

Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályának szaküléseiről.

IX. szakülés 1912. április hó 20.-án.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

DAVIDA JENŐ: *Vizsgálatok a koponyavarratok és synchronosisok csontosodásáról.* (L. Értesítő 81—167. 1.)

X. szakülés 1912. április 27.-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

DEÁK ISTVÁN és BENEDEK LÁSZLÓ előadása: *Differentiák a paralyticusok és praecoxosok vérsavói között immun haemolysin productio kiváltása szempontjából.*

Az impulsust a kísérletekre KAUFMANN MAX észleletei adták meg, a ki paralyticusok vérsavóival való oltatásokra kifejlődő kórbontani elváltozásokról referál. Ezeknek kutatása volt a cél eredetileg. Miután azonban az oltások alatt az állatok vérsavóinak vizsgálata közben, egy — a controlképen normális — vérsavókkal kezelt állatok serumaival szemben állandóan mutatkozó sajátosság kötötte le figyelmüket, az eredeti céltől eltérve, vizsgálataikat erre koncentrálták. LECHNER tanár úr iniciatívájából praecoxos serummal is oltottak ezután nyulakat állandóan. Mindkét kóralakból csak teljesen biztos eseteket vontak be vizsgálataik körébe; a praecoxnál e tekintetben figyelmen kívül hagyták az újabban felszínre kerülő, néha tisztán speculativ, psychoanalyticai értékű ellenvetéseket, melyek a kóralak nosologiai egységét igyekeznek megtámadni. Összesen 45 nyulat oltottak, mintegy 150 egyéntől nyert serummal.

5 napi időközökben végzett 5 intraperitonealis oltás (à 8—10 kbm.) után, 4 napi incubatiós időszak elteltével a tájékoztató vérvétel után nyert serumok, összehozva a paralyticus, praecoxos és

normalis vörös vértestekkel, egy eddig még le nem írt sajátosságot mutattak; t. i. hogy a paralyticus serummal oltottak vérsavójának haemolyticus képessége az összes vörös vértestekkel szemben leggyengébb; a praecoxos vérsavóval oltottaknak immunseruma legjobban oldja a vörös vértesteket: a normalis ember vérsavójával kezeltekéi középállást foglalnak el e tekintetben.

A vörös vértetek szerint is különbség van. Ugyanis az egyes serumok keretén belül a haemolyticus képesség leginkább érvényesül a praecoxos, legkevésbé a paralyticus vörös vértestekkel szemben. A normalis vörös vértetek itt is középállást foglalnak el. (A serumoknak 0·1, 0·2, 0·3, 0·4 kcm. mennyiségeit használták fel, állandóan egyenlő volumenekkel dolgozva, — az 1·5 kcm. vörös vértest mennyiséggel szemben. 2 óra 37° thermostat, 8 órás állás; thermostat alatt 1/2 óránkénti felrázás.) A kétféle különbség állandó volt. Az aktiválási methodus azt mutatta, hogy itt komplex haemolysinek funkcionálnak.

Ebből azt következtették, hogy paralyticus egyének vérsavóival kezelt nyulak vérserumában az immunhaemolysinek kevesebb számban, vagy éppen nem fejlődtek ki; praecoxos serummal oltottakéiban pedig a normalisnál jóval nagyobb mennyiségben producálódtak. Tehát a paralyticusok vérsavói lysinogénekben nagyon szegény, vagy azok molekularisán elváltozva vannak a savóban jelen. Praecoxosok vérserumai ellenben haemolysinantigénekben gazdagok.

A feltehető ellenvetésekre tekintettel, az immunserumok haemolyticus erejében mutatkozó fenti különbségek magyarázatára vonatkozólag számos ellenőrző kísérletet végeztek.

Agglutinin hatásra — a különbségek létrehozásában — nem gondolhattak; u. i. az azok által representált mechanikus akadályt 1/2 órai rázásokkal csökkentették, illetve legyőzték, úgy, hogy az utolsó oltási sorozatban, mely 15 tagból állott, csak két ízben láttak mikro és makroszkoposan typosos agglutinációt.

Praecipitációra nem lehet gondolni, miután a végzett praecipitációs-titer meghatározások (WASSERMANN és SCHÜRZE szerint) azt mutatták, hogy a titer-különbségek, de meg a praecipitatio jelenléte vagy hiánya teljesen közömbös a fenti különbségekre nézve.

Az idegen fehérje bevitelle folytán előálló fehérje-antitestek, lues toxinok, lues-amboceptorok által közvetített komplementkötés ismét nem idézheti elő a fenti különbségeket azért, mert a szerzők által a nyulak vérsavójával végzett WASSERMANN-reactio minden esetben negativ volt.

Lecithin (PERITZ és BORNSTEIN értelmében paralyticus vérsavóra nézve) közömbös a haemolyticus képesség fenti differentiaira, éppen úgy, mint a WEIL és BRAUN értelmében vett lipoidophil-anyagok a praecipitáló vérsavókban, — ezt mutatták a szerzők által végzett intravenás lecithin-injectiók.

csak két esetet említ, melyeknél kizárt sérvműtét után a bélvégek varrattal egyesítése helyén támadt a szűkület, hármat oldalsó anastomosis után észleltek. A 7 gombegyesítés után keletkezett bélszűkület pedig ileocolostomiákra vonatkozik.

Esetünkben a szűkület képződését talán onnét származtathatjuk, hogy a vastag, hypertrophiás bélfal a gomb nyomása alatt csak lassan és egyenetlenül halt el, a fonalak sokáig helyben tartották a gombot s így az egyesítés helyén nem vonalás heg támadt, mint rendszeren, hanem szélesebb sarjadzó gyűrű, mely a gomb jelenléte miatt tömegesebb heg képződése mellett zsugorodással gyógyult.

A másik érdekes körülmény, hogy a gomb 3½ évig egy helyen volt s a bélszűkület dacára súlyosabb bélkeringési zavarok nem mutatkoztak, a passage zavart csak a mérsékelt fájdalmak, a korgások és a rendetlen ürülés jelezték. Figyelemre méltó, hogy a gombot maga a beteg is többször tapintotta s annak otlletére ő maga is figyelmeztetett bennünket.

Gastroenterostomia után igen gyakran megesett, hogy a gomb visszaesett a gyomorba, a nyílás is sokszor megszűkült, azért is mi ilyen czélből a gombot nem használjuk soha, hanem kizárólag varrattal egyesítünk; ellenben az üszkös sérv-műtéteknél a gombegyesítésnek még ma is vannak bizonyos előnyei, miért is ezeknél előszeretettel alkalmazzuk azt, különösen, ha a műtét tartamát rövidíteni óhajtjuk. Ezen szokásunktól nincs is okunk eltérni, mert eddig a gombegyesítés ellen fölhozott bonyodalmakat, minők az eldugulás, perforáció, decubitus, vérzés stb. nem tapasztaltuk. Általában azonban mi is osztjuk a ma uralkodó felfogást, mely az idegen testekkel történő egyesítést mindinkább háttérbe szorítja s ezzel szemben a varrásnak ad előnyt.

II. DAVIDA JENŐ. *Vizsgálatok a koponyavarratok és synchronosisok csontosodásáról. II. A csontosodás viszonya az életkorhoz.* (L. Értesítő 81—167. 1.)

III. VIDAKOVICH KAMILL. *A koponyába jutott idegen testek helyének meghatározására szolgáló eljárását ismerteti.* Az eljárás alapját azon stereometriai tantétel képezi, mely szerint a térben lévő valamely pont helyét három síkhoz, két egymásra merőleges vetítés alapján meg lehet állapítani. A meghatározáshoz két projectogramm (röntgenogramm a koponyáról) szükséges, melyek ismert feltételek mellett készültek. E feltételek a RÖNTGEN-lámpa fókuszának meghatározott távolsága a képsíktól, ezt minden esetben 60 cm.-nyinek vesszük; a fősugár talppontjának ismerete, ezt a koponya főpontjaira ragasztott ólomlemezkek árnyéka mutatja és a fősugarak metszési pontjának távolsága az alapoktól, ezt a koponya méreteiből tudjuk meg. Ha ezeket ismerjük, akkor a vetítésnek természetes nagyságú reconstitúciójából meg tudjuk pontosan állapítani a koponyában lévő

idegen test — rendszeren löveg — helyét a 3 képsíkhöz vagy fősíkhöz. Ez két röntgenogram után történik; az egyiket a fronto-occipitalis tengely irányában, a másikat a bitemporalis tengely irányában készítjük. Ha a két projectiót a koponyatető felől nézzük, akkor a röntgenogram szolgáltatja árnyék távolokhoz húzott vetítő sugarak metszési pontja adja az idegen test távolát a sagittalis és frontalis fősíktól (sagittalis fősík az a sík, mely függőlegesen a nyilvarraton keresztül, frontalis fősík az, a melyik erre merőlegesen a homlokkal párhuzamosan a két temporalis főponton keresztül, vízszintes fősík, a melyik a kettőre merőlegesen a glabellaris és occipitalis főponton keresztül van fektetve). Ha a projectio képét bármelyik fősugár körül 90°-ra elforgatjuk és úgy tekintjük, akkor az idegen test árnyékának a vízszintes sík feletti távolságához húzott vetítő sugárban megkapjuk annak valóságos távolát a vízszintes fősík felett ott, hol az a megfelelő (frontalis vagy sagittalis) fősíktól előre, hátra vagy oldalt fekszik. A vetítést és az ellenőrzésül szolgáló számítást ábrákon mutatja be az előadó.

A fej rögzítésére, valamint a főpontok pontos megjelölésére a koponyán előadó készüléket szerkesztett, melynek használati módját demonstrálja. A készülék masszív falapból áll, melyen egymással szemben elhelyezett két oszlopra alkalmazott piloták segítségével a koponyát meg lehet rögzíteni; ezeken keresztül fémtű tolható, mely két egymással szemben lévő pontot jelöl meg a koponyán; az oszlopok körül jelzőtüvel ellátott fémkar mozog, pontosan derékszögben, ezzel két más pont jelölhető meg, egyik függőlegesen az előbbiek felett, egy a vízszintes síkban. Ha a koponyát egyszer arezczal felfelé, egyszer pedig oldalt rögzítjük, a készülékbe öt pontot jelölünk meg és pedig kettőt kettőt pontosan egy egyenesben egymással szemben, egyet pedig a fejtetőn. A pontok helyét fémlemezkek odaragasztásával tesszük láthatóvá. A röntgenogramokat kellő beállítás mellett készítjük. A felvételi technikát előadó részletesen tárgyalja.

Az eljárásnak egyszerűsége mellett nagy értéket kölesönöz az a körülmény, hogy hibásan készített röntgenogramok alapján is pontos eredményekhez juthatunk a hibák corrigálása útján. Ez történik a két röntgenogrammból, ha a hiba okát ismerjük. A hiba forrása többféle lehet, de mind arra vezethető vissza, mintha a lámpa fókusa mozdult volna el. Ezen az alapon a hibák összes féleségeire érvénynyel bíró correctiós eljárást ismertet az előadó.

Végezetül még egy készüléket mutat be, melynek segítségével a számítás útján nyert adatok felhasználása mellett az idegen testet egyszerűen fel lehet találni. Ez lényegében egy fémkeret, mely a koponyához illeszthető és melynek különböző irányban elmozgatható karjai a számítás adataira beállíthatók. Az egyik karra alkalmazott fémtű segítségével egyenesen az idegen testre hatolnak.

Előadó azon reményének kifejezésével fejezi be előadását, hogy az eljárás friss sérülések eseteiben is, de különösen központi zavarokat előidéző, régebben bejutott idegen testek eltávolításánál az orvosnak nagy segítségére, a betegeknek pedig nagy hasznára leend.

Hozzászól: HANASZIEWICZ OSZKÁR czredorvos.

XII. szakülés 1912 május 11.-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. MARSCHALKÓ TAMÁS. *Neosalvarsannal kezelt syphilis esetek bemutatása.* (Autoreferatum.)

Azért szólal fel már most — eddig mindössze 40 és egy-néhány beteget kezeltek a klinikán neosalvarsannal — e fontos kérdéshez, hogy pár dolgot mindjárt kezdetben leszögezessen.

EHRlich két irányban igyekezett a salvarsant javítani: először, hogy kevésbé legyen mérgező a nélkül, hogy gyógyító hatásából veszítene, sőt ez utóbbi lehetőleg még erősebbé váljék, másodszer meg, hogy könnyebben legyen alkalmazható.

Szóló — és vele együtt mindazok, a kik nem vártak a salvarsantól többet, mint a mennyit az teljesíteni képes — eddig is teljesen meg voltak elégedve annak gyógyító hatásával syphilisnél s így e tekintetben az javításra nem szorult; a mi meg a mérgező hatást illeti, arra nézve VESZPRÉMI tanárral együtt végzett vizsgálatai kimutatták, hogy annak valódi oka tisztán a túlmagas adagok alkalmazásában rejlik s hogy azt nagyon jól el lehet kerülni kisebb adagok alkalmazásával a nélkül, hogy a szernek kiváló gyógyító hatásáról le kellene mondani. Elismeri ellenben, hogy a salvarsan alkalmazása különösen intravenás alakjában nehézségekkel járt azok számára, a kiknek az oldat elkészítésében nem volt meg a kellő jártasságuk, vagy nem volt meg hozzá a szükséges laboratoriumi felszerelésük — szóval a gyakorló orvosok zömére nézve; különösen a natronlúggal való alkalizálás tette bonyolulttá a dolgot és nem lehetetlen, hogy egyik-másik esetben a helytelen, túlmagas, de még inkább túlalacsony foka a lúgosításnak szintén okozhatott mérgezést, pláne miután túlkeves lúg mellett a salvarsan kicsapódik. E tekintetben örömmel kell üdvözölnünk EHRlich új szerét, a neosalvarsant, a melyet a salvarsanból sulfoxylatok behatása mellett állít elő, mert az vízben — és pedig hideg vízben is — nemcsak azonnal kristálytisztán oldódik, hanem az oldat teljesen közömbös vegyhatású is, a mint erről phenolphtalein segélyével állandóan meggyőződünk. SCHREIBER magdeburgi kórházi főorvos szerint, a ki

először próbálta ki az új szert betegoknál és referál eredményéről a Münch. Med. Woch. 17. számában, az gyógyhatás tekintetében éppen nem áll a salvarsan mögött, sőt lehetőleg még felül is mulja azt. Állatkísérletek, a melyeket dr. KERSTEN végzett, azt mutatták, hogy a neosalvarsan recurrens és nagana egereknél mindig hatásosabb volt, mint a salvarsan. A mi meg a toxikologiai vizsgálatokat illeti, KERSTEN szerint a neosalvarsan dosis tolerata-ja háziynulnál 0·2 pro kilogrammal szemben a salvarsan 0·08 adagával (HATA szerint ez az adag még 0·1 volt). Embernél körülbelől 1·5 grm. neosalvarsan felel meg 1·0 grm. salvarsannak.

SCHREIBER a szert izom közé is feeskendezte (1·5 grm. 20 grm. vízben), újabban azonban intravenásan alkalmazza és pedig oly nagy adagban, a mit előadó nem hagyhat szó nélkül. Erőteljes férfinál 1·5 feeskendez egyszerre, azt négy izben ismétli meg másodnaponként, úgy hogy a beteg 7 nap alatt 6·0 neosalvarsant = 4·0 salvarsant kap intravenásan! De még kevésbbé erőteljes férfibetegnél is felmegy egy hét alatt közel 5 grammig, csak a kezdeti adagokat redukálja kissé (1. nap 0·9, 3. nap 1·2, 5-ik nap 1·35 és 7-ik nap 1·5). Nőknél 0·75 adaggal kezdi és ez előbbi módon minden másodnap többet feeskendezve, 1·2-ig megy egy adagban.

Hát ez az, a miért előadó már most felszólal, hogy óva intse kartársait attól, hogy ily horribilis adagokat alkalmazzanak. Igaz, hogy a neosalvarsan kevésbbé mérgező, mint a salvarsan, de korántsem annyira, mint állítatik. Előadó mielőtt a szert betegoknál alkalmazta volna, házi nyulakon próbálta ki intravenás feeskendések alakjában. Azok a nyulak, a melyek 0·2 kaptak pro kg. (a mely KERSTEN szerint még türt adag), valamennyien elpusztultak, sőt 3 nyul közül is, a melyek 0·15-t pro kg. kaptak, csak egy maradt életben. Ha tehát most a neosalvarsanból másfélszer akkora, sőt még nagyobb adagokat fogunk alkalmazni, úgy esübörből vödörbe jutottunk. Mert azzal tisztában kell lennünk, hogy a neosalvarsan is arsenkészítmény és túlságos nagy adagban ez is mérgező; ha tehát ezzel is csak utópiákat akarunk mindenáron hajszozni és a nem sikerült sterilisatio magnát nem a czél elérhetlenségének, hanem az adagok kicsinységének fogjuk betudni: úgy okvetlenül csakhamar itt is halálesetek fognak a neosalvarsan után előfordulni, mint előfordultak a salvarsan után, a melyek épp úgy diskreditálni fogják az orvosi világ egy része előtt a neosalvarsant, mint diskreditálták a salvarsan-halálesetek a salvarsant, a minek ismét csak a szenvedő emberiség fogja kárát vallani. Mert a neosalvarsan — úgy látszik — egyesíti magában a salvarsan kiváló gyógyító hatását syphilisnél; úgy látszik, kevésbbé mérgező is; és az már egészen biztos előadó tapasztalásai szerint, hogy alkalmazása sokkal egyszerűbb és könnyebb, — legalább az intravenás módszer szerint —

úgy, hogy azok a kellemetlen mellékhatások, esetleg mérgezések, a melyek a salvarsan intravenás alkalmazásánál a szer helytelen oldásából, vagy túl magas, még inkább azonban hiányos alkalizálásából keletkezettek, itt elesnek. Hogy intramuscularis alkalmazás mellett be fog-e válni az új szer, arra nézve előadó nem nyilatkozhatik, mert azt eddig kizárólag intravenásan adta, de erre nézve is fog pár kísérletet tenni, hogy kartársainak azok eredményéről beszámolhasson. Mindenesetre kívánatos lenne, hogy a szert intramuscularisan is lehessen alkalmazni, mert a gyakorló orvosra nézve mégis csak ez a módszer a leghelyesebb. Lehetséges, hogy az oldat különböző lévén, nagyobb töménységben sem lesz oly maró hatású, mint a salvarsan volt.

Az oldatot előadó SCHREIBER előírása szerint készítette: frissen párolt, aztán $\frac{1}{2}$ óráig főtt s ca $25-20^{\circ}$ C lehűtött vízzel készít $\frac{1}{2}\%$ oldatot. (EHRICH munkatársaihoz intézett körlevelében frissen párolt víz hiányában felfőtt víz használatát is megengedi.) Miután az oldat igen bomlékony (SCHREIBER szerint még fel sem szabad jól rázni a lombikot), azt lehetőleg azonnal, legkésőbb $\frac{1}{2}$ óra múlva fecskendezi be, természetesen csak azokban az adagokban, a mit a salvarsan intravenás fecskendezéseknél is kezdettől fogva követett, tehát egyszerre 0·3, legfeljebb 0·4 salvarsannak megfelelő adagot. Ezeket a fecskendezéseket a betegek kivétel nélkül pompásan tűrték. Reactio csak ott volt, a hol azt eddig is rendszeren észlelték a salvarsan után, t. i. friss eruptióban lévő, még nem kezelt eseteknél (endotoxin), a mely azonban csakhamar — rendszeren pár óra alatt — elmúlt. Közvetlen az injectio után majd mindenik betegnél mutatkozott pár tized (egészen 0·6—0·7°) hőemelkedés, a mely egy-két óra múlva a második hőmérőzésnél már eltűnt. Előadó ezt salvarsammal nem észlelte és a hypotoniás oldatnak tudja be (miután Cl Na nem szabad az oldáshoz használni).

Végül betegeken illusztrálta a neosalvarsan prompt hatását. Meglepő volt az eredmény egy súlyos rupiában szenvedő 25 éves férfitetegnél, a ki mindössze 6 napja volt a klinikán s a kinél két injectióra, a melyet 3 napi időközben, de csak egész kis adaggal végzett (0·4 és 0·3 neosalvarsan) mondhatni csodás volt az eredmény; a nagy láz, fejfájás egy csapásra megszűnt, épp úgy az álmatlanság és étvágytalanság is s a rupiás fekélyek testszerte gyors gyógyulásnak indultak. Méltán mondhatta előadó, hogy nem látja be, miért kellett volna túl magas adag alkalmazása által betegét súlyos, esetleg életveszélyes mérgezés veszélyének tenni ki, mikor nincs az a nagy adag, a melynek gyógyító hatása felülmúlhatta volna az alkalmazott kis adag (a javulás már az első befecskendezésre azonnal beállott) hatását.

Egy nagy oedema indurativum képében jelentkező felsőajk

sclerosis 3 napra az injectio után felényire kisebbedett stb. A spirochaeták a sclerosisokból az injectio után a kis adagok daczára is eltűntek, a mi szintén a mellett szól, hogy nem szükséges a túl magas adagok alkalmazása.

Előadó folytatja kísérleteit és legközelebb ismét be fog a szakosztálynak számolni azok eredményéről.

II. MÁRITY MILOS előadása. *A rögzítő felület és a metszet egymástól való távolságának befolyása a fősthetőségre, methylenakékkel festett gerinczvelő metszeteken bemutatva.*

Hozzászól: APÁTHY tanár.

III. MÁTYÁS JENŐ. *Lócsont és embercsont.* Készítmények bemutatásával.

IV. PURJESZ BÉLA és PERI OTTÓ előadása. *A typhusbacillusok kimutathatósága a szájürből hasi hagymáznál.*

A tonsillák és fogak váladékáról a typhusbacillus kitenyészésére irányuló vizsgálatot hét lázas typhusos betegnél végeztek s négy esetben sikerült nekik a bacillust megkapniok.

Reconvalescenceknél hasonlóan a tonsillákról és fogakról vett váladékból kísérelték meg a typhusbacillus kitenyészését, mely még a reconvalescentia különböző idejében 4, sőt 8 hét mulva is sikerült. Vizsgálataik 10 eset közül 5-ben jártak pozitívus eredménnyel.

XIII. szakülés 1912 május 18.-án.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

ÁCS-NAGY ISTVÁN előadása. *A köpet-fehérje gyakorlati értéke a légzőszervi megbetegedések — főleg a tüdőtuberculosis — kórismereiben.*

ROGER a köpetfehérjével foglalkozva azt állítja, hogy minden tüdőtuberculosisban szenvedő beteg köpete tartalmaz kicsapható fehérjét. Ezzel ellentétben, nem található a köpetben említett fehérje-feleséget bronchitis acuta-nál, bronchitis chronica-nál és emphysemánál. E tényből ROGER a 3 utóbbi megbetegedésnél kizárja a tüdőtuberculosis lehetőségét is.

Ugyancsak ő tüdőtuberculosisnál tulajdonít ez eljárásnak akkora jelentőséget, mint akár a cután, akár az oculo kórjelző (diagnostikai) módszernek.

Szerinte a köpet fehérje kémlése megmutatná a tüdőtuberculosis megbetegedés fokát, sőt gyógyulását is.

Eljárása: a kétszeresen vízzel kevert köpet nyálkája, kicsapása pár csepp eczetsavval. Szűrés. A szűredék minőleges feldolgozása. Módszerei: főzés + Ka Cl és tömör ferrocyankalium.

A nyálka kicsapását mi is (higitott) eczetsav éppen szükséges

mennyiségével végeztük. A szüredéket azonban nemcsak minőlegesen, de mennyilegesen is földolgoztuk.

Mennyilegesen a hígítási módszer szerint dolgoztunk. Ez eljárással — a fehérje tartalom szerint — a kétszeres hígítási oldatból 10-, 20-, 40-, 80-, 160-, 320-, 640- és 1280-szoros oldatot készítettünk. E sorozat tagjait aztán a főzési, ferrocyankaliumos és salétromsavas eljárásokkal betitráltuk.

Tüdőtuberculosisnál az

I. klinikai szakaszban (stadiumban)	9 beteg	től	14 köpetet
II. " " " "	34	"	56 " "
III. " " " "	17	"	20 " "
		<hr/>	
		60 beteg	től 90 köpetet

vizsgáltunk.

A csoportosítás az I. és II. klinikai szakaszú eseteinknél igen gondosan történt.

Az I. klinikai szakaszban sokszor magasabb hígításban kaptuk a kicsapható fehérjét, mint a II. klinikai szakaszban. Sőt az I. klinikai szakasz pár esetében ugyanolyan magas hígításban, mint a III. klinikai szakasz néhány phthisis florida esetében. Tehát a fehérje mennyileges viselkedése és a megbetegedés súlyossága között kapcsolatot nem kaptunk.

De még ugyanazon — tüdőtuberculosisban szenvedő — betegnél sem kaptunk állandó fehérje mennyiséget, pár napon belül. E megismélt vizsgálatok eredménye — ugyanazon betegnél — 4-szeres és 16-szoros fehérje mennyiség között ingadozott.

Ugyanazon betegnél a kórjelző (diagnostikai) tuberculin sem fokozta a köpet fehérje tartalmát, jöllehet a lobosodást létrehozó toxin. Sőt pár esetben a tuberculin adagolása után kevesebb volt a köpet fehérje-tartalma, mint annak adagolása előtt.

A köpet nyálkája kicsapásához használt különböző mennyiségű eczetsav a köpet fehérjét szintén befolyásolhatja.

Tüdőtuberculosisnál nyert eredményeink szerint a négy alkalmazott eljárás is egymástól igen elütő eredményeket adhat.

Így a főzési eljárás (NaCl + eczetsav) a 60 tüdőtuberculosisban szenvedő beteg közül 9 betegnél teljesen cserben hagyott. Ugyanekkor azonban a 3 más eljárás kétségtelenül mutatta a fehérjét, igaz, hogy különböző hígításban.

Két — Koch — bacillust tartalmazó — II. klinikai szakaszú tüdő-tuberculosis esetünkben a fehérjét a négy eljárás egyikével sem tudtuk kimutatni.

Ez eredményeink *ellenőrzésére* 33 — a legkülönbözőbb légzőszervi megbetegedésből származó — köpetet dolgoztunk föl.

Mindig kaptunk fehérjét — sokszor tetemes mennyiségben — bronchitiseknél.

Föltünően alacsony fehérje titerértéket nyertünk négy pneumonia fibrinosánál, a krízis után 24 órával.

Igen magas volt a fehérje titerértéke egy — pneumonia után több héttel föllépett — kezdeti tüdőtuberculosisnál. Itt a fehérje kimutathatóságának határa kétszer akkora volt, mint a legsúlyosabb phthisis florida-nál.

Ugyanilyen (1 : 1280) magas fehérje értéket kaptunk 1 tüdő-tumornál.

Végeredményben a köpet fehérje vizsgálatát a légzőszervi megbetegedések — főleg a tüdőtuberculosis — körjelzésében gyakorlatilag igen csekély értékűnek tartjuk.

(Megjelenik az „Orvosi Hetilap“-ban.)

XIV. szakülés 1912 június 1.-én.

Elnök : DAVIDA LEO.

Jegyző : KONRÁDI DÁNIEL.

VERESS FERENCZ dr. „A kankókezelésről és annak gyakoribb hibáiról“ cz. előadásában visszapillantást vet a 3 nemi betegség gyógyítása terén észlelhető haladásra, mely a leglassúbb a lágyfekélynél és a kankónál volt. Utóbbit a közönség rendszerint igen könnyű bajnak tekinti, melyet kölcsönként receptekkel és háziszerekkel is lehet gyógyítani. Hibáztatja az orvosokat is, a kik nem tudják a kankót kezelni. Példákkal illusztrálja az orvosok egy részének járatlanságát és hibás vizsgálati és gyógyítási eljárásait. Felsorol egy sereg eljárást, műszert és gyógyszert, melyek alkalmazását hibásnak vagy veszedelmesnek tartja. A mechanikai műszeres kezelést illetőleg két fő hibát lát : annak korai, indokolatlan, kritika nélküli alkalmazását és ennek ellenkezőjét : a műszeres kezelés teljes elhanyagolását. A santalolaj és számos praeparatumának a kankógyógyító hatását kétségbe vonja s csak némi csekély fájdalomcsillapító képességet tulajdonít neki. Ismerteti a kankó vaccinás gyógyítását illetőleg szerzett tapasztalatait (Arthigonnal) és kankós szövődmények esetében alkalmazandónak tartja. Röviden vázolja azt az eljárást, melyet a kankó kezelésében folytatni szokott és véleményét a következőkben foglalja össze :

A *friss kankót* illetőleg az azonnal megkezdendő kiméletes JANET-féle (sebfecskendő) kezelés híve. A *subacut* és *chronicus* kankó kezelésében pedig az öblítéseken kívül az *urethroskopiát* és az *enyhe mechanikai kezelést* tartja elengedhetlenül szükségesnek és egyes idült, makacs esetekben egyedül célravezetőnek. *Nagyon erős tömény ezüstsóoldatoknak* több oldalról ajánlott befecskendését

heveny kankós húgycsőbe elítéli és a folyamatra veszedelmesnek tartja; azonban makacs elülső esetekben célszerűnek látja szerves ezüstsók gyöngö oldatainak a prolongált befecskendését másnemű kezelés támogatására. *Abortív kurára valóban alkalmas* esetekben $1\frac{1}{2}$ —1%-os lapisbefecskendéssel kombinált JANET-féle kurát ajánl. *A gonorrhoea vaccinás kezelését*, mint a rendes módszeres gyógyítás kiegészítő részét, *szövődmények* esetében feltétlenül nagy haladásnak tekinti és rendszeren alkalmazza.