a szív tartalékerejének és annak adná mértékét, hogy bizonyos munkafeladat ezen erőt mennyire veszi igénybe. A mai ellenőrző vizsgáló módszerek legtöbbje azonban sokszor még a felől is kétségben hagy bennünket, hogy adott esetben például valamely kimélőnek vélt gyógyeljárás a szívet valóban kiméli-e, avagy éppen dolgoztatja, fárasztja. De azért a vizsgáló eljárások között már ma is akad nem egy, melynek segítségével a vérkeringés mechanizmusának viszonyairól a legtöbb esetben hasznos felvilágosítást nyerhetünk.

Az általános orvosműködés szempontjából ugyan nem örven-detes, hogy a szív functiovizsgálatának ma még igen sok módszere

* A budapesti kir. orvosegyesületnek 1910. évi február 5.-i ülésén tartott előadás nyomán.

van. Mert kétségtelen, hogy a szív munkáról is csak akkor fogunk pontos számadatokat nyerni, a mikor majd a functiomérésre valamennyi orvos az egyetlen módszert fogja alkalmazni. Azonban a tudomány szempontjából nagyon is értékes, mert sokszor alapvető minden olyan munka, a mely valamely igazán hasznos eszme megvalósítására törekszik, bárha céljától messze elmarad is.

Manapság már igen sok klinikán és gyógyhelyen (különösen pedig Németországban) a szívbetegségeket a szív functiovizsgálata alapján irányítják és ellenőrzik. És a mióta ezt teszik, bár mint jeleztük, a különféle functiovizsgálat legfeljebb csak relatív értékeket adhat, azóta mégis ezen betegségek orvoslásában az eddigieknél szebb és tartósabb sikereket tudnak felmutatni.

* * *

Ha ma a szív functiovizsgálatáról beszélünk, szinte lehetetlen elkerülni azon rendkívül értékes vizsgálatokat, melyek azon kérdésnek megfejtésére törekszenek, hogy tulajdonképpen milyen természetű és honnét ered azon impulsus, a mely a szívnek rhythmusos munkáját fenntartja és szabályozza. A kérdésnek teljes megoldásához a kitartó munkálkodás, előreláthatólag, csak a messze jövőben fog vezetni, de már ma is nagy valószínűséggel bir azon nézet, hogy a szívrythmus szabályozásának főforrását magában a szívben kell keresni.

A szívnek újabkori tüzetes anatómiai vizsgálatából, főképpen pedig ifjabb His-nek kutatásaiból tudjuk, hogy bizonyos izomköteg a jobb szívpitvar faláról a kamarák septumára folytatódik. Ezen felfedezés, mely sok kutató vizsgálatában szinte napról napra újabb megerősítést nyer, leginkább azért fontos, mert már eddig is többen úgy találták, hogy oly szívben, a mely a klinikai észlelés alatt rendetlen, kihagyó munkát árult el, de különösen az olyanban, a melynek rendetlen munkájából, megfelelő vizsgálatok útján, a pitvarok és kamarák működésének teljes dissociációját kellett felvenni, a kórboncolástani vizsgálat az említett kötegnek és pedig többször éppen csak ezen kötegnek sérelmezett voltát derítette ki. Az ilyen és hasonló leletek alapján az illető vizsgálok joggal következtet-hették, hogy azon inger, mely a szívizom szabályos összehúzódását

kiváltja, physiologiás viszonyok között a pitvar izomzatáról halad tova a kamarára és tovahaladásának fontos pályája az említett izomköteg.

Ezen köteg, mely a kamarák válaszfalára érven, jobb és bal ágra oszolja rendszeren közvetlenül az endocardium alatt fut a a septumnak jobb- és balkamara felőli oldalán a szívesűcs felé, az újabb vizsgálók, főképpen pedig *Tawara*,¹ *Koch*,² *Hering*,³ *Keith* és *Flack*,⁴ *Fahr*⁵ és nálunk *Lenhossék* tanár tanítványa *Chrappek*⁶ szerint első sorban a szemölcsizmokhoz húzódik, majd pedig vékony ágakra oszolva a kamara egész izomfalát behálózza. A His-köteg ezen lefutása alapján újabban több szerző felveszi, *Hering* és *Saltzman* állatkísérlettel is igazolja, hogy a kamara systoleját a szemölcsizmok összehúzódása vezeti be. Ez különben a czélszerűség szempontjának is leginkább megfelel, mert a tökéletes keringésnek egyik feltétele éppen, hogy a pitvar a kamara felől már a kamarasystole letelején elzárassék.

Tehát a szívrythmusnak épségben való fenntartásában a His-kötegnek mint ingert vezető rendszernek fontos szerepe van. Az ingernek közelebbi forráshelye ma még ismeretlen, de annak felkutatásán több neves bűvár fáradozik.

Aschoff intézetében *Tawara* azon felfedezéshez jutott, hogy a His-köteg a jobb pitvarnak sinus coronariusus táján ered, és mielőtt a kamarák septumába lépne, a pitvarok és kamarák válaszfalának érintkezéshelyén lévő kötőszövetes csik táján, izomrostjainak összekuszált hálózatával bizonyos esomós képletet alkot. Ezen úgynevezett atrioventriculáris vagy *Tawara*-csomó vérerekkel és idegelemekkel bőven van ellátva. *Aschoff*,⁷ *Tawara*, *Koch* és mások véleménye szerint a kimetszett, elhaló szív rythmusos mozgása a sinus coronariusus táján sokszor még olyankor is tart, mikor a szív többi része már elhalt. Ezen szerzők lehetségesnek tartják, hogy a szív rythmusos mozgásának physiologiás ingere, automatásan avagy idegelemek közvetítésével, részben ezen helyről, az „atrioventriculáris csomóból“ indul ki.

Viszont többen (*Wenckebach*,⁸ *Hering*,⁹ *Mackenzie*, *Keith*, *Langendorf*, *Lehmann* és mások) felveszik, hogy a szívrythmusnak első ingere a nagy gyűjtőereknek, főképpen pedig a vena cava superiorinak a pitvari beszájadjása helyéről indul.

Ezen nézet látszólag megerősítésre talál *Keith* felfedezésében. E kiváló kutató ugyanis a felső nagy gyűjtőér legalsó szakasza, vagyis az úgynevezett felső cavatölcsér és a jobb fülcse által alkotott barázdának elülső részében, az epicardium alatt egy izomrostokból alkotott kusza csomót talált, a mely a szomszédos izomkötegektől egészen elüt, de a melynek szövetszerkezete a *Tawara*-csomóhoz feltűnően hasonló. Ezen leletet már eddig is többen megerősítették. Sőt már akad kutató (így legújabban *Thorel*¹⁰), a ki állítja, hogy a *Keith*- és *Tawara*-csomók között szerves összeköttetés van.*

Ezen képleteknek élettani működése ugyan felfedve még nincsen, de már ma is szinte napról napra hódít új híveket azon nézet, hogy azok a szívnek rythmusos munkáját kiváltó inger keltésében és tovavezetésében jelentős szerepet játszanak. Külső behatás, nevezetesen pedig a szív idegeinek befolyása a szív munkát sokféleképpen változtathatja, de valószínű, hogy a pitvarok és kamarák harmóniás munkáját magában a szívben rejlő tényezők szabályozzák. Hogy a rythmusos szív munkát kiváltó és szabályozó

* *Mönckeberg*-nek (Zur Frage der besonders muskulären Verbindung zwischen Sinus- und Atrioventrikularknoten im Herzen. Zentralblatt für Herzkrankheiten) újabb vizsgálataiból ugyan csupán az tűnt ki, hogy a *Keith*-csomó bizonyos izomkötegek útján, a hogyan azt megelőzőleg *Koch* is találta, leginkább a cavatölcsérről, a fülcse felől és a pitvar izomzatával áll összeköttetésben. *Thorel*-nek (Ueber den Aufbau des Sinusknotens stb. Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 4. sz., 183. l.) legújabb kutatásából kitűnt, hogy a cava superior alsó szakasza sajátos szövetszerkezetű, sarkoplasmadús, a Purkinje-rostokhoz sok tekintetben hasonló izomkötegek útján a *Keith*-csomóval, ez utóbbi pedig hasonló rostok útján a *Tawara*-csomóval, His-köteggel áll összeköttetésben. Így tehát a cava superiorról kezdve, le a szívcsúcsig, egészen sajátos szerkezetű izomrostoknak zárt láncolata húzódik, a mely a szívnek többi izom-elemével közvetlenül vagy közvetve mindenütt összeköttetésben áll és a melynek a szív munka szabályozásában jelentős szerepe lehet. Ma azt mondhatjuk, hogy általában már több a híve azon feltevésnek, hogy a szívrythmust szabályozó inger a cava superiorról indul és halad le a szívesűcs felé.

inger neurogen avagy myogen természetű-e: ma még élénk vita tárgya.

* * *

A szívizom munkájáról, az összehúzódás lefolyásáról manapság, a tökélyt megközelítő technika korszakában, az úgynevezett electrographia útján is szemléltető képet alkothatunk. A szívnek actio-áramát, vagyis a szív működés okozta electromos áram-ingadozásokat ugyanis a végtagok és electrodok közvetítésével az *Einthoven*¹¹ szerkesztette rendkívül érzékeny húros galvanometerbe vezetik, miközben intenzív fényű villamos vetítővel a húr kilengéseit fényképező papíron rögzítik. Az így nyert görbe egyes vizsgálók szerint a szívösszehúzódás lefolyásáról, főképpen pedig arról ad felvilágosítást, hogy a pitvarok és kamarák munkája a physiologiás rendet, rythmust követi-e vagy sem. Az eddigi észleletek alapján az electrocardiographia, egyéb klinikai vizsgáló módszer mellett, leginkább oly esetben értékesíthető, mikor a pitvarok és kamarák között az ingervezető rendszer valamely elysérelmet szenvedett vagy a mikor éppen a teljes dissociatio képe állott be.

Az electrocardiogramnak *Einthoven*-tól, *Kraus* és *Nicolai*-tól¹² adott elemzése azonban végérvényesnek ma még nem tekinthető. Újabban például *Kahn*¹³ kísérleteiből kitűnt, hogy az electrogramnak azon legmagasabb (*R*) csúcsát, mely az említett szerzők szerint a kamara összehúzódását jelzi, a galvanometer húrja rendszeren már egészen leírta, mielőtt a kamarasystole a valóságban megkezdődött volna.

A szívizom bonyolult szerkezete miatt az egyes részek összehúzódásából származó áramingadozásokat külön-külön rögzíteni: úgy szólván technikai lehetetlenség. Sokat levon az eljárás értékéből az is, hogy a szív actio-áramát jóformán az egész test közvetítésével kell a galvanometerbe vezetni. És ugyanazon egyénről is teljesen különböző electrocardiogramot nyernek a szerint, a mint a felvételt az illetőnek különböző fekvésében eszközlik vagy a szív actio-áramát a test más és más részéről vezetik el. (*Waller*,¹⁴ *Einthoven*, *Hoffmann*,¹⁵ *Grau*,¹⁶ *Kahn*.)

Az electrocardiographia tehát ma még nagyon körülményes eljárás és igen jelentékeny tökéletesítésre és egyszerűsítésre szorul, mielőtt általános alkalmazásra számot tarthatna. Mert mai alakjában drága tudományos játékszernél hasznosabbnak alig tarthatjuk.

Egyébiránt pedig a szívrythmus viszonyairól kellő tájékozódást szerezhethetünk a sokkal egyszerűbb sphygmographia útján is, főképpen pedig *Jaquet*-nak kiváló készüléke, a cardio-sphygmograph segítségével. Különben is ezen vizsgálatok a vérkeringésnek, a szívnek dynamiás viszonyairól kellő tájékozódást nem nyújtanak és így a a szív functiovizsgálatok legfeljebb csak mint segítő, kiegészítő eljárások kerülhetnek szóba.

* * *

A szív functiovizsgálatával foglalkozó kutatók egy része azon fáradozik, hogy oly módszert teremtsen, melynek segítségével a szívnek verés nagyságát, más szóval: a bal kamrából egy-egy systolával kilökött vér mennyiségét meghatározhatjuk. Így például honfitársunk: *Plesch János*¹⁷ egy régebbi módszer (*Quinquaud-Grahant*, *Zunz*, *Löwy*, *Hagemann*, *Schrötter*) módosításával dolgozott ki ily eljárást, melynek lényegét az úgynevezett gázanalízis alkotja. *Plesch* ugyanis, kissé körülményes módon, meghatározza az egy perc alatt a tüdők útján felvett oxygen mennyiségét, meghatározza továbbá külön-külön a gyűjtőeres és a verőeres vérnek oxygentartalmát és a kapott értékekből állapítja meg a szívnek verés nagyságát. Az eljárás elméleti szempontból itélve csaknem kifogástalannak mondható, gyakorlati szempontból azonban, a kivitel alkalmával közrejátszó számtalan zavaró körülmény miatt, az exact vizsgáló módszerek mértékét nem üti meg. De még azon esetben is, ha adatai megbízhatók lennének, a rendkívül fárasztó, körülményes eljárás leginkább csak az ilyen czélra felszerelt külön laboratóriumban végezhető s még így is egy-egy szív verés nagyságának meghatározása legalább is egy teljes napi munkát igényelne.

Plesch 60 köbcentiméterre becsüli azon vérmennyiséget, a melyet egészséges, középkorú férfi szíve egy-egy systolával kilök. Ezzel szemben valamely anaemiás, chlorosisos gyenge nő szíve

Plesch szerint minden systolával akár 180—220 köbcentimeter vért vet ki.

Az anaemiás egyének vére ugyanis a csekély haemoglobintartalom miatt igen alacsony oxygencapacitással bír. Ennélfogva vérkeringésük egyrészt a verésnagyságnak, másrészt pedig a véráram sebességének fokozásával iparkodik e hibát helyreütni és oda hatni, hogy a szervezet azért a kellő mennyiségű oxygent megkapja. S csakugyan nem térhetünk ki azon nézet elől, hogy az anaemiások szívén és erein hallható úgynevezett functiós zörejek keletkezésüket leginkább a véráram fokozott sebességének köszönhetik. Egyébiránt ily anaemiás zörejek keltésében nemcsak a véráram sebességének, hanem minden valószínűséggel (a hogy azt báró *Korányi Sándor*¹⁸, *Kottmann*¹⁹ és mások felveszik) a vér csökkent viscositásának is nagy szerepe van. Azt azonban mi, a kik a pulsus megítélésükor még ma is, a sok bonyolult szerkezetű ellenőrző apparatus mellett, a figyelmesen tapintó ujjunknak a legtöbb hitelt adjuk, csak nehezen fogjuk elhinni, hogy anaemia pernitiosában szenvedő betegünk szívének verésnagysága háromszor akkora, mint valamely izmos atléta szívéé.

Egyesek a szív verésnagyságát a plethysmographia segítségével akarták mérni (*Marey, Kraus F., Müller Ottó és Müller Albert*²⁰). Azonban az ily módszer még akkor sem szolgáltat megbízható adatokat, ha vérnyomásméréssel egybekötve végzik. Különbözik pedig ezen eljárások technikailag is igen nehézkesek, sokszor a physiologiás állapotot zavarják s így a velük kapott eredmény is nagyon bizonytalan.

Egyébiránt a szív verésnagyságának meghatározását igen sok körülmény befolyása zavarja. Sokszor ugyanazon egyén szívének verésnagysága egyetlen perc alatt is nagyon ingadozó lehet. Hogy egyebet ne is említsek: még a lélekzés phasisai szerint is változik az. Több mint valószínű ugyanis, hogy a szív verésnagysága még egyenletes lélekzés mellett is belélekzés alatt kisebb mint kilélekzés alatt. Ezen körülményt pedig annál is inkább figyelembe kell venni, mert kísérletezés vagy vizsgálat idején a lélekzés rendes rhythmusa többnyire zavart szenved. Nem igen hihető, hogy valaha is sikerüljön oly eljárást teremteni, a melylyel emberen, a physiologiás állapot megzavarása nélkül, minden egyes systolának verésnagyságát pontosan megállapíthassák. Tulajdonképpen a szív functiovizsgálatokor nem is az a legfontosabb kérdés, hogy a szív egy-egy systolával vagy egy-egy perc alatt mennyi vért hajt tova, hanem inkább az, hogy mekkora erővel, sebességgel teszi azt.

A vérkeringés functioviszonyainak megítélésére elég könnyen végezhető laboratoriumi eljárás a báró *Korányi Sándor*-é. Báró *Korányi* ugyanis kimutatta, hogy ha a vizelet fagyáspontját (A) elosztjuk annak százalékos konyhasótartalmával $\frac{A}{NaCl}$, az így nyert érték egészséges szívű egyéneken bizonyos munka után, szóval minden oly esetben, mikor a szív systole erősbödik, szaporábbá lesz, s így a vesében a vér átáramlása gyorsul: a nyugalomban nyert értékéhez viszonyítva csökken, s legfeljebb csak túlfeszített munka után emelkedik. Ellenben a szívbeteg embereken a $\frac{A}{NaCl}$ értéke már kisebb munka után is (a konyhasónak hiányos kiválasztása folytán) feltűnően emelkedik. Hogy ez valóban így van, s hogy ilyenformán a $\frac{A}{NaCl}$ meghatározása a vérkeringés functioviszonyairól értékes felvilágosítással szolgálhat: bizonyítják a *Knecht* és *Ritók*²¹ végezte sorozatos pontos mérések.

Többben még az orthodiagraphiát is igénybe veszik a szív functioviszonyainak megítélésére. *Moritz*,²² *Diellen*,²³ *Kienböck*, *De Agostini*,²⁴ *Selig* és *Beck* vizsgálataiból ugyanis kitűnt, hogy az ép szív erős testmunka után megkisebbedik. A megkisebbedés valószínűleg a szaporább szív munka okozta kisebb diastolés telődésre, részben azonban a peripheriás érhálózat vasomotoros tonusának lazulására vezethető vissza. Egyesek az említett szerzők közül tehát szívizomgyengeségre következtetnek abból, ha ilyenkor a munka után felvett orthodiagramm a szív *megnagyobbodását* mutatja.

* * *

A szív erőbeli állapotára tisztán az egyszerű vérnyomásmérés, pulsusnyomásmérés alapján biztos következtetést vonni leginkább a vérereknek könnyen változó s nem mérhető feszülése és rugalmassága miatt nem lehet. De viszont egészen tájékozatlanok

és meggondolatlanul ítélők az olyanok, a kik a vérnyomásmérést, egyéb vizsgáló eljárások mellett, a vérkeringés dynamiás viszonyainak megközelítőleg való bírálására is hasznavehetetlennek tartják.

A vérnyomásmérés, kellő módon végezve, még mai, nem tökéletes alakjában is igen értékes eljárás.*

Balszivhypertrophíát, aortainsufficienciát, peritonitist, morb. Addisoniit, nephritist tisztán a vérnyomásmérés alapján is megállapíthatunk. Sőt nem egy esetben kizárólag a vérnyomásmérésnek tipusos adatai utasítottak a többszöri vizeletvizsgálatra és csak így sikerült a, sokszor fehérjementes, vizeletben ismételt vizsgálat után a lappangó nephritisre jellemző alakelemeket felfedezni.

Azt pedig senki sem tagadhatja, hogy a vérnyomás fenntartásában a szív munkájának is fontos, sőt minden valószínűség szerint a legfontosabb szerepe van. Ezt az is igazolja, hogy balszivhypertrophíával rendszeren tartós magas vérnyomás jár együtt; s így, ha valamely beteg hosszabb időn keresztül állandóan magas nyomásértékeket kapunk, egészen biztosra vehetjük, hogy post mortem vaskos, túltengett szívizmot fogunk találni. Ez egészen természetes is, mert a tartósan fokozott vérnyomás első sorban a szívvel szemben álló valamely állandó akadálnak, munkatöbbletnek a jelzője. Fokozott munkát, hosszabb időn keresztül pedig csak hypertrophíás szívizom végezhet. A szív munka hirtelen emelkedését rendszeren nyomon követi a vérnyomás fokozódása és viszont: a szíverő gyengülésével elválaszthatatlanul együttjár a vérnyomás süllyedése.

Több szerző (*Masing*,²⁵ *Moritz*,²⁶ *Gräupner*,²⁷ *Siegel*,²⁸ *Münzer*,²⁹ v. *Spanje*, *Herz*, *Rumpf*³⁰ és mások) a szív munkabírását a vérnyomásnak és pulsusnak bizonyos kimért — esetleg ergostaton végzett — munkateljesítés után való viselkedéséből, változásából itéli meg.

Általánosságban mondhatjuk, hogy a szív munkabírását igazolja, ha bizonyos egyszerű, nem nagyon fárasztó, rövid ideig tartó munkafeladat teljesítése alatt vagy közvetlenül utána a vérnyomás emelkedik. Ellenben a vérnyomás csökkenése ily esetben azt jelzi, hogy a szívet az aránylag csekély munka is kifárasztotta s így a szívizom gyenge, insufficiens. Egyesek (ily *Münzer*) szerint az ily esetben jelentkező szivarhythmia és pulsus-szaporaság súlyos szívizomelváltozás jelét tekinthető.

Azonban már nagyon messzemenő és czéltévesztett egyes szerzőknek (ily *Recklinghausen*-nek, *Strasburger*-nek) azon törekvése, hogy a vérnyomásmérés és pulsus-számlálás adataiból a szív munkájáról, verésnagyságáról számokban kifejezhető pontos adatokat nyerjenek. Erre a vérnyomásmérés a közelejtő ismeretes tényezőknél befolyása miatt alkalmatlan. De igen is, arra alkalmas, hogy adataiból felvilágosítást kapjunk arra nézve, hogy adott esetben általában rendelkezik-e a szív tartalékerővel vagy sem, hogy körülbelül mekkora azon munka, melyet túleröltetés nélkül elvégezhet, s hogy valamely kezelés a szívizomnak használt-e vagy sem, stb.

A szív functiovizsgálatára elég jól alkalmazható *Katzenstein* módszere. Ő ugyanis sorozatos vizsgálatok alapján azon eredményhez jutott, hogy ép, egészséges szív a két arteria femoralis leszorítására 5—15 mm. Hg. nyomásemelkedéssel felel s e mellett a pulsus-szám nem változik vagy esetleg csökken; erőteljes, hypertrophíás szív nagyobb (15—40 mm.) nyomásemelkedéssel reagál és az érverés száma e mellett is változatlan marad vagy szintén lejjebb száll. Ezen kísérlet könnyebb insufficiencia fokán levő szív esetében végezve, a vérnyomás fokát nem változtatja és az érverés száma vagy szintén változatlan marad, vagy növekszik; végül pedig

* Mindenesetre igen jó volna, ha a vérnyomásmérésre szolgáló mai eszközeink helyébe tökéletesebbeket kaphatnánk. Különösen örülnék az olyan eszköznek, melylyel az art. brachialis alkalmas helyen közvetlenül a felkarszonhoz szoríthatnánk. Mert pusztán ujjal ezt igen könnyen tehetjük; míg a gummiból készült eszköznek saját ellenállása, feszülése, továbbá az egész kar izomzatán keresztül való szorítása mellett érthető is, hogy mai eszközeinkkel — mint *Müller O.* és *Blana* ismeretes összehasonlító vizsgálatából kitiint — a valóságnak nem egészen megfelelő, általában igen magas értékeket kapunk. Egyébiránt pedig ezen szerzőknek összehasonlító vizsgálatait sem tekinthetjük mértékadónak, mert a véres úton — beteg embereknek amputatio alatt álló végtagjain — nyert mérés a physiologiás állapot mértékéül nem vehető. Meg azután — még az állatkísérletet is figyelembe véve — a megnyitott érbe kötött csövekben s mérőeszközökben a vér physiologiás állapotát veszítve, dynamiás hatását sem érvényesítheti úgy, mint a sértetlen erekben.

súlyos insufficienciában szenvedő szív esetében a vérnyomás ezen vizsgálat alatt leszáll, ellenben az érverés száma emelkedik.

Vannak olyanok is (*Sanford*,³¹ *Singer*,³² *Franze*,³³ *Waldvogel*³⁴), a kik a szív functioviszonyáról a vérnyomásnak, érverésnek bizonyos testtartás, helyzetváltoztatás alatt és után való változásából alkotnak ítéletet.

(Vége következik.)

Közlés az egyetemi III. számú belklinikáról. Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi tanár.

Typhus abdominalis coli vegyes fertőzéssel; coli-pneumonia.

Irta: *Királyfi Géza* dr., klinikai gyakornok.

A typhus abdominalisban vegyes fertőzésekkel aránylag ritkán találkozunk. *Port*¹ a mult esztendőben összefoglalta a typhus abdominalis vegyes fertőzésének irodalmát és a typhus óriási casuistikai literatúrájának átvizsgálása után, négy saját észleletét is beleszámítva, mindössze csupán 42 vegyes fertőzéses esetről tud beszámolni. E vegyes fertőzések legnagyobb részében streptococcusok, kisebb számban staphylococcusok és pneumococcusok, egy ízben tetragenus volt a vérben typhusbacillus mellett kitenyészthető. Typhus-coli vegyes fertőzésnek csupán 3 esetét találta az irodalomban. Ezek közül az egyik *Petruschky*-é, a mely azonban csupán sectiós észleletre vonatkozik; typhus abdominalis egy esetében a bonczolatnál megejtett bakteriologiai vizsgálat az összes szervekben a typhus és coli jelenlétét mutatta ki. Hasonlóképpen csupán bonczoláslelet volt magának *Port*-nak az észlelete is; májtályoggal komplikált typhus abdominalis, a melyben úgy a májtályog genyéből, mint a vérből a coli culturája volt nyerhető. Bármennyire megbízható is a forrás, a honnan e két észlelet ered, mégis — tekintve a coli-bacillusnak a bélesatornából a hulla összes szöveteibe való könnyű bejutásának lehetőségét — a post mortem, hullában megejtett bakteriologiai vizsgálat eredményét, első sorban olyankor, a midőn éppen colifertőzésről van szó, bizonyos fokig kétségesnek kell tekintenünk. Intra vitam diagnoskált typhus-coli vegyes fertőzésnek voltaképpen csupán *Stadelmann* esete tekinthető, a melyben sikerült mind a kétféle bakteriumot még az életben a vér bakteriologiai vizsgálata útján kimutatni; a bonczolás a vegyes fertőzés jelenlétét igazolta is, a mennyiben a lépből történt oltás eredményezett, míg az epehólyagból a typhus-bacillus volt kitenyészthető. Typhus és paratyphus vegyes fertőzésének egyetlen biztos esete ismeretes az irodalomból, mely *Beckers*-től² származik.

Typhus abdominalis mellett a coli-fertőzéseknek ezen aránylag ritka volta egyrészt, másrészt a pneumoniás folyamatnak colibacillus által való létrehozása teszük, úgyhiszem, jogosulttá alábbi észlelettemnek a közlését is.

S. E., 21 éves joghallgató. A klinikára felvételt 1909 szeptember 15.-én. Jelen bajáig mindig teljesen egészséges volt. Felvétele előtt 5 nappal állítólag egészen hirtelen általános rosszullét érzése mellett magas láza támadt. Másnap délelőtt és éjszaka hidegrázása volt; ezóta állandóan lázas, hőmérséke esténként 40 fokig is emelkedik. Erős fejfájásról, bágyságról, étvágytalanságról panaszkodik. Hasa két oldalán mérsékelt fájdalmak vannak; 3 nap óta székrekedésben szenved. *St. pr.* Felvételtkor a jól fejlett és táplált beteg az objective konstatalható elváltozás igen csekély. A hőmérsék 39.8, a pulsus gyorsullámú, kevéssé telt, elég könnyen elnyomható, rythmusos, szapora, perezenként 100. A légzés a hőemelkedésnek megfelelőleg kissé szapora, 26 perczenként, nem dyspnoés jellegű. A szívcsücs felett gyenge systolés zörej, mely mellett a szív kopogtatási viszonyai normálisak, a pulmonalis második hangja nem ékelt. A tüdők felett kopogtatási eltérés nincsen, a légzés diffuse puha sejtes. A has mérsékeltén elődomborodó, az ileocecalis táj kissé érzékeny, ugyanott időnként korgás tapintható. A nyelv erősen bevont, szürkés, fehér lepedékkel borított, szélein kissé pirosas. A májtompulat rendes. A léptompulat kissé magasabban kezdődik, felső határa a 8. borda, lefelé a bordaív; alsó polusa mély légvételnél homályosan tapintható; előre az elülső hónaljvonalig terjed, hátrafelé a hátulsó hónaljvonalat kevéssé meghaladja. A vizelet sötét, borsárga, fajsúlya 1028, nyomokban fehérjét tartalmaz, göreső alatt azonban vesealakelemek nem találhatók; a diazoreactio positiv. Az idegrendszer-

ben eltérés nincsen, a sensorium tiszta. Beöntés után bőséges, világosárga szimű, puha, pépes összeállású székletét ürül. A betegnek tiszta tejdiaetát rendelünk; belsőleg acid. phosphor. dilut. 2:150.

Valószínűségi diagnosisunkat, a typhus abdominalis kórjelzését megerősíteni látszott a qualitativ vérvizsgálati lelet is, a mennyiben mérsékelt leukopenia volt jelen, 4800 fehérvérsejttel. A qualitativ képen a *Nägeli*-féle vérképnek megfelelőleg jelentékeny lymphocytosis és az eosinophilek hiánya volt konstatalható. (Polynuclearis 53%, lymphocyta 33%, nagy mononuclearis 14%, eosinophil 0.) A Widal-reactio azonban, a melyet a felvétel utáni második, a megbetegedésnek körülbelül 7. napján végeztünk, 1:40 higitásban is negativ maradt. A hőmérsék az első napokban 39—40° között ingadozva, a continua continens typhusát mutatta, a mi — noha a Widal-reactio eredménye negativ volt — megerősíteni látszott a typhus abdominalis diagnosisát. Végleg beigazolta azután diagnosisunk helyességét a bakteriologiai vérvizsgálat, a mennyiben a *Castellani* szerint történt oltáson az egyik bouillon-táptalajról, úgyszintén a *Kayser-Conradi* szerint oltott két „Galleröhre“-nek mindegyikén tiszta cultura volt nyerhető, a mely a *typhus-bacillus* összes jellemző tulajdonságait mutatta.

A további észlelés folyamán nemsokára megjelentek a roseolák is, eleinte igen gyér számmal, csupán a hasfalán, majd nemsokára ráterjedve a mellkas bőrére is. A febris continua continens állandóan fennáll. Állandó obstipatio, székletét csupán másodnapként beöntésre.

Szeptember 23.-án, a megbetegedés 14. napján a hőmérsékben igen nagy remissio mutatkozik (37.6—39.9), mintha az amphiból szak kezdetéhez érkeznénk.

Másnap, szeptember 24.-én azonban a hőmérsék egészen szabálytalan typhusban ismét magasra felszökik, a reggeli hőminimum 39.1 C°. Egyúttal mérsékelt *haemoptoe* jelentkezik, a mely a nap folyamán több ízben ismétlődik. Pontos physikális vizsgálatnál a jobb tövis felett igen kevéssé rövidült kopogtatási hang mutatható ki, mely inspiratióán néhány ropogással. Minthogy a *haemoptoe* 24 órán keresztül, bár kis mértékben, állandóan fennáll, a betegnek ergotin-morphiumot adunk subcutan, s a mellkasára jégzaeszkót helyeztetünk. A *haemoptoe*, a mérsékelt physikális elváltozással a jobb tüdőcsücsben, természetesenül a tuberculosis gyanúját kellett hogy ébresztsze bennünk; a köpetvizsgálatkor azonban tuberculosis-bacillusok egyáltalában nem találtattak.

Szeptember 26.-án a megbetegedésnek harmadik hetében (17. napon) végzett *Widal-reactio* újból negativnek mutatkozott.

Szeptember 27. A *haemoptoe* megszűnt, azonban a jobb tüdő felett hátul-alul a 8. bordától kissé tompult a kopogtatási hang és felette, gyengült légzés mellett néhány apró hólyagú nedves szörtyzörej hallható. A tüdőlelet napokig változatlanul fennáll. A hőmérsék igen nagy intermissiókat mutat 37.6—40.2 C° között. 3 nap egymásután kétszer napjában 0.20 cgm. pyramidont adagolunk. A köpetben ismételt festés útján savállók ki nem mutatathatók, csupán coccusok és bacillusok, nagyobbára teljesen atypusos jelleggel. Gram-festéskor a köpetben néhány *Gram-negativ pálcika* találtatott.

Október 1.-én első ízben száll a hőmérsék 37 alá (36.5 C°). A *Nägeli*-vérkép vizsgálata azonban még mindig jelentékeny lymphocytosist mutat (polynuclearis 50%, lymphocyta 32%, nagy mononuclearis 18%) és az eosinophilek állandó hiánya is, ámbár a hőmérsék leszállott, óvatosságra int és arra utal, hogy a folyamat lezajlását még nem remélhetjük.

És csakugyan, két napi láztalan, illetve subfebrilis temperaturák után október 6.-án a hőmérsék ismét igen magasra, csaknem 39-re (38.9 C°) szökik fel és újból elég nagyfokú *haemoptoe* jelentkezik. A jobb tüdő tompulata jelentékenyen kisebb, felette gyengült sejtes légzés hallható, azonban újabb göcsz mutatható ki a bal tüdő felett hátul-alul, a hol körülirt, mintegy gyermektenyérenyi területen finom crepitatio hallható. Másnap a *haemoptoe* több ízben ismétlődik, a crepitatio területe nagyobbodik. Október 8. A bal tüdő felett hátul-alul a 9. bordától tompult, felette gyengült légzés hallható, a crepitatio megszűnt. Október 9. A tompulat intensivebb, a légzés jelentékenyen gyengült, szörtyzörejek nincsenek. A *Nägeli*-vérkép a lymphocytosis csökkenését és ennek megfelelőleg a polynuclearisok számának kezdődő növekedését mutatja. (Polynucl. 69%, lymphoc. 17%, mononucl. 14%.) Eosinophilek azonban még mindig nem jelentkeznek. A hőmetet lytikus sülyedést mutat és október

14.-én, az 5. hét végén végre a vérkép normálissá válik, az eosinophilek a vérben megjelennek, a beteg teljesen láztalanná válik.

A láztalan napokat egy izben 37.2 C^0 hőemelkedés zavarja. Ezt per exclusionem a beteg furunculosisának tulajdonítjuk, a mely néhány nap óta kisebb-nagyobb fájdalmas góczok alakjában a hát és a farpofák bőrén jelentkezik. A furunculusok genyéből oltás útján az összes táptalajokon erősen zöldes pigmentet produkáló tiszta *staphylococcus-cultura* tenyésztett ki.

A teljesen láztalannak ígérkező lefolyást azután október 17.-én, a megbetegedésnek 38. napján ismét egy váratlan, magas, 39.1 C^0 -ig menő hőemelkedés zavarja, a melynek kíséretében ismét mérsékelt *haemoptoë* és heves szűrő jellegű fájdalmak jelentkeznek a bal mellkas alsó felében. Fizikális vizsgálatkor a bal tüdő felett hátul-alul a 9. bordától lefelé tompult a kopogtatási hang, ugyanott gyengült a légzés, időnként néhány szörtyzörejjelel. A légzésben a bal mellfél visszamarad, a légzés a paradox légzési typust mutatja; az epigastrium az inspiratio alatt besüpped, az expiratiokor kiemelkedik; a légzések száma 24. A pulsus kiesiny, rendkívül szapora, 120 percenként; a köpetből agar-táptalajokra oltunk. Október 19. A tompulat változatlan, felette bronchovesicális kilégzés hallható, néhány apró hólyagú nedves szörtyzörejjelel. A köpetből néhány *staphylococcus-coloniával* fertőzve csaknem tiszta cultura nyerhető, a mely azonban meglepő módon a *colibacillus* összes tulajdonságait mutatja. Élénken mozgó, rövid-vastag pálczika, Gram-negatív, a bouillont homogén zavarosítja, szőlőcukros agaron gázt fejleszt, Conradi-Drigalsky-talajon vörös kolóniákat alkot. Újabb köpetoltáskor atypusos cocceusok, *colibacillus* nélkül.

Október 21. A tompulat a tüdő felett kevésbé intenzív, felette tompa hörgi légzés. A beteg vérsavójával és a köpetből kitenyészített *colibacillus*al végzett makroszkopos *agglutinatio 1:180* hígításban 20 óra alatt erősen pozitívnek mutatkozott.

Október 26. Egy heti teljesen láztalan időszak után bővebb diatára térünk át. Október 31. Állandóan láztalan; a compactabb táplálkozásban fokozatosan előre megyünk.

November 2. Újabb kiskókú *haemoptoë*. A köpetből történt oltáskor ismét tökéletesen az előbbi lelethez hasonló rövid-vastag pálczikák tenyésznek ki, a melyek élénken mozognak, Gram-negatívek, a bouillont homogén zavarosítják, azonban szőlőcukros agaron gázt nem fejlesztenek, Drigalsky-talajon kék kolóniákat alkotnak és ilyen módon *typhus-bacillusoknak* felelnek meg.

November 4. A Ficker-féle *typhus-diagnostikummal*, a *paratyphus A* és *paratyphus B* *diagnostikummal* végzett makroszkopos *agglutinatio*s kísérletek *negatív eredménnyel* végződnek.

A 7. hét végén teljesen láztalanná váló beteg reconvalescentiája ezután zavartalanul halad tovább. A székletéből történt oltásokkor ismételen csupán *colibacillus* volt nyerhető. A diatában lassanként a normális étrendre térünk át, a beteg testsúlyában rohamosan gyarapszik és november 19.-én, 65 nappal bejövetele után igen jó erőbeli állapotban hagyja el a klinikát.

A mint tehát a kórtörténetből látható, ez esetben atypusos lefolyású typhus abdominalissal volt dolgunk, a melynek keretében egy és más körülmény, úgy hiszem, gyakorlati érdekénél fogva különösebb figyelmet érdemel. Atypusos első sorban azért, mert az egész lefolyás alatt a Widal-reactio negatív maradt és a biztos aetiologiai diagnoszt, úgy a mint az sok esetben történni szokott és a mint erre egy régebbi dolgozatomban³ utaltam is, csupán a vér bakteriologiai vizsgálata tette lehetővé. Atypusos továbbá azért, mert ismételt complicatiók, illetve recrudescentiák zavarták a lefolyás rendes menetét, olyannyira, hogy csupán a 7. hét végén vehette kezdetét a tökéletes láztalanság beálltával a reconvalescentia. Atypusos, a mennyiben az egész lefolyás obstipatióval járt, a mely obstipatio még a reconvalescentiát is végig kísérte, úgy hogy 65 napi klinikai tartózkodása alatt a betegnek spontán székürítése csak egyetlen egyszer volt. Atypusos, a mennyiben rövid időközben háromszor volt a betegnek *haemoptoë* által bevezetett pneumoniája, első izben a jobb tüdőcsúcsban, majd a jobb tüdőnek és végül a bal tüdőnek alsó lebenyében, a két utóbbi esetben mérsékelt exsudatum pleuriticum kíséretében. Atypusos, a mennyiben typhus abdominalis mellett *colibacillus* által okozott vegyes fertőzés esetével állottunk szemben és végül atypusos, a mennyiben az Eberth-Gaffky bacillus mellett esetünkben a *colibacillus* a pneumonia kétségtelen előidézője gyanánt szerepelt. Említésre méltó talán a

*staphylococcus*lelet is, a melyet a furunculusok genye szolgáltatott. Az újabb kutatások szerint ugyan a typhusbacillusnak magának kivételes esetekben pyogen, genykeltő hatása lehet, azonban legtöbbször a typhus abdominalishoz csatlakozó különböző genyedéses folyamatokat, úgy mint a mi esetünkben is, a közönséges pyogenococcusok secundaer infectiója hozza létre.

Hogy esetünkben a köpetből kitenyészített *colibacillus* csak ugyan a typhussal inficiált szervezetnek colifertőzéséből, nem pedig valamely accidentális körülményből származik, azt minden kétséget kizáró módon eldöntötte a serologiai vizsgálat, a mennyiben a beteg vérsavója a köpetből kitenyészített colit 1:180 hígításban is erősen agglutinálta. Ugyanakkor megkíséreltük a paratyphus A-val és paratyphus B-vel is az agglutinatiót, a mely azonban negatív maradt még 1:40 hígításban is.

Ez az észlelet talán némileg a typhus és coli szoros rokonsága, illetve különállósága kérdésének tisztázásához is némileg hozzájárulni látszik. Mert azon körülmény, hogy a savó a *colibacillus*at agglutinálta ugyanakkor, a mikor az egyébként biztos typhus abdominalis esetében a Widal-reactio negatívnak bizonyult, a maga részéről talán szintén a typhus és coli külön specificitása mellett látszik szólani.

Azon anatómiai elváltozások, a melyek typhus abdominalis folyamán a bélesatornában lezajlanak, teszik alkalmassá, úgy látszik, a bélesatorna rendes lakóját, a közönséges viszonyok közt ártatlan és lokalizálva maradó colit arra, hogy a bélesatorna hámja által alkotott normális védősáncot áttörve, behatoljon a mélyebb szövetekbe, bejusson a keringésbe és ilyen módon a szervezet legkülönbözőbb helyeire vitessék el. Közönséges tapasztalat, hogy a mig a coli, mint a bélesatorna megszokott parasitája, rendes lakóhelyét el nem hagyja, addig a szervezetre többé-kevésbé indifferens, sőt némelyek szerint még a bélhuzamban jelenlétével hasznos tevékenységet is fejt ki. A mint azonban kikerül a távolabbi szövetekbe, távolabbi szervekbe, a legkülönbözőbb kórfolyamatok megindításává válhatik. És különösen pathogen tulajdonságokat vehet fel főképpen olyankor, a midőn, mint Piseni és Bianchi-Martinotti⁴ vizsgálatai mutatják, typhus-bacillusok toxinjainak jelenléte folytán virulentiája igen erősen fokozódik.

Egyetlen jelentkezési formája van a colinak, a mely typhus abdominalis kapcsán néha klinice kimutatható, a nélkül, hogy általános fertőzés kiindulásául szolgálja: a *bakteriuria*. Elég gyakori tapasztalat, hogy typhus abdominalishoz coli-cystitisek társulnak, sőt, a mint Silvestrini, Blumer, Petruschky, Neufeld⁵ és mások tapasztalatai bizonyítják, gyakran cystitises tünetek nélkül, a typhus-bacillusai együtt vagy akár egészen önmagában is, a coli okozta bakteriuriák előfordulhatnak a typhus abdominalis lefolyásában.

A másik körülmény, a mely esetünkben különösebb figyelmet érdemel, a typhushoz csatlakozó pneumoniák kérdésébe világít be. Számosan voltak, a kik typhusos pneumonia, illetve pneumotyphus eseteit ismertették. Így Foà, Bordoni-Uffreduzzi, Chantemesse és Widal, Arustamoff, Karlinski,⁶ Fränkel, Stühlern és mások.

A *pneumonia typhosa* bakteriologiai szempontból még ma is egyik vitás kérdése a typhus pathológiájának és jelenlegi megállapodásunk e téren körülbelül az, hogy aetiologiai szempontból ezek a typhushoz csatlakozó tüdőgyulladások bakteriologiai egységet nem alkotnak. Honl,⁶ a ki a pneumonia különböző megjelenési alakjainak aetiologiájával igen sokat foglalkozott, megkülönbözteti első sorban a valódi *pneumotyphusokat*, a valóban typhus-bacillus által létrehozott pneumoniákat, másodsor a typhushoz csatlakozó közönséges *fibrinosus pneumoniákat*, a melyek éppen úgy, mint más croupus pneumoniák, a Fränkel-féle *diplococcus* által hoztának létre és végül harmadszor az olyan *secundaer pneumoniákat*, a melyek typhus abdominalis kapcsán a másodlagos úton bejutott, legkülönbözőbb bakteriumok által okoztatnak.

Azon secundaer bakteriumok, a melyek a typhushoz csatlakozó tüdőbeli gyuladással folyamatokat előidézni szokták, legnagyobb-részt a közönséges pyogen cocceusok, a streptococcusok és staphylococcusok csoportjába tartoznak. A mi esetünkben a köpetben egy izben coli-, másik esetben typhus-bacillusnak csaknem tiszta culturája volt nyerhető. Ha az előzőekben utaltam volt a typhus-coli vegyes fertőzéseknek magukban véve is aránylag ritka voltára, úgy itt még hozzá kell tennem azt, hogy a coli-infectiónak ilyen

HERBACOL,

egy új guajacol-vaskészítmény.

Ez egy kellemes ízű szörp, a közel 40 év óta kitűnőnek bizonyult Herbabny-féle alphosphorossavas mész-vas-szörpből 7% kálium sulfogujacolum hozzáadásával készül. A kálium sulfogujacol, a vas- és mészhypposphit, valamint a keserű és antifermentatív aromás szerek egyesített hatását szolgáltatja.

Klinikailag kipróbálva és kitűnőnek minősítve.
Adagolás: felnőtteknek 3—4 kanállal, gyermekeknek fele.

☞ ☞ Egy üveg ára 2 Korona. ☞ ☞

Csakis orvosi vényre kapható a gyógyszerárakban.
Orvos uraknak kívánatra minták ingyen.

Egyedüli készítő és főraktár:

Dr. ALDIS HELLMANN'S Apotheke „zur Barmherzigkeit“
Wien, VII/1, Kaiserstrasse 73—75.

PHYTINTermészetes
erősítő szer.

Növénymagból készült phosphorkészítmény.

Tartalmaz 22-8% szerves phosphort, teljesen asszimilálható, méregtelen alakban.
Az anyagcsere és átvágyat előmozdítja, vérképző, a test súlyát fokozza, idegerősítő.
Rp. 1 eredeti doboz Phytin Adag 1 gm. naponta Ára: K 3.50 kicsinyben.

PHYTIN LIQUIDIUM Pénztári gyakorlat részére.
Ára: korona 1.50.

FORTOSSAN Phytin-tejzúrkészítmény csecsemők és gyermekek részére 2 éves korig.

CHININPHYTIN.

Gesellschaft für chemische Industrie in Basel (Schweiz). Gyógyszerészeti osztály.

Minták és irodalom portó- és díjmentesen képviselőnk által:
JAKITSCH JÁNOS, Budapest, VI. kerület, Rózsa-utca 71.

Dr. Pajor új sanatoriuma

Budapest, VIII., Vas-u. 17.

Belgyógyászati, diabetikai, sebészeti és bőrgyógyászati osztályok 70 betegszobával.

Röntgen-laboratorium.

Bennlakó és bejáró betegek részére:

külön női és férfi vízgyógyászati osztály.

Pneumatikus kamarák, inhalatorium.

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

Pöstyéni iszapkúra.

A pöstyéni iszap budapesti főlerakata.

Idegbetegek családi jellegű otthona.

Dr. Batizfalvy-féle

SANATORIUM és VÍZGYÓGYINTÉZET

Budapest, VII., Aréna-út 82. szám.

Fennáll 50 éve (alapított 1859-ben), 1908-ban a modern

igényeknek megfelelően átalakítva és berendezve.

GYÓGYESZKÖZÖK: Vízgyógymód. Szénsavas fürdők. Villamos fényfürdő, hőfürdő. Napfürdő. Villamosítás (galvan-, farado-, Franklin-áram). Massage (diabetikus és orvosi). Vibrációs és rotációs massage. Gimnasztika. Hízoló és soványító gyógymódok. Kitűnő ellátás, mérsékelt árak. Állandó orvosi felügyelet. Gondos ápolás. Kiváló tisztaság.

Vízgyógykezelésre bejáró betegek is felvétetnek.

Dr. Ulrich Gyula, vezető főorvos.

Telefon 15—35.

Kívánatra prospektus.

Amidoazotoluol

Medicinale „Agfa“

Sebfeleleteken a bőrképződést előidéző **hathatós alkatrésze a „Skarlatina R“-nek,** a „Skarlatina-R-kenőcs“ előállításának pótlásául ajánlott

„Skarlatina-kenőcs“

új előírás szerint.

Minták és irodalom kívánatra.

ACTIEN-GESELLSCHAFT FÜR ANILIN-FABRIKATION.

PHARMACEUTISCHE ABTHEILUNG.

BERLIN S. O. 36.

Epileptikus betegek intézete Balf-gyógy-fürdőben. Félvilágosítással szolgál Wosinski István dr. igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagym. m. kir. belügyminisiterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Orvosi műszereket, modern rendelő- és műtőszoba-berendezéseket

letelepedő orvosok részére, a legmagasabb igényeknek is megfelelő praecisiós gyarmányokat, elegáns és legszolidabb kivitelben **kivánatra részletfizetés vagy évi számlára szállít**, esetleg orvosi műszereket megtekintésre is küld

Keleti J. orvosi műszergyáros

8751 Budapest, IV., Koronaherczeg-utca 17.
Legújabb árjegyzék ingyen és bérmentve.

Radiogenvíz (Radiumemanatio)

ivó- és fürdőkúra alakjában legjobban pótolja a Gasteini kúrát.

A Radiogenvíz használata javalva van: csúz, köszvény, zsábák (ischias), neurastheniánál, hűdéseknl, a tabetikusok lancináló fájdalmai ellen, valamint agkori gyengeségnél.

!! Radiogeniszap !!

60-szor radioaktívabb a fangónál, kitűnő főlsvívó-szer izzadmányoknál; többször is használható, tehát olcsó.

! Radiogenol !

steril radiumkészítmény, a mely rosszindulatú álképletekbe lesz befecskendezve.

Radiogenvíz, Radiogeniszap és Radiogenol kapható Budapesten és a vidéken egyes gyógytárakban.

Prospektust és irodalmat ingyen küld a főraktár: Alte k. k. Feldapothek, Wien, I., Stefanplatz 8.
8318

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D.EGGER

Indicatió: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhaehitis.
Kapható minden gyógyszerárban.

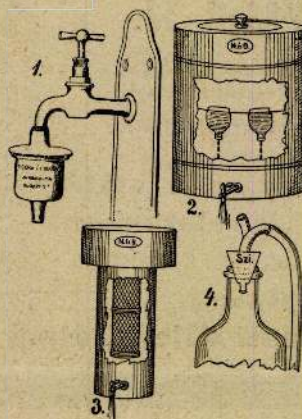
ERZSÉBET KIRÁLYNÉ-SÓSFÜRDŐ

újonnan átalakítva április 1-én megnyílt.

Kitűnő gyógy-eredmények főleg női bajoknál.

Elő- és utóidényben mérsékelt szobaárak. Villanyos közlekedés Budapest-Kelenföld. Bővebbet egyszersmind a Budai Királykeserűvízre nézve is 8979 a fürdőigazgatóságnál.

Nicora és Bogár-féle szabadalmazott VÍZ-, BOR- és RUMSZŰRŐ stb. KÉSZÜLÉKEK



1. sz. ábra „Filtrator“ vízsűrő, mely a vízben levő legparányibb szennyet is felfogja, a bacillusokat megöli. Könnyen kezelhető, ára 6 kor.
2. sz. ábra. „Filtrator“ víztartály nélkülözhetetlen, a hol vízvezeték nincs és rossz a talajvíz. 25 literes tartály két szűrővel, ára 26 kor. bármily nagyságban megrendelhető több szűrővel.
3. sz. ábra. „Desztilator“ bor- és rumsűrő, minden keresmáros és pinezgazda szerezzze meg. Ezen készülék a bornak legalja szennyt is alaposan átszűri, egy 20 literes köbtartalmú Desztilator ára 20 kor. Bármely nagyságban megrendelhető több szűrővel.
4. sz. ábra. „Record“ borfejtő, bármely, az emberi szervezetre káros behatással bíró folyadékot fejtethünk, mivel közvetlenül a palackba szívjuk. Borfejtésnél nélkülözhetetlen, ára gummicső nélkül 3 kor., cső méterenként 2 kor. Egyedüli gyártó:

Nicora Lajos

Budapest, IV., Váci-utca 80.

Vidéki megrendeléseket utánvétellel szállítok, prospektust ingyen és bérmentve küldök.

Viszontelárúsítóknak megfelelő árengedmény.

Coaltan

(Ung. caseini c. coaltharo 10% et acid. salicylico 1%)

Alkalmazása: Primaer és secundaer dermatitiseknél; nedvedző vagy hámló, chronikus, scborrhoeás, lichenoid czemáknál; psoriasisnál, a trychophythisis különböző eseteinél.

A kenés a kőszénkátrány összes hatóanyagait változatlan állapotban tartalmazza 10% mennyiségben, azonkívül 1% salicylsavat.

Előnyei: 10 percz alatt zománcszerűen megszárad, száradás után szagát elveszti, égető érzést még hámfosztott helyen sem okoz, a ruhát nem piszkítja, lemosható langyos vízzel, aetherrel vagy rectificalt benzinnel.

Egy nagy tubus ára 1 Korona 50 fill.

Minden gyógyszerárban kapható.

Telefon 2-66.

Készíti: „ARANY OROSZLÁN“ gyógyszerár Budapest, III., Lajos-utca 28. szám.

Telefon 2-66.

Pil. kalii jodat. perennes Szöllösi 0-20.

Eltartható, cukorral obducált jodkészítmény.

Használatánál jodismus nem képződik. — Ára 2 kor. 60 fill. Ajánlja: Korányi, Marschalko, Havas, Irsay, Tauszk stb. egyetemi tanár urak által.

Diujodin.

(Pastilli theobromini jodati Szöllösi.)

Tartalmaz: 0-30 gm. Diuretint, 0-20 Kal. jod-ot. Javalva: Arteriosklerosis, Nephritis chronica. Angina pectoris, Myocarditis esetekben. Napi adag 3-5 pastilla. — Ára kor. 2.50.

JODLECITHIN RICHTER

A JÓDADAGOLÁS IDEÁLIS ALAKJA
32% JÓDOT TARTALMAZ
LECITHINNEL SZERVES
KAPCSOLÁSBAN.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPEST, X.

Természetes hőfokú 42° C. kénesforrások. 9121

Köszvény, csúz, bénulás, neuralgia, ischias stb. ellen.

Trencsénteplicz

Földény május hó 1-én kezdődik; június hó 15-éig Prospektussal szolgál a Fürdőigazgatóság.

Fenyvesek.

A Kárpátok által határolt völgyben festőien szépen fekszik. Új tulajdonosok. Elsőrangú kényelem. Dietetikus étterem.

Báznai VICTORIA-jódsó

Victoria jód- és brom-forrásának nagy
gonddal előállított jódsó-terméke.

Az első és egyedüli magyar forrás-termék.

Báznai Victoria-jódsó

az erdélyi báznai jód-bromsós forrás nagy gonddal előállított terméke. Kiemelendő ezen jódsó tulajdonságai közül, hogy jódtartalmát illetőleg csupán a legkiválóbb külföldi jódsók tudják megközelíteni, tehát azon betegségeknek (syphillis, gümő- és görvélykór, izzadásmányok, a női és férfi húgy- és nemi szervek megbetegedései, bénulások, a légzőszervek chronikus, hurutos betegségei), melyeknél jódsókat akár házi fürdők, akár elpárolva belégzések céljaira használni szoktak, közönségünk nem szorul többé külföldi jódsókra (darkaul, zablaczi), egyrészt mert azok gyógyhatás tekintetében a báznai Victoria-jódsónál nem jobbak, másrészt azok drágák, míg a báznai Victoria-jódsó olyan olcsó áráért kapható, hogy azt céljaikra még a legszegényebb társadalmi osztályok betegei is bátran használhatják.

Ismertető füzeteket megkeresésre küld a főraktár.

Budapesten kapható 1, 4 és 5 kilogrammos ládákban.

1 láda à 1 kilogramm	---	---	---	1 K 90 f.
1 " à 4 "	---	---	---	7 K 20 f.
1 " à 5 "	---	---	---	9 K — f.

Kizárólagos főraktár:

EDESKUTY L. CSÁSZÁRI ÉS KIRÁLYI
UDVARI SZÁLLITÓNÁL

5892 BUDAPEST, V., Erzsébet-tér 8.

Perdynamin

egy jóízű, folyékony Haemoglobin-készítmény, a fogakat nem támadja meg, étvágygerjesztő, legjobban bevolt vérszegénység és általános testgyengeség eseteiben.

Lecithin-Perdynamin

egy Lecithin-Haemoglobin-készítmény, neurasthenia és egyéb idegbajok, hiányos táplálkozás és rachitis eseteiben.

Guajacol-Perdynamin

egy Guajacol-Haemoglobin-készítmény, orvosilag ajánlva a légzőszervek megbetegedéseinek, tüdő-tuberkulosis, tüdőhurut, bronchitis, hörghurut és scrophulosis ellen.

Minták és irodalom ingyen.

Lecithin-Perdynamin-ből minták csakis árfelszámítás ellenében kaphatók az osztrák-magyar képviselő által:

Mr. Camillo Raupenstrauch, em. Apotheker
Wien II/1 Castellezgasse 25.

S PERMINOL

mint tonikus gyógyszer mindazon betegségek ellen, melyek fogyatékos anyagcsere, vérszegénység, neurasthenia, zavart idegműködés, aggkori gyengeség és több más betegségi tünetekből erednek, kitűnően bevált.

Diaethylendiimin- (Spermin-) tartalma 2'26^oo.

Egy eredeti üveg ára: K. 6.50.

TAMULECON

egy teljesen ártalmatlan, kitűnően bevált szer minden neurastheniás betegség, impotentia, továbbá hiányos libido, sterilitás, ideges depressiók állapotok stb. ellen.

Egy 50 pillulát tartalmazó üveg ára: K. 6.—
" 100 " " " " " K. 10.—

Kimerítő irodalmat és mintákat az orvos uraknak ingyen és bérmentve küld:

8333

HANDELSHAUS LEOPOLD STOLKIND & Co.
Berlin O. 27. Schicklerstrasse 6.

vagy

JAKITSCH JÁNOS magyarországi vezérképviselő,
Budapest, VI., Rózsa-utca 71.

A

Liquor-Hypnobromid comp. Glück

tartalmazza az idegrendszerre csillapítólag ható megbízhatóbb szereket (paraldehyd, bromidok, opium alkaloidok stb.), de a mellett semmi olyasmi benne nem foglaltatik, mi a szívre káros lenne, vagy pedig még hosszabb alkalmazás mellett is a szervezetet károsan befolyásolná. Összhangzó vélemények szerint a legmegbízhatóbb, minden kellemetlen mellékhatástól ment, betegek által szívesen vett specificum, neurasthenia és hysteria eseteiben. Emelett kitűnő altatószer és javalva van az idegrendszer izalmi jelenségekkel összekötött bántalmainál.

Adagja naponta három kávéskanálról három evőkanálra.

A Digestol Glück

a legfőkéletesebb emésztőpor.

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

Adagja étkezés után egy késhegynyi, egész egy kávéskanálra.

Irodalommal és mintával készséggel szolgál:

GLÜCK REZSŐ gyógyszerészeti laboratoriuma
„Szent Péter“ gyógyszertár
Budapest, VIII., Rákóczi-tér 2.

Idegbetegségeknel és neurastheniánál már 1900 óta legjobb sikerrel alkalmaztatik

Syrupus Colae compos. „Hell“.

Diabetesek számára a syrup helyett **Pilulae Colae comp. Hell** minden szénhydráttól 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.**

LABORATOIRES CLIN-PARIS.

ELEKTROMOS COLLOID-ÉRCZEK. (METALLFERMENTE.)

Isotonikus, sterilizált és fecskendezhető oldatokban.
ELTARTHATÓ.

A Clin-féle Laboratorium által elektromos úton előállított Colloid-érczek finom szemcsék, melyek legmagasabb fokot nyújtják a tisztaságnak, katalitikus erőnek és ép úgy physiologiai mint therapiai hatásúak. Szemben némelyeknek azon állításával, mely elektromos colloidok hosszabb tartós és hatásos voltát kétségbe vonja, a Clin-féle laboratorium nyújtotta colloid-rendszerek még több hónap mulva megővják teljes fermenthatásukat (a mi a katalitikus erő mérése által kimutatható), valamint therapeutikus hatásukat is, a miről nagyszámú klinikai tapasztalat tanuskodik.

1* Ampullákban à 5 cm³, intramuscularis befecskendezésekhez

2* Az electrargol azonkívül tisztán is 100 mc³-nyi üveg sebészeti czélokra.

3* Collyrium Electrargol fokmérővel és cseppentővel ellátott üvegcsekben.

Therapeutikus alkalmazás: Fertőző betegségek általában, dő tügyulladás, kanyaró, genyes mellhártyalob, hagymázos láz, orbáncz, septicemia, meningitis cerebrospinalis, infectiousus endocarditis, mellályagok, gonococustól eredő fertőzések, cystitis, gyermekágyi láz, szembetegségek.

1 doboz Electrargol 6 amp.-al à 5 cm ³	K 5.50
1 üveg „ à 50 cm ³	6.-
1 üveg „ à 100 cm ³	10.-
1 collyre	2.80

1* Electrargol elektromos colloid-ezüst finom szemcsékben.

2* Electrauról elektromos colloid-arany finom szemcsékben.

3* Elektroplatinol elektromos colloid-platina fin. szemcsékben.

4* Elektropalladiol elektr.colloid-palladium fin. szemcsékben.

Colloidális Készítmények.

THIARSOL

Colloidális Arsen, trisulfuric.

Stabil, isotonikus, sterilizált oldat.

2 mgm. colloidális Arsen trisulfuric-hez titrál per 3 cm³.

THIARSOL „CLIN“

sterilizált csövecskékben hypodermizált injectiókhoz (2 mgm. Thiarsol pro cm³).

Doboz 12 csövecskékkel K. 3.20.

THIARSOL „CLIN“

cseppekben belső használatra. (2 mgm. Thiarsol 20 cseppre.)

A 25 gm. tartalmú üveg ára K 3.75.

Általános javalatok: Az arsénygyógyszereknek összes javalatai, Speciális javalatok: Rák, Trypanosomiasis.

SOLUROL „CLIN“

(nem Thyminsav).

Tablettákban à 0.25 Solurol.

Javalva: húgysavas diathesis, uratikus köszvényrohamok, vesekőlika, epekő, arthritis deform. stb. esetében.

Adag: Naponta három tablettá (legjobb a tablettát összeaprítva egy korty vízzel vagy borral lenyelni).

1 üveg ára K 3.75.

Főraktár Magyarország részére: TÖRÖK JÓZSEF, BUDAPEST.

Vezérképviselő: MARCUS M. okl. gyógyszer. WIEN, VI., Magdalenenstrasse 38.

„Nervinol Barabás”

Mélyen tisztelt Orvos úr!

Naponta 3-szor egy evőkanállal egy harmadrész pohár szóda- vagy ivóvízben étkezés előtt egy jó félórával, méltóztassék rendelni a klinikailag kipróbált Nervinol Barabást, mely a leg-tökéletesebb idegerősítő szer.



Kapható minden gyógyszerárban.



localisatiója, a coli-pneumonia talán a még ritkábban előforduló leletek közé számítható.

A coli-bacillusnak aetiologiai szerepéről pneumoniák előidézésében csak igen kevés adat áll rendelkezésre az irodalomban. Legtöbbször csupán lobuláris pneumoniák eseteiben sikerült a coli pathogenetikus hatását kideríteni. *Kreibich*⁸ írta el első ízben valódi és lobáris jellegű pneumoniának egy esetét, a melyben sikerült a tüdőből készült szövettani metszetekben, valamint tiszta tenyésztésben a tüdőből történt oltás útján a coli-bacillust kimutatni. Hasonlóképpen sikerült neki állatkísérletben a coli-bacillusnak intratracheális vagy intrathoracális bevitele útján pneumoniát és pedig valódi lobáris pneumoniát előidéznie.

Loburális pneumonia eseteiben a coli kórokozó szerepéről már több casuistikai közlemény számol be, a melyeknek legnagyobb részében azonban rendszerint valamely bélbeli folyamat kapcsán fejlődött bronchopneumoniák forogtak fenn. Így *Fischer* és *Lévy*⁹ incarcérált hernia egy esetében metastatikus pneumoniás góczokban mutatta ki a coli-bacillust. *Gilbert* és *Girode*¹⁰ halállal végződött cholera nostras esetében a hepatizált tüdő punctiója alkalmával pneumococcusok mellett coli-bacillust talált. *Sevestre*¹⁰ szerint a csecsemőkben és gyermekekben súlyos infectiosus bélhurutok kapcsán kifejlődő tüdőgyulladások rendszerint coli-fertőzések által okozhatók. Bronchopneumoniás góczokban intra vitam és post mortem megtalálta a colit *Welch* és *Widal*.¹⁰ Hasonlóképpen coli-leletekről szól lobuláris pneumonia eseteiben *Durante*, *Schmidt*, *Aschoff*.

A mi esetünk, a mely újabb adat egyrészt a typhus-coli vegyes fertőzése, másrészt a colipneumoniák kérdésének igen szűkkörű irodalmában, újabb bizonyosságát szolgáltatja annak, hogy a coli különösen catarrhalis vagy ulceratív bélbeli folyamatok kapcsán súlyosabb pathogenetikus hatásokat fejthet ki, a melyek között alkalmilag valószínűs pneumoniák is szerepelhetnek.

Irodalom. 1. *Porf*: Mischinfection bei Typhus abdominalis. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908.) — 2. *Beckers*: Hyg. Rundschau 1908. 6. szám. — 3. *Királyfi*: A vér bakteriologiai vizsgálata lázas megbetegedések eseteiben. (Magyar Orvosi Archivum, 1909. Zeitschrift für klin. Mediz., 1909. 68. kötet.) — 4. *Piseni* u. *Bianchi-Martinotti*: Beziehungen zwischen dem Bakterium coli comm. und der Typhusinfection. (Zentralblatt f. Bakt., 1896. 14. kötet.) — 5. *Neufeld*: Rolle der Mischinfection bei Typhus. (Kolle-Wassermann: Handbuch der pathog. Mikroorgan. II. kötet.) — 6. *Gruber* u. *Bernheim*: Mischinfection bei Typhus abdomin. (Lubarsch: Ergebnisse 1895, II. kötet.) — 7. *Honl*: Spaltpilze bei Pneumonie. (Lubarsch: Ergebnisse, I. kötet, 1. füzet.) — 8. *Kreibich*: Beitr. zur klin. Med. u. Chir., 1896. 13. füzet. — 9. *Fischer* u. *Lévy*: Deutsche Zeitschrift für Chir., 32. kötet. — 10. *Escherich* u. *Pfaundler*: Die Bakterien der Coligruppe bei verschiedenen Erkrankungen. (Kolle-Wassermann: Handbuch der pathog. Mikroorg., II. kötet.)

Az idült vastagbélhurutok gyógyítása forró gelatina-beöntésekkel.

Irta: *Ádor Lajos* dr., Karlsbad.

(Vége.)

III. J.-né, 37 éves, magánzó neje H.-ból (Holland). 1909 július 26.-tól 1909 szeptember 15.-ig volt észlelésem alatt. 15 év óta gyakran heves fájdalmak a májtájékon, időnként hidegrázással és ezt követő, 38 C⁰-ig emelkedő hőmérsékkel. 3 év óta időnként hasmenései vannak, melyek normális széklettel váltakoznak. Gyakori tenesmus. Az epehólyag tájékának megfelelően határozatlan, nyomásra érzékeny resistencia tapintható. A vizelet 1028 fajsúlyú, minimális nyomokban fehérjét tartalmaz.

A bélsár 1909 július 31.-én (ezt megelőzőleg négy napon át élt a Schmidt-féle próbakoszton) pépes, sötétbarna, penetráns szagú. Makroszkopice sok nyálka, kisebb-nagyobb foszlányokban, sok izomdarabka, kevés vegetabilis ételrészlet. *Erjedéssel próbánál 8 óra múlva erős gázképződés alkalis reakcióval.* A vérpróba (aloin) pozitív, mikroszkop alatt sok növényi sejt nyálkakötegekben. *A rectosigmoidoszkopias vizsgálat a proktosigmoiditis katarrhalis typosus képét adja.*

A megfelelő diatán és igen mérsékelt ivókúrán kívül (naponta 200 gramm Sprudel), a terapia gelatina-sprudelbeöntésekkel áll, még pedig a jelenlévő cholecystitisre való tekintettel oly módon, hogy a beöntés másodnapként 40 gramm gelatina + 500 gramm Sprudelből (48 C⁰), a közbeeső napokon pedig 1—1½ liter Sprudelből

áll, összesen 20 beöntés után néhány rectoendoszkopias kezelés 1/2—1½/0-os arg. nitr.-mal és bismuthum bitannicum-befúvások.

A szeptember 10.-én ismételt *megejtett functiós bélvizsgálat* eredménye (négy napi próbakoszt után): Makroszkopice *nyálka minimális mennyiségben*, csekély mennyiségű vegetabilis ételrészletek, ugyancsak minimális mennyiségben izomrészletek. *Gázképződés az erjedéssel próbánál 24 óra eltelte után sem észlelhető.* Vérpróba negatív (aloin). Mikroszkop alatt csekély mennyiségű nyálkaköteg és néhány izomrost. A kezelés utolsó két hetében a betegnek naponta egyszer van normális széke és állandóan zavartalan a közérzése.

IV. Gr. B., 33 éves, magánzó Sz.-P.-ről. 1909 július 27.-én keresett fel először. Gyermekkora óta hasmenésre hajlam. Négy év előtt, mandzsuri tartózkodása alatt súlyos dysenterian ment át. Azóta állandóan hasmenésben szenved. 1908 telén ipecacuanha-beöntéseket kapott és azóta a véres székletetek megszűntek, de a hasmenés most is fennáll. Három hó óta ez utóbbit illetőleg is annyiban állott be javulás, hogy székletete naponta csak egy ízben van ugyan, de azt fájdalmak kísérik és állandóan híg. A hasban mindenütt mérsékelt diffúz érzékenység, kivált a colon descendens lefutásának megfelelően. A szivhangok tiszták, de a pulsus száma állandóan 48—52 között ingadozik (mérsékelt bradycardia). A vizelet 1023 fajsúlyú, albumen = 0, cukor = 0.

A bélsár (3 napi próbakoszt után) sötétbarna színű, részben pépes, részben folyékony. Makroszkopice mérsékelt mennyiségű foszlányos nyálka, kisebb izomdarabkák és mérsékelt számban vegetabilis ételrészletek. *Az erjedéssel próba pozitív, alkalis reactio mellett. A vérpróba szintén pozitív (aloin és benzidin).* Mikroszkop alatt erősen megszaporodott számban izomrostok, sok leukocytá és néhány erősen infiltrált nyálkaköteg. Amoebák nem láthatók. A beteg 20 gelatine-sprudel-beöntést kap (40 gramm gelatina + 500—800 gm. 42 C⁰ Sprudel). A hatodik beöntéstől fogva a betegnek naponta egyszer van rendes szilárd széklete. A beöntéseket állandóan megtartja. Négy heti észlelés után távozik. Székletete szilárd, fájdalmak nem kísérik, nyálka minimális mennyiségben. A vérpróba negatív.

V. Özv. I. M.-né magánzót N.-ről (Magyarország) 1909 június 10.-étől 1909 július 15.-éig észleltem. 1908 november óta állandóan hasmenés véres-nyálkás széklettel. 1908 decemberben két, gyermekököllyi „bélsár-kő“ távozott nagy hasfájdalmak kíséretében. Naponta 3—4-szer van vizes, sokszor vérrel kevert székletete. A fizikai vizsgálat negatív. A vizelet 1022 fajsúlyú, albumen = 0.1⁰/₁₀₀, cukor = 0. A sedimentumban sok lapos hámsejt és leukocytá, néhány hyalin-cylinder.

A rectosigmoidoszkoppal (Strauss-féle készülék) 20 cm. magasságig tudok feljutni. Az ampulla és a flexura nyálkahártyája sötétvörös, kissé duzzadt, helyenként nyálkás lepedékkel fedett. A mucosa, különösen a plica-széleknek megfelelően (plica coccyg., recto-romana) vulnerabilitást mutat a tubusnak már gyengéd nyomására is létrejövő vérzések alakjában.

A bélsár szabad szemmel is látható sok nyálkát tartalmaz kisebb-nagyobb foszlányok alakjában, reakciója alkalis, erjedéssel próbánál minimális gázképződés. A vérpróba negatív. A hydrobilin-próba (sublimatpróba) pozitív. Mikroszkop alatt sok lapos és cylinder-epithel, igen sok leukocytá és neutrális zsír.

A beteg az igen mérsékelt ivókúrán és a megfelelő diatán kívül (sok tej) 20 beöntést kap. 40 gramm gelatina 500—800 gramm 45 C⁰ Sprudellel. A beöntéseket állandóan megtartja, székleteinek száma már az első 4 beöntés után redukálódik, a mennyiben naponta egyszer van szilárd részekkel vegyes, pépes széke. A kezelés második felében többnyire egyszer van naponta pépes, kevés nyálkát tartalmazó széke.

VI. K.-né, 40 éves, gyógyszerész nejét S.-ről 1909 július 7.-től augusztus 10.-ig észleltem. Éveken át székrekedésben szenvedett. 1½ év óta makacs, állandó hasmenése van, mely kedélyizgalmak után különösen intenzív jelleget ölt. Fél év óta a hasmenéshez étvágytalanság járul. Astheniás habitus. J. o. ren migrans. A hasban diffúz nyomási érzékenység. A vizelet fajsúlya 1007, albumen nyomokban, cukor = 0. A bélsár sok, makroszkopice látható, foszlányos nyálkát és vegetabilis ételrészletet tartalmaz. Reakciója alkalis. Az erjedéssel próba negatív. A vérpróba pozitív (aloin gyengén, benzidinpróba erősen). Therapia: igen enyhe ivókúra, diéta (cc. 80 gramm vaj), hydrotherapia és beöntések (40 gramm gela-

tina + 500 gramm 40 C° Sprudel). Az első két beöntés után naponta 2—3-szor vizes székletét. A harmadik beöntés után következő 24 órában már csak egy izben, 1½ órával a beöntés után van híg széke; az 5. beöntés után hasfájdalmak és több izben véres szék, a mi a következő két napon ismétlődik; ez alatt a beteg fekszik és beöntéseket nem kap. A 10. beöntés utáni időben naponta állandóan két izben van széke, az első a beöntés után 1½—2½ órára, híg, a második a nap folyamán, szilárd. A beteg négy hóval a kezelés után arról értesít, hogy állandóan normális székletéte van és hasmenése nem ismétlődött.

VII. M.-né, 28 éves, B.-ről (Magyarország). Gyermekkora óta hajlamos hasmenésre. Három év óta állandóan hasmenésben szenved. 1908 májusban hirtelen heves gyomor- és hasfájdalmak jelentkeztek és e miatt másnap a féregnyújtványát eltávolították. Hasmenései a műtét óta változatlanul fennállanak. Már 1908-ban kezeltem Karlsbadban (Sprudel-beöntések); az eredmény csekély volt. Állandóan alkalmazott diéta és gyógyszeres kezelés dacára a hasmenések változatlanul fennállanak, a különben sem erős asszony testsúlyából is folyton veszít. Állapota kedélyét is igen deprimálja. 1909 június 12.-én veszem át ismét a kezelését, melyet egy hónapon át folytatok. A beteg testsúlya 47 kgm. A mellkasi szervek fizikai vizsgálata negatív. A hasban, főleg a colon descendens mentén mérsékelt nyomás-érzékenység. A vizelet 1017 fajsúlyú idegen elemek nélkül.

A gyomorfunctiók vizsgálata (Ewald-Boas-féle próbareggeli) intakt motilitást és normális secretiós viszonyokat mutat (szabad HCl = 20%, összaciditás = 40%).

A bélsárvizsgálat eredménye: foszlányos nyálka kifejezett mennyiségben, erjedéssel próbánál már pár óra eltelte után igen erős gázképződés savanyú reakcióval, a vérpróba pozitív (aloin gyengén, benzidin erősen). Amoebák nem voltak találhatók, úgyszintén a Koch-féle tuberculosis-bacillusokra megejtett vizsgálat is negatív eredményű. Therapia: enyhe ivókúra, diaeta (naponta 1 liter Bouma-féle zsírtej), gelatina-sprudelbeöntések, nagy nyugalom. Összesen 17 beöntést adtam, eleinte 80 gramm, később 40 gramm gelatinával és állandóan 500 gramm, 45 C° Sprudellel. Bár a székletetek száma már az első három beöntés után csökkent, a székletetek pépes-híg jellege a kezelés végéig észlelhető volt, és egy-két izben a kezelés tartalma alatt 1—1 napon át 4—6 bőséges hasmenés is jelentkezett. Csúpnán a kezelés 3 utolsó napján volt a betegnek naponta egyszer formás szilárd széke. A kezelés után egy karinthiai tó mellé megy utókúrára. Ma, fél évvel a kezelés után, a beteg környezetétől nyert értesülés szerint hasmenéstől mentes, megerősödött és testsúlyban 6 kilogrammot gyarapodott.

* * *

Azt hiszem, az itt közölt eredmények éppen olyan jogosulttá teszik az eljárás közlését, mint a hogy felmentenek engem a részletesebb epikrisis alól. A primaer idült vastagbélhurut, ha nem is ritka megbetegedés, de tudvalevően nem tartozik azon gyakran észlelhető kórképek közé, melyekkel akár nagy kórházak vagy klinikák anyagában is naponta találkozhatnánk. És így egy új gyógyeljárás kipróbálásakor az esetek imponáló nagy számáról már eleve le kell mondanunk. Bár a magánygyógykezelésben gyakrabban találkozunk a primaer idült vastagbélhuruttal, mint a kórházak anyagában, előfordulásuk ott sem oly gyakori, hogy ne kellene a szerencsés véletlennek tulajdonítanom azt, hogy fél év alatt hét oly beteget kezelhettem ezzel az eljárással, kiknek kórtörténete éppen olyan alkalmas az eljárás indiciójának, mint az értékének megállapítására.

A közölt kórtörténetekben majdnem kivétel nélkül a chronikus vastagbélhurutnak azon súlyos alakjaival találkozunk, melyek átmenetet alkotnak a chronikus vastagbélhurut és a dysenteria között, sőt két esetben egy előző súlyos „mandzsuriai dysenteria“ volt a vastagbélhurutnak a hátterében. De az eljárás értékének a megítélésében az esetek súlyosságán és évekre visszanyúló fennállásán kívül mértékadó még az a körülmény is, hogy eseteinkben előzőleg állandóan szakavatott oldalról a legkülönbözőbb gyógyeljárások lettek eredménytelenül alkalmazva. Az a feltűnő javulás pedig, a mely a kezelés folyamán szinte minden egyes esetben konstataható, nem csupán a subjectiv panaszok megszűnésében és a székletetek számának csökkenésében, consistentiájuknak a meg-

változásában nyilvánul, hanem egyes esetekben a functiós bélvizsgálat és a bélendoskopia útján is meg volt állapítható.

A gelatinának beöntések alakjában való alkalmazása kellemetlen melléktünetekkel nem jár és az eljárás minden veszélytől mentes. Ezt nem csak az itt közölt klinikai tapasztalatok bizonyítják, hanem kétségtelenné teszik a *Michaelis*¹ által közölt kórhonczolástani vizsgálatok is. *Michaelis* ugyanis *Krönig* ajánlatára forró gelatina-klismákat alkalmazott kedvező eredménnyel súlyos typhosus bélvérzések csillapítására. Néhány sectióra került eset pontos makro- és mikroskopi vizsgálata azzal az eredménnyel járt: „Dass der Darm in keiner Weise dadurch angegriffen war“.

Tekintettel egyes közlésekre (*Gebele*, *Freudweiler*), a gelatinának a vesékre való hatását is minden egyes esetben állandóan figyelemmel kísértem, a nélkül azonban, hogy ez irányban is a legcsekélyebb káros befolyást észlelhettem volna. A mi a gelatinának eddigi therapeutikai alkalmazását illeti, ismeretes, hogy ennek mint vérzés-csillapító szernek értéke ma általánosan el van ismerve; és mint ilyen, a gyakorlati orvoslás majdnem minden területén kiterjedten nyer alkalmazást. A gelatinának egyéb célból való alkalmazása mind ez ideig igen korlátolt. A dietotherapiába a gelatina alkalmazását *Senator*² vezette be, a midőn több mint 30 év előtt a lázas betegek táplálására ajánlotta, egyrészt könnyű emésztetősége miatt, másrészt viszonylagos magas tápértéke következtében, mint fehérjekímélő tápszert. Újabban ugyancsak *Senator* a gelatinát a gyomorfekély dietotherapiájában ajánlja. *Senator* közlései adták nekem évekkal ezelőtt az első impulst arra, hogy a gelatinát a chronikus bélhurutban szenvedő betegek táplálásában kiterjedten alkalmazzam. Újabban ugyanebből a célból amerikai szerzők ajánlják alkalmazását (*Herter*)³. A mennyiben az idevágó literatúrához hozzáférhettem, diarrhoeák, még pedig gyermek-diarrhoeák gyógyítása céljából a gelatinát eddig csupán francia szerzők ajánlották.

E. Weil, *Lumière* és *M. Péhu*⁴ saját tapasztalatai alapján állítja, hogy a csecsemők diarrhoeáját a gelatina jobban és gyorsabban szünteti meg, mint a bismut és a tanninkészítmények. Ők is per os alkalmazzák a gelatinát, miként eddig a gelatina alkalmazása terén a per os és a subcutan alkalmazásmód szinte kizárólagosan dominál. A rectalis alkalmazással csak elvétve találkozunk, így *Michaelis* már említett cikkében, ki typhosus bélvérzések megszüntetésére ajánl forró gelatina-klismákat, és többen ugyancsak gelatina-klismákat ajánlanak haemorrhoidális vérzések gyógyítására. (*Poljakow*, *Saroni*, *Guttmann* stb.). A chronikus vastagbélhurutok gyógyítására a gelatinának beöntések alakjában való rendszeres alkalmazását tudtommal eddig senki sem ajánlotta.

A mi a gelatinahatásnak a lényegét illeti, ismeretes, hogy a vérzéscsillapítás magyarázására ez idő szerint a *Sackur*-féle hypothesis talál a legtöbb követőre, mely szerint a gelatina a vörösvérsejtek agglutináló hatását változtatja meg és ennek következtében secundaer megalváadáshoz vezet.

Ugyancsak hypothesisekre vagyunk utalva, ha a gelatina-beöntések kedvező hatásának magyarázatát a vastagbélhurutokra vonatkozólag akarjuk adni. Hogy ezen beöntéseknél a beöntésre használt folyadék magas hőmérséke igen fontos tényező, kétségtelen, de a közölt kórtörténetek elegendő bizonyosságot szolgáltatnak arra is, hogy az elért eredményekben a magas hőfok távolról sem az egyedüli és legfontosabb tényező. Valószínű, hogy a gelatina lokális alkalmazásának a chronikus bélhurutokra való kedvező hatása nem egy körülményben leli a magyarázatát, mert felvehető, hogy bizonyos szerep éppen úgy juttatható e kérdésben a gelatina mézszármánának (0-6%) mint azon mechanikai védőhatásnak is, melyben a gelatina-beöntések a lobos, irritabilis mucosát résztesítik. De az sem valószínű, hogy a gelatinahatás kizárólag fizikai és kémiai okokra volna visszavezethető. *Schmidt* a hasmenések lényegét abban látja, hogy a bélfal rothadásra alkalmas folyadékot választ el. Ez a folyadék szerinte, minthogy a bél mikrobáival közvetlenül jut érintkezésbe, rendkívül gyorsan bomlik szét, s a rothadási folyamat

¹ *Michaelis*: Mediz. Klinik, 1908. 2. szám.

² *Senator*: Deutsche med. Wochenschrift, 1900. 3. szám.

³ *Herter*: Journ. of Amer. Assoc., 1909. 23. sz. (Ref. Deutsche med. Wochenschrift, 1909. 27. szám.)

⁴ *Weil, Lumière és Péhu*: Lyon médical, 1903. 34. szám. citálva: Eulenburgs Realencyklop. Neue Folge III.

körébe vonhatja a fel nem szívódott ételrészleteket is; ez a folyadék az, mely a fokozott bélperistalticát kiváltja.

Hogy a gelatinahatás a már említett kémiai és fizikai okokon kívül oly módon is érvényesül, hogy a gelatina valamilyen módon ezen rothadásra alkalmas folyadék elválasztását is befolyásolja, szintén lehetséges. Az a körülmény, hogy a gelatina-beöntések alkalmazására idáig makacs hasmenések gyorsan megszűnnek és az előbb erősen pozitív erjedéssel próbát teljesen negatívvá válik, ezen hypothesis felvételére némi jogosultságot ad.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Maladies du coeur. Arteriosclérose. Par H. Huchard. Paris, J. B. Baillière et fils, 1910.

Ezen 600 oldalra terjedő kötetben Huchard a szív és aorta egynemű betegségét, a Basedow-kórt és az arteriosclerosis kór- és gyógytanát tárgyalja. Előadását, stílusát a vérbeli francia megkapó közvetlensége, könnyedsége és eleganciája jellemzi. Leírásai, érvelései a régi, jó gyakorlati klinikusokat juttatják eszünkbe, a kik nem sokat és nem minden áron theoretizáltak, de annál élesebb megfigyelők voltak. Huchard könyvében a klinikai tünetek pontos és minutiosus megfigyelése, észleléseinek exact és pointirozott leírása, világos okfejtése és elegáns vitakozása mindvégig teljesen leköti az olvasó figyelmét. A könyv fő jellemvonása a gyakorlati irány szem előtt tartása, a mely minden fejezetében uralkodó. Gyakorlati megjegyzései, tanácsai egyszerűek, könnyen megérthetők, meggyőzők és itt-ott szípkázóan szellemesek. Az egész munkában állandóan szemünkbe ötlük a szerző saját értékes egyénisége, egyéni felfogása, a mely lehet némelykor az általános felfogással ellenkező, de mindenkor érdekes és lebilincselő. Az egyes kórképek tárgyalásakor feltűnő a nagy casuistika, a mely azonban mindig érdekes és tanulságos módon tárja elénk a megbeszélés tárgyát tevő diagnostikai és therapiás kérdést. Az első fejezet a *szív dobogást*, annak lényegét, különféle aetiologiáját és gyógykezelését tárgyalja. Érdekes, a mit az adenoid vegetatiók, a hypo- és hyperthyreoidismus és a szív dobogás közti kapcsolatról ír. A *pseudo-angina pectoris* („*præcordialgias*“) és a *dyspepsiák közti összefüggésről* szóló fejezetnek elég fontos gyakorlati háttére van; hasonlóképpen a *különböző gyomorzavaroknak a szívre való hatásáról* szóló fejezeteknek, valamint a *n. vagus functionális és szervi megbetegedéseinek a szívre és aortára való befolyását* tárgyaló fejezetnek, a melyben „*trépiéd morbide de pneumogastrique*“ elnevezéssel az előforduló zavaroknak 3 fő tünetesportját említi meg, úgymint az asthmát, a cardiális neuralgiát és a gastralgia. *Cardiális hysteria és epilepsia* címmel fejtegeti a két utóbbi betegségnek szív bajok mellett való előfordulását, de természetesen kizárja a közöttük való okozatos összefüggés fennforgását. Az *idegrendszer functionális betegségeinek a szív bajokkal való társulását* tárgyalva, beszél az ájulásokról; gyakorlati értékű e fejezetnek „*fausses maladies du coeur et service militaire*“ felirású része, melyben a functionális szív bajokról, a „*cardiophobiá*“-ról, az extracardiális zörejekről beszél s a melyet ekként fejez be: „fel nem ismerni egy szervi szív bajt egy katonán, súlyos és embertelen dolog; megállapítani egy szív bajt, a mely nem létezik, és szolgálatképtelennek nyilvánítani egy egészséges embert, rossz példa és igazságtalanság oly országokban, a hol a véradót mindenki egyformán fizeti“.

„*Coeur physique et coeur moral*“ címen érdekesen fejtegeti az idegrendszer állapotának, a lelki izgalomnak stb. hatását a szívre. A „*coeur alcoolique*“ című fejezetben az alkoholnak a szívre való káros hatását tárgyalja.

Érdekesekek, de kissé túlzottak a „*coeur uricémique*“ című fejezetben kifejtett nézetei a *húgsav szerepéről a szívvel és vérrendszerrel való összefüggésben*. Mintaképe e kérdésben az angol Haig.

A *gyógyfürdők értékét, jantáit és ellenjavatait* a különféle szív bajokban a XI. fejezet tárgyalja. Ennek egyes francia fürdőhelyekről szóló részei a mi szemünkben inkább lokális értékeknek látszanak.

A *szív arythmiákat* eredésük szerint hat csoportba osztja, és pedig létezik szerinte: 1. *ideges és psychés eredésű* (hysteria,

neurasthenia, chorea, epilepsia, Basedow, kedélyizgalmak); 2. *agyi és idegrendszerbeli* (meningitis, agyvérzés, agydaganat, a n. vagus összenyomtatása); 3. *reflex-eredésű* (a gyomor-bélhuzam megbetegedései kapcsán); 4. *mérgezési* (digitalis, aconitum, atropin, nicotin, kávé, tea, alkohol, Basedow); 5. *fertőzéses* (variola, pneumonia, typhus); 6. *cardiopathiás arythmia* (billentyűbajok, myocarditis stb.). A gyógykezelés szempontjából pedig 3 fő csoportot állít fel, úgymint mechanikai (insuffic. bicusp.), nervosus (agyvelő- és agyburok- és vagus-betegségek) és myocarditises arythmiát, ez utóbbinál szól a *bradydiastoliáról*, a melyet a diastolés szünet jelentékeny megnyulása jellemez. A következő fejezet az *Adams-Stokes-féle betegséget* tárgyalja igen szépen és könnyen érthetően. Fejtegeti a *gyér és lassú* pulsus mibenlétét, a kórképnek a veselobbal és angina pectorissal való gyakori szövődését. A *His-féle köteg* (1893) neve alatt ismeretes bonczolástani lelet prioritását Gaskell-nek itéli oda (1883). Észleletei alapján a kórképnek két alakját különbözteti meg, úgymint: *la maladie de Stokes-Adams fruste* (állandó lassú pulsus nélkül) *et associé*. A betegség gyógykezelésekor figyelmeztet a syphilisnek mint esetleges aetiologiás momentumnak (syphil. gumma a Gaskell-His-féle kötegben) szem előtt tartására, veseszövődés esetén a tejdiéta és az esetleges chlorelvonásra (dechloruration alimentaire). E betegséggel kapcsolatban megemlékezik több általa észlelt és részletesen közölt eset kapcsán a szívizomrostok illetőleg inkötegek bonczolástani rendellenes lefutásáról „*tendons aberrants du coeur*“ név alatt. Részletesen tárgyalja ezután a *paroxysmális tachycardiát*, a *tachycardia orthostaticát*, kifejtve, hogy a kórkép pathogenesise nem biztos. A vélemények megosztanak, hogy a vagusnak időleges hűdése vagy a sympathicusnak izgalma váltja-e ki?

A XVI. fejezet a *Basedow-féle betegségről* szól, melyet Huchard következetesen „*goitre exophthalmique*“ névvel jelöl, jelezni akarván ezzel, hogy Basedow-ról a kórkép nem jogosan nyerte elnevezését és hogy sokkal inkább illetné meg a „*Parry-Flajani-Graves-féle betegség*“ elnevezés. A tünetlen tárgyalása igen részletes és pontos, a pathogenesist illetőleg természetesen a *hyperthyreoidismus* mellett foglal állást. Végül pedig kijelenti, hogy a Basedow-kór nem egy „*entité morbide*“, hanem „*un syndrome des causes diverses*“. Részletesen tárgyalja ezután a *stenosis mitralis* és főleg ennek *congenitális alakját*, azt mondván, hogy a stenosis mitralis, mely oly fontos és gyakori megbetegedés, a szerzők, különösen a külföldön, oly kevéssé ismerik. A congenitális mitralis stenosisban a tuberculosis és syphilis játszik szerinte nagy szerepet. Külön fejezetet szentel a *tüdők és szívűlek szerepének* (thrombosis, dilatatio) a stenosis mitralis némely esetében, hangsúlyozván, hogy az ezen eseteket kísérő nagyfokú dyspnoét más-más okok idézhetik elő és hogy ennek tünettana, kórjósolata és kezelése esetenként más-más. Foglalkozván e helyütt a régen sokat vitatott összefüggéssel a tuberculosis és szív bajok közt, a következő eredményekre jut: 1. mindazon szív bajok, melyek a *tüdők ischaemiájával* járnak (stenosis pulmonalis), elősegítik a tuberculosis kifejlődését és siettetik annak lefolyását; 2. mindazon szív bajok, melyek a *tüdők congestiv állapotával* járnak (stenosis mitralis), a tuberculosis megakadályozzák vagy késleltetik. A szív bajok lefolyásában foglalkozik esetek kapcsán a *szív bajosok cachexiájával* (*cachéxie artérielle et cachéxie cardiaque*), a különböző gyűjtőerthrombosisokkal (főleg a bal karon észleltekkel). Foglalkozik továbbá a szív bajok lefolyásában az agy részéről észlelhető különféle tünetekkel, deliriumokkal és egyéb psychés zavarokkal, mindenütt kórtörténetekkel támogatva fejtegetéseit. Külön fejezetet szentel a *szívben előforduló syphilises gummáknak*, itt is tanulságos kórtörténetek közlésével.

A vérerekben kóros körülmények közt uralkodó *hypertensióval* foglalkozik a következő fejezetekben, megkülönböztetve arteriosus, pulmonális és portális hypertensiót és némely esetben ezek kombinációját.

Terjedelmére hatalmas és értékére a legjobbak közé tartozik a következő, az *arteriosclerosis* tárgyaló fejezet, melyet a legutóbbi budapesti orvoscongressusról mindnyájan ismerünk.

Az *aortitis syphilitica* Huchard-nak régi kedvencz themája. Tanulságos casuistica kapcsán foglalkozik ezután a *mellkasi és hasi aneurysmák eseteiben keletkező neuralgiákkal és egyéb szövőd-ményekkel*. *Pseudomyocarditis* név alatt a májcirrhosis, portális thrombosis, pyléplebitis és hevenyfertőző megbetegedések stb.

kapesán másodlagosan támadó szívelváltozásokról elmélkedik, megemlítve, hogy például scarlatinában a szívbeli tünetek endocardiális, variolában leginkább myocardialis, typhusban neuromyocardiális, influenzában neurocardialis alapon vannak jelen. Az utolsóelőtti fejezetben a *pericarditis* kapesán támadó pleurális elváltozásokról és szívtünetekről beszél klinikai szempontból tanulságosan. Az utolsó fejezetben eredeti módon 33 pontban összefoglalja mintegy az egész munkából leszűrt végeredményképpen a gyakorlatban szerinte oly sokszor előforduló diagnostikai és therapiás tévedéseket, melyekben teljesen tükröződik Huchard-nak mint klinikusnak egyénisége.

Általában az egész munkán végig szembeötlik a szerzőnek eredeti, egyéni felfogása az egyes kérdések fejtegetésekor. A fő súlyt mindig gyakorlati kérdésekre fekteti; élesen és szellemesen analizálja a klinikai tüneteket a kórjelzés szempontjából és sokat és behatóan foglalkozik 30 éves tapasztalata alapján therapiás kérdésekkel, a mi a mai korban nem kevésre becsülendő. Általában a gyakorlati kérdések iránt érdeklődő orvosnak Huchard ezen könyve sok szórakozást és nem kevesebb tanulságot nyújthat.

M. K.

Lapszemle.

Általános kórtan.

Az eczetsavpróba exsudatumok és transsudatumok megkülönböztetésére című értekezésében Pieper (Strassburg) a Moritz és Rivalta-féle próbát hasonlítja össze. A Moritz-féle próba abban áll, hogy 5^o/o-os eczetsav néhány cseppjét cseppentjük a kérdéses folyadékba: exsudatum esetén már 1—2 csepp határozott zavarodást idéz elő. A Rivalta-féle próba ennek körülbelül a megfordítottja: a vizsgálandó folyadékból cseppentünk nagyon hig eczetsavba (100 cm³ víz + 2 csepp jégecet), ha a belesett csepp után füstszerű zavaros esik marad vissza, akkor exsudatummal van dolgunk. Hogy milyen természetű az a fehérje, melyet az eczetsav kicsap, arra nézve nagyon eltérők a nézetek, a minék az oka egyrészt az, hogy a vizsgálok talán különböző fehérjenemű testeket izoláltak, vagy a kétféle eljárással kicsapott fehérje nem is azonos.

Pieper vizsgálati anyagát 9 beteg 29 hasúri, 38 betegnek 66 mellúri, 20 betegnek 31 lumbalpunkciós, 3 betegnek 4 bőr- vizenyőfolyadékba alkotta.

A 95 has- és mellúri folyadék vizsgálatában a két próba egészen összevágó eredményeket adott, positiv volt exsudatum, negativ transsudatum esetén. A Rivalta-próba, a mint azt maga a szerzője is elismeri, az ép és kóros lumbalpunkciós folyadék megítélésére nem alkalmas, míg ezzel szemben a Moritz-féle próba sokkal inkább használható. Gyuladásosnak akkor tekinthetjük, ha 5^o/o-os eczetsav néhány cseppjére áteső fényben vagy sötét alapon jól látható zavarodás áll elő. Meningitis tuberculosa eseteiben positiv reactiót kapott a szerző már olyankor, a mikor a klinikai diagnosis bizonytalan volt, illetve még nem lehetett tuberculosus-bacillusokat kimutatni a folyadék rostonyahálózatában. A bőrvizenyőfolyadékokban positiv volt a két reactio orbáncz, negativ anasarca esetén.

A szerző megerősíti Rivalentának azt az észlelését, hogy a hullából vett punkciós folyadékokban a postmortalis változások miatt nem kapni absolute biztos eredményt.

Ha vérrel, plasmával vagy savóval csináljuk a reactiót, látszólagos különbséget találunk a két próba között: a Rivalta-próba positiv, a Moritz-féle negativ s csak akkor lesz positiv, ha a savót 10—20-szorosan hígítjuk vízzel. A szerzőnek az a véleménye, hogy nem két különböző fehérjenemű anyag szerepel a két próbában (mint-hogy a punkciós folyadékok ugyanazt az eredményt adják), hanem a savónak 10—20-szoros felhígítása néhány csepp 5^o/o-os eczetsav hozzátevésével megfelel a 2 csepp jégecet 100 cm³ vízben való hígításának.

A transsudatum és exsudatum megkülönböztetésére tehát mind a két próba használható. A Rivalta-próba előnye az, hogy szembe- tünőbb és sokszor élesebben mutatja az eredményt, a Moritz-félenek előnye pedig az, hogy a lumbalpunkciós folyadék vizsgálatára is alkalmas. (Münch. med. Wochenschr. 1910. 1. sz.)

A transsudatum- és exsudatum-képződés befolyásolása calciúmsókkal. Ismeretes, hogy Wright azon kísérletei alkalmá-

val, a melyeket a calciúmsóknak a vérmegalvadásra gyakorolt hatására vonatkozólag végzett, azt a tapasztalatot tette, hogy calciúmmehloriddal bizonyos oedemák, a melyek typhusbacillusok vagy előlt bakterium-tényezetek befecskendezésére az alkalmazás helyén támadnak, kedvezően befolyásolhatók. Ezek a tapasztalatok indították Chiari-t és Januschke-t arra, hogy a bécsi egyetem gyógyszer-tani intézetében hasonló kísérleteket végezzenek. Azt tapasztalták, hogy a jodnatriummal, thiosinaminnal vagy diphtheriatoxinnal állatokon létrehozott mellűrbeli folyadékfelhalmozódás erősen csökkenthető, sőt teljesen megakadályozható calciúmsók adásával; ugyanez áll a szem kötőhártyáján mustárollajjal előidézett lobos oedemáról is. E kísérletek remélni engedik, hogy az emberen is alkalmazható lesz a calciúmmal orvoslás transsudatum- és exsudatum-képződés különböző eseteiben, még pedig talán bőr alá fecskendezés alakjában, mert a szájon át adva, csak kevés calciúmsó szívódik fel. (Wiener klinische Wochenschrift, 1910. 12. szám.)

Belorvostan.

Az angina pectoris vera aetiológiájáról és orvoslásáról szóló dolgozatában Michaelis (Berlin) Romberggel és másokkal szemben — a kik az angina pectoris szívneurosisnak tartják és a rohamokat más neurolgiás fájás-rohamokkal helyezik egy sorba — azt a nézetet vallja több szerzővel (Breuer, Neusser, Pal, Fränkel) egyetemben, hogy az anginás roham oka a szívizom irchaemiás állapota, melyet a koszorúterek arteriosclerosisa idéz elő, az esetek legnagyobb részében azonban ehhez még mint legközelebbi kiváltó ok érgöres is csatlakozik. Ezzel a felfogással tudjuk legjobban megmagyarázni, hogy a szív fokozott igénybe vevése (lépcsőn járás, testi megerőltetés, hasprés, psychés izgalmak) kiválthatja a rohamot: a keringés, mely rendes körülmények közt is éppen hogy elegendő, a munkatöbbletnek megfelelni nem tud, a bomlási termékek felhalmozódnak s érgörcsöt váltanak ki, mely viszont a maga részéről az anginás rohamot idézi elő. Eléggé találó az angina pectoris rohamnak az Erb-féle dysbasia angioscleroticával való összehasonlítása.

Régebbi állatkísérletek (Erichsen, Bezold, Cohnheim, Schultess-Rechberg) és Michaelis vizsgálatai azt bizonyítják, hogy eléggé nagy koszorúérágak lekötésével úgy a házinyúl, mint a kutya szívét megállíthatjuk; a kutyaiban körülbelül 105 mp. mulva áll meg a szív s többé meg nem indítható. A keringésből kizárt izomrészlet előbb kékesen elszínesedik, vagy 30 mp. mulva kettős összehúzódások állanak be, vagy a diastole tartama hosszabbodik; a jobb kamra és a szívfülek erősen megduzzadnak. Ezután a még mindig erőteljes pulsus ritkul (körülbelül felére), a vérnyomás eszikken, majd körülbelül 2 perc mulva a vérnyomásgörcsének meredek leesésével hirtelen megáll a szív. Ezután 10—20 mp. mulva 1/2—1 perczig tartó delirium cordis következik be, mely után a szív működés végleg szünetel. Minél frisebb az állat, annál hirtelenebb módon következik be a vérnyomáscsökkenés és szív-megállás; minél többet kínozták az állatot, annál inkább fokozatos pulsusritkulással áll meg a szív.

A szerző vizsgálataiban továbbá azt tapasztalta, hogy sok esetben először kicsiny, azután mind nagyobb érágak lekötése után nem áll meg a szív a nyomásgörcsének meredek esésével, hanem — gyengébben és szabálytalanul ugyan — tovább dolgozik. Ezt csak collateralis keringés kifejlődésével lehet megmagyarázni. Hogy a szív erei (régébbi felfogásokkal szemben) nem végeerek, azt különben a szerző Wickersheimer-féle injectiók segítségével is kimutatta.

Ezt a vizsgálati eredményt Michaelis nagyfontosságúnak tartja az emberi kórtanra nézve, mert figyelmeztet arra, hogy egyfelől a shocknak, másfelől a collateralis vérkeringés kifejlődésének mily nagy szerepe van. Így megmagyarázhatjuk azt, hogy aránylag kicsiny ér hirtelen elzáródása (embolia) halálosan végződő angina pectoris rohamot okozhat, míg ezzel szemben nagyobb érágak nagyfokú sclerosisa, stenosisa, obliterációja (tehát hosszantartó elváltozások, a hol idő van collateralis vérkeringés kifejlődésére) rendkívül sokáig, sőt egyáltalában az angina tünetei nélkül maradhat.

Az angina pectoris esetek bonczolása alkalmával legtöbb esetben a koszorúterek arteriosclerosisát és megszükülését, a billentyűk, különösen az aortabillentyűk atheromatosisát és myocarditist találunk. Tekintve, hogy ezen elváltozások általános arteriosclerosis

részjelenségei, illetve következményei, világos, hogy az angina pectoris aetiologiájában első sorban az arteriosclerosis szerepel ismert előidéző tényezővel (testi megerőltetés, alkohol-, idült ólom-mérgezés, lues, köszvény). Előfordul még zsírszívvvel kombinált plethora, diabetes és tabes esetén. Tekintve azt, hogy a cukor-bajosok rendszeren idősebb emberek, a tabes okozója pedig a lues, ezen két esetben is legtöbbször az arteriosclerosis szerepei végső eredményben. Ugyanígy bírálhatjuk el a nephritis chronica interstitialist, mint az angina pectoris vera okozóját, mert ez a betegség vagy az arteriosclerosis okozója, vagy a kettő együtt fejlődik. Megemlítik még a psychés izgalmaikat, mint az angina pectoris, illetve arteriosclerosis előidézőjét. A dohány, kávé, tea inkább mint az angina pectoris spuria okozója szerepel. Angina pectoris vera előfordulhat szívburokösszenövés esetén az összenövések vongálása okozta érszűkítés miatt. A mi a két nem közti eloszlást illeti, Burwinkel szerint férfiakban hétszer gyakoribb, a mi érhető, ha az arteriosclerosis okait számbaveszünk; ezenkívül aránylag gyakoribb a zsidókban. Mint elég lényeges kórokat még a nemi kicsapongást említi fel a szerző.

A therapiának kettős a feladata: egyrészt megszüntetni a rohamot, másrészt a rohammentes időszakban az okok ellen küzdeni s új roham keletkezését megakadályozni.

Sokat vitakoztak azon, hogy a rohamban morphint adjunk-e vagy kámfort. A szerző rámutat arra, hogy teljesen alaptalan a morphinnal szemben való nagy óvatosság, s éppen a legsúlyosabb esetekben nem boldogulunk morphin nélkül (0.01—0.015, sőt 0.02 gm. bór alá). Vele egyidejűleg adhatunk izgatókat: kámfort vagy digitalist (például digalen 15.0, coff. citr. 1.0, 1—2 cm³ a bór alá).

Mindazon esetekben, a hol nagyon feszes a pulsus, nagy a vérnyomás, a morphin helyett a régen kipróbált, a fej és nyak ereinek kitágulását létesítő, a halálfélelmet, fájásokat gyorsan megszüntető szerekhez, a nitritekhez fordulunk, ezek között első sorban a leggyorsabban ható amyl-nitrithez (beforrasztott üvegesöveskék 3—5 cseppel). Lasabban, de tovább hat a nitroglycerin, melynek 1%-os alkoholos oldatából 1 cseppet s fokozatosan emelkedve 20 cseppet adhatunk egyszerre. Nagyon alkalmasak a nitroglycerin-tabletoidok, melyeket a beteg mindig magánál tarthat (1 tabletoid 1/2 mgm.-ot tartalmaz). A natriumnitrit 2%/os vizes oldatából a roham alkalmával 1—2 evőkanállal adunk.

A rohamok kitörésének megakadályozására az erythrolum tetranitratot ajánlják tabletták alakjában 3-szor napjában 0.03 gm. mennyiségben (Lauder-Brunton).

A roham alatt sokat használt külső szerek részben fájdalomcsillapítók és deriválók, részben a szív működést fokozók. Iyenek: meleg vagy forró borogatás meleg palaczkkal, thermophorral, forró vízzel megtöltött jégtömlővel, elektromos compresssekkel, a mell és hát ledörzsölése mustáros szeszszel vagy mustárolajjal, mustárkataplasmá, forró mustáros lábfürdő, forró kézfürdő ecetes vízzel, Bier-harang alkalmazása a hónalj tájékán vagy a hátán.

Ha collapsustól félünk, stimulans szert adunk: kámfort, coffeint, digalent, strophantint. Az utóbbi meglehetősen gyors hatású. A strophantin Böhringer-ből (1 ampulla 1 cm³ 1%/os vizes oldatot tartalmaz) sokszor már 1/2—1/4 ampulla hatásos; mindenesetre 1 mgm.-nál ne adjunk többet egy nap. A Thorn-féle strophantinum cristalliatumból 0.0005 gm.-nyi mennyiséget adunk befeeskenés alakjában. Könnyebb esetekben enyhébb izgató szerek: alkohol (erős bor, cognac), kávé, tea is megteszik a szolgálatot, ezeknél valamivel gyorsabb hatású az aether, 10—20 csepp tinct. valer. aether., spiritus aether., tinct. digitalis aether. alakjában. Azon esetekben, a melyekben cyanosis és dyspnoë is van jelen, jótékony hatású szokott lenni az oxygenbelégzés: a cyanosis megszűnik, a pulsus teltebb, feszesebb lesz, a subjectív érzés javul.

A roham alatt ne adjunk különös tanácsokat a beteg tartására nézve, helyezkedjék el a reá nézve legkellemebb helyzetben.

A roham alatt, de a rohammentes időszakban is sok betegnek megkönnyebbülést okoz az Abbé-féle szív támasztó készülék hordása. Ez egyszerű, kipárnázott, domború lemezből áll, mely a szív tájhoz jól odaillik s övvel odaerősíthető.

A roham lezajlása után a betegnek absolut testi és lelki nyugalomra van szüksége. A beteg egyke keveset, csak folyékony, legfeljebb kásás összeállású ételeket; aludjék sokat. Szükség esetén ártatlanabb altatószereket adhatunk (veronal 0.5 gm.), az esetleg

jelenlevő köhögési ingert csillapítsuk 0.02—0.03 gm. codeinnal (porban vagy oldatban), vagy dioninnal (0.03 gm. este). Ha psychés izgatottság az álmatlanság oka, scopolam. hydrobrom. 0.2—0.5 mg.-ját nyújtjuk. A rohamközti időben enyhe hydrotherapiás eljárással (a test lemosása meleg vízzel) küzdünk az álmatlanság ellen.

A rohammentes időben főképpen jódot, az arteriosclerosis orvosságát adjuk. A szerző nézete szerint kisebb mennyiségeket kell ilyenkor adni. Így a jodnatriumból 10:150 kétszer napjában 1 kávéskanállal = 0.5 gm. pro die. Három hét után 1 héti szünetelünk, azután újra folytatjuk. Kevesebb jódot tartalmaznak, de lassú felszívódásuk miatt ritkábban okoznak jodismust s azért nagyon alkalmasak az arteriosclerosis orvosságára a jodipin (10%/os oldatból 3-szor napjában 5 csepp, fokozatosan 30 cseppig emelkedve, azután 3 heti szünet), sajodin, jodglidin és jodival, a mely a valerianakészítmények hatásával is bír. A három utóbbi készítményből 1—2 tablettát adhatunk napjában evés után. A jodkészítmények hatása állítólag értágításban s a vér viscositásának csökkentésében, tehát a vérkeringés megkönnyítésében áll; e mellett a szerző még kifokú hashajtó és a bélben a gázképződést csökkentő hatását tapasztalta. Megjegyzendő, hogy a jodos orvosság alatt a beteg savanyú ételektől és italoktól tartózkodjék (Erlenmayer).

Nagyon ajánlják újabban úgy a roham alatt, mint a rohammentes időszakban — a szív munkát fokozó, értágító és a vérnyomást csökkentő hatásuk alapján — a theobrominkészítményeket: diuretin-tabletta napjában 3—4-szer 0.5 gm., agurin 3-szor 0.5 gm., theocin. natr. acetie. 0.4 gm. reggeli után (állítólag kevésbé bántja a gyomrot). Az eustenintől kettős — theobromin. (51.6%/o) és jod (42.6%/o NaJ) — hatást várnak; adható napjában 2—3-szor 0.5 gm. ostyában, ha rosszul tűri, utána azonnal vegyen be a beteg egy kávéskanálnyi natriumbicarbonatot, vagy adjuk klyasma alakjában. Theobrominkészítmények adásakor szintén kerülje a beteg a savanyú ételeket és italokat.

A digitalisra nézve az a szerzők felfogása, hogy a rohammentes időszakban csak kis mennyiségeket adjunk. Különben is csak szívgyengeség esetén indokolt az alkalmazása, ellenjavalt agyi érembolia, agyvérzés, aneurysma, nagy vérnyomás, bradycardia, idiosyncrasia esetén. Az alkalmazása infusum, digalen, digipuratum alakjában történik. Ha per os nem tűrik, klysmában adjuk (0.5:150, kétszerre adva).

Az angina pectoris nervosában hatásos elektromos kezeléstől angina pectoris vera esetén úgyszólván semmi eredményt sem látunk, sőt általános arteriosclerosis és a koszorúerek sclerosisa esetén éppen ellenjavaltnak tekinthető. Állítólag hatásos — deriváló és vérnyomáscsökkentő hatása miatt — a testnek erős ívfénnyel való megvilágítása, a mig dermatitis jelentkezik. Ennek hatása azonban éppen oly kétséges, mint a thoraxmassagé és szivgymnastikáé. A testgyakorlásra nézve a legnagyobb óvatosságot kell ajánlanunk. A Schott- és Zander-féle gymnastika vagy a Hertz-féle módszerek vagy egyáltalában nem, vagy csak a legnagyobb ellenőrzés mellett alkalmazhatók. Jótékony hatású szokott lenni a könnyű általános massage (a has masszálása nélkül), nemkülönben a mérsékelt hideg nedves ledörzsölés.

A szívbajokban általánosan (különösen nauheimi kúra alakjában) használt CO₂ fürdőket illetőleg szintén a legnagyobb óvatosságot tartja szükségesnek a szerző. Ha már alkalmazzuk, akkor ajánljunk közömbös (33.5—35.0) hőmérsékletű, kevés CO₂-at tartalmazó thermalsol- vagy thermalsprudel-fürdőket 1—1 1/2 órával reggeli, 3—4 órával ebéd után, sohasem éhgyomorral. A fürdés előtt a beteg 1/2 óráig pihenjen, testi megerőltetést, szellemi izgalmat kerüljön. A fürdőbe kocsin menjen, szálljon csendesesen a fürdőbe s ott is maradjon csendesesen. A fürdés tartama eleinte 8—10, később legfeljebb 15 perc. A fürdés után le kell száritani a beteget, a ki 1/4—1/2 óráig a fürdőszobában (18—20° hőmérsékletű) pihen, majd kocsin hazamegy, a hol még 1—2 óra hosszat fekszik. Csak minden második nap engedjük meg a fürdést. Ilyen előírás szerint adhatjuk a mesterséges CO₂ fürdőket is. Ha attól félünk, hogy a hatás kissé erős lesz, teljes fürdő helyett félfürdőt adunk.

Újabb időben mindjobban ajánlják ezzel szemben az oxygenes fürdőket, melyek a bőringerlésen kívül általános lecsendesítő hatással bírnak. A diéta kezeléséről a szerző másik előadásban fog szólni. (Die Therapie der Gegenwart, 1909 december, 12. füzet.)

Idegkórtan.

A **pseudotumor cerebri**ről *Reymond* tanár előadásában bemutatott esetek kapcsán értekezett. Mind a két esetben évek előtt az agydaganat körjelzését állapították meg, de a lefolyás mind a két esetben meghazudtolta ezt a felvételt. Az egyik esetben szülőkötől átvett luesban szenvedő nőn subacut meningeális tünetek keletkeztek 39 fokos lázzal, fejfájással, deliriummal, féldoldali rángásokkal, aluszékonysággal, amaurosisal. Ezek a tünetek 2¹/₂ hónapi fennállásuk alatt javultak. A fejfájás 2 évig tartott, a zavartság lassan javult. A kéneskezelés inkább ártott, sem hogy használt volna. 4 év alatt minden rendbe jött a bal papilla részleges atrophiján kívül, de ugyanakkor struma, exophthalmus és reszketés fejlődött ki. Ezek a tünetek is elmúltak a strumán kívül. A második beteg hirtelen eszméletlenségbe esett, azután ennek elmúltával hányt, feje fájt, hallucinált és 2 hétig nem látott. A baj visszafejlődött és 2 év múlva a látóidegsorvadáson kívül kóros tünet nem maradt. Ma, a mikor ilyen esetek már nagyobb számban vannak, utólag ki lehet mondani, hogy a túlságosan hirtelen kezdet, az amaurosisnak egyszerre való kifejlődése gondolkodóba ejthetett volna az agydaganat körjelzésével szemben. *Nonne* a **pseudotumor cerebri** kifejezést használja azon esetekre, a melyekben az agydaganat körjelzése jogosnak látszik, de a további lefolyásban nem nyer igazolást. A pseudotumor kifejezés ellen ugyan *Raymond* felhossa, hogy pseudobetegség nem létezik, de azért a szót, mint a várakozási időre alkalmas nevet kényelmesnek találja. A közölt két eset a meningitis serosa ventricularis körébe látszik illeni. Ez *Quinke* szerint serumos intracerebralis pia mater gyuladás, a mely úgy áll a genyes meningitisszel szemben, mint a serofibrines exudatum pleuriticum a genyes mellhártyaizsadzományyal. Az ok infectio: pneumococcus, streptococcus, staphylococcus, Eberth-bacillus stb.. Ezek között az intraventriculáris alak ritka, a mikor az oldalsó kamrában, a plexus chorioideus pia materében és az endymában folyik le a baj. Az ennek következtében létrejött hydrocephalus magyarázza meg legjobban a tüneteket. Megnyilatkozás-alakja kétféle van e bajnak. Ha hirtelen jön meningitisszel, ha lassan jön agytumorról lehet összetéveszteni. A látóideg könnyen sérül, mert a burkát alkotó nyirokűr hamar megtelik és nyomja az ideget. Érdekes a Basedow-tünetek támadása ezen az alapon, a mennyiben a Basedow-kór ideges eredete mellett szól.

Ez esetekben a *gyógyítást* mindig kénesóval kell kezdeni. *Quinke* szerint a kénesó nemcsak a luest gyógyítja, hanem a savós meningitisnek is ellenszere. A hypertensio megszüntetésére csináljunk aztán egy-két óvatos lumbalpunkciót. De ha a ventriculusok el vannak zárva a subarachnoidális ürtől, ennek az eljárásnak nem lehet hatása. Akkor a nyomás csökkentésére trepanatiót lehet végezni, a mely eljárás a megvakulást megelőzi. (Presse médicale, 1910. márc. 9.)

Kollarits Jenő dr.

„**Nil nocere**“ az idegkórtanban cím alatt *Oppenheim* megbeszéli ama károkat, a melyek egyes új eljárások korai és túlbuzgó általánosításából származnak. Minél biztosabb a beteg halála orvosi kezelés nélkül, annál bátrabban lehet beavatkozni, esetleg oly eljárással, a mely nyújt valami reményt, de a beteg életét meg is rövidítheti. Az idegkórtan legtöbb gyógyeljárása nem értelmetlen a betegre. Azok az eljárások, a melyekről a használat folyamán behozonyul, hogy nem segítenek, abban hagyhatók akármikor és nem ártottak. De a mióta a seborvoslás bevonult az idegkórtan világába, megváltozott a helyzet. A gyógyításnak új, addig váratlan módjai keletkeztek, a melyekkel ártani is lehet. Minthogy azonban majdnem mindig gyógyíthatatlan és sokszor halálos baj kerül a seborvos elé, az ártásnak ez a lehetősége más szempontok alá esik. Ha az ideg orvos meghatározza a beavatkozás helyét, nagy felelősséget vállal magára. Nincs igaza annak a neves seborvosnak, a ki azt mondja, hogy a koponyát éppen úgy lehet próbaképpen megnyitni, mint a próbalarotomiával a hasüreget, mert a hasüregben nincs meg a gondolkodás, a beszéd, a látás székhelye.

Példa erre az az asszony, a kinek koponyáját hypophysisdaganat gyanúja miatt trepanálták a bal homlok-halánték táján és teljes aphasia lett az eredmény agyvelőprolapsussal, a melylyel a beteg már fél év óta tengődik. *Oppenheim* tapasztalatai alapján arra figyelmeztet, hogy a beszéd régiója noli me tangere legyen, ha nem biztosan ott van a baj.

Azzal is vétenek, hogy olyan behatásokat mondanak veszedelem nélkül valóknak, a melyek semmiképpen sem azok. Ide tartozik első sorban az agypunctio. A lumbal punctio sem teljesen ártalmatlan eljárás, de bármilyen áldáshozó lehet is, még sem helyes, hogy a rossz eseteket nem közlik. Pl. gyógyulófélben levő poliomyelitisben lumbal punctio után bénulás támadt; egy gerincevelődaganatban a lumbal punctio után paraplegia állott elő; meningitis serosa circumscripta esetében pedig amaurosis.

Tekintettel, hogy acut poliomyelitisben nincs fokozott nyomás, a beavatkozásnak nem sok czélja van. Másrészt azonban félni kell attól, hogy a vérmes szürkeállományok telt erei megrepednek és így vérzés áll elő. Az extramedullás daganatban a lumbal punctio azért veszedelmes, mert utána a daganat helyét változtathatja.

Fel kell említeni, hogy *Schöner* alkoholinjectiói trigeminusneuralgia ellen is csinálhatnak bajt. Erre példa az a művésznő, a kin ez a beavatkozás súlyos arczbénulást okozott, egy más esetben az alkohólnak a n. ischiadicusba fecskendése még 2 év után is fennálló peroneusbénulásnak volt az előidézője.

A gyógyszerek között is vannak, különösen az újak közt, károsak. Az új és állítólag veszedelmetlen arsenkészítményekkel volt a legtöbb baj. Az atoxylt a halálos álmokör ellen félelem nélkül lehet adni. De ezt a szert dicsérték nemcsak a syphilis ellen, hanem mint az arsen veszedelmetlen pótszerét, alkalmazásba vették nem súlyos bajokban is a közönséges arsen helyett. Ennek következtében több beteg esett atoxylvakságba. Mikor már az orvosok tudták, hogy az atoxylt veszedelmes jószág, az arsacetin került forgalomba az ártalmatlanság hírével. De bár ez a szer csakugyan kevésbé mérges, mégis megvakult már tőle több beteg. *Oppenheim* egy beteget 6 hét alatt 1.8 gm. arsacetint kapott injectióban és megvakult, pedig az ajánlott minimális adag ¹/₆ része fogyott csak el. Ebből az következik, hogy könnyű bajokban ezt a szert egyáltalában ne adjuk és súlyosabb esetben is állandóan a szemlelet ellenőrzése mellett fokozhatjuk csak az adagokat.

Oppenheim azt ajánlja, hogy az orvosi lapok a gyógyszerek káros mellékhatásairól állandó rovatot nyissanak és hogy az ily eseteket azonnal és kivétel nélkül mindig közölni kell. (Berliner klin. Wochenschr. 1910. 5. sz.) *Kollarits Jenő dr.*

Gyermekorvostan.

Exspiratorius stridor mint a peribronchiális mirigyek gümőkórjának tünete az első életévben czimen ír *Schick*. A gümőkórral fertőzés a gyermekkorban a tüdőn keresztül történik, innen megy át a szomszédos mirigyekre. Sokszor a fizikai lelet nem is a tüdő elváltozását deríti fel, hanem a beszűrődött mirigyekre vonatkozik.

A peribronchiális mirigyek gümőkórjának eddig ismert tünetei a kopogtatási és hallgatósági elváltozásokon kívül: a Röntgen-lelet és azon tünetek, melyeket a megnagyobbodott mirigyek a szomszéd szervekre gyakorolt nyomás útján (idegek, erek, hörgők) kiváltanak, ilyenek a köhögés jellege, a pupillaris differentia, a cyanosis, a tágult nyaki gyűjtőerek és a dobverő ujjak.

A szerzőnek vizsgálatai alapján feltűnt, hogy az-exspiratorius stridor igen jól felhasználható diagnostikai tünet a peribronchiális mirigyek tuberculosis esetében; az ezen bajban szenvedő csecsemő kilégzése hasonlít az asthmában, vagy capillaris bronchitisben szenvedő gyermekek légzéséhez. A stridor nagyobb mérvet ölt izgalom esetén, vagy erősebb köhögéskor, viszont a teljes nyugalomban néha teljesen hiányzik.

Az ilyen esetek boncsolásakor kiderült, hogy egy elsajtosodott mirigy nyomást gyakorolt az egyik, még pedig többnyire a jobboldali bronchusra és így szűkítette a lumenét.

Ha az elsajtosodott mirigy a tracheára gyakorol nyomást, exspiratorius és inspiratorius stridor lesz az eredmény.

A szerző nézete szerint a csupán exspiratorius stridor oly módon jön létre, hogy míg belégzéskor a bronchus mechanikusan tágulván, a levegő behatolásának nincs akadálya, addig kilégzéskor a bronchus rendes nyugalmi helyzetét és így lumenét veszi fel, tehát a mirigy nyomása által feltételezett akadály is érvényre jut. A korrall a bronchus lumene növekszik, tehát a mirigy nyomása feltételezte akadály kisebbedik; innen van, hogy a leírt tünet főleg az első életévben észlelhető.

Expiratorius stridort látunk még asthma és bronchitis capillaris eseteiben. A megkülönböztető kórjelzés szempontjából fontos, hogy az asthma sokkal hevenyebben fejlődik ki és elég gyorsan fejlődik vissza, míg a peribronchiális mirigyek okozta stridor lassanként fejlődik ki és hetekig, hónapokig fennáll. Bronchitis capillaris esetén pedig a kórkép inkább a pneumoniához hasonló, a hőmérsék magas és a tüdő fizikai vizsgálata jellegző. Fontos diagnostikai jel a Pirquet-féle reactio is, a mely a peribronchiális mirigyek gümőkórja mellett positiv.

Stuka közli az ezen esetekben talált Röntgen-képeket. Minthogy a csecsemők rögzítése nehézségekbe ütközik, a radiogramok többnyire pillanat-felvételek. A topographiai viszonyokat a szerző oly módon állapította meg, hogy hullában a bronchus-elágazódásokat fémmel kiöntötte.

Az egy éven aluli, expiratorius stridort mutató gyermekekben minden esetben tuberculosus gócz volt a tüdőben látható. A gócz többnyire a jobb felső lebenyben székelt élesen elhatárolt árnyék alakjában, vagy esetleg mint gyenge fályolszerű foltos árnyék. A mirigyek sötét árnyékot adtak.

Az egy éven felüli, expiratorius stridorban szenvedő gyermekek közül kettőben pneumothorax, kettőben pedig spondylitisből eredő súlyedése tályog látszott a Röntgen-felvételen. Egy eset tüdő- és peribronchiális mirigy-tuberculosisnak bizonyult.

A szerző határozottan állítja, hogy az egy éven aluli, expiratorius stridot mutató és Pirquet-re positiv reagáló csecsemők Röntgen-képe tüdő- és peribronchiális mirigy-tuberculosisnak megfelelő árnyékokat mutat. (Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde, Salzburg, 1909.)

Péteri dr.

Venereás bántalmak.

A Wassermann-féle reactio értékéről nyilatkozik *Dreuw* (Berlin). A lues diagnosisiban és therapiájában, úgy mint azelőtt, most is még a klinikai és mikroskopos eljárások döntenek. Mint segítő eljárás azonban a seroreactio is felette értékes, első sorban a syphilis diagnosisiban. Azt a körülményt, hogy a syphilis folyamán jelentkező sokféle tünet kapasan a vérben bizonyos anyagok képződnek, mindenesetre fontos tünetnek kell tartanunk, de tudnunk kell, hogy ezt az értékes tünetet — a positiv reactiót — mindig egyéb tünetekkel kell összhangzásba hoznunk, mert a komplikált seroreactió vizsgálat könnyen rejthet magában hibaforrásokat. A Wassermann-féle seroreactiót ezért csak azok végezzék, a kik a technikáját tökéletesen elsajátították. A Wassermann-reactio véghezvitele, mint minden kényes, subtilis eljárás, mindenkor nagy óvatosságot igényel. A szerző kifogást emel azon lábrakapott szokás ellen, hogy némely intézet a kezelő orvost vagy a beteget nyomtatott lapon egyszerűen minden kommentár nélkül a reactio positiv vagy negativ voltáról értesíti. Igen gyakran előfordul, hogy az orvos s még inkább a beteg egy ilyen serologiai véleménynyel már meg van elégedve s azt véli, hogy például egy negativ eredménynyel az egész eset már el van intézve. *Dreuw* ezért azt követeli, hogy a serologiai intézetek nyomtatott formularejében, mely sajnos, sok esetben a közönségnek is van szánva, kifejezetten fel legyen tüntetve, hogy a negativ eredmény nem zárja ki a luesnek a fennforgását. Másfelől szükséges, hogy az is fel legyen tüntetve, hogy a positiv reactio csak akkor értékesíthető a syphilis jelenléte mellett, ha ez a serologiai tünet a klinikai tünetekkel összeegyeztethető. A reactio eredménye írásba foglalva csakis ily kautelák mellett adható át, bár bizonyos, hogy a leghelyesebb, ha a seroreactió eredményéről a közönséget nem is értesítjük. Az azonban bizonyos, hogy kellő körültekintéssel a positiv eredmény, különösen, ha a reactiót több ízben végeztük, mindenkor a legnagyobb bizonyossággal szól a mellett, hogy a syphilises infectio megtörtént. Ez a felvétel még akkor is fennáll, ha más tünet nem is áll rendelkezésünkre. Természetes azonban, hogy az orvos mindig nehéz helyzetben van, ha az egész működését egyetlen tünet alapján irányítja. (Deutsche med. Wochenschrift, 1910. 4. szám.)

Guzsman.

A syphilis kezeléséről ír *Fr. Lesser* (Berlin). A szerző a nézeteit az újabb syphiliskutatás eredményeiből meríti. Ismeretes, hogy az utolsó esztendőben a syphiliskutatás különösen három fontos eredményre tekinthet vissza. A syphilisnek állapotokra való átvihetőségének a kiderítésére, a syphilis okozójának a felfedezésére

és a Wassermann-féle serodiagnostikára. A gyakorlat szempontjából az állati syphilis megismerése nem hozott ez ideig jelentékenyebb eredményt. Az a tapasztalás, hogy az atoxyl az állati syphilist erősen befolyásolja, az emberi lues therapiáját nem változtatta meg. A főgyógyszerünk ma is a kénese. A szerző a *spirochaeta pallida* felfedezését sem tartja elsősorú fontosságúnak a lues kezelésében, mert igaz ugyan, hogy most már a korai diagnosis lehetősége miatt az antilueses kúra sokkal hamarabb indítható meg, de ez a körülmény a betegség kedvezőbb lefolyását mindeddig még nem bizonyította be. Sokkal gyümölcsözőbbnek tartja a kezelés számára a Wassermann-féle seroreactiót. *Fr. Lesser* abból indul ki, hogy a positiv seroreactio nemcsak azt jelenti, hogy a lueses infectio valamikor megtörtént, hanem annak a jele is, hogy a syphilis még fennáll, tehát a szervezet még activ *spirochaetákat* rejt magában. Ezt a véleményét több adattal támogatja. Így felemlíti, hogy abban az arányban, a melyben a késői latens szakban a reactio positiv szokott lenni, ugyanazon arányban a syphilises egyének sectiója is derít ki lueses elváltozásokat, a melyek különben klinikailag teljesen latensen folytak le. Támogatja a nézetét továbbá az antilueses kezelésnek a reactióra ható befolyásával is. Mennél kiadósabb volt a kénese kezelés, annál gyakoribb a negativ reactio a késői latens szakban. A szerző ezek alapján jogosnak tartja, ha az orvos magában a positiv reactióban lueses tünetet lát. Most is azon az állásponton van, hogy a késői latens szakban mutatkozó positiv Wassermann-reactio intőjel lehet arra nézve, hogy az úgynevezett parasiphilises elváltozások (főleg tabes, paralysis) következhetnek. *Fr. Lesser* ezután megezáfolni igyekezik azokat az ellenvetéseket, a melyekkel mások a reactionak a lues kezelésében való irányító szerepét kifogásolták. Ilyen ellenvetés az, hogy manifest tünet mellett is lehet negativ a reactio, hogy olykor a negativ irányban reagáló eset a kezelés után positiv reactiót ad. Az is gyakori ellenvetés, hogy a kezelés folytán negativvá lett reactio sokszor hamarosan ismét positivvé válik, továbbá az, hogy néha csak igen hiányosan kezelt egyének is mindvégig negativ reactiót adnak. Mindezeket az önként felhozott érveket a szerző ügyes dialektikával igyekszik megdönteni. Feltűnő csak az, hogy nem említi a felvetődhető ellenvetések között azt is, hogy luessel sohasem fertőzött egyének is adhatnak positiv reactiót. A szerző különben igen sötét prognosist nyújt a syphilis gyógyulását illetőleg, a mikor statistikai adatokkal bizonyítja, hogy a syphilises eseteknek csak mintegy a felében (49%) érhető el tökéletes gyógyulás. A Wassermann-reactióra nézve a nézetét a következőkben foglalja össze: A seroreactio megbízható iránytűje a kezelésnek, mert megmondja, hogy meddig kell a kezelést folytatni és mikor kell újból ismételni. A positiv reactio mindenkor azt jelenti, hogy a szervezetben activ *spirochaeták* még vannak. A negativ reactióból a korai szakban semmire sem lehet következtetni. A luesnek a késői stadiumában azonban a negativ reactióból is lehet a gyógyulásra következtetni. Főleg akkor, ha a negativ reactio egybevág a lues korával és ha a negativ eredményt többszörös vizsgálattal állapítjuk meg. A késői szakban annál inkább találkozzunk negativ reactióval, mennél erősebb kezelésben részesült a beteg. A kúrák tartamát nem szabja meg a kénese mennyisége, hanem annak a hatása (negatív átalakulás). A syphilis kezelésének mindenkor elzárja az állandóan negativ reactio elérése legyen. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910. 3. szám.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Gipszkötések levételére nagyon egyszerű módot ajánl *Stransky*, a mely ha beválik, csakugyan jó szolgálatot fog tenni és elejét veszi majd azoknak a kellemetlenségeknek, a melyekkel a kemény kötés levétele sokszor járt. Az eljárás egyszerűen az, hogy azt a helyet, a melyen a kötetést fel akarjuk vágni, eczetbe mártott vattatamponnal bekenjük egy perczig, a mire ott a kötés megpuhul és közönséges késsel vagy kis ollóval könnyen felmetszhető. A bécsi orvosegyetben, a hol a szerző eljárását bemutatta, 80 fűrából álló kemény kötetést 1¹/₂ percz alatt a legnagyobb könnyűséggel távolított el.

Decubitus ellen a következő összetételű hintőport ajánlják: Rp. Dermatoli 10·0; Stovaini hydrochlor. 2·0; Benzoes pulv. 5·0; Amyli 20·0. M. f. pulv. (Rif. med. 1909. 1115. 1.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. A német pathologiai társaság 1910 évi XIII. vándorgyűlése. 291. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XI. rendes tudományos ülés 1910 márczius 19.-én.) 291. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (XVIII. szaktülés 1909 november 13.-án.) 293. l.

A német pathologiai társaság 1910. évi XIII. vándorgyűlése.

A német pathologusok ezidei összejövetelének, mint más években is, a nagyszámú külföldi szakember részvétele nemzetközi jellegűt adott. Az összejövetel színhelye, Erlangen, és e kicsiny egyetemi város bámulatossá czélszerűséggel berendezett és a kor színvonalának magaslatán álló tudományos intézetei méltó kerettel szolgálták. A tárgyalások az erlangeni kórbonezoló tanárnak, *Hauser*-nek elnöklésével az 1905-ben pazar bőkezűséggel épített és berendezett „Pathologisches Institut“-ban folytak, a melynek láttára csak szégyenkezve gondolhattam a tiszszel nagyobb hallgatósággal bíró pesti kórbonezolástani intézetek mostoha állapotaira.

Az érdeklődés középpontjában a 71(1) előadást megelőző referátum állott, melyet *Aschoff* és *Hering* tartott „a szív működés zavarainak vonatkozásáról a szív specifikus izomrendszereire“ czímen.

Aschoff a kérdés bonezolástani alapjait fejtegette. Szerinte az eddigi vizsgálatok értelmében a szív működés ingerei a jobb pitvar izomzatából indulnak ki, nevezetesen azon specifikus izom-csomóból, mely a v. cava superior és a jobb szívfül határán fekszik és sinus-csomó néven ismeretes. E csomó izomnyalábjaiban részben a v. cavára folytatódnak, részben összeköttetésbe lépnek az atrio-ventriculáris izomnyalábbal, a mely a pitvarról a szív kamrára áterjedő ingereket vezeti. E szövettanilag is specifikus izomnyalábok felette gazdagok idegrostokban, mindazonáltal az ingervezetésben az oroszlánrész az izomrostoknak tulajdonítandó. Az eddigi észlelések alapján azonban a kérdéses izomnyalábok speciális pathológiájáról még nem lehet szó, a mennyiben a hirtelen szívhalál eseteiben észlelt elváltozások más természetű esetekben is megtalálhatók voltak.

Hering élettani fejtegetéseiben a következőket hangsúlyozta: Az eddig ismert specifikus szívizomrostok feladata az ingerképzés és ingervezetés, míg összehúzóási képességük igen csekély. A jobb pitvar számos helyéről indulhatnak ki a szív működést létesítő ingerek, azonban első helyen szerepel a sinus-csomó és az atrio-ventriculáris csomó. Az atrio-ventriculáris csomó ingerképző képességét kísérletileg kimutathatjuk a sinus-csomó izolált elpusztításával, a melyre atrio-ventriculáris autonomia következik. A *His*-féle köteg átmetésésekor a kamara autonómia állapítható meg s a működés ingerének eredete valószínűséggel a *His*-féle köteg peripheriás ágaiiban keresendő.

Ha a normális ingerképződéssel szemben heterotop ingerek létesülnek, a minek lehetősége az előbbieknél szerint megvan, extrasystolét, a pitvarok „csilllogását“ láthatjuk. Ez utóbbi az emberen a *pulsus irregularis perpetuus*-t váltja ki.

A jobb pitvarban keletkezett ingereknek a kamara felé való vezetésében beálló zavarok okozzák a kamarasystole-kiesést, illetve a dissociációt. Mindkettőnek anatómiai okát a *His*-féle kötegek elváltozásában állandóan megtalálták, a kamarasystole-kiesésben azonban a n. vagus hatása is szerepel.

A két referátum híven tükrözte vissza az általános felfogást, a mely néhány hasonló tárgyú előadásban is (*Mönckeberg*, *Sternberg*, *Fahr*, *Lewis*) nyilvánult. Nézeteltérés csak *Thorel* vizsgálatai felett volt, a ki kimutathatónak vélt egy külön izomrostrendszert, a mely a v. cava superiorra összeköti a jobb pitvarral; *Mackenzie* pedig előadásában hangoztatta, hogy a specifikus szívizomrendszerekben nem annyira az ingerek kútforrását látja, mint egy coordinációs rendszer középpontját.

A szívpathologia fejezetéhez tartozott *Orsós* előadása is, a mely új adatokat szolgáltatott a szív bonezolástánához.

Nagyérdékű volt *Goldmann* előadása a vitális festő-eljárásokról, melyben *Ehrlich*-nél végzett vizsgálatairól számolt be. Több festékanyagot ismertetett, a melylyel intravenosus befecskendezésnél *electiv* festés sikerül. Így feltüntetendők külön a makrophagok, a plasmasejtek, a máj Kupfer-féle sejtjei, apró gümők epitheloid

sejtjei, valamint maguk a gümöbaccilusok és végül rákos áttételek sejtjelei is.

Élénk vita keletkezett *Kretz* előadása kapcsán az appendicitis pathogenesiséről, főleg az előadó és *Aschoff* között. Az általános felfogás inkább ez utóbbinak adott igazat, vagyis a helyi, nyálkahártyafelületi fertőzést vallotta, míg a *Kretz*-féle haematogen fertőzésnek csak alárendelt szerepet tulajdonítottak.

Luksch a mellékvese elváltozásáról számolt be a diphtheria-toxin hatására. *Winkler* a féregnyújtvány sajátságos carcinomáiról számolt. A kerek gyomorfekély kísérleti előállításáról tartott előadást *Payr*, a kinek sikerült tipusos fekélyeket előidézni formalinnal befecskendezésével a gyomorvérérekbe. Szerinte az *ulcus rotundum* mindig idősült vérermegbetegedés eredménye. Említésre méltó, hogy *Payr* a heges ulcusok szövettani vizsgálatakor több mint 30⁰/₀-ban talált carcinomát, a miért minden gastroenteroanastomosis igénylő *ulcus* esetében a resectiót javalja.

E sorok írója a trachoma kórszövettanáról és az elsődleges májrák histogenesiséről tartott előadást, valamint mesenterium commune két esetét mutatta be.

Schmidt M. B. erős villamáramok roncsoló hatását mutatta be tanulságos készítményeken. *Weichselbaum* a herék soradásáról szólott, melyet chronikus alkoholismus eseteiben állandóan találhatunk. Igen érdekes volt *Meyer R.* előadása az *erosio portionis uteriról*, a melyben kimutatta, hogy az ilyenkor található hengerhámú bélelt mirigyesövek a cervicális mirigyekből származnak és nem a portio laphámjából keletkeznek metaplasia útján, mint azt általában mondják. Ezzel éppen ellentétben *Orsós* szép készítményeken igazolta a valódi metaplasia előfordulását a méh mirigyes rákjának hengerhámsejtjein.

Fontosak *Schmorl* vizsgálatai, melyek bebizonyítják, hogy az agykamarák nem közlekednek a subdurális ürrel és így a kamaráknak tartalma nem vegyül a liquor cerebrospinalis-szal. Egyben kimutatja, hogy az agykamarákban foglalt folyadék a plexus chorioideusok specifikus mirigyműködésének váladéka.

Meggyőző előadásban ismertette *Dibbelt* állatkísérleteit, melyekkel etetés útján tudott kutyákon valódi rhachitist létesíteni. A szövettanilag is beigazolt csontelváltozásokat tejsavas és phosphorsavas sóknak a bélbe való vitelével érte el, a melyek következtében nagymennyiségű phosphorsavas és tejsavas mészsó ürült ki a bélsárral.

A nagyszámú casuistikai közlésből végül meg kell említeni *Risel* vizsgálatait az oleum cinereum-befecskendezések utáni elváltozásokról, a melyek a kérdéses gyógyító eljárást a leghatározottabban veszedelmesnek minősítik.

A háromnapos sikerdús tárgyalások befejeztével a német pathologiai társulat elhatározta, hogy 1911-ben külön összejövetelt nem tart, hanem testületileg vesz részt a turini nemzetközi congressuson.

Goldzieher Miksa.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes tudományos ülés 1910 márczius 19.-én.)

Elnök: **Preisz Hugó.** Jegyző: **Entz Béla.**

Variola-vaccina esete.

Pécsi Dani: 1865-ben Chauveau megállapította, hogy a borjú szervezetében a variola vera megfogamzik ugyan, de vaccinává nem változik. Körülbelül 2 évtizedek mulva különböző szerzők rámutattak arra, hogy Chauveau helytelenül kísérletezett, mikor a variola verát tehénbe oltva, az innen nyert anyaggal mindjárt gyermekeket oltott, a kik valamennyien megkapták a valódi himlőt. Ha az anyagot még 2—3 állaton tovább oltotta volna, a variola vera vaccinává szelídült volna. 30 év óta azután francziák, angolok megismételték a kísérletet, hasonló eredményre jutva, és noha a német vaccinogen-intézetek kevés kivétellel évtizedek óta variola-vaccina-törzsszel dolgoz-

nak, a múlt év június 6.-án a francia orvosi akademiában Kelsch, Teissier és Camus, a francia orvosok tetszésnyilvánításai közt jelenti ki újra, hogy a variola vera nem változtatható át vaccinává.

E kérdéssel az előadó már 25 év óta foglalkozik, be is számolt 4 eredménytelen kísérletéről, legújabbán 1909 szeptember havában a „Szent-Gellért“ kórházban fekvő himlős betegekben vett anyaggal beoltott egy bikaborjút körülbelül 100 helyen 2—3 cm.-es scarificatiókkal.

E scarificatiók negyednapra teljesen elmosódtak, az ötödik napon a scarificatió 1—1 pontján négy kerekded borsónyi lobosodás mutatkozott, egy ötödik helyen azonban csak hatodnapra indult meg a lobosodás szintén kerekded, borsónyi alakban.

E helyen a hatodik, illetve a kilencedik napon vesicula, a kilencedik, illetve a tizenegyedik napon pustula fejlődött. Az előadó e pustulákat kiszedte és beoltott velük egy második borjút 2—3 cm. hosszú scarificatiókkal. Az eredmény a rendes borjühimlőnél szebb, nyirokdúsabb vesiculák fejlődése volt, melyek azonban a megszokott időnél 30 órával később fejlődtek. Ezt az anyagot egy harmadik, majd a harmadiknak anyagát egy negyedik borjúba oltotta remek eredménnyel. Ezen 4. borjút oltóanyaga úgy első, mint újraoltásra kifogástalannak bizonyult.

Az előadó a fentiekből azt következteti, hogy a) a variola vera borjún illetve tehéneken nehezen fogamzik; b) a variola vera tehéneken illetve borjún csak 4—5 napi incubatio után fejlődik, fejlődése tetőpontját a 9—11. napon éri el; c) emberek oltására a 4. generatio bátran használható; d) a variola vera úgy qualitative, mint quantitative jobb eredményt ad, mint a retrovaccina, tehát nem istállófertőzés; e) a mi a tartósságot illeti, eddig az öthónapos III. generatio teljesen virulens.

Bókay János: A variola-vaccina 4 generatiójával oltottakon a vaccina-hólyag szépen fejlődik, a reactió tünetek a 8. napon eléggé enyhék.

Magyarország csecsemőhalandósági statistikája és egy csecsemővédelmi actio tervezete.

Berend Miklós: Végkövetkeztetései: 1. Magyarországon az általános termékenység még igen nagy, de az utóbbi évtizedben erősebben csökken, mint a kulturállamokban.

2. Törvénytelen termékenységi számunk Európában a legnagyobb és e szám nem csökken, mint másutt; egyik legfontosabb oka rossz viszonyainknak az, hogy a törvényes és törvénytelen születések aránya a legrosszabb Európában; a nagy termékenység eredménye teljesen megsemmisül. Már ebből következik, hogy a születés előtti csecsemővédelemre, az anyaság biztosítására és a törvényteleneknek veszélyeztetetté nyilvánításával (mindennek hivatalos állami felügyelet alá helyezésével) segíthetünk csak a viszonyokon.

3. Kiderül a statistikából, hogy a gyermekhalálozás, mely az utóbbi évtizedekben folyton javult, az utóbbi években újra romlott; e romlás éppen a csecsemőkori halandósági viszonyok által van föltételezve, melyekben stagnatio következett be.

4. Magyarországon az elhalt gyermekek 42^o/_o-a sohasem látott orvost.

5. A gyermekhalálozás arányát az élveszületéshez viszonyítva látjuk, hogy 1904 óta csecsemőhalálozásunk igen romlik, az 1 hónapon aluliak halálása csak olyan, mint a 90-es években.

6. A halálozás hónapok szerinti eloszlása azon meglepő tényt deríti ki, hogy a külföldön törvényszerű nyári emelkedés nálunk kevésbé kifejezett: a gyermekek télen és tavasszal halnak el nagyobb számban; a kisebb nyári halálozás nem előny, de hátrány, mert a külföldön sehol el nem ért nagyságú téli és tavaszi nagy halálozás által van föltételezve; az egyes országrészek a halálozásnak hónapok szerinti megoszlásában óriási különbségeket mutatnak, melyek szerint a csecsemővédelmi actiónak — a mely egyúttal a legjobb módja a gümőkór elleni védekezésnek is — irányulnia kell.

7. A csecsemőkori különböző korhatáraiban óriási különbség van a halálozás megoszlásában országrészek szerint; a Duna-balpart viszonyai legkedvezőbbek az első élethóban, a félévésé a Királyhágón túl, a Duna-jobbpart a legkedvezőtlenebb az első élethóban, a magyarság helyzete a csecsemőkori minden korhatárában sokkal kedvezőtlenebb mint bármely nemzetiségé, úgy hogy a magyar vidékeken központosított, intensív csecsemővédelemmel módunkban van könnyen, nagyobb költség nélkül eddig el sem képzelt módon megerősíteni a magyar elem túlsúlyát az országban.

8. A céltudatos actio alapját tehát egyedül az egyes ország-

részek korhatár szerinti veszélyeztetési skálája alkothatja; éppen nem mindegy, hogy Baranyában akarunk-e gyermekvédelmet csinálni, a hol az újszülött van veszélyeztetve, vagy Csanádban, a hol az egy éven felüli gyermek.

9. Nemzetiségek szerint tanulmányozva a csecsemőhalálozást, a gyermekhalálozást és a természetes szaporodást az utóbbi években: kiderül, hogy a magyarság helyzete csak a csecsemőkori rossz, az első éven felül jobb mint a nemzetiségeké, kivéve a ruthéneket, az kik minden tekintetben az átlagnál sokkal kedvezőbb viszonyokat mutatnak, bizonyítva, hogy nem a pauperizmus a determináló tényezője a csecsemőhalandóságnak. Országunk természetes szaporodása általában igen kicsi; a viszonyok javítása csak kiterjedt csecsemővédelmi actio által érhető el: a kivándorlási veszteség és a születések számának csökkenése ellen ez az egyedül lehetséges védekezés; e védekezés első sorban a leginkább veszélyeztetett szinmagyar megyékben indítandó meg.

10. A termés jósága egyik legfontosabb factora nálunk a következő év csecsemőhalálozásának.

11. Budapest csecsemőhalandósági arányszámát a statistika nem tünteti fel teljesen; az nem 14.6^o/_o, hanem majdnem 18^o/_o. A statistikai adatok hiányossága miatt a lakássűrűség, táplálkozási mód, légnedvesség és hőmérsékingadozás hatásának tanulmányozása a csecsemőhalandóságra nem ad eléggé megítélhető eredményeket, legfejlebb az állapítható meg, hogy a nyári emelkedés kisebb volta részben az éjjelek nagyobb lehülésében is magyarázatát leli.

12. Kórházi beteganyagban tanulmányozva a kérdéseket, az derül ki, hogy a csecsemők 95^o/_o-a szopik eleinte, de igen gyakori a hirtelen és a korai elválasztás: a 6 hónapon alul elválasztottak száma sokkal nagyobb mint eddig gondoltuk; az óriási túlszoptatás mellett adott czélszerűtlen mesterséges táplálás jellegző a budapesti gyermekre.

13. Ugy a statistikából, mint a kórházi tapasztalatból az derül ki, hogy a táplálás ezen módja inkább idült lefolyású, mint heveny alimentáris megbetegedésekre disponál; ez és a hiányosabb gondozás az oka a nyári emelkedés kisebb voltának és annak, hogy a csecsemők nagyobb része hal el — eltérőleg a külföldtől — tüdőlobokban, mint bélhurutban.

14. A magyar viszonyok annyira eltérők a külföldiektől, hogy úgy a magyar csecsemővédelemnek, mint a gyógyításnak saját útjain kell haladnia, ha eredményt akar elérni.

15. Eredményes csecsemővédelmet csak a nyílt, nem az intézeti védelem eszközeinek kiegészítésével lehet elérni.

Ennek eszközei: a) a bábák bevonása a csecsemővédelmi actióba; az összes orvosok bevonása a csecsemővédelembe; vándormuzeumokkal egybekötött ismétlődő cursusok; lapok. A veszélyeztetett vidékeken megfelelő jutalmazása azon orvosoknak és bábáknak, a kik a halálozás állandó csökkenését kimutatják.

b) A menhelyek nyilvános csecsemővédelmi központokká alakítandók át, melyekben centralizáltatik az illető vidék csecsemővédelme; a menhelyigazgatók administratív munkája megfelelőleg eszökentendő ilyen helyen; jól szervezett telepfelügyelői állások létesítendőek.

c) Elkerülhetetlen a municipiális csecsemővédelem szervezése s összpontosítása; anyaotthonok (melyek egyúttal dajkaközpontok és munkaközvetítők) szervezendők; a városi védelem eszközei a felügyelőnk; a vezetés állami felügyelet alatt álljon.

d) Elkerülhetetlen a törvénytelenek jogi és sociális helyzetének javítása: az anyaság biztosítása, a veszélyeztetetté nyilvánítás, a dajkakérdés; mindez büntetőjogi záradékkal ellátott törvényvel szabályozandó.

e) Legfontosabb halálok nálunk a babona és tudatlanság, ezen segít idővel a csecsemőgondozás rövid, játékszerű, a természetrajz keretén belül való kötelező tanítása az összes iskolákban.

f) Ez actio vezetésével és ellenőrzésével egy országos intézet bizandó meg, a mely a csecsemők megbetegedési viszonyait is tanulmányozza.

Szama Sándor: Beszámol az állami gyermekvédelemnek a csecsemőhalálozás terén elért eredményeiről. Az állami gyermekvédelem kizárólag az elhagyott, tehát közgondozásra szoruló csecsemők sorsával foglalkozott, tehát csak ezen csecsemők halálása terén érhetett el eredményt. A közgondozásba került állami csecsemők halálása valamennyi európai intézménnyel szemben nálunk legkedvezőbb. Míg az ausztriai csecsemőlelenczek halálása 27, a csehországiaké 26 és még a francziáké is 20, addig a magyar, gondozásban levő csecsemők halálása 19%. Ezen

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 szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Neuber Ede: Közlés a berlini kir. porosz tud.-egyetem bőr- és bujakórtani klinikájából. (Igazgató: Lesser Ödön dr., titkos orvosi tanácsos, egyetemi tanár.) Befolyásolja-e a kénesőkezelés a szervezet védőanyagait? 295. lap.

Gáspár Géza: Közlés a debreczeni kerületi munkásbiztosító-pénztár laboratóriumából. A gümőkór serodiagnostikája. 300. lap.

Tornai József: Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem I. számú belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr., udvari tanácsos, egyet. nyilv. rendes tanár.) A szív funkcióvizgálatáról. 303. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. H. Strauss: Die Procto-Sigmoidoskopie und ihre Bedeutung für die Diagnostik und Therapie der Krankheiten des Rektum und der Flexura sigmoidea. — **Oskar Scheuer:** Die Syphilis der Unschuldigen (Syphilis insontium). — **Lapszemle. Gyógyszertan. Bürgi:** A narcoticum-combina-

tiók hatása. — **Belorvostan. Staehelin:** Az öregkor phthisise. — **Boas:** A tápláló suppositoriumok. — **Idegkórtan. Veraguth:** A neurasthenia gyógyítása. — **Sebészet. Zironi:** A kerek gyomorfelekély pathogenesise. — **Brüning:** A golyvavérzés. — **Bircher:** A thyreoidintablettáknak esontnövekedésre gyakorolt hatása. — **Fizikai és diétikai gyógyításmódok. Schuster:** A szénsavas-sósfürdők tartós utóhatása. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Soucek:** A fersan-por és a jod-fersan-pastillák. — **Morsly:** A kiütéses typhus gyógyítása. 305—310. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 310. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 310. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 311—314. lap.

Melléklet. Gynaekologia. 1. szám. Szerkesztik: Tóth István dr. egyetemi tanár és Scipiadés Elemér dr. egyetemi adjunctus.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a berlini kir. porosz tud.-egyetem bőr- és bujakórtani klinikájából. (Igazgató: Lesser Ödön dr., titkos orvosi tanácsos, egyetemi tanár.)

Befolyásolja-e a kénesőkezelés a szervezet védőanyagait?

Irta: **Neuber Ede** dr., v. egyetemi tanársegéd.

A chemiai gyógyszerek és mérgek hatása mindenesetre az utóbbiak és a szervezet bizonyos sejtjeinek, illetve molekuláinak reakción alapszik.

Ez a felfogás azután tágabb értelmezést nyert, a mennyiben más eredetű mérgek, így például fehérjék vagy bakteriumculturák szűrleteiben foglalt toxinok hatását is hasonlóképpen magyarázták.

Már régóta ismeretes, hogy ha bakteriumok vagy az általuk termelt toxinok a szervezetbe kerülnek, a szervezet védekezik ellenük, a mely védekezésnek eredménye az antitestek megjelenése.

Ez utóbbiak minden valószínűség szerint a specifikus mérgek által megtámadott sejtek vitális reakcióinak a termékei.

Az immuntestekhez hasonló, azonban hatásukban jóval gyengébb anyagok a legtöbb normalis serumban is megtalálhatók, a hol őket normalis amboceptoroknak, normalis agglutinineknek, normalis opsoninoknak, normalis praecipitineknek stb. stb. nevezik.

Az utóbbi anyagok az immunszervezet antianyagaihoz hatás tekintetében teljesen hasonlóak, csak kisebb mennyiségben vannak jelen.

Ehrlich felfogása értelmében az immunitási folyamatokban új anyagok nem termelődnek, az utóbbiak már a fertőzés előtt, néha jóval kisebb mennyiségben, megtalálhatók a vérsavóban; az immunizálásakor csak egy bizonyos anyagnak egyoldali túlproductiója kerül szóba, azaz egy már az immunizálás előtt jelen volt tulajdonság fokoztatik.

A normalis és az immunsavó hatása között ezek szerint tehát csak quantitativ különbség áll fenn.

Alábbi kísérleteinkben a hydrarg. salicylicum, a hydrargyrum

atoxylicum, a calomel (oldhatatlan kénesővegyületek) s a sublimat (oldható kénesővegyület) befolyását vizsgáltuk a normalis és különböző specifikus antitesttermelésre.

A midőn kísérleteinkben a syphilisben szenvedő beteg serumának antitestjeiről beszélünk, akkor ez alatt az alábbiakban mindig a lueses savók normalis antitestjeit (normalis agglutinineket, normalis haemolysineket stb.) értjük.

Mindenesetre sokkal egyszerűbb és bizonyítóbb volna a normalis antitestek helyett a syphilis serum specifikus antitestjeinek magatartását megfigyelni a kénesőkezelés alatt, azonban sajnos, a syphilis antitestjeinek meghatározása ma még nem lehetséges.

Hiszen tudjuk, hogy a Wassermann-féle reakcióval sem a specifikus antitesteket határozzuk meg, hanem a reactio minden valószínűség szerint bizonyos anyagoknak, de aligha a specifikus antitesteknek a jelenlétét mutatja.

Így leprában, cachexiás betegségekben (carcinoma, tuberculosis), scarlatinában találkozhatunk positiv reakcióval, noha a statusból s az anamnesisből minden támpont hiányzik a luesra.

Minthogy tehát az utóbbi körülmények miatt a specifikus antitestek meghatározásától el kellett állanunk, a lueses betegek serumainak (normalis antitestek), továbbá typhussal és birka vörösvérsejtjeivel (specifikus antitestek) immunizált házinyulak serumainak, illetve antitestjeinek magatartását figyeltük meg a higanykészítmények adagolása előtt és után.

A syphilis serumoknál a normalis antitestek közül főleg a normalis agglutininek s a normalis haemolysinek magatartását, illetve változásait figyeltük meg. A haemolysisek kísérletekben az emberi serum ama tulajdonságát használtuk fel, hogy kellő mennyiségű és megfelelő complement jelenlétében birkavérsejtjeiket old.

Az agglutinációs kísérletekben a syphilis serum (normalis agglutininek) agglutináló hatását figyeltük meg typhusbacillusokra. Az oldás, illetve az agglutinálás fokából következtetést vonhattunk a syphilis serum normalis haemolysin és normalis agglutinin mennyiségére.

Sokkal könnyebben és pontosabban határozhattuk meg a typhusbacillusokkal és a birka vörösvérsejtjeivel immunizált állatok specifikus antitestjeinek magatartását a kénesőkészítmények adagolása

előtt és után. A magas titerű specifikus haemolysinek és agglutininek ugyanis igen minutiosus változások megfigyelését teszik lehetővé.

A midőn tehát a normális és a specifikus antitestek magatartását vizsgáltuk a kénesekezelés alatt, egyszersmind feleletet vártunk kísérleteink eredményéből arra, vajjon a különböző kénesekezelések befolyásolják-e a szervezet immunanyagairól gondoskodó sejtek működését, és ha igen, milyen irányban?

Más szóval, vajjon az antianyagok csökkenéséből vagy túlermeléséből lehet-e következtetni az utóbbi sejtek állapotára, vajjon nem károsítják-e meg e kénesekezelések a sejteket működésükben vagy talán ellenkezőleg protoplasmáingerként hatnak-e?

Hiszen tudjuk, hogy a szervezet ellenállóképesége különböző fertőzésekkel szemben az immunanyagoknak többé-kevésbé gyors és intenzív termelésén alapszik; a természetes gyógyfolyamat is az utóbbi anyagok segítségével történik.

A szervezet külső védőkészülékei kívül, a melyek kísérleteinkben azonban többé-kevésbé figyelmen kívül hagyhatók, még fontos szerepet játszanak a természetes ellenállóképeség megbírálásakor a complement és a phagocyták viselkedése.

Az Ehrlich-féle theoria értelmében az immunsavó két componensből áll, melyek közül az egyik a szervezetbe jutott, reá nézve specifikus anyagokat megköti, míg a másik a tulajdonképpeni baktericid tulajdonságokkal van felruházva. Az utóbbi anyagot alexinnek (Buchner), complementnek (Ehrlich), zytasenak (Metschnikoff) nevezzük. Kísérleteinkben főleg a kénesekezelések befolyását figyeltük meg a complement quantitativ változására, azonban a complement eredetével összefüggő momentumokat sem hagytuk figyelmen kívül.

Noha a complement hatását illetőleg a szerzők felfogása általában egységes, keletkezése helyének és módjának kérdése még igen élénk vita tárgya.

Buchner szerint igen valószínű, hogy a leukocyták az alexin-termelésre befolyással vannak; azt tapasztalta ugyanis, hogy a leukocytákban gazdag exsudatum igen erősen baktericid tulajdonságú; nem tartja azonban lehetetlennek, hogy ebben a kérdésben egyéb sejtek is érdekelve vannak.

Ehrlich a complementet szintén sejtváladéknak tekinti, a mely váladék képzésében minden esetre fontos szerep jut a leukocytáknak.

Metschnikoff egyáltalában tagadja az alexinek előfordulását a véráramban; szerinte az alexinek a leukocyták elhalási termékei. A míg a leukocyták élnek, addig az alexinek az utóbbiak testéhez kötődtek, csak a leukocyták elhalása után szabadulnak fel (phagolysis) s juthatnak a véráramba. Újabb kísérletek azonban a Metschnikoff celluláris felfogásával szemben a mellett tanuskodnak, hogy a vérsavó alexinja az élő állat plasmájában szabadon kering (Pettersson, Gruber, Sweet).

Kísérleteinkben a kénesekezeléseknek a complement mennyiségére való hatásán kívül még figyelemmel kísértük, hogy vajjon a fennmilitett, a complement eredetével foglalkozó teoriák értelmében a kénese befolyása alatt a fehér vérszettek szaporodása és a complement titerének emelkedése parallel halad-e, illetve e két folyamat között lehet-e valamilyen összefüggést megállapítani?

A szervezet természetes ellenállóképeségét, illetve a változását különböző külső befolyásokra már régebben számos szerző tette beható tanulmányozás tárgyává.

Így már többé-kevésbé historikus jelleggel bírnak Pasteur és Joubert kísérletei, a kik azt tapasztalták, hogy ha tyúkokat 25°C vízben huzamosabb ideig tartanak, a lépfenével szemben természetes ellenálló képességüket elvesztik.

Wagner megerősíti Pasteur és Joubert eredményeit s azonkívül az ilyen módon befolyásolt tyúkokban a phagocytosist a minimumra redukálták találta.

Lode tengerimalaczkokat a léghuzam hosszabb behatásával s szóratték leborotválásával különböző kórokozókkal szemben fogékonytá tett.

Petruschky békákat magasabb hőfokon, természetes ellenálló képességük ellenére, lépfenével fertőzni tudott.

Koch a cholera infectióval szemben igen csekély mértékben fogékony tengerimalacon nagyobb alkoholadagok után az állat természetes ellenálló képességét megtörte.

Nocard és Roux csökkent virulentiájú lépfenét alkohollal kezelt állatokban teljesen virulenssé tudott tenni.

Laitinen igen nagy kísérleti anyagon kimutatta, hogy ha 15–60 cm³ 25%-os alkohollal (élő) kezelt állatok lépfenével vagy tuberculo-

sissal fertőz, az alkoholizált állatokban a fogékonytágot fokozta e kórokozókkal szemben. Laitinen ezenkívül a serum baktericid tulajdonságainak változásait is figyelte alkoholadagolás után; érdemlegesebb különbségeket azonban nem talált a kontroll és az alkohollal kezelt állatok serumában között.

Friedberger 60°C-on előlt cholera-vibrókkal immunizált állatok és bizonyos idő múlva vizsgálatokat végzett az iránt, hogy egyszersen vagy huzamosabb ideig történő alkoholadagolás mily hatással van a specifikus (cholera) antitestek termelésére. Friedberger vizsgálatai alapján az alkohol hatását a specifikus immuntestek termelésére a következőkben foglalja össze: Egyszeri nagyobb alkoholadagolás után a specifikus antitestek termelését 2½-szer nagyobbra találta a rendsnél. Huzamosabb alkoholadagolás után a cholera-vibróval immunizált állat serumának a titere (cholera-antitestek) igen erősen süllyedt.

Trommsdorff kísérleti állatainak természetes ellenállóképeségét megfázás, kifárasztás, éhezés és alkoholadagolás után vizsgálta. Ha huzamosabb ideig kezelt tengerimalaczkokat alkohollal, vagy ha egyszerre nagyobb dosisokat juttatott nekik, akkor azt tapasztalta, hogy az antitestek — úgy a normális, mint az immun antitestek — termelése csökkent a kontrollállatokéval szemben. Kisebb alkoholadagok kétségkívül kedvezően befolyásolják az antitesttermelést. Trommsdorff még megemlíti, hogy rövid ideig tartó izommunka előnyösen befolyásolja az antitesttermelést.

Leva kísérleteit alkohollal, adrenalinnal és nikotinnal végezte. Állatait bizonyos időközben az utóbbi mérgekkel kezelte, majd valamennyit typhussal fertőzte s azután a mérgekkel kezelt állatok és a kontrollállatok specifikus antitestek titerét megállapította. Valamennyi typhussal fertőzött alkoholizált állatban az antitesttermelés nem mutatott eltérést a kontrollállatokéval szemben. Sőt teljesen közbömbös volt, hogy ha az állatokat rövid ideig (14 nap), vagy hosszabb időn keresztül kezelte alkohollal. Az adrenalin szintén nem befolyásolja a specifikus antitesttermelést; a nikotin azonban Leva szerint jelentékenyen csökkenti a typhusos immuntestek termelését.

Bentivenga és Corini kisebb mennyiségű kénesekezelés után adagolása után hyperleucocytosist fokozott bakteriolyssal; nagyobb kénesekezelések után hypoleucocytosist és csökkent bakteriolyssal észlelt.

Kreibich volt az első, a ki behatóbban tanulmányozta a kénesekezelések hatását a serum baktericid anyagaira. Oldható és oldhatatlan kénesekezelések egyszersen és többszörös befeckendezése után vizsgálta az emberi serum baktericid magatartását cholera-vibrókkal szemben.

Azt tapasztalta, hogy oldható kénesekezelések, 0.003 gm. sublimatnak befeckendezése után 24 órával a serum baktericid hatása tetemesen csökken, a mely jelenség 48 óra múlva még szembőlőbb.

Oldhatatlan kénesekezelések, 0.1 gm. hydrargyrum salicylicumnak befeckendezése után Kreibich azt tapasztalta, hogy némely esetben már 24 óra múlva észrevehető a baktericid-anyagok csökkenése; más esetekben csak 2–3 nap múlva figyelhetette meg ezt.

Hydrargyrum salicylicumnak adagolása után néha 24 órára fokozott bakteriolyssal, más szóval fokozott antitesttermelés előzi meg a baktericid anyagok csökkenését.

Kreibich e szakot *izgalmi stadium* névvel illeti. Azt hiszi, hogy sublimatadagolás után is jelentkezik az izgalmi stadium, de valószínűleg jóval előbb következik be; biztos időpontot erre vonatkozólag nem tudott megállapítani.

Kenőfürőnél az izgalmi stadium, tekintettel a kénesekezelés lassú felszívódására, 3–4 nap múlva jelentkezik s csak ezután következik be gyorsan a serum baktericid anyagának a csökkenése. Kreibich szerint az antitestek a befeckendezés utáni 7–8. napon még mindig csökkent mennyiségben találhatók, csak a 10–11. napon érik el a normális, a befeckendezés előtti mennyiségüket, sőt ekkor rendszerint jóval nagyobb mennyiségben vannak jelen.

A typhusos immuntestek titrálására főleg a Bordet-Gengou-féle tüneményen alapuló complement-fixációs eljárást alkalmaztuk. Az utóbbi eljárás, a mely a már oly ismeretes és széles körű használatnak örvendő Wassermann-féle syphilisreactio alapját teszi s számos egyéb kórokozó identifikálására is felhasználható, a következő elven alapul:

Az antigen és a neki specifikus antitest találkozásakor complement köttetik le. Ha az utóbbi keverékhez haemolysises serumot adunk, azaz egy tetszés szerinti haemolysises amboceptorral a reá nézve specifikus vérszettekkel, akkor nem kapunk haemolysist, és pedig azért nem, mert a haemolysises amboceptor nem rendelkezik complementtel a vörsvérszettek feloldására.

Más szóval, a haemolysis minden esetben kimarad, ha a complement valamely bakterium-extractumnak specifikus amboceptorához köttetett, a haemolysis beáll, ha az antigen nem találkozik specifikus amboceptorral, vagy pedig részleges lesz, ha a specifikus amboceptor csak kis mennyiségben van jelen.

Kísérleteinkben a typhusbacillust használtuk nyulaink immunizálására, részben azért, mert a typhus antitestek meghatározása a lehető legpontosabban kidolgozott methodusok közé tartozik, így Wassermann-nak, de főleg későbbben Leuchs-nak sikerült az analitikai vegytan quantitativ methodusaihoz hasonlóan a typhusantitesteket a

I. sz. házinyúl. 8 napos időközökben 3×4 mgm. typhusbacillus-emulsiót kapott subcutan, majd 0.01 gm. sublimatot.														
A kísérleti állat serumának mennyisége 1 cm ³ 0.85 %/o-os konyhasóoldatban	A typhusos antigén mennyisége 1 cm ³ 0.85%/o-os konyhasóoldatban	Complementum, tengerimalacz friss savója. Hígítás 1:10	Az egész kísérleti sorozat 1 órára thermostathba kerül 37 °C-on	Haemolysises amboceptor. Hígítás 1:300	5%/o-os birkavérsejtemulsió	Az egyes savók vizsgálatának eredménye								
						Vérvétel 1909. nov. 1. d. e. a sublimatinjectio előtt	Vérvétel 1909. nov. 1. d. u. a sublimatinjectio után	1909. nov. 3. (3. nap)	1909. nov. 5. (5. nap)	1909. nov. 8. (8. nap)	1909. nov. 10. (10. nap)	1909. nov. 12. (12. nap)	1909. nov. 15. (15. nap)	1909. nov. 17. (17. nap)
0.1	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
0.02	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
0.01	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
0.002	0.02	0.1		0.0033	1.0	++	++	++	++	++	++	++	++	++
0.001	0.02	0.1		0.0033	1.0	+	+	+	+	+	+	+	+	+
0.0002	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kontrollok														
0.2	-	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0.1	-	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A II. sz. házinyulat hasonlóképpen immunizáltuk, 0.005 gm. sublimatot kapott intramusculárisan.														
0.1	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	+++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++
0.02	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	+++	++	++	+++	+++	+++	+++	+++
0.01	0.02	0.1		0.0033	1.0	++	++	+	+	+++	+++	+++	+++	+++
0.002	0.02	0.1		0.0033	1.0	+	+	+	+	++	++	++	++	++
0.001	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	+	+	+	+	++
0.0002	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Kontrollok														
0.2	-	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0.1	-	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III. sz. házinyúl. 8 napos időközökben 3×2 mgm. typhusbacillus-emulsiót kapott intravenosusan, majd 0.01 gm. sublimatot.														
0.1	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	0	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
0.02	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	0	+	+	++	+++	+++	+++	+++
0.01	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	0	+	-	++	+++	+++	+++	+++
0.002	0.02	0.1		0.0033	1.0	+	0	-	-	+	++	++	++	++
0.001	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	0	-	-	-	+	+	+	+
0.0002	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	0	-	-	-	-	-	-	-
Kontrollok														
0.2	-	0.1		0.0033	1.0	-	0	-	-	-	-	-	-	-
0.1	-	0.1		0.0033	1.0	-	0	-	-	-	-	-	-	-
IV. sz. házinyúl. Hasonlóképpen immunizáltuk mint a III. számút, 0.005 gm. sublimatot kapott.														
0.1	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	0	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
0.02	0.02	0.1		0.0033	1.0	++	0	++	++	++	++	++	++	++
0.01	0.02	0.1		0.0033	1.0	+	0	+	±	+	±	+	±	+
0.002	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	0	-	-	-	-	-	±	±
0.001	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	0	-	-	-	-	-	-	-
0.0002	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	0	-	-	-	-	-	-	-
Kontrollok														
0.2	-	0.1		0.0033	1.0	-	0	-	-	-	-	-	-	-
0.1	-	0.1		0.0033	1.0	-	0	-	-	-	-	-	-	-

V. sz. háziyúl. 8 napos időközökben 3×4 mgm. typhusbacillus-emulsiót kapott subcutan, majd 0.1 gm. calomelt intramusculárisan.														
A kísérleti állat serumának mennyisége 1 cm ³ 0.85 %-os konyhasóoldatban	A typhusos antigen mennyisége 1 cm ³ 0.85 %-os konyhasóoldatban	Complementum, tengermalacz friss savója. Hígítás 1:10	Az egész kísérleti sorozat 1 órára thermostatba kerül 37 C ^o -on.	Haemolysises amboceptor. Hígítás 1:300	5 ^o /o-os birkavérsejtemulsió	Az egyes savók vizsgálatának eredménye								
						Vérvétel 1909. nov. 15. d. e. a calomelinjectio előtt	Vérvétel 1909. nov. 15. d. u. a calomelinjectio után	1909. nov. 17. (3. nap)	1909. nov. 19. (5. nap)	1909. nov. 21. (7. nap)	1909. nov. 23. (9. nap)	1909. nov. 26. (12. nap)	1909. nov. 28. (14. nap)	1909. nov. 30. (16. nap)
0.1	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
0.02	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	+++	+	+	+	+++	+++	+++	+++
0.01	0.02	0.1		0.0033	1.0	++	++	++	-	-	++	+++	+++	+++
0.002	0.02	0.1		0.0033	1.0	+	-	-	-	-	+	++	++	+
0.001	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	+	+	+
0.0002	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kontrollok														
0.2	-	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0.1	-	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VI. sz. háziyúl. Hasonlóképpen immunizáltuk mint az V. számút, 0.05 gm. calomelt kapott intramusculárisan.														
0.1	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	+++	++	++	++	++	+++	+++	+++
0.02	0.02	0.1		0.0033	1.0	++	++	+	+	+	++	+++	+++	+++
0.01	0.02	0.1		0.0033	1.0	+	-	-	-	-	+	++	+	+
0.002	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	+	+	-
0.001	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0.0002	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	+	-	-	-	-	-	-	-
Kontrollok														
0.2	-	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0.1	-	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VII. sz. háziyúl. 8 napos időközökben 3×2 mgm. typhusbacillus-emulsiót kapott intravenosusan, majd 0.1 gm. calomelt intramusculárisan.														
0.1	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
0.02	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
0.01	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	+++	++	++	++	+++	+++	+++	+++
0.002	0.02	0.1		0.0033	1.0	++	++	++	+	++	+	++	++	++
0.001	0.02	0.1		0.0033	1.0	+	-	-	-	-	+	-	-	-
0.0002	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kontrollok														
0.2	-	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0.1	-	0.1		0.0033	1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIII. sz. háziyúl. Hasonlóképpen immunizáltuk mint a VII. számút, 0.05 gm. calomelt kapott intramusculárisan.														
0.1	0.02	0.1		0.0033	1.0	+++	0	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
0.02	0.02	0.1		0.0033	1.0	++	0	+	-	+	++	+++	+++	+++
0.01	0.02	0.1		0.0033	1.0	++	0	+	-	-	++	+++	+++	+++
0.002	0.02	0.1		0.0033	1.0	+	0	-	-	+	++	+++	+++	+++
0.001	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	0	-	-	+	+	+	+	+
0.0002	0.02	0.1		0.0033	1.0	-	0	-	-	-	-	-	-	-
Kontrollok														
0.2	-	0.1		0.0033	1.0	-	0	-	-	-	-	-	-	-
0.1	-	0.1		0.0033	1.0	-	0	-	-	-	-	-	-	-

Belügyminister által engedélyezett különlegesség 10,357/1909.

Radanovits Testvérek

„China-Vasbora”



Magyar borkészítmény.

Kiváló specificum, az elsődleges, másodlagos vérszegénységnél, kitünő vérszaporító, idegerősítő, az anyagcsereforgalmat elősegítő, étvágygerjesztő szer. Különösen ajánlható sápkórnál, az üdülési időszakban lévőeknek, a neurasthenia és hysteriánál, angol- és görvélykóros gyermekeknek.

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

„VINUM COLAE compositum”
 „A Vinum Colae compositum a leghatásosabb izgató, gyomorerősítő és idegerősítő szere a gyógyászatnak, a leghatalmasabb zsongító, melyet a mai napig ismerünk.” 8116

Ára: Próbaiüveg 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 gyógyszertárban. ☛

☛ **Fontos a rendelésnél!** ☛

Az orvos urak kéretnek, hogy az ismert és kedvelt

Kaliforniai füge-szörp

hashajtó rendelésénél határozottan a

„Califig”

szóvédjegyet írják elő, mert ezen néven csak a **California Fig Syrup Co. készítménye** érthető.

Califig egy tiszta vegetabilis hashajtó, minden kellemetlen mellékhatás nélkül.

Califig különösen alkalmas idült székrekedéseknel, hosszabb idei használatra.



Az orvos urak részére mindenkor minták ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

Minden gyógyszertárban kapható:

Egész üveg 3 korona, fél üveg 2 korona.

California Fig Syrup Co.,

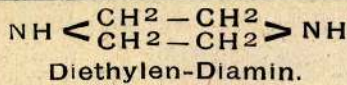
86 Clerkenwell-Road, London.

7948

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára BUDAPEST, Király-utca 12. szám.

PIPERAZIN



Hugysavas kö 71 órán át 37°-nál érintkezve a következő vegyületek 1 %-os oldatával, súlyából veszi:

92 % -ot **PIPERAZINBAN.**

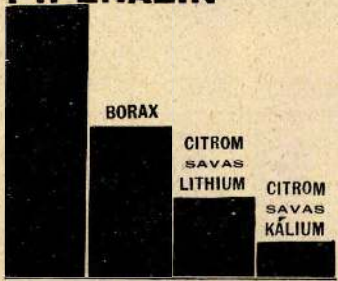
40 % -ot boraxban.

20 % -ot citromsavas lithiumban és natrium bicarbonicumban.

8 % -ot citromsavas káliumban

A hugysav oldószereinek hatása:

PIPERAZIN



92% | 40% | 20% | 8%

SZEMCSÉS

PEZSGÓ

MIDY

A hugysavnak legjobb oldószere

Előírása heveny állapotban..... 3-6 mértékkel naponta.

Idült állapotban..... 1-3 mértékkel naponta.

(A szemcsés pezsgő Piperazin Midy üvegjéhez csatolt mértér) 20 centigramm vegyileg tiszta Piperazint tartalmaz.

**KÖSZVÉNY - HUGYHOMOK
 CSÚZ - VESEKÓLIKA
 ARTHRITISES DIATHESIS**

minden nyilvánulása.

Próbák szétküldése, Magyarországi főraktár **TÖRÖK JÓZSEF**, Gyógyszertára, Budapest VI, Király utca 12.

„Bayer“ **CONTRATUSSIN** „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a **VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**
Budapest, VI., Andrásy-út 84.
 Minden gyógyszerárban kapható.
 Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen

Phosphatine Falières



a gyermek legkiválóbb tápszere, már a hatodik hónaptól kezdve, különösen az **elválasztás időszakában**, már könnyű emésztetőségénél fogva is. **A fogzást :: megkönnyíti és biztosítja a csontrendszer fejlődését.**

Kapható a gyógyszerárban.

Magyarországi főraktár: **ZOLTÁN BÉLA** gyógyszerár Budapest, hol kísérleti anyag az orvos urak részére rendelkezésre áll.

Megjelent

és a „Vágóhídi Szemle“ kiadóhivatala (Budapest, VII., Dohány-utca 74) útján megrendelhető

Húsvizsgálók Könyve

Irták: Rónai Mihály és Vámos Jenő székesfővárosi állatorvosok, a „Vágóhídi Szemle“ szerkesztői.
 Húsvizsgáló emberorvosok részére nélkülözhetetlen kézikönyv.

Az illusztrált, vaskos kötet ára 6 korona.

Tartalom. Előismeretek. — Bonczani ismeretek. — A zsigerek fekvése és a vágóállatok ipari földolgozása. — Állattenyésztési ismeretek. — Kórtani és kóroktani előismeretek. — Élő vágóállatok egészségi állapotának ismertető jelei. — Levágott állatok egészségének ismertető jelei. — Fertőző vagy ragadós betegségek. — A hivatalból jelentendő és a húsvizsgálat szempontjából is legfontosabb fertőző betegségek. — Egyéb fertőző betegségek. — A húsvizsgálat szempontjából fontosabb betegségek. — Állati élősködők okozta betegségek. — A szervek betegségei és a vizsgálat módja. — A vizsgálat sorrendje és a betegségek összefoglalása. — Egyéb megbetegedések és hibák. — A képesített húsvizsgáló illetékessége. — Vágási tilalmak. — Húsvizsgálat az árusító és feldolgozó helyiségekben. — A hús érése és eltartása. — Romlott húsfélék. — Szárnyasok, vadak és halak vizsgálata. — A húsvizsgálati rendelet és pótrendeletei. — Jelentésminták stb. stb.

LIPIK

8690 Szlavóniában. Vasút-, posta- és távirtdáallomás.

≡ **Elsőrangú fürdőhely.** ≡

Egyetlen alkalikus-konyhasós jodtartalmú hévíz (64° C.) Európában. — Páratlan gyógyhatású a tápasatorna és a vizeleti utak összes hurutos megbetegedései, húgysavas áttétel, köszvény, csúz és ischias, csonttörések, gyermek- és alkati bajok ellen. — Ivókúra. — Hévízes fürdők. — **Vízgyógyintézet.** — Inhalatorium. — A fürdőhelyen 10 kiváló orvos működik.

Kívánatra prospektussal és bővebb értesítéssel szolgál a fürdőigazgatóság.

RÉPÁTIVIZ

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

Nicora és Bogár-féle szabadalmazott VÍZ-, BOR- és RUMSZŰRŐ stb. KÉSZÜLÉKEK



1. sz. ábra „Filtrator“ vízszűrő, mely a vízben levő legparányibb szennyező is felfogja, a bacillusokat megöli. Könnyen kezelhető, ára 6 kor.
2. sz. ábra „Filtrator“ víztartály nélkülözhetetlen, a hól vízvezeték nincs és rossz a talajvíz, 25 literes tartály két szűrővel, ára 26 kor. bármely nagyságban megrendelhető több szűrővel.
3. sz. ábra „Desztillator“ bor- és rumszűrő, minden koresmáros és pinczegazda szerezzze meg. Ezen készülék a bornak legalja szennyező is alaposan átszűri, egy 20 literes köbtartalmú Desztillator ára 20 kor. Bármely nagyságban megrendelhető több szűrővel.
4. sz. ábra „Record“ borfejtő, bármely, az emberi szervezetre káros behatással bíró folyadékot fejtethetünk, mivel közvetlenül a palackba szívjuk. Borfejtésnél nélkülözhetetlen, ára gummicső nélkül 3 kor., cső méterenként 2 kor. Egyedüli gyártó:

Nicora Lajos
 Budapest, IV., Váci-utca 80.

Vidéki megrendeléseket utánvétellel szállítok, prospektust ingyen és bérmentve küldök.

== Vizszűrő- és vízkezelőknak megfelelő árendmény. ==

Liq. Gude

MANGAN-VAS-PEPTON GUDE

Liquor mangano-ferri peptonat. Gude.
 több mint 10,000 orvos által legjobb vércépző szernek elismerve,
 készíti: **1890** óta.

Dr. A. Gude & Co., G. m. b. H. LEIPZIG.
 Magyarországi főraktár: Dr. Rosenberg Sándor „Csillag“-gyógyszertára, Budapest, VIII., Rákóczi-út 39. (József-körút sarkán.)

ROZNAU (am Radhost)

Morvaország 7322 a legrégebb világhírű klimatikus gyógyhely és nyári üdülőhely.

Evad: május hó 15.-től szeptember 15.-éig. Prospektusokat ingyen küld Minden további értesítéssel szivesen szolgál 9183 a gyógybiztonság.

BAD HALL

Felső-Ausztria. I-ső rangú jodsófürdő.

Európa legrégebb és leghatásosabb jodforrása. — Női betegségek, izzadmányok, idült gyulladások, gümőkór, szerzett vagy öröklött syphilis és annak következményei köszvény, csúz stb. ellen. :: ::

!! A legmodernebb gyógyeszközök !!

Saison május 1.-étől október 1.-ig. :: Felvilágosítást nyújt ::

A fürdőkezelőség.

Dr. v. Gerstel sanatoriuma télen át is nyitva.

Stettler-féle Kefir-Ferment-Tabletták.

Kifogástalan kefirtej saját legolcsóbb készítésére legjobban beválnak a valódi orosz

Stettler-féle Kefir-Ferment-Tabletták.

Egy 72 liter kefirtej részére elegendő doboz ára 2.50 kor. Gyógyintézetek részére a tabletták 1000-kénti csomagolásban is kaphatók. Terjedelmes prospektusok és minták orvosok részére díjmentesen a vezérképviselőség által:

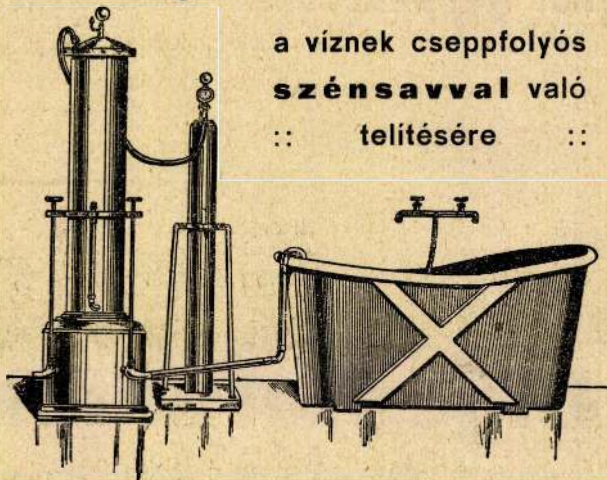
Dr. Fried. Herzig, Wien, IX., Liechtensteinstr. 87.

Kórházi, egyleti csomagolás 1.50.

MALTOCOL LEGOLCSÓBB
LEGTÖKÉLETESEBB
GUAJACOL-PRAEPARATUM.
TARTALMAZ: FAHÉJSAVAS (METOL) MALÁTASZÖRBPEN
7% KAL. SÜLFÓ-GUAJAC. 2% CALC. ÉS NATR. GLYCEROPHOSFOR.
1% NATR. CAMPHOR. STB. AROMÁS ANYAGOT.
KÉSZÍTI: **MARBERGER GYULA** VÖRÖSKERESZT, GYÓGYFAR
UJPEST, VÁCI-UTCA.

ÁRA: **1k.80f.**
Irodalom és minta ingyen.

Szénsavfürdő - készülékek



a víznek cseppfolyós
szénsavval való
telítésére

Dr. Wágner és Zársai Egyesült Gyárak mint betéti társaság
Budapest, IX. ker., Tinódy-utoza 3.
különlegességi gyártmánya.

A legtöbb fürdőhelyen, szanatóriumokban és igen sok magánlakásban bevezetve.

!!! Számos elismerő levél !!!

Tessék a 439. számú illusztrált ismertetést kérni.

**GYÓGYINTÉZET
ALKOHOL ELSZOKTATÁSÁRA.**

Rittergut Nimbsch a. Bober, Sagan mellett (pr. Schlesien) — Absolute kényszer nélkül! Szép erdőszéli tartózkodási hely, Szilézia legegészségesebb vidékén. Prospektusok postafordultával bérmentve.

Orvosi vezető: Dr. L E R C H E egészségügyi tanácsos. 7320

Neurolin Balla

(SYR.
HYPOPHOSPH-POLYBROMAT)
A LEGMEGBIZHATÓBB IDEGCSILLAPÍTÓ ÉS ZSÖNGÍTŐ GYÓGYSZER.
FŐBB JÁVALATOK: ÁLMATLANSÁG, HYSTERIA, ANAEMIA
NEURASTHENIA, HYPOCHONDRIA, MELANCHOLIA
CHLOROSIS, RACHITIS, EPILEPSIA. =

RENDELÉS: Rp. NEUROLIN BALLA LAG. ORIG.
ADAGJA: NAPONTA 3 SZOR EGY ÉVŐKANÁLLAL KEVÉS VÍZBE V. SZÓDAVÍZBE, EVÉS KÖZBEN.

ÁRA EGY ÜVEGNEK 3 KORONA. KAPHATÓ MINDEN GYÓGYSZERTÁRBAN.
IRODALOM ÉS MINTA INGYEN.

EGYEDÜLI KÉSZÍTŐ: **BALLASÁNDOR** GYÓGYSZERTÁRA = =
HÓDMEZŐVÁSÁRHELY.

MARGIT GYÓGYFORRÁS
(BEREGMEGYE)

a gyomor, belek, húgyhólyag s különösen a légző-
szervek hurutos bántalmainál igen jó hatású még
akkor is, ha vérzések esete forog fenn.

Megrendelhető: **Édeskuty L.**-nál Budapesten és a forrás
kezelőségénél Munkácson. 7065

Világhírű

VICHY -források.
A francia állam
tulajdona.

Igazgatóság: Paris, 24 Boulevard des Capucines 24.

Elsőrendű orvosi tekintélyek ajánlják!

Célestins-forrás: Vese- és hólyagbajokban, kösz-
vény és diabetes ellen.

Grande Grille: Májkólika és epekő ellen, alhasi pan-
gásoknál.

Hôpital: Valamennyi dyspepsiás
bántalom ellen.

Forrástermények: { **Fürdő-, ivósók** = =
= = **és pastillák.**

Kapható minden ásványvízkereskedésben és gyógyszerertárban.
Csak akkor valódi, ha a oximkén és dugóborítékon a forrás neve
rajta van.

Tessék pontosan a forrást meg-
nevezni. 3757

HYDROPYRIN | AZ INFLUENZA
SPECIFICUMA
ANTIPYRETICUM
ANTINEURALGICUM |
RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPEST, X.,

Természetes hőfokú 42° C. kénes-
források. 9121

**Köszvény, csúz, bénulás, neur-
algia, ischias stb. ellen.**



Földény május hó 1-én kezdődik; június hó 15-éig
kedvezmények. Prospektussal szolgál a
Fürdőigazgatóság.

Fenyvesek.

A Kárpátok által határolt völgy-
ben festőien szépen fekszik.

Új tulajdonosok. Elsőrangú kényelem.
Dietetikus étterem.

Kitünő a légzési szervek megbetegedéseinél a

Syrupus Guajacoli comp. Hell

(Aphthisin szörp alakban) és

Capsulae Guajacoli comp. Hell (Aphthisin capsulákban.)

Guajacolszereink lényegesen megkülönböztetendők a szokásos készítményekkel szemben a jelenlévő **Stomachicis** és **Petrosulfol** által; az előbbi könnyű emésztést idéz elő; az utóbbi pedig tüdőaffectiók specificuma gyanánt bizonyult. — Tisztelettel kérjük tehát az orvos urakat, miszerint világosan:

Syrupus Guajacoli comp. Hell és Capsulae Guajacoli comp. Hell

rendelni szíveskedjenek. — Adag: 3—4-szer naponta egy teáskanálnyi syrup, vagy 3—4-szer napjában 1—2 capsula.
Részleteladási ára egy üveg syrupnak 3 korona, pénztári csomagolásban 2 korona, egy doboz capsulának 2 korona.

7408

Irodalom és minták ingyen.

Fabrik pharm. chem. Produkte G. HELL & COMP. Troppau und Wien.

A

PARÁDI-ARZÉN

természetes és vastartalmú ásványvíz

minden olyan esetben, mikor arzén-vas adagolása van helyén, legelső sorban jöhet szóba, mert mind vas- mind arzén-tartalomra erősebb minden más ilyen természetű víznél, az összes külföldieket is ideszámítva.

Indikált: Vérbetegségeknek (sápkór, vérszegénység, pseudo-leuchaemia), anyagcsere-betegségeknek, senyves állapotoknál (váltóláz után), női bajoknál (különösen endometritisek és deviatiók kapcsán kifejlődött ideggyengeségeknél és lesoványodásnál), chronikus oszós és köszvényes bajoknál (ha láz nincs), idegbetegségeknek és némely bőrbajoknál.

Kapható gyógyszerárakban és drogeriakereskedésekben.

Főraktár:

Édeskuty L.

császári és királyi udvari szállítónál

Budapest, V., Erzsébet-tér 8. sz.

A

Liquor-Hypnobromid comp. Glück

tartalmazza az idegrendszerre csillapítólag ható megbízhatóbb szereket (paraldehid, bromidok, opium alkaloidok stb.), de a mellett semmi olyasmi benne nem foglaltatik, mi a szívre káros lenne, vagy pedig még hosszabb alkalmazás mellett is a szervezetet károsan befolyásolná. Összhangzó vélemények szerint a legmegbízhatóbb, minden kellemetlen mellékhatástól ment, betegek által szívesen vett specificum, neurasthenia és hysteria esetében. Emelett kitünő altatószer és javalva van az idegrendszer izgalmi jelenségekkel összekötött bántalmainál.

Adagja naponta három kávéskanálról három evőkanálig.

A Digestol Glück

a legtökéletesebb emésztőpor.

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

Adagja étkezés után egy késhegynyi, egész egy kávéskanálig.

Irodalommal és mintával készséggel szolgál:

GLÜCK REZSŐ gyógyszerészeti laboratoriuma
„Szent Péter“ gyógyszerár

Budapest, VIII., Rákóczi-tér 2.



Prof. Krafft-Ebing véleménye: „Kiváló és jóízű hizlító szer a vegyiszta, száraz malátakivonat, minőt a Gehe-féle gyár kitünő minőségben szállít.“

Kiváló táp- és erősítő szer

gyenge egyéneknek és üdülőknek.

Eredeti üvegek $\frac{\text{à } 125.0 \text{ és } 250.0 \text{ gramm}}{2. \text{— és } 3.50 \text{ korona.}}$

Irodalom és minták ingyen.

GEHE & CO. A.-G., vegyészeti gyár, DRESDEN-N.

Triferrin-Maltyl



bevált erősítő szer
a női és gyermekpraxisban

Eredeti csomagolások: $\frac{\text{à } 100.0 \text{ és } 250.0}{3. \text{— és } 5. \text{— korona.}}$

Irodalom és minták díjmentesen.

Ny. J., 19 éves, bérés. Diagnosis: Insufficiencia bicuspidalis et valvular. seminar. aortae. Kisebb fokú decompensatio.

A mérés időpontja	A mérés körülményei	Pulsus- szám	Palpatió		Auscultatiós		I.	II.	III.	IV.
			minimum	maximum	minimum	maximum				
1910 január 9.-én, délelőtt 10 órákor	Mérés a jobb karon, nyugodt fekvésben	100	E.: 70 S.: 90	140	70	146	$\overline{146}$	$\overline{135}$	$\overline{105}$	$\overline{95}$
1910 január 9.-én, délután 12 óra 10 perczkor	Megelőzőleg (10 órákor) két tabl. (à 0-10 gm.) digipuratumot kapott	84	E.: 65 S.: 90	145	65	150	$\overline{150}$	$\overline{140}$	$\overline{105}$	$\overline{85}$
1910 január 9.-én, délután 1 órákor	—	83	—	—	65	155	$\overline{155}$	$\overline{140}$	$\overline{105}$	$\overline{85}$
1910 január 9.-én, délután 1 óra 30 perczkor	—	80	S.: 90	165	75	192	$\overline{192}$	$\overline{170}$	$\overline{130}$	$\overline{95}$
1910 január 9.-én, délután 6 óra 30 perczkor	—	78	—	—	76	195	$\overline{195}$	$\overline{173}$	$\overline{130}$	$\overline{95}$
1910 január 9.-én, délután 6 óra 40 perczkor	A három szabad végtag leköté- sével felidézett gyűjtőeres pan- gás alatt	78	—	—	74	175	$\overline{175}$	$\overline{160}$	$\overline{125}$	—
1910 január 9.-én, délután 6 óra 50 perczkor	A végtagok felszabadítása után	75	S.: 95	175	80	187	$\overline{187}$	$\overline{168}$	$\overline{124}$	$\overline{90}$
1910 január 10.-én, délelőtt 9 órákor	Mérés a jobb karon, nyugodt fekvésben	76	S.: 90	160	75	170	$\overline{170}$	$\overline{160}$	$\overline{120}$	$\overline{80}$
1910 január 10.-én, délelőtt 9 óra 10 perczkor	Mérés két karóvval; a felső öv 120—110 mm. Hg.-nyomásra beállítva	—	—	—	0*	143	$\overline{143}$	—	—	0
1910 január 10.-én, délelőtt 9 óra 15 perczkor	A felső karóvben 110—100 mm. Hg.-nyomás	—	—	—	0	150	$\overline{150}$	$\overline{130}$	$\overline{95}$	0
1910 január 10.-én, délelőtt 9 óra 30 perczkor	Mérés rendes módon egy övvel	—	—	—	68	165	$\overline{165}$	$\overline{156}$	$\overline{115}$	$\overline{85}$

Jegyzet: E. = Ehret szerint; S. = Strasburger szerint. *Két karóvval való mérés alatt a nyomásminimum természetesen nem határozható meg, mert a felső karóv nyomása miatt egész le, a 0 fokig kapunk hangot.

Archiv. 126. kötet. 197. 1. 1909. — 14. Waller: Phil. transact. of the Royal Soc. of London. 180. kötet 169. 1. — 15. Hoffmann A.: Die Kritik des Elektrokardiogramms. 26. Kongress f. inn. Med. 1909. — 16. Grau: Über den Einfluss der Herzlage auf die Form des Elektrokardiogramms. Zeitschrift für klinische Medizin. 69. kötet. 3. és 4. füzet, 281. 1. 1909. — 17. Plesch: Bestimmung des Herzschlagvolumens. Deutsche med. Wochenschrift. 1909. évf. 6. sz. 239. 1. — 18. Korányi u. Richter: Physiologische Chemie und Medizin. Leipzig, 1908. II. kötet. — 19. Kottmann: Korrespondenzblatt Schweizer Aerzte, 1907. évf. 4. sz. — 20. Müller A.: Über Schlagvolumen und Herzarbeit des Menschen. Deutsches Archiv für klinische Medizin. 96. kötet. 1. és 2. füzet. 127. 1. — 21. Ritóók: Az élőbeli vérnyomás-meghatározás értékéről. Orvosi Hetilap. 1909. évf. 34. sz. 589. 1. — 22. Moritz: Deutsches Archiv für klinische Medizin. 81—82. kötet. — Ugyanaz. Münchener med. Wochenschrift. 1908. évf. 10., 14. sz. — 23. Dietlen: Veränderungen am Zirkulationsapparate bei Lagewechsel. Deutsches Archiv für klinische Medizin. 97. kötet. — 24. De Agostini: Orthodiographische und radiographische Untersuchungen etc. Zeitschrift für experim. Pathol. und Therapie. 7. kötet, 1. füzet. 159. 1. 1909. évf. — 25. Masing: Über das Verhalten des Blutdrucks des jungen und des bejahrten Menschen bei Muskelarbeit. Deutsches Archiv für klinische Medizin. 74. kötet 253. lap. — 26. Moritz O.: Der Blutdruck bei Körperarbeit. Deutsches Archiv für klinische Medizin. 77. kötet, 339. lap. — Gräupner: Die mechanische Prüfung und Beurteilung der Herzarbeit. Berliner Klinik. 174. füzet. 1902. — 28. Gräupner u. Siegel: Über funktionelle Untersuchung der Herzarbeit. Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Pharmacie. 30. kötet, 1. lap. 1906. Ugyanaz. Funktionelle Bestimmung der Leistungsfähigkeit der Herzkranken. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. évf. 26. sz. — 29. Münzer: Über Blutdruckmessung und ihre Bedeutung etc. Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie. 4. kötet, 1. füzet, 134. lap. 1907. — 30. Rumpf: Die Behandlung der Herzneurosen. Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. évf. 52. sz. — 31. Sanford: Sphygmomanometrische Blutdruckmessungen bei verschiedener Körperhaltung. Journ. Am. Med. Ass. Chicago, Nr. 7. Ref.: Münchener medizinische Wochenschrift. 1908. évf. 20. sz. 1091. 1. — 32. Singer: Über den Einfluss des Trainings etc. Zeitschrift für klinische Medizin. 48. köt.

3—4. füzet, 321. 1. 1903. — 33. Franze: Estimation of the functional power of the heart by the aid of orthodiagraphy. Edinb. med. Journ. 19. kötet. 3. sz. 1906. — 34. Waldvogel: Wie prüfen wir in der Sprechstunde die Function des Herzens? Münchener medizinische Wochenschrift. 1908. évf. 32. sz. 1677. lap. — 35. Fischer: Die auskultatorische Blutdruckmessung etc. Zeitschrift für physik. u. diät. Therapie. 12. kötet. 7. füzet. 1908.

IRODALOMSZEMLE.

Könyvismertetés.

Die Procto-Sigmoskopie und ihre Bedeutung für die Diagnostik und Therapie der Krankheiten des Rektum und der Flexura sigmoidea, von Prof. H. Strauss in Berlin. Mit 54 Textfiguren, 1 Übersichtsbild und 37 farbigen Abbildungen. Leipzig, 1910. Verlag von Georg Thieme. Preis: 7.50 M.

A sigmoidoskopiának ma már 1¹/₂ évtizedes múltja van, és ha ennek daczára a flexura sigmoideának az endoskopiája iránt az érdeklődés ma még távolról sem olyan, mint a milyet ezen vizsgáló eljárás fontossága és szükséges volta megérdemelte, ennek a körülménynek legalább egyik okát talán nem hiába keressük abban, hogy az e tárggyal összefüggő kérdéseket *tankönyvszerűen* tárgyaló monographiákkal, melyek a tárggyal való gyakorlati foglalkozáskor megbízható vezetők gyanánt volnának tekinthetők, alig rendelkezünk. Nem tekintve a különböző folyóiratokban elszórtan megjelent számos kisebb közleményt, a mit a német irodalom eddig e téren *összefoglaló alakban* produkált, az *Schreiber* nevéhez fűződik. *Schreiber*-nek „Die Rektomanoskopie“

A tápláló suppositoriumokról ír Boas tanár. A tápláló klysmáknak több rendbeli hátránya birta rá a szerzőt, hogy tápláló suppositoriumokkal kísérletezzon. A suppositoriumok alkotórészei: fehérje, a mely — főleg kismennyiségű konyhasó hozzáadására — éppen oly jól felszívódik, mint az albumosék, azután dextrin, a mely sok tapasztalás szerint valamennyi szénhydrat közül a legkevésbé izgat, végül jófajta cacao-olaj. A végbél nagyfokú érzékenysége esetén 5 csepp opium-tinctura adható minden suppositoriumhoz. Az analysis szerint egy-egy suppositorium 46·2 caloriát tartalmaz, minthogy pedig naponként 5-öt adhatni (egy-egy suppositorium felszívódása 3—4 órát vesz igénybe), naponként körülbelül 230 caloriát juttathatunk a szervezetnek. Ez ugyan nem sok, de klysmá alakjában sem vihető be 200 caloriánál több. A suppositoriumok használatakor természetesen a szervezet vízszükségletéről sem szabad megfeledkezni; e célból a szerző reggel 1 órával az első suppositorium alkalmazása előtt és későn este az utolsó suppositorium után 1/2 liter physiologiai konyhasó-oldatot folytat be lassan a bélbe. (Berliner klinische Wochenschrift, 1910. 14. sz.)

Idegkórtan.

A neurasthenia gyógyításáról Veraguth (Zürich) a következőket írja. A neurasthenia ellen szereink egész fegyvertárával kell sikra szállanunk. Ezt most különösen hangsúlyozni kell, mert a psychotherapiával foglalkozók azt hiszik, hogy nemesak lemondhatnak a többi gyógyszerkőről, hanem az alkalmazásának ellent is mondhatnak. A hygiene áldásait nem kell magasztalnunk, hiszen mindenki elismeri a nagy hasznát, de a víz, levegő és fény jó oldalait nem kell annyira kiemelni, hogy a neurastheniás hajadonfővel és Kneipp-szandálokban járjon. A hő- és erőművi ingereket rosszul becsülik, a mikor csak arra gondolnak, hogy ezek reflektoros úton az érmozgatókra hatnak és a helyes vérelosztást szolgálják. Ezek másképpen is hatnak az idegrendszerre. Nagyon megjegyzésre méltó, hogy a fizikai hatást egyszerű módszerekkel éppen úgy el lehet érni, mint komplikált eljárásokkal. A félfürdő például egyike azon egyszerű és kellemes proceduráknak, a mely fokozatokban alkalmazva legalább a neurastheniában minden egyéb eljárást pótolni tud. A villamosítás módjai közül erre a célra az általános farádozás a legalkalmasabb. Hosszabb idejű általános farádozás az erek hypertoniáját leszállítja, de ez korántsem oka az egész hatásnak, mert a psychés befolyás sokkal többet tesz. A kémiai eljárásokban is rendkívül nagy szerepe van a szuggerálásnak. A magaslati klíma az első időben a vörösvérsejteket szaporítja, de nem csak ezen az úton hat az ideges emberre. A masszálás és tornázás nemesak a szív működés emelésével hoz jó eredményt.

A szeszől való tartózkodást minden ideges embernek ajánlani kell, a dohányt ellenben csak akkor tiltjuk el, ha a beteg érzi a kellemetlen következményeit, mint a milyen a szivdobogás, fejfájás, bélgöres. Ez áll a kávéra és teára is. Van, a ki az ideges embert a sötét húsoktól eltiltja, vagy egészen tésztára fogja, a minek nincs igen értelme. Néha orvos ad olyan tanácsot az ideges embernek, hogy az a „reizlose Kost“ keresésében már enni sem mer. Azokon a helyeken, a hol a neurastheniát kezelik, sokszor igen czélszerűtlen ilyen diaetákat gondolnak ki a vezetők.

A gyógyszerek közül az arsen és a vas foglalnak el előkelő szerepet. Nem volna helyes ezeket elhagyni azon az alapon, hogy az idegesség amúgy is csak psychés baj.

A psychotherapia minden rendelésben befoglaltatik. Erre szolgál még a nyugalmi kúra, a milieuszabályozás, a beteges képzeletnek logikai megdöntése, az öntudat befolyásolása és a munkatherapia.

A nyugalmi kúra és táplálásjavítás a Weir-Mitchell-eljárás alapján történhetik. Ez csak olyanoknak való, a kiket külső testi, psychés, érzésszerű ingerek tettek beteggá, a többinek nem nagyon használ az izolálás és ágyban fekvés. Bizonyos ponton túl a nyugalom káros is lehet. A túlhoszú fekvés után tréning kell a szervezet használatakor. A nyugalmat az idegen milieu is biztosítja, mert abban a környezetben, a hol a beteg baját kapta, öntudatlanul is állandóan ki van téve a káros inger ismétlődésének. Olyan tárgyak, a melyekre a beteg nem is tekint, emlékezetbe idézhetnek valami eseményt, a mely a baj kifejlésztésében részt vett. Minthogy a sanatoriumi tartózkodás drága, ne ajánljuk azt olyannak, a kinek

ez az anyagi áldozat utólag vagy a kúra alatt gondot okoz. A szegény ideges ember számára még nem gondoskodtak kellő elhelyezésről. A sanatorium nincs mind jól építve, lármá áthallása a falon, seborvosi betegekkel való érintkezés és az ily betegek állandó látása nem jót tesz a betegnek. Az elkülönítést fokozni kell tudni. A beteg magányos szobában lehet, vagy kórteremben lehet izolálva. Az izolálás a többi betegtől egész napra vagy csak napszakokra szólhat. Az ápoló személyzetnek jól kell betanítva lenni, hogy a kedélyre is jól hassanak. Kép, virág vagy valami más kellemes díszítés ne hiányozzék a beteg szobájából.

A beteget, a míg a szobában tartózkodik, kevés inger éri és így a jó benyomások iránt fogékonyvá válik. Ha a világ iránt érdeklődni kezd, ez a javulás jele. Érdekes, hogy a sanatorium szép fekvése addig, a míg a javulás meg nem indul, sokszor milyen kevésbé hat, mert hiányzik a fogékonyosság a kellemes ingerekre. Az idegesség bizonyos szakában a zenével szemben kifejezett ellen-szenvet tapasztalni. Némelyik asszony egy pár akordtól, sőt a víg zenétől is sirva fakad. Van, a kit ingerel a muzsika, akár rossz, akár jó, akár könnyű, akár nehéz. A javuláskor azonban a zene még a rossz hallású és zeneileg műveletlen betegre is jóhatású szokott lenni. Erre a célra inkább a könnyű és classikus muzsika alkalmas, régi olaszok és németek, Bach-Bethoven munkái, míg a modern dolgok inkább izgatók.

A logikai meggyőződés alapján álló psychotherapiának Dubois és tanítványai a szószólói. Ők azt mondják, hogy az ideges ember azért beteg, mert hibás a logikája. Ez áll az ok nélkül aggodalmaskodókra, a kiket valóban meg lehet néha győzni okos beszéddel. De van olyan megcsontosodott képzet is, a mely nem hajlik meg a józan ész előtt. Az, a ki gyermekkorától nem tud magán uralkodni és némely abusust megszokott, attól nehezen tér el. Ide tartoznak a későn kelők, sokat evők, italban és nemi élvezetben fiatal kortól fogva mérsékletet nem ismerők. Raymond mondja, hogy „ceux, qui savent se maîtriser“, még ha örökléstől sújtottak is, kiszabadíthatják magukat a neurastheniából. Néha logikai meggyőzéssel bölcseleti megnyugvást ér el a beteg, a mitől megjavul az idegessége. Erre annak van szüksége, a kit állandóan nyom valami kellemetlenség, szerencsétlen életkörülmény, például rosszul sikerült házasság, anyagi gondok.

Sokszor mindez ebben a formában semmit sem ér, de ha az orvos állandóan hangoztatja nézeteit, mutatja nyugalmát, derült kedélyével és jószágával áll betege mellett, előfordul, hogy az orvos jó philosophiája átragad betegre is, nem a rábeszélés révén, hanem egyébként, psychés úton. Türelemmel és optimizmussal bíró orvos önkéntelenül türelmet és optimizmust vihet némely beteg psychéjébe. A hypnosissal is lehet valamit elérni, bár ma már nem sok barátja van.

Freud és Bleuler a másodlagos vagy alsó öntudatot vizsgálják a psychoanalysissal. Azt hiszik, hogy álmokból és reactio-szók-ból lehet ennek a homályait kikutatni. Szerintük minden tárgynak az álomban symbolos jelentőséget kell tulajdonítani, a mely mögött nemi gondolatok lappanganak, így az orvos teljesen önkényesen járhat el magyarázataiban. Berrola azt kívánja, hogy a beteg maga magát elemezze. A Freud-eljárásnak az a kára is megvan, hogy a beteg orvosától állandóan függő helyzetbe jön. Veraguth ez eljárások káros voltát egyáltalán nem eléggé domborítja ki.

A psychotherapiának más faja, a melylyel a beteg magát hibás képzetéből kiragadja, a Möbius és Forel alapította munkatherapia. Ez Zürichben a Grohmann-féle intézetben vette kezdetét. Azóta több hasonmása keletkezett. Felhasználható minden izommunka produktív jelleggel, például kertészet, asztalososság, sportok, továbbá szellemi munka, például művészet, irodalom, tudomány. A testi munkát mesterembernél tanulja meg a beteg. Az intézetben jó és az orvosnak alárendelt mesteremberre van szükség, a ki nem csak a munkájához ért, de a hozzá beosztott beteget is megérti. Ilyet nehéz találni. A nem produktív izommunka nem sokat ér. A sportok közül a tenisz, lovaglás, vívás, a téli sportok közül az értelmesekek jól használhatók. Ez mind többet ér, mint a szabad-és szertornázás, a mely mintegy elvont és nem mindenkin kapcsol magához kellemes érzésszínezetet. A testi munkának többek közt két nagyon fontos jó oldala van, a mennyiben a széklet szabályozza és elnyomja a nemi túlérzékenységet. A szellemi munkában kifáradt embernek nem egyszer üdülés az erőteljes izomműködés.

A testi munka élvezetes legyen és akkor a jó kedvet és önbizalmat emeli, az érdeklődést leköti és eltereli a kóros gondolatoktól, az „Unlustaffekt“-nek mintegy levezetője lehet.

A passiv élvezetek, például az olvasás, jó lehet, de kevesebbet ér, mint az activ, például a rajzolás megtanulása stb.

Fontos a beteget rászoktatni, hogy munkájával az időt kihasználja, és a nappalát jól beosztja. Az activ és receptiv munka is beosztásra szorul. A betegnek azt is meg kell tanulnia, hogy mikor volt elég a munkából. Ez olyan dolog, a mi nem mindig könnyű feladat. Nehéz az az időpont, mikor a sanatoriumi munkás a szabad életbe kerül és nehéz, hogy a felügyeletet megszokott beteg felügyelet nélkül is éljen tovább a helyes beosztással. A munka minőségét és időtartását nehéz meghatározni. Megkezdése előtt a betegnek kipihentnek kell lennie. Ezért a munkába csak bizonyos nyugalmi szak után lehet merülni. A munka minőségét tulajdonképpen a beteg maga állapítja meg, mikor rájön arra, hogy mihez van kedve.

A munkatherapia csak egy ága a psychotherapiának. Olyan ága, a melyben a beteg magamagát ragadja ki a bajból. Habár így az orvos bizonyos fokig háttérbe szorul is, mégis állandóan ellenőriznie kell a munkaválasztást, az előhaladást és a beteg állapotát. De igyekezni kell, hogy a beteg önállóvá legyen és saját talpára álljon, hogy idővel az állandó felügyelettől független lehessen. A munkatherapia a psychotherapiának az a neme, a melyet aránylag könnyebb alkalmazni ott, a hol sok beteg áll egy orvos kezelése alatt. Ez legyen a szegénysorsúak számára emelt idegintézetek első programja. Rosszá válik, ha a kezelés sablonos lesz és az egyes esetre nincs az orvosnak kellő gondolja és még rosszabb, ha az ilyen intézetben a munkán kívül elhanyagolják a többi kezelésmódot. Ilyen intézeteket felállítani sürgős kötelesség, mert sok a szegény ideges beteg, a ki ma semmi gyógyintézetben sem nyer elhelyezést és mert nem lehet mindenkit ambuláns kezelni és nagy ambulancián nincs is idő a beható psychotherapiára, sok szegény ideges ember kezelés nélkül marad.

A prophylaxisban a hereditás mellett a nevelésnek van óriási szerepe. De ez magában is nagy tárgy, a mely már nem fér el e cikk keretében. (Ergebnisse der inneren Med. u. Kinderheilk. 3. k.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A kerek gyomorfekély pathogenesisét kísérletileg tanulmányozta Zironi. A van Ijzeren által először megkísérelt rekesz alatti vagusresectiót akarta első sorban kontrollvizsgálatokkal kipróbálni, másfelől azt tanulmányozta, vajjon kísérleti vérszegénység mellett állandóbban képződik-e a gyomorfekély a vagusresectio után s vajjon minő befolyása van az anaemiának a már fennálló fekélyekre. Kísérletei szerint az operált állatok 63%-ában sikerül olyan kerek gyomorfekélyt létrehozni, a melynek makro- és mikroszkopi jellege igen hasonlít az emberi gyomor peptikus fekélyéhez. A mesterséges anaemia rekeszalatti vaguskiirtás nélkül sohasem vezet gyomorfekély képződésére, sem a gyomornyálkahártya más szabad szemmel látható sérülésére, de a már meglévő fekély állapotát súlyosbítja. Már fennálló anaemia mellett nem sikerül a vagusresectióval az operált házinyulak nagyobb százalékán gyomorfekélyt létesíteni, mint egészséges állatokon, de a fekély határozottan nagyobb. (Arch. f. klin. Chir. 91. k. 3. f. 1910.)

Makai.

A golyvavérzésről értekezik Brünig egy idevágó esete kapcsán. A 31 éves férfi, kinek absolute semmi zavart sem okozó, lényegtelen kis strumája volt 10 év óta, katonai gyakorlaton éles töltesű puskát lö ki, s közvetlen utána hazafelmenet az az érzése támad, hogy gallérja szűk és nehezen lélezkedik. A jobb pajzsmirigyfél ökölnyi, igen fájdalmas duzzanata a légszövet 3 cm.-nyire balra eltolja; a nyaki és mellkasi bőrgyűjtőerek kiszűnyira tágultak, a beteget erős légszomj gyötéri. Nyugalomra, jégtömlőre és morphin alkalmazására a súlyos tünetek enyhülnek. Három hét múlva a hatalmas friss vérzéses göcöt tartalmazó golyva kiirtása. A golyvavérzés okai lehetnek belsők és külsők. Az első csoportba tartozik mindaz, a mi a nyaki és így közvetve a golyvabeli gyűjtőerek pangására vezet (köhögés, testi megerőltetés, énekülés,

trombitálás), a külső okok közé a közvetett és közvetlen sérülések sorozhatók. A klinikai lefolyás attól függ, hogy a vérzés megáll-e, vagy pedig újabb utóvérzések jelentkeznek. A teendő: súlyos esetekben azonnal műtét, egyébként nyugalom, várakozás, de folytonos készenlét a műtetre, mint féregnyúlványgyulladás eseteiben. (Arch. f. klin. Chir. 91. k. 3. f. 1910.)

Makai.

Fizikai és diaetikai gyógyításmódok.

A szénsavas-sósfürdők tartós utóhatásáról ír Schuster (Nauheim). Ha szénsavas-sósfürdőkkel tartós hatást kívánunk elérni, óvakodnunk kell attól, hogy sablonszerűen alkalmazzuk őket. Még a gyógyítás ezen terén jártas orvosnak is azon betegét, kit ismer és a kit ilyen fürdőkkel már kezelt, ha újra jelentkezik, alaposan kell arra nézve megfigyelnie, hogy miképpen reagál a szénsavas fürdők alkalmazott módjára. Éppenséggel kárhöz-tatandó tehát az, ha valamely beteg egy másik betegnek ajánlása szerint orvosi ellenőrzés nélkül használ ilyen fürdőket. Kellemetlen csalódások elkerülésére ezen kúrából már eleve ki kell zárni azokat, a kik a szénsavas fürdőkkel való kezelésre alkalmatlanok. Az, hogy valamely beteg kívánatos módon reagál-e a szénsavas fürdőkre, a szerző véleménye szerint manapság még mindig biztosabban állapítható meg orvosi éleslátással és tapasztalás alapján, mint számadatokkal, görbékkel vagy képekkel, a melyeket sphygmograph, manometer vagy electro-cardiogramm illetve Röntgen-felvétel útján nyerünk.

A szénsavas-sósfürdők általában a vérkeringés zavarainak mindazon eseteiben ajánlatosak, a melyek szívgyengeségből erednek, feltéve, hogy a szív izomzatának még elegendő tartalék-ereje van. Hogy a szívgyengeség izomfajulás, billentyűelgtelenség, functionális zavar vagy a szervezetet gyengítő betegségek (idősült mérgezés, ragadós betegség, anyagcserezavar) következtében keletkezett-e, az az indicatio szempontjából mellékes. A szénsavas fürdők hatása ugyanis mindezen esetekben végeredményben arra irányul, hogy a szív a vele vitalisan összefüggő, kompenzáló vérrendszerrel való együttműködésben nyugodt, egyenletes és erélyes munkára serkentés és hogy a szív izomzata annyira működni tudóvá tétessék, hogy a szükséges munkának megfelelhessen. Azon esetekben, a melyekben a szív izomzata már oly mérvben fajult el, hogy elegendő tartalék-erő már nincsen benne, a szénsavas-sósfürdőtől hasznót nem várhatunk. Aorta-aneurysma és a koszorú-érerek elmeszesedése esetén, ha e bajok már súlyos angina pectoris és cardiális asthmát okoznak, ezen fürdők nem ajánlatosak. De jót tesznek érlemeszesedés esetén, ha szem előtt tartjuk, hogy ez esetekben csak enyhén ható, kiméletesen gyakorló fürdőt szabad rendelnünk, hogy a víz hőmérsékének tehát az indifferens fokhoz közel kell állania. Kedvezően hatnak még a szénsavas fürdők a neurasthenia, hysteria, anaemia, chlorosis is idősült mérgezés következtében keletkezett szívneurosisra is. (Medizinische Klinik, 1910. 15. szám.)

Lenkei V. D.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A fersan-porral és a jod-fersan-pastillákkal a bécsi poliklinika gyermekbeteg-ambulatoriumán szerzett tapasztalatairól számol be Soucek. Főleg scrofulosis, tuberculosus és lues eseteiben használta, mint a mely bajok csaknem mindig együttjárnak többé-kevésbé súlyos anaemiával. A kezelés kedvező befolyása az étvágyra, a vérképződésre és az általános állapotra csaknem minden esetben kifejezett volt. A fersan-porból 2—4 késhegynyi adott reggel, délben és este 1/4 órával az evés előtt; a jod-fersan-gyermekpastillákból pedig többnyire 2 bizonyult elegendőnek, naponként 3—4-szer. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1910. 9. szám.)

A kiütéses typhus gyógyítására Morsly az úgynevezett fixációs tályog készítését ajánlja a szokásos módon, tudniillik terpeninnek bőr alá fecskendezésével. Ily módon kezelt 50 betege közül 47 meggyógyult és csak 3 halt meg; ez utóbbiak a kezelés megkezdésekor már olyan rossz állapotban voltak, hogy nem sikerült rajtuk terpeninnel genyedet előidézni. (Bulletin de la société de pathologie exotique, III. kötet, 3. szám. Ref. Berlin. klin. Wochenschrift, 1910. 16. szám.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1910 április 18.-án) 311. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XII. rendes tudományos ülés 1910 április 2.-án) 311. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (1909 január 27.-én tartott I. ülés.) 313. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1910 április 18.-án.)

Elnök: **Entz Géza.**

Jegyző: **König Gyula.**

Orvosi tárgyú előadás volt **Udránszky László** lev. tag székfoglaló értekezése: „**A fájdalomérzés egységértékének kérdése**“. Előadta, hogy a vegyes fájdalomnak egyik fajtáján, tudniillik a melegfájdalom meghatározni törekedett az inger intenzitása fokozásának azt a mértékét, a mely az időegységben szükséges a végből, hogy az egyszerű melegérzéshez jól észrevehető fájdalom csatlakozzék, vagyis, hogy melegfájdalom gerjedjen. A vegyes fájdalom kiváltásához szükséges ingerfokozásnak az idő egységére jutó részét rövidség okából a fájdalomérzés, helyesebben a vegyes fájdalom egységértékének nevezi. Ez tehát tulajdonképen az időre is vonatkoztatott fájdalomküszöb, vagyis fájdalomidőküszöb. Célyszerűbbnek látszik azonban a „fájdalomidőküszöb“ jelzőnek használatát annak az időnek jelzésére korlátozni, a meddig valamilyen állandó, nem változó intenzitású ingernek az idegkészülékre hatnia kell abból a czélből, hogy az inger minősége és az ingerfelületnek nagysága szerint tiszta, vagy vegyes fájdalom gerjedhessen.

Udránszky a melegfájdalom egységértékének kiszámítására azokat a kísérleti adatait használta fel, a melyeket a száj szervei melegérzékenységének és melegfájdalomérzékenységének tanulmányozása közben¹ gyűjtött. Számításaiban csakis azokat a küszöbértékeket vette tekintetbe, a melyeknek följegyzése során kellően ellenőrizhette, hogy a fokozatosan emelkedő hőmérsékletű víz a praecisiós hőérzésmérőn 4.9 cm³-nyinél nagyobb és 18.79 cm³-nyinél kisebb másodpercztérfogattal áramlott át. Idevágó kísérleteiben ugyanis azt tapasztalta, hogy a sokféle kísérleti hiba, a melylyel a vizsgáló eljárás természeténél fogva is kapcsolatos, az említett határokon belül legkielégítőbben elkerülhető, illetve apasztható. A hőérzésmérőnek ingerfelületként szereplő véglapja valamennyi kísérletben 4.9 mm²-nyi volt. A száj szerveinek nyálkahártyával borított felületein gyűjtött küszöbértékek az egységérték kiszámítására alkalmasabbak, mint a bőrrel borított testfelületen végzett kísérletek során nyerhető küszöbértékek. Azok az akadályok, a melyekre a fokozatosan előretörő hőmérsékletváltozás az idegkészülékig való eljutásában talál, a nyálkahártyákon sokkal egyenletesebbek, mint a bőrön, a melyen a szarusodásnak és még számos másfajta tényezőnek sokféle változata a különböző felületrészeknek érzékenységében nehezebben áttekinthető eltéréseket létesít.

772, részben a középvonalban, részben a jobb, részben a bal oldalon végzett kísérlet eredményének figyelembe vétele alapján kiderült, hogy a melegfájdalomnak egységértéke az említett feltételek között és az említett testfelületrészen végrehajtott kísérletekben középértékben 0.762 volt, vagyis az ingerként alkalmazott tárgynak hőmérsékletét 1°-ben 0.76°-kal kellett emelni, hogy az egyszerű melegérzés melegfájdalomba csapjon át. Ama különbség alapján, a mely a melegfájdalom egységértékében, a középvonalban végzett 38 kísérletben (0.735), a jobb oldalon végzett 373 kísérletben (0.744), és a bal oldalon végzett 361 kísérletben (0.786), az egységértéknek mind a 772 kísérlet eredménye alapján kiszámított középértékével szemben tapasztalható, mondhatnók, hogy az egységérték a bal oldalon valamivel nagyobb, mint a jobb oldalon, illetve a középvonalban; kétségtelenül czélyszerűbb azonban, ha az általános következtetéstől tartózkodunk, mivel a középvonalra aránylag kevesebb kísérlet jutott, mint a bal illetve a jobb oldalra, a mely két utóbbi területrészt majdnem egyforma számú kísérlettel van képviselve.

Ha az 1—1°-on talált melegküszöbök alapján végzett kísér-

¹ Dolgozatok **Purjesz Zsigmond** negyedszázados tanári működésének emlékére. Budapest, 1906. 635—680. l.

letekből csakis azokat méltatjuk, a melyekből mindenik fokozatra legalább tíz jutott és az egységértékeket az egyszerű melegérzésnek küszöbértékét jelző hőfokkal viszonyba hozzuk, kitűnik, hogy a melegfájdalom egységértékének középértéke a 39—52.9° között nyert melegküszöbökkel indult kísérletekben igen csekély eltéréssel közel ugyanaz, az 53—59.9°-on nyert egyszerű melegérzéshez csatlakozott melegfájdalomnak egységértéke ellenben az átlagos középértéknél jóval tekintélyesebb volt. A jobb és a bal oldalon végzett kísérletek eredményeit feltüntető két görbe között jellemző elterés van; egyben azonban a két görbén bizonyos hasonlatosságra is akadunk. A melegfájdalom egységértékének a melegküszöb emelkedésével kapcsolatos nagyobbodása mind a két görbén jól szembeötlő. Ha egyáltalán megengedhető, hogy a melegfájdalmat a „forró-érzés“-sel összehasonlítsuk, a mely érzésfajta tudvalevően az egyszerű melegérzés és a melegfájdalom között átmenetként szerepel, nem egészen érdektelen, hogy **Alrutz**, a ki a „forró-érzés“-t legtűzetesebben tanulmányozta, azt tapasztalta, hogy a „forró-érzés“ küszöbe a bőr hőmérsékletével egyenes arányban emelkedik és apad.

A melegfájdalom egységértékének méltatásában azt a sokféle tényezőt is figyelembe kell venni, a mely az idegkészülék ingerlékenységét módosítva, a melegfájdalom küszöbértékét megváltoztathatja. Ilyen tényező mindenek előtt az illeszkedés. Ennek elemzése külön tanulmányt igényel, mert a követett kísérleti eljárás az illeszkedést egymagában véve is már mintegy kihívja. A melegfájdalom egységértékének a magasabb melegküszöbökkel kapcsolatosan tapasztalható nagyobbodása nyilván ennek az illeszkedésnek kifejezője.

Mint hogy a kísérletek folyamán a melegfájdalom kísérletében gerjedt minden társérzés is figyelembe részesült, ezeknek a melegfájdalom egységértékére való hatása szintén méltatható. Különösen említésre méltó, hogy a melegfájdalom egységértéke abban a 14 esetben a 772 közül, a midőn a meleggel való ingerlés ízérzést is gerjesztett, az illető melegküszöbérték-fokozatra egyébként vonatkozó közép számnál kisebb volt. Majdnem még kifejezettebb és ugyancsak ilyen értelmű hatása volt a viszketésnek is, a mely a 772 eset közül 7-ben a melegfájdalomhoz csatlakozott, illetve azt részben meg is előzte.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XII. rendes tudományos ülés 1910 április 2.-án.)

Elnök: **Friedrich Vilmos.**

Jegyző: **Rotter Henrik.**

Az orrgaratür és gége endoskopiás vizsgálata betegbemutatással.

Zwillinger Hugó: Azon törekvés, mely oda irányul, hogy az orrgaratüregről, az epipharynxról jó és áttekinthető képet kapjunk, könnyen érthető, ha meggondoljuk, hogy a lenyomott nyelv mellett a garatba bevezetett kis tükrök csak mozaikszerű, azaz kis képekből összeállított, bizonyos tekintetben korlátozott összképet ad, még akkor is, ha a Czermak szerkesztette invitorlahorgot, a Störk eljárását, a Whithead-féle rögzítő műszert alkalmazzuk. Az úgynevezett rhinoskopia posterior oly gyakorlatot igényel, hogy a vizsgálatot megkönnyítő érzéstelenítés mellett is csak a szakorvos végezheti megfelelő módon, s néha ez is, különösen kis gyermekeken, nehezen legyőzhető akadályokba ütközik.

Még fogyatékosabbá válik a rhinoskopia posterior, ha az orrgaratüregben szemünk ellenőrzése mellett műtétet akarunk végezni. Ezen körülmények ösztökélték Lindt-et, hogy az ő eljárását, a rhinoskopia directát ajánlja, mely abból áll, hogy megfelelő világításnál a beteg fejének excessiv hátrahajlítása mellett, ha invitorláját a Lindt által szerkesztett horog segítségével előre húzzuk, az orrgaratüregbe közvetlenül betekinthezünk, s az ott székelő megbetegedéseket kezel-

hetjük. Lindt eljárását a Kirstein-féle autoskopiával egyenértékűnek mondja. Katzenstein ezen eljárást lecsüngő fejen alkalmazza. Ide sorolandó a Gyergyai által az Orvosi Hetilap 1910. évi 9. számában közölt módszer. Ő szintén lecsüngő fej mellett, az inyitorlát előre húzva, 8—10 cm. hosszú, 4—12 mm. átmérőjű csöveket vezet be az orrgaratüregbe, s a Brünings-féle lámpával világít; de szintén csak mozaikszerű képet kaphat, lévén a csövek átmérője 8—12 milliméter, s bizonyos részeit az epipharynxnak egyáltalában nem látja, mivel a csövek mozgásában részben akadályozva van. Módszerének gyakorlati használhatósága, nézetem szerint, szintén nem nagy, az orrüregben székelő megbetegedések rendszeres kezelésére alkalmatlan, mert a betegre nézve túlságosan kellemetlen; operatív beavatkozásokról eddig nem referált, az iksontöböl alsó falának általa ajánlott eltávolítása sem czélszerű, mert az iköböl az orrüregen át kényelmesebben hozzáférhető, fala az ostium táján vékonyabb, jobban ellenőrizhető, a geny sem ürül így a gyomorba.

A cystoskop segítségével elért eredmények alapján Hirschmann-nak az a gondolata támadt, hogy a proc. alveolarison keresztül készített nyílason át bevezetett kis műszerrel az antrum falait megvizsgálja (antroszkopia); ez a módszer kitűnően bevált. Ez úton haladt Valentin is, ki a tubanyílás magatartásáról érdekes tanulmányt irt (salpyngoszkopia). Módosította, tökéletesítette és használhatóvá tette ezen műszert Harold Hays.

Magam Garel-nek közleménye által lettem ezen módszerre figyelmessé, s ha tekintetbe vesszük, hogy ezen műszer segítségével az egészen gyakorlatlan orvos is megtekintheti a géget, felismerheti az oedemat, daganatokat, idegen testeket stb., akkor a francia kollega közleményének címe (Une révolution dans la rhinoskopie postérieure) nem túlságosan fellengző.

Hays műszere három részből áll. Az első egy keskeny nyelvlapocshoz hasonló vízszintes rész, melynek végén két igen kis, négy voltos szabad Mignon-lámpa van alkalmazva, a melyeknek vezetőke két oldalsó esőbe van foglalva. Ezen részre erősíthető egy fogantyúnak szolgáló rész, melynek végén villanyos kapocs, s közepén árammegszakító van alkalmazva. Az első vízszintes rész csöves, ezen csövön keresztül vezethető a teleskop, melynek elől egy okulárja, hátul, tehát a két lámpa között, egy teljes reflexiójú prizmából, s igen kiesiny lencséből álló objektívje van. Ezen optikai szerkezet a csőben forgatható. Ha a készülék a nyelvgyökön fekszik, a nyelvgyököt kissé lenyomva, hátratuljuk, míg két-három milliméternyire áll a hátulsó garatfaltól, akkor az áramot megindítva, csukott száj mellett látjuk az orrgarat üregét (ha az ocular keretén alkalmazott kis gömböcske felfelé néz), vagy a géget (ha a gömböcske lefelé néz).

A vizsgálat könnyen sikerül, igen érzékeny emberen gyenge cocainozás szükséges, de vigyázni kell, hogy a lámpa ne melegedjék meg annyira, hogy az érzéstelen nyálkahártya megégjen. Az orrgaratíró képe éles és plastikus, feltűnik tökéletességével, de kissé elferdül, mi a közel fekvő részek csekély nagyítása folytán keletkezik. Ha a belső csövet, mint említém, megfordítjuk, látjuk a géget, élesen, plasztikusan és egészében, de kissé kisebbítve és annyira vörös fényben, hogy a színbeli differenciák eltűnnek, a mi ezen eljárás csekély hátránya.

A műszer kiváló eszköz azon gyakorló orvos kezében, ki nem ér rá a laryngoskopiával behatóbban foglalkozni, különösen a diagnostica szempontjából, de a szakorvos kezében is hasznos, különösen oly esetekben, melyekben a rendes eljárás nem végezhető, így szájjár vagy a nyelvgyök lobos volta esetén. A készüléket Schmukert módosította, javította az optikai szerkezetét; a sterilizálás nehéz voltát úgy javította, hogy a vízszintes részt üvegcsővel védi.

Donogány Zakariás: A bemutatóval szemben védelembe veszi Gyergyai eljárását, mert kipróbálta és sokat ígérő eljárásnak tartja a garatrecessusokba és a tubába betekintéskor. Felülmul minden eddigi eljárását.

A Wassermann-féle reactio értékéről az idegbántalmak körében.

Kiss Gyula és Sarbó Arthur: (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.)

Keller Kálmán: A Szent István-kórház idegosztályán végzett Wassermann-reactiók eredménye a következő:

1. Tabesben positív a reactio 70 százalékban.
2. Paralysisben positív a reactio 85 százalékban.
3. Az idegrendszer lueses megbetegedéseiben a reactio 10 esetben positív és 5 esetben negativnak mutatkozott.

A functionális idegbántalmak, a melyekben a lues valószínűséggel kizárható volt, általában negativ reactiót adtak. Hozzájárul Sarbó következtetéseihez.

Torday Árpád: Az I. számú belorvostani klinika ideganyagán a Wassermann-reactióval végzett vizsgálatát ismerteti. Mivel a reactio nem specifikus, mert 1. antigennek nem nevezhető anyagokkal is sikerül a reactio, 2. mert nemcsak luesben szenvedő egyének seruma adja, hanem más bántalomban szenvedők is (scarlatina, malaria stb.); ezen okokból a reactiót csak úgy mondhatjuk megbízhatónak, ha mindnyájan egyöntetűen járunk el és a Wassermann által megkívánt kontrollokat szigorúan betartjuk.

A serumokat friss állapotban dolgozta fel és 2—3 napnál idősebbekkel reactiót nem végzett.

Tabes 35 esetében vizsgálta a vérsavót. Positiv eredményt az esetek 60 százalékában kapott. A reactio eredménye tekintetében irrelevant volt azon körülmény, hogy bevallott-e az illető luest vagy nem. A nem kifejezett tabes esetek kisebb százalékában járultak a positiv eredményekhez. Vizsgálatai azt mutatják, hogy 1. a Wassermann-reactio tabesben kisebb százalékban szolgáltat positiv eredményt, mint a hogy azt az e módszerrel végzett vizsgálatok kezdetben állították; 2. a reactio tabes imperfecta eseteiben nagyobb százalékban hiányzik, mint a kifejezett esetekben, azonban egészen régi tabesben is negativ lehet; 3. a reactio positív vagy negativ volta és a lueses anamnesis között határozott összefüggés nincs. Nyílt kérdésnek hagyja, hogy a reactio positív voltát lehet-e mindig a helytelen vagy elégtelen kénese-kezelésre visszavezetni.

Paralysis négy esetében háromszor kapott positiv reactiót. Dementia senilis egy esetében a reactio negativ volt. Az idevágó irodalomban azt látjuk, hogy paralysisben 100 százalékban találjuk a serumban a lueses virust és ugyanannyiszor a spinális folyadékban is, ellenben tabesben a kóros anyagot csak 70 százalékban lehet kimutatni, a spinális folyadékban pedig oly csekély számban, hogy positiv reactio esetében a gyanú paralysisre irányul. Ennélfogva a spinális folyadék viselkedése fontos elkülönítő momentum gyanánt szerepel tabes és paralysis között. Továbbá a Wassermann-reactio negativ volta alapján lehet felismerni az alkoholos dementiát és a senilis dementiát és elkülöníteni a dementia paralyticától.

Sclerosis multiplex két esetében negativ reactiót kapott. Agydaganatok lueses származását két esetben diagnosztizálta a Wassermann-reactio segítségével. Az egyik sectióra is került.

A másik esetben az agydaganat tünetei erőlyes kénese-kezelésre szépen visszafeljöttek.

Más két esetben a reactio positív volt. Ezek szerint kimondhatjuk, hogy agyvelődaganat esetén, ha syphilis complicatioja nem forog fenn, a vér és a liquor cerebrospinalis negative reagál. Epilepsiában negativ eredményt kapott, kivéve két esetet, a melyben az anamnesisben lues szerepelt.

Ha neurastheniában paralysisre gyanakszunk, ez kizárható, ha a Wassermann-reactio a vérrel és a cerebrospinalis folyadékkal nem sikerül. Az idegbántalmak diagnosztikájában a Wassermann-eljárást fontos és megbízható eszközknek tartja.

Frey Ernő: A Wassermann-reactio, melyet 123 tabeses betegen végzett, ama felvételt tette jogosulttá, hogy a tabes paralueses megbetegedés. Ugyanis a 123 tabes-eset közül 88 positiv reactiót adott és csak 35 negativot. Toll ezen összehasonlításból arra a következtetésre jut, hogy az idegrendszerbeli megbetegedések diagnosztikájában a Wassermann-reactiónak fontos jelentősége van, de differenciáldiagnostikai értékkel nem bír. A therapia szempontjából a reactio semmi irányítást sem nyújt, mert tekintet nélkül a reactio positív vagy negativ voltára, az antilueses kezelést a tabesben csak akkor csináltatta, ha azt a klinikai tünetek indokolták tették. A positiv reactio csak megerősítette az antilueses kezelés indicatióit, viszont a negativ reactio ellenjavalta azt. Tíz positiv esetben ismételt vizsgálatokat végzett és 4 esetben a positiv reactio negativvá változott, ezen jelenséget az antilueses kezelés hatásának hajlandó betudni és e szempontból teljesen osztja Királyfi felvételét. A prognosist szempontjából szintén nem nyújt pozitív támpontot a Wassermann-reactio, mert ma még nem tudjuk, hogy a positiv reactiónak milyen jelentősége van a tabes progressiója szempontjából és azt sem tudjuk, hogy mit jelent a negativ reactio.

Havas Adolf: A szülő osztályáról Goldzieher és Roth tollából megjelent egy cikk, mely 500 eset Wassermann-reactiójáról számol be, és melynek végén 9 pontba vannak összefoglalva az eredmények, melyeket Sarbó igazolt.

A positiv reactio százaléka a friss esetekben oly nagy, hogy ezt a véletlennel betudni nem lehet. Az eredmények arra vezetnek, hogy ezt a vizsgálati módszert segédeszköznek tekintjük. A Wassermann-reactio nem dönti el azt a kérdést, kell-e az illetőt kezelni, házasodhatik-e, hanem tisztán a klinikai kép a döntő.

Manifest syphilis mellett a kezelés előtt negativ volt egy esetben a reactio és a kezelés után lett positivvá.

A kezelés előtti positiv reactio kezelésre negativ lett, a harmadik héten megint positiv; tehát e kaleidoskopszerű reactio a prognosist szempontjából nem értékesíthető.

De a hol klinice gyanús az eset luesre, ott a positiv reactio támogatja a diagnostist. A negativ reactio semmit sem bizonyít.

Guszmán József: Jól esik ezt az objektív és józan kritikái előadást hallani, a mikor a külföld egyes dermatologiai központjaiban a syphilis klinikai tüneteit tökéletesen elhanyagolni kezdik és az egész therapia menetét a Wassermann-féle seroreactio eredménye szerint irányítják. A syphilis jól kidolgozott klinikája tehát egyik-másik helyen teljesen hát-

