

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség:
IX., Knezits-utca 15.

ALAPITOTTA
MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA
ANTAL GÉZA és HÖGYES ENDRE.

Kiadóhivatal
IX., Knezits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap
2 $\frac{1}{2}$ —3 $\frac{1}{2}$ lven.

SZERKESZTI ÉS KIADJA
LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

Küldemények és előfizetések címe

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knezits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETŐFI" irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

Egyes számok kaphatók Kilián
Frigyes egyetemi könyvkeres-
kedésében (Váczi-utca 32.sz.)
Egyes szám ára 1 korona.

Előfizetési árak:
helyben és vidéken
egész évre --- 40 kor
fél évre --- 20 "
negyed évre --- 10 "
Orvostanhallgatók, szigorló
orvosok és a kötelező kórház
gyakorlatot teljesítők a felé
és a portót fizetik.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Szontagh Félix: Influenza és csuklás. 237. lap.

Fodor Imre és Jankovich László: Közlemény a XVI. sz. helyőrségi kórházból. Diabetes insipidus és dystrophia adiposo-genitalis okozó agyalapi gümökör. 238. lap.

Epstein László: Adatok az elmebaj kóros színlelésének pathogenesiséhez. 241. lap.

Temesváry Rezső: † B. S. Schultze 1827—1919. 243. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvosán. Colden: A chrom-mérgezés. — Bergmann: Genyes tüdőfolyamatok pneumothorax-therápiája. — Lindstedt: Az icterus catarrhalis fertőző volta és incubációs ideje. — Plehn: Vérnyomás és szíverő. 244—245. lap.

Vegyes hírek. 245. lap.

Tudományos Társulatok. 246—247. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Influenza és csuklás.

Irta: Szontagh Félix dr.

Minden a mellett látszik szólani, hogy az influenzajár-
vány végérvényesen megszűnt. Feltűnő érdekes jelenség, hogy
a járvány vége felé csuklás is *epidemiásan* jelentkezett. A
csuklás-epidemiára legelőször Engel (Orvosi Hetilap 1919,
6. szám) hívta fel az orvosok figyelmét. Kérdés, véletlenül
volt-e dolgunk, avagy az influenza és a csuklás között nexus
állott-e fenn? Gyermekeken csuklásnak egyetlen egy esetét
sem láttam. De megesset velem, hogy két ízben is szenvedtem
csuklásban. Alkalmam volt tehát az a megbetegedést maga-
mon észlelhetni és ez indít arra, hogy ezzel a kérdéssel fog-
lalkozzam. A mit magamon tapasztaltam, a következőben köz-
löm röviden:

Az első megbetegedésem az 1918. év október hónapjá-
nak második felében zajlott le 14 napi tartammal; második
megbetegedésem 1919 januárjának utolsó harmadába esik és
11 napig tartott. Első megbetegedésem előtt teljesen egész-
séges voltam. A baj előzményektől mentesen hirtelen lepett
meg, láz, hurutos tünetek nélkül. Épp így történt második
megbetegedésem. A csuklásos megbetegedések közötti idő-
szaknak körülbelül felében, december 20.—22.-én volt cse-
kély hőemelkedésem náthával és köhögéssel kapcsolatosan.

A következőben röviden vázolom a megbetegedés lénye-
gét, a mint ezt magamon tapasztaltam: Minden fél vagy
egész percben körülbelül a következő játszódott le: gyorsan
egymást követve, fokozódó sebességgel és hevességgel, a
rekesz izomzatának *clonusos* természetű görcsös összehúzó-
dásai állottak be, a melyek rövid ideig tartó *tonusos* szakkal
végződtek. A rohamnak ebben a szakában az apnoë az
egész folyamatnak legkellemetlenebb phasisa. Azután rögtön
újából kezdődik a roham. Ritka, 1—4 óráig tartó szüneteket
leszámítva, a rohamok állandóak, nappal-éjjel egyaránt. Álom
csak hypnoticumok (chloralhydrat, medinal stb.) szedésével
érhető el, de még e narcoticumok hatása alatt sem múlik el
a csuklás s zavarja az álmat. Az egész állapot könnyebben
elviselhető fennálló avagy ülő helyzetben. Az éjszakák leg-
nagyobb részét többnyire karos-székben ülve töltöttem; ágy-
ban úgyszólván alig találtam helyemet. Kifogástalan étvágy,
de igen rossz általános közérzet, nagy bágyadság. Kínos
annak az érzete, hogy az össz-szervezet állandóan megráz-
kódtatik. Ennek az érzése legkellemetlenebb a központi ideg-
rendszer részéről.

A megbetegedés hirtelen végződik. A héba-korba itt-ott
jelentkező csuklás többé már szóra sem érdemes. A recon-

valescentiában föltűnő fáradtság és kedélydepressio. Ebben
a periodusban izomgyengeség, mely azonban kétségtelenül
nemcsak fáradásos tünet, hanem *ataxiás* componens is társul
hozzá. A járás bizonytalan; az írás úgyszólván lehetetlen,
feltűnő incoordinatiótól zavart, a mint ezt írniakaró *choreás*
betegimen észlelem.

A második megbetegedés 11 napig tartott és épp úgy
folyt le, mint az első.

Mellesleg megjegyzem, hogy a 30 év előtti influenza-
járvány idejében kétszer ért a megbetegedés. Az első megbete-
gedés 1889 november hó elején ért és tisztán lázas, erős
tag- és izomfájdalmaktól kísért alakban zajlott le; a máso-
dik megbetegedés 1890 január végén és február elején erős
nátha és bronchitis képében folyt le.

Ezeknek előrebocsájtása után fölmerül a kérdés, az influ-
enza és csuklás között lehetséges-e nexus vagy sem? Erre
a kérdésre a választ positiv irányban kísérlem megadni az
alábbiakban.

Conditionalis gondolkodás alapjára helyezkedve nem
zárkózhatunk el az empiria szolgáltatta tények tanúsága elől,
hogy influenzával *egyidőben* csuklás is *epidemiásan* jelent-
kezik. Iparkodjunk tehát az összefüggés, az együvé tartozás
magyarozatát megadni. Láttuk és számtalanszor tapasztal-
hattuk, hogy az influenzának van tisztán *toxinos* alakja. Hogy
az influenza toxinos alakjának pathogenesisében élő szervezet
játszik-e szerepet vagy sem, kérdés, melyet nyitva hagyok,
s melynek érdemleges tárgyalásába nem bocsájtkozom ez
alkalommal. Csak mellesleg említem, hogy *Friedberger* (Med.
Klinik, 1919, 5. szám) megengedi annak a lehetőségét,
hogy az influenza pathogenesisében az elsődleges agens lehet
nem mikroorganizmus, hanem ismeretlen természetű noxa,
a mely a szervezetben megteremt az alapot (Bereitschaft)
mikroorganizmusoknak másodlagos behatolására.

„Was freilich diese Noxe ist, dafür haben wir nur
ein glattes Ignoramus; zugleich ein Hinweis, in welcher
Richtung sich neben der Ermittlung des „Erregers“ die
epidemiologische Forschung bewegen sollte.“

Bizonyos, hogy az influenza tisztán toxinos alakjának
pathogenesiséért toxin vagy toxinok teendők felelőssé. Hogy
az érvényesülő toxinhatás endogen vagy exogen eredésre
vezetendő-e vissza, a mi problémánk megoldhatása céljából
egyelőre nem döntő mozzanat. De igenis fontos annak a
megállapítása, hogy elképzelhető az influenza pathogenesisé-
ben olyan toxinhatás, mely az összidegrendszerben általában,
in specie a csuklás központjában nyilvánul meg „oly electiv
módon, mint a hogy az apomorphin hat a hányásközpontra,
a mely analogiát *Jendrassik* tanár vetette fel.“ (Engel, i. h.).

Hát ilyen electiv hatás igenis elképzelhető és lehetsé-
ges. Ha pedig ezt a fölvételt megengedjük, akkor röviden

mondhatjuk, hogy az *epidemiás csuklás az epidemiás influenza tisztán toxinos alakjának aequivalense*.

Ez a következtetés fölépült a megadott tényezőkből: influenza egyrészt, csuklás másrészt, *egyidőben*. Aetiologiai, causalis gondolkodás „kórokok” után kutat, conditionalis gondolkodás az *egyidejű* megjelenést észrevéve, az összefüggés magyarázatára törekszik, vagyis *föltételek* (Bedingungen) után kutat, melyek között az egyik individuumban az influenza tisztán toxinos alakja lázas tünetektől kísért általános megbetegedésben, a másik individuumban a „csuklás” kórképében nyilvánul meg. A causalis gondolkodás nem oldhatja meg a problémát; a conditionalis megoldhatja — természetes, hogy még nem oldotta meg —, mert figyelemmel van az individuumra. Ez áll a problema középpontjában. A conditionismus apostolainak száma növekedőben van. Tudományunkban újabban Römer, Lubarsch stb. hirdetik a szükségességét.

Hogy miért nyilvánul meg az influenza tisztán toxinos alakja egyes individuumokban csuklás képében, a jövő kutatásai majd kiderítik. De ez a kutatás nem elégedhetik meg a kórokok kiderítésével, hanem elsősorban is figyelemmel lesz az individuumra.

A mikor megállapítjuk, vagy megállapíthatni véljük, hogy az *epidemiás csuklás az epidemiás influenza toxinos alakjának aequivalense*, nagyon is jól tudom, hogy a csuklás pathogenesisének a problémája ezzel még nincsen megoldva. De igenis közelebből van megvilágítva, vagyis egy lépéssel előbbre jutottunk a problema megoldása felé.

A természettudományokban, tehát az orvosi tudományban is, az analógiák bizonyító erejét nem szabad túlbecsülnünk; de viszont lebecsülni sem szabad. A mikor odaállítjuk azt a következtetést, hogy a csuklás és az influenza tisztán toxinos alakja az individuum, avagy az individuum ad hoc állapota szerint aequivalens jelenség, tételünk helyességét bizonyítandók, kutatunk analógiák után, hogy a novumot plausibilisebb színben tüntessük föl. Nem ok nélkül figyelmeztetem saját esetemben a kórkép ataxiás, illetve choreaszerű színezetére. Rögtön kell, hogy eszünkbe jusson a chorea és a polyarthritiss közöti nexus. A chorea minor a polyarthritissnek aequivalense, a mit a klinikai megfigyelés nap-nap után bizonyít. Chorea minor csakúgy szövődhetik endocarditissal, mint akár a genyedéses angina faucium, avagy a polyarthritiss. Hogy ez az utóbbi betegség, tekintetbe véve, hogy igen gyakran genyedéses torokangina előzi meg, enyhe pyaemiának volna minősíthető, nem tartom valószínűnek. A polyarthritiss mindenek szerint toxinaemián alapul. Annak idején, a mikor leírtam azokat a rendkívül súlyos lefolyású arthritiseket, melyek vörheny után, de mindig vesegyuladással kapcsolatosan fejlődtek s mely arthritisek kifejlődése úgy tűnt föl, mintha a fenyegető uraemia veszélyét hárították volna el, több ízben is punctiót végeztünk térdizületi affectio eseteiben. A nyert izzadmány teljesen víztiszta volt és sterilnek bizonyult; mikroszkopos vizsgálata is teljesen negatív eredményt adott. Utólag nagyon sajnálom, hogy a folyadék beható *chemiai* megvizsgálása elmaradt. Azóta nem találkoztam többé ezekkel a sajátságos izületi megbetegedésekkel, melyek mindenkor igen magas és hosszantartó lázzal folytak le, de mindenkor teljesen gyógyultak. A polyarthritiss pathogenesise felderítése érdekében szükségesnek tartanám az izzadmány *chemiai* megvizsgálását. Nem tartom kizártnak, hogy ez az út elvezethet a problema megoldása felé.

Hogy a csuklás és a chorea minor analog megbetegedés, erősítést nyer abban a valóságban is, hogy a csukláshoz is az összidegrendszer megbetegedése társulhat, ataxiás avagy choreaszerű színezettel. Nagy beteganyag felett rendelkező paediaterek tapasztalhatják, hogy a chorea minor (nem gondolva természetesen utánzó, hysteriás alakjára) és az endocarditiss egyidőben halmozottan jelentkezik, a mi nem lehet véletlen dolga.

Soraimmal czélt értem, ha sikerült plausibilissé tennem, hogy az *epidemiás csuklás az influenza tisztán toxinos alakjának egy sajátságos megnyilvánulása, mondjuk aequivalense*, mint a hogy a chorea is rheumás aequivalens.

Közlemény a XVI. sz. helyőrségi kórházból.

Diabetes insipidust és dystrophia adiposo-genitalist okozó agyalapi gümőkór.

Írta: Fodor Imre dr. főorvos és Jankovich László dr., egyetemi tanársegéd.

Akromegaliának és polyuriának társulása elég gyakori, sőt dystrophia adiposo-genitalisnak és polyuriának, illetve polydipsiának együttes előfordulása is ismeretes. Ez utóbbi esetben a diabetes insipidus többnyire a betegség kezdeti szakában a legkifejezettebb és a betegség előrehaladásával veszt intenzitásából. E jelenség okát többféleképpen magyarázzák. E. Frank szerint az eddigi megfigyelések összefoglalása csak arra jogosít fel bennünket, hogy a diabetes insipidus okát a hypophysis hyperfunctiójában keressük. Támaszkodik felfogásában ama megfigyelésekre, a melyekben szerinte jogosan vehető fel a szervnek izgalmi állapota. Igy elsősorban bizonyítónak ismeri el azt az esetet, a melyben a behatolt puska-golyó a sella turcicában ülve, diabetes insipidust és dystrophia adiposo-genitalist okozott. E. A. Schaefer állatkísérletei alapján (a kipraeparált hypophysis izgatása útján polyuriát idézően elő) arra a következtetésre jut, hogy az intermediaer lebeny izgalmanak megfelelő secretum-túlproductio okozná a diabetest. E felfogás szerint a kórkép ha dystrophia adiposo-genitalissal párosul, a mely pedig a hypophysis működés kiesése gyanánt fogható fel, úgy magyarázandó, hogy a roncsoló elváltozások, a melyek többnyire a környezetből indulnak ki (itt legelsősorban az intracranialis tumorokra, basalis syphilisre stb.-re gondolunk), kezdetben a hypophysis környezetében növekedvén, akár a keringési viszonyok megváltoztatásával, akár direct mechanikai úton, a szervnek izgalmi állapotát és ezzel a hypersecretio létrejöttét eredményezik. Ha már most a kórfolyamat előrehalad és a hypophysis szöveti elemeinek pusztulására vezet, ez a diabetes insipidus csökkenését, illetve megszűnését, a dystrophiás kórképnek esetleges létrejöttét vagy előtérbejutását eredményezi.

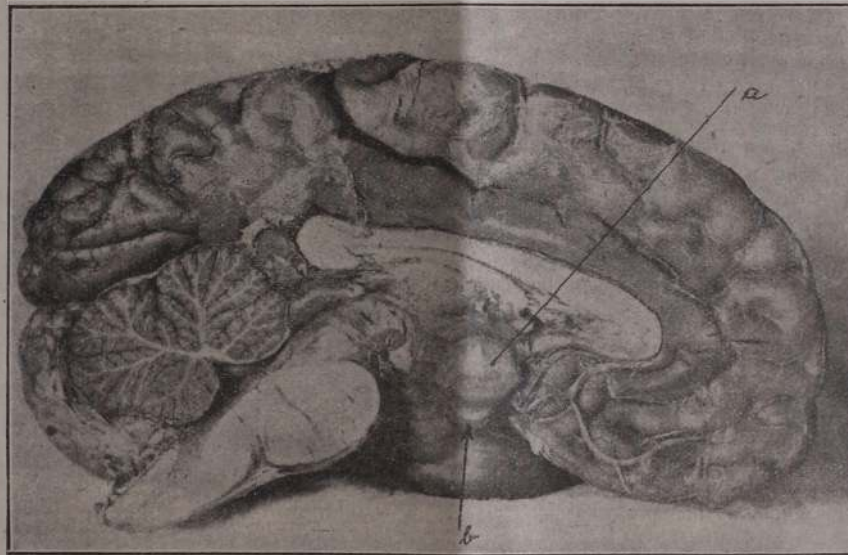
Újabban a kórbonczolástani leletek összeállítása és revidálása arra a felfogásra vezetett, hogy a diabetes insipidus a neuro-hypophysis tönkremenésének vagy legalább is csökkent működésének a következménye. Az ilyen esetekben a betegség tendenciájával igen jól összeegyeztethető a dystrophia adiposo-genitalis jelentkezése, a mely a hypophysis csökkent működésére vallana.

A dystrophia adiposo-genitalis létrejöttének mechanizmusát elég egységesen magyarázzák; itt ugyanis a hypophysisnek vagy környezetének olyan irányú elváltozásaival van dolgunk, a melyek a hypophysis functiójára gátlólag hatnak; kórképpént ilyenkor nem a hypophysisnek adenomaszerű daganatai szerepelnek, a melyek mellett a szerv hyper-, illetve dysfunctiója jön létre, hanem idegen eredetű, legkülönbözőbb jelentőségű daganatok vagy a szervnek direct mechanikai roncsolása. A lényeg: a hypofunctio; a kiváltó ok: a rossz vérkeringési viszonyok vagy a szerv anatómiai pusztulása. Esetünkben a kórképet daganatszerű gümös gócz okozta, míg a tiszta mechanikai roncsolásra példa Madelung ismeretes esete, amelyben a sella turcicában megakadt puska-golyó roncsolása okozta a kórképet. A roncsolást, illetve gátlást okozó elváltozások összeállításában a bonczolt és feldolgozott eddigi 34 eset közül csak 11 esetben nem volt a hypophysis a folyamatba belevonva, ez esetek közül 7 esetben suprahypophysaer elváltozások, daganatok, a melyek az infundibulumból, az agykamrákból, a hypophysisjárat-maradványból indultak ki, vagy dura endotheliomák, szóval parahypophysaer daganatok szerepeltek kiváltó ok gyanánt. Ezek a daganatok valószínűleg helyzetük folytán hatottak gátlólag a hypophysis functiójára; Pick szerint jellegzetes növekedést mutatnak, tudniillik kis részükkel a sella turcicába nyomulnak, nagyobb, tömegesebb részükkel pedig intracranialisan helyezkednek el és így felvehető, hogy a nyomás, illetve rossz vérellátás folytán hatnak gátlólag a szerv működésére, 23 esetben az újképződés magát a hypophysist is megtámadta és roncsolta. A kór-oknak e roncsoló voltából és az anatómiai

elrendeződésből magától adódik, hogy a hypophysis környezetében levő képletek éppen úgy belevonatnak a folyamatba, mint maga a hypophysis és így nem csodálkozhatunk azon, hogy a bitemporalis haemianopsia vagy vakság és diabetes insipidus együttes előfordulása a kórképek vitalis ritkasága mellett elég gyakori. *Biedl* könyvében a következő összeállítást találtuk: *Crause* 34 bitemporalis haemianopsia esetében 7, *Steinbach* és *Steinhaus* 50 eset közül 11 esetben talált diabetes insipidust. Hogy peripher szemidegbénulások előfordulhatnak, az is természetes, lévén ezen képletek a hypophysis környezetében. A megtámadás sorrendje, az abducens esetleges megkímélése, egységes gócot feltételezve, mértéke lehet a folyamat kiterjedésének. Esetünkben mindeme körülmények fenforognak: az agyburokból kiinduló gümös conglomeratum a sella turcica tetején vaskos felrakódást idéz elő, a chiasmának különösen a jobbfelét teljesen beágyazza és jobboldalt még az oculomotoriust, az abducens-t és a kettő között fekvő trochlearist is belevonja a folyamatba; ahypophysis pedig látszólagos épsége dacára — a szöveti vizsgálat szerint — az elsajtosodás képét mutatja. Ez az elváltozás, a

Felvételkor a súlyos beteg tápláltsága ellentétben áll a hosszas gyomorpanaszok utáni és jelenlegi súlyos állapotával. Az arca sápadt, de elég telt. A test párnázata eléggé megtartott. A haj és testszőrzet lanugoszerű. A fanszőrzet női típusú. A feltett kérdésekre lassan és hosszabb idő elteltével, de értelmesen felel. A tüdőhatárok mindkétoldalt magasabban állanak. Baloldalt alul középhólyagú, nem csengő szörtyzörejek hallhatók. A szív rendes, az érlelés nem bradycardiás, középhullámú, száma percenként 90. A has kissé feszes, nyomásra a gyomorgödörben fájdalom; körülírt érzékenység azonban nincsen.

Jobboldali ptosis, a jobb szem vak, erősen kifelé kancsalít és semmiféle irányban sem mozgatható. A pupilla ezen az oldalon erősen kitágult, sem fényre, sem alkalmazkodásra nem reagál. A bal szem jól mozgatható, a pupilla középtág. A látótér lateralis fele kisebb, a nasalis látótérből a pupillareactio kiváltható. A szemfenék mindkétoldalt ép. A facialis és trigeminus nem mutat eltérést. A nyelv kissé jobbra tér ki, a lágy szájpad jól mozog. A motoros erő valamennyi végtagon egyformán csökkent. A hasreflexek kiválthatók. A cremaster-reflex élénk. A térdreflex mindkétoldalt egyformán élénk. Babinski nem váltható ki. A talpreflex tonusos, lassú flexiós mozgást mutat. Érzéki eltérés nincsen. A vizelet mennyisége 2 liter. A Wassermann-reactio negatív. A köpetben Koch-bacillusok nem mutathatók ki. Röntgen-lelet (*Biró dr.*): A koponya structurája erősen elmosódott, valószínűleg a felszaporodott liquor következtében. A fokozott agynyomás folytán kifejezett impressioes digitatae. Csontronsolódás az agyalon nem látható. A sella turcica normalis.



mely tehát a hypophysis nagyrésznének pusztulására vezetett, a fentiek szerint olyan kórképet kelet, hogy eredményezzen, a melynek lényege a szerv működésének kiesése és így eredményként a diabetes insipidus és a dystrophia adiposo-genitalis kórképének haemianopsiával és szemidegbénulással való társulása.

Körtörténet: K. J. dr., 32 éves népfelkelő-önkéntes ügyvéd, 1916 szeptember 16.-án vétetett fel a kórház belgyógyászati osztályára (főorvos: *Grodk Ernő dr.*). A gyenge és részvétlen betegről csak nehezen vehető fel a kórelőzmény, de a család és a csatlótt kórlapok a következő adatokkal szolgálnak: Évekkel ezelőtt jobboldali mellhártyalobban szenvedett. Luest, gonorrhoeát tagad. Felesége nem abortált. Egy egészséges leánygyermek van. Kezdetben gyomorpanaszai állottak az előtérben; epigastrialis fájdalom, hányás és testsúlycsökkenés. Gyakran elájult. 1916 márciusában folytonosan rosszabbodó állapota miatt gyomorfekély diagnózisával 3 hónapra szabadságolták. Szabadsága alatt állapota valamit megjavult, úgy, hogy ezen idő alatt foglalkozását is üzte. Szabadsága letelte után, csapatjához való bevonulása (szept. 28) közben állapota annyira rosszabbodott, hogy utazását megszakítva, egy tartalékkórházba vettette fel magát. E kórház kórlapja szerint epigastrialis nyomási fájdalom, hányás és csuklás, fokozott szomjúság-érzés, 38° C-ig emelkedő hőmérsék voltak megállapíthatók. A szabad sósav értéke 20; összaciditás 30. A vizelet fehérje- és cukorként. Napi mennyisége 5—6 liter. A bal tüdő alsó lebenye fölött rövidült kopogtatási hang és érdes lélekzés. A kórházi tartózkodás alatt rohamosan zajlanak le a tünetek. Október elején a jobb szem látóképesége gyorsan fogy. Heves főfájások kínozzák, aluszékony, november elején a jobb szemhéj lecsukódik, a beteg ágyának dől és idegen segítség nélkül ez idő óta felülni sem tud. Betegsége kezdete óta sokat iszik és sokat vizel, a kórlap feljegyzése szerint 8—10 liter naponta. A testszőrzete és haja július és augusztus hónapokban kihullott, illetve erősen megritkult. Állandóan lázas, időnként 38° C-ig terjedő hőemelkedéssel, rendszerint 37°30'—37°50' C között ingadozik hőmérséke. Kezdetől fogva lehangolt kedélyállapotú, könnyen sír, néha pedig sírógörccsök fogják el. Nemi potenciája erősen mecsökkent.

November 16. Status idem. Vizelet 2½ liter. Pulsus 78.

November 18. Állandóan alszik. Vizelet 7 liter.

November 19. Nyugtalan éjszaka, erős végtag- és keresztváji fájdalmak. A bal pupilla középtág, merev. A jobb szem semmiféle mozgást sem végez.

November 22. Dél előtt 12 órakor meghal.

A tünetek világosan megjelölik a helyet, a hol a kórokozót keresnünk kellett. Kifejezett hypophysis-tünetek: a polyuria, a testszőrzet kihullása, az aránylagos kövérség, a nemi képesség megszűnése, a jobb szem vaksága, teljes jobboldali ophthalmoplagia externa és interna mellett a bal szem hemianopsiája, tökéletes képet adtak a kórfolyamat horizontális kiterjedéséről, annak anatómiai mékintjére nézve azonban csak feltételekre jogosítottak bennünket, a melyek között első helyen daganatra, vagy valamelyes gümös elváltozásra gondoltunk. Az évek előtti mellhártyalob, a lázas lefolyás, a bal tüdőben körülírt szörtyzörejek, a Wassermann-reactio negatív volta és a Röntgen-lelet alkották e feltevésünk alapját. A betegség klinikai lefolyásának magyarázatához és a sajátságos kórkép megértéséhez azonban szükséges, hogy a boncolásról szóló jegyzőkönyv főbb adatait részletesebben közöljük:

A kis termetű, gracilis alkatú, közepesen táplált férfi hullájának bőre elől halvány, hátul csak kevés elszórt hullafoltot mutat. A hajzat ritka, a fejtetőn kezdődő kopaszodás. A kötőhártya és ajak halvány. A mellkas keskeny, lapos. A fardomb szőrzete gyér, a hónalj csaknem teljesen hiányzik. A herék puha tapintatúak. A koponyacsontok meglehetősen vastagok, rendkívül kemények, diploëállományuk alig van. A kemény burok kissé fehéres, magvastagodott s a koponyatetővel összenőtt. A lágyburkok szintén megvastagodottak s kevésbé zavarosak a köztük meggyülemlett nagyobb mennyiségű savtól. Az agy kivétele nehezen megy, mert az agyalap elől a töröknyereg táján szürkés szövet útján összenőtt a koponyaallappal úgy, hogy főleg a szemidegeknél

csak késsel választható le onnan. A koponyaalapon a következőket találjuk: a jobboldali agyidegek közül a n. opticus, a n. oculomotorius és a n. trochlearis körülbelül koronányi terjedelmű fakó, szürkés, kissé dudorkás szövet borítja, amely a koponyaalapi keményburokra mintegy $\frac{1}{2}$ cm. vastagságban reáterül, úgy hogy a töröknyeret befedő keményburok (diaphragma sellae) tájának jobb felét teljesen belepi. Ez a szövet az agyalapon a lágyburokra is kiterjed s ott a gümös agyhártyalob képét mutatja, azzal a különbséggel, hogy a gümös sarjszövet-képződés és ezáltal a burkok megvastagodása a rendesnél jóval kifejezettebb és szemmel látható szövetszaporulat jött létre a jobboldali tractus opticus, a gyrus fusiformis és az infundibulum közötti területen. A chiasma-tájék, a corpus mamillareknak, tehát a III. agykamra fenekének megfelelő agyalapi részlet erősen elődomborodik s ezáltal az agyko-csányok közötti árok (fossa interpeduncularis Tarini) is tetemesen megszűkül, hasonlóan lapos réssé lett a III. agykamra is. Az agyalapi idegek közül a két szemideg van legjobban elváltozva eredése táján, átmérőjük 6 mm. lett. A chiasma, illetőleg a tractus opticus még vastagabb, a gümös sarjszövet állományukat infiltrálta. Az agyállományt nyílirányban metszettük át és ekkor a következőket láttuk (l. az ábrát): A III. agykamra fenekének elődomborodó részében a tractus opticusnak megfelelően, tehát a tuber cinereum előtt, mogyorónagyságú gömbölyded kemény gócot találunk az agyállományban, amely szürkésen áttűnő szövetből áll, a gócz a tractus opticus felé terjed, vagyis a lágyagyburokokkal érintkezik, valószínűleg innen nőtt hátra és felfelé; legalább erre utal a körötte összenyomott, s ennél fogva kissé körkörös rétegzett agyállomány, amely alul a gócz mögött a tractus opticusba terjedőleg szintén szürkés fakó, áttűnő szövetből áll. A gócz közepén fakósárgás, szabálytalan sajtos foltok látszanak.

Hogy eldöntsük, vajjon az agyalapon fejlődött sarjszövet a hypophysist elérte-e, a koponyaalapon is nyílirányú fűrészelést végeztünk, az így keletkezett metszalon a következők láthatók: A hypophysis a töröknyeregben ül, átmérője a nyílirányú síkban 13×13 mm., a felette elvonuló gümös sarjszövet fakó állománya a hypophysissal összefolyik, az infundibulum majd oly vastag, mint a hypophysis maga s ez által állománya és a sarjszövet között határt vonni nem lehet. A hypophysis halványvöröses állományában néhány fakósárgás, kölesnyi foltocskák látszik; a két lebeny egymástól nem különböztethető meg; a töröknyereg nincs megnagyobbodva. Az ikéből nyálkahártyája halvány, ellenben az orr- és Highmoor-üregé erősen duzzadt és vörös, hasonlóan lobos a garatmandula is.

A jegyzőkönyv többi részéből csak a következőket kívánom kiemelni: a mellkas falával lemezesen összenőtt bal tüdőben hátul-alul borsónyi régebbi caverna van, amelynek környéke tömöttebb tapintatú és benne sok kölesnyi, részben áttűnő és részben fakószürkés, heges tuberculum van, többnyire a hörgők körül elhelyezve. A mandulák főt-babnyiai; a pajzsmirigy lebenyei legfeljebb zöldmandulányiak, halványbarna állományuk szívos, vérszegény. A parathyroideák kicsinyek, de minden oldalon 3-4 van belőlük. Feltűnően vékony a mellékvese és amellet vérszegény. A vesékben kis ék alakú, halvány foltocskák vagy csíkok észlelhetők, amelyeknek megfelelően a felszínen kölesnyi, sárgás, gümös szemcséket láthatunk. A húgyhólyag alapján elszórt, áttűnő tuberculumok mutatkoznak. A herék galambtojásnyai, vérszegény állományuk puha.

A szövettani vizsgálatnak főleg az agyalapi gümös gócot és a hypophysist vetettük alá. Az agyhártyák gümőkórja a szokott képtől csak annyiban tért el, hogy a gümös sarjszövet főleg az agyalapon, ahol már szabad szemmel láthatólag is sokkal tömörebbnek mutatkozott, némileg az agyállományra is ráterjedt. A megvastagodott szürkés látóidegekben azonban mikroskoppal csak vérbőséget, érkörüli gömbszerű beszűrődést és oedemat állapítottam meg, ellentétben a tractusokkal, ahol már szabad szemmel is látható sajtosodás mutatkozott. Az agyalapi gümös gócz gümös szemcsék halmazából és gümös sarjszövetből áll (konglomerált gümö), határai a mikroskop alatt korántsem oly élesek, mint azt szabad szemmel való vizsgálat után gondolhatnók, mindamellett észrevehető, hogy a gümös gócz az agyállományt félrelejtte. Ebből pedig az következik, hogy valószínűleg a lágyburokból fejlődhetett ki, annál inkább, mivel, mint azt már fentebb említettük, a gócz elül elérte a felszínt, vagyis ott a lágyburokokkal közvetlenül érintkezett. Maga a gócz vegyes jellegű, follicularis elrendeződésű tuberculumokból áll, amelyekben igen szép számmal láthatunk Langhans-féle óriássejteket és a gócz közepe felé pedig meglehetősen terjedelmes elhalást. A hypophysis mikroszkopos vizsgálata tulajdonképpen meglepetést hozott, a makroszkopos vizsgálat után valószínűnek tartottuk, hogy találni fogunk benne gümös szemcséket, de mégsem hittük volna, hogy azok a hypophysis szövetét annyira áthatják, tömregegyék, hogy a mirigynek úgyszólván csak maradványait lehessen felfedezni. A hypophysisból készült metszetekben ugyanis azt látjuk, hogy a mirigy elülső lebenyéből mindössze alul maradt meg egy kevés, körülbelül az elülső lebeny állományának egyharmadát kitevő részlet, míg a középső és hátulsó lebeny teljesen elpusztult, úgy, hogy meg sem találhatók többé a metszetekben. Az egész hypophysis tehát tulajdonképpen gümös szemcsék halmaza, amelyek az agyalapi konglomerált góczhoz hasonló szerkezetűek. A hypophysisnek megmaradt elülső részletén az összenyomás jelenségeim kívül azt észlelhetjük, hogy a mirigyek és mirigysejtek kicsinyek, atrophiások, bennük kolloidszerű váladék alig mutatkozik, eosinophil sejt csak igen kevés van, s ezek is alig különböznek a fősejtektől. Mentől hátrább követjük a mirigy állományát, annál több lesz benne a tuberculum; akad ugyan a tuberculumok közt néhány összenyomott mirigy-csatorna, azonban ezeknek a száma mind gyérebb lesz, az egyes tuberculumok összefolynak, elsajtosodnak és meglehetősen egynemű tömeget

adnak. A hypophysis kocsányának megfelelően ebben a sajtos massában durvább kötőszöveti rostokat lehet felfedezni, amelyek nyilván a keményburok (diaphragma sellae) maradványai, valószínű tehát, hogy a gümös folyamat az infundibulum felől terjedt a hypophysisre. A mellékvesében feltűnőbb mikroszkopos elváltozások nincsenek.

A kórbonczolástani leletet összefoglalva tehát azt mondhatjuk, hogy az egyén bal tüdejében lévő régebbi caverna újabb helyi gümös megbetegedésre adott alkalmat, a mi viszont lassú lefolyású miliaris gümőkórt idézett elő; ennek a miliaris gümőkórnak a megtestesítője az agyalapi konglomerált gümös gócz, a mely valószínűleg már hónapokkal a halál előtt fejlődött és végül gümös agyhártyagyuladásra vezetett, ez utóbbinak és a vesék miliaris gümőkórjának keletkezési idejét az élet utolsó heteibe kell helyezni; bizonytalan azonban a hypophysis gümös megbetegedésének a kezdete.

A hypophysis gümös agyhártyalob képesán nem szokott megbetegedni, sőt elsődleges gümőkórja legalább még eddig ismeretlen, amennyiben, mint a legtöbb belső secretió mirigy, viszonylagos immunitással rendelkezik a gümőkóros fertőzéssel szemben. Hogy mennyire ritka a hypophysis gümös megbetegedése agyhártyagyuladás kapcsán, azt mutatja *Thaon* 23 esete, a melyek közül 15-öt részletesen megvizsgált és leirt, de egyikben sem talált a gümös agyhártyalob mellett gümös elváltozásokat a hypophysis szövetében, legfeljebb a mirigyet körülvevő rostos kötőszövetben látott gömbszerű góczokat, a mi azonban más bántalmakban is előfordul. *Hüter* 7 gümös agyhártyalob- esetet vizsgált meg s azt találta, hogy a gümös folyamatban még az infundibulumot övező agyhártya is részt vesz, de a megbetegedés a hypophysisre egyszer sem terjedt rá s azért érthető, hogy az irodalomban mindössze 8 eset ismeretes, a melyekben gümőkórt mutattak ki a hypophysis állományában (*Heidenkamp*), ezek is jórészt a környezet súlyos tuberculosisának a következményei voltak, így például az ikcsont gümös gyuladása, vagy az agyalap konglomerált gümőkórja terjedhet a hypophysis állományára, mint a milyen esetet *Haushalter* és *Lucien* közölt; *Meyenburg* is ismertett többek közt egy esetet, a hol a hypophysisben konglomerált gümö fejlődött. Ehhez hasonló a miénk is. Per analogiam tehát arra lehet következtetni, hogy esetünkben is a hypophysis megbetegedése csak követte a közvetlen közelében a tuber cinereum táján ülő gümös gócz kifejlődését, amennyiben úgy képzelhetjük, hogy az agyalapi konglomerált gümös megbetegedés per continuitatem fertőzte a környezet agyburokat és az infundibulum útján a hypophysist is, a mi természetesen csak hosszabb idő lefolyása alatt volt lehetséges. A hypophysis megbetegedése után fertőződött lassanként az egész agyalap és végül az agyhártyák gümös gyuladása általános lett.

A hypophysis gümös elváltozásának idősültebb jellegével kell kapcsolatba hoznunk azt, hogy az egyéneken, habár csekély mértékben, de mégis a dystrophia adiposo-genitalis kezdődő jelenségeit lehetett megállapítani. A szőrzet testszerte ritka lett, a hónaljban teljesen hiányzott, a különben vérszegény beteg meglehetősen zsírpárnával rendelkezett és a belső secretió mirigyek közül a mellékvesék és a herék sorvadat benyomást tettek, habár bennük kóros elváltozást kimutatni nem sikerült, sorvadat volt azonban ezeken kívül a pajzsmirigy is. Jelen esetben a gümös folyamat a hátulsó lebenyt és az infundibulumot teljesen, az elülsőt csak részben pusztította el, s ennél fogva bizonyos, hogy a hypophysis csökkent működést fejtett ki, annyival inkább, mivel az elülső lebeny megmaradt rendes állományának legfeljebb egyharmadát kitevő rész e mikroskoppal is a hypofunctio jeleit mutatta. Egyrészt a gümös kórfolyamat terjedése, másrészt az a körülmény, hogy a folyamat a hátulsó lebenyben régebbi, arra a feltevésre jogosít, hogy az először a hátulsó lebenyt támadta meg. A hátulsó lebeny gümőkórja minden fibrosis hiányában azonban szintén nem tekinthető valami igen régi folyamatnak, s azért az is világos, hogy nem vezethetett idő híján a dystrophia adiposo-genitalis kórképének teljes kifejlődésére. A hypophysis gümös megbetegedése esetén rendszeren semmi nyomát sem szoktuk észlelni a dystrophia kór-

képének, mert a pusztító gümös folyamat túlgyorsan játszódik le és rendszerint sokkal előbb vezet az általános gümös agyhártyalob kifejlődésére, semhogy elég idő maradjon a szervezet számára a dystrophiára jellemző átalakulások létrehozására. Hogy jelen esetben ez mégis megtörtént, azt csak úgy magyarázhatjuk meg, hogy a hypophysis megbetegedésének, valamint az agyalapi gümös folyamatnak konglomerált jellege volt, a mi eleve kizárja, hogy az néhány hét alatt keletkezett volna. Az agyalapon kifejlődött konglomerált gümös gócz és sarjszövet jobboldali teljes vakságot idézett elő, amin nem csodálkozhatunk, mert helyzete folytán éppen a tractus opticusban a látási pályák útját vágta el. Az agyhártyáknak agyalapi részén mutatkozó, a szokottnál tömörebb gümös izzadmány, a mely a szemidegeket is körülvette, bár beléjük nem hatolt, magyarázza a szemén észlelt bénulási tüneteket. Korántsem olyan világos azonban az adipositas hypogenitalis kezdődő jelenségeinek és a hypophysis megbetegedésének az összefüggése, sőt egyáltalán el sem dönthető, hogy azt ez esetben a hypophysis elváltozása, vagy a góczos agyalapi megbetegedés váltotta-e ki, a menyiben *Erdheim* teoriája szerint az adipositas hypogenitalis oka az a nyomás, a melyet valamely kóros folyamat az agyalap eddig még ismeretlen központjára kifejti, már pedig esetünkben ilyenfajta nyomást az agyalapi gümös gócz részéről nyugodtan felvehetünk, de viszont nem tekinthetünk el attól sem, hogy a hypophysisben igen súlyos elváltozásokat találtunk, sőt a hátsó nervosus rész teljesen elpusztult. E valóság akaratlanul közelebb hoz minket *Bernhard Fischer* nézetéhez, a ki a dystrophia adiposo-genitalist a hátsó lebeny és az infundibulum sérülése, vagyis a szerv működésének kiesése útján magyarázza. Megerősít ennek felvételében a kórlefolyás és az, hogy ha az egyes tünetcsoportokat az ismeretes physiologiás adatokkal egybevetjük: hányás és szédülés a megbetegedés kezdetén az agyhártyaizgalom tünetei voltak, az ezt követő *polydipsia* és *polyuria* (*diabetes insipidus*), a testsúly megtartottsága és párnázottsága mellett, utalnak a kieső neurohypophysisre.

(Vége következik.)

Adatok az elmebaj kóros színlelésének pathogenesiséhez.

Irta: *Epstein László* dr., egyetemi magántanár, a budapest-angyalföldi áll. elmeógyógyintézet igazgatója.

(Folytatás.)

De épp oly kevésbé lehet kétség az iránt, hogy ezen simulatio nemcsak kóros talajból nőtt ki és kóros tényezők behatása alatt fejlődött, hanem valóban elmebajjal is társult, a mely ugyan, a mint az előbbi fejtegetésekből kitűnik, nem egykönnyen kategorizálható, de kifejezett kóros tünetekben nyilvánul; sőt annyira összefonódik a színlelés az elmebajjal, hogy a különválasztás mindenütt nem is sikerül.

Bizonyos, hogy L. szimulált, a midőn otthon, családja körében macskával tánczolt, seprűn nyargalva ugrált, a meg nem főtt ételbe belekapott és azt megette s egyéb fonákságokat művelt; vagy a midőn nejét és sógornőjét királynénak mondta, autót rendelt s más badar dolgokat beszélt összevissza. Nem éppen cselekedeteinek furcsasága és beszédjének badarsága teszi bizonyossá a simulatiót, mert mindez kitelik egy idióta, egy mániás, vagy egy schizophrénias beteg-től is, mely kórformáktól egyébként L. egyformán távol áll, hanem az a körülmény, hogy semmiféle elmebajt sem ismerünk, a mely ilyen, a józan, rendes és értelmes viselkedésből hirtelen előbukkanó és teljesen izoláltan maradó értelmetlenségekben nyilvánulna.

Ennyire biztosan a simulatiót az L.-en észlelt tünetcsoportnak egyéb részeire nézve megállapítani nem tudjuk, de előadásából következtetve és a részletesen kifejtett körülményeket egybevetve valóban fogadhatjuk el azon állítását, hogy színlelési törekvés vezérelte őt többek között akkor is, a mikor azt az utcai jelenetet idézte elő, a mely letartóztá-

tását, majd intézetbehozatalát vonta maga után, és lehetséges, hogy csakugyan színlelni akarta az öngyilkossági kísérletet is, a mikor az ablakból kiugorni készült. De ezen törekvésének megvalósításába már annyi kóros vonás játszik bele, hogy alapos kételyünk támad, vajjon csakugyan tudatosan, meggondoltan és tisztán szimulált-e. Így pl. az ablakból akkor akart kiugorni, a mikor a háború rémes bajainak elbeszélését hallotta, és így ezen tettét, ha az arra vonatkozó szándékát állítólag előre is közölte vala társaival, mégis csak, saját állítása szerint is, a rajta úrrá lett félelem hatása alatt vitte véghez. Az intézetbe történt behozatalakor pedig az alkohol hatása, a mely nemcsak a leírt testi tünetekben érvényesült, annyira bonyolította a kórképet, hogy nem tudjuk eldönteni, mennyiben állunk szemben valóságos deliriumokkal és izgalomokkal, és mennyiben csak színleléssel. Tovább menve azonban oly tünetekre is akadunk, a melyek éppúgy, mint a testi tünetek, már bizonyosan teljesen kívül esnek a színlelés körén. Az intézetben többször észlelt nagyfokú kedélybeli nyomottsága, a mely mindig napokig tartott és a melynek hatása alatt zárkózott volt, elérékenyült, abstinált, éppoly kevésbé lehetett színlelt, mint gégeizomzatának az a ticje, a mely a sajátos nyögésben nyilvánult és csak hosszú idő után mult el végképpen, mert hiszen akkor már szimulálni nem akart, sőt egyre hangoztatta az épelméjűséget, szabadulni akart az intézetből és így nem lehetett célja, hogy bármiképpen is betegnek tűnjék fel. Ezek tehát kétségtelenül akaratától független, kifejezett kóros tünetek voltak. És ezen tüneteknek vizsgálata rávezet bennünket az L.-en észlelt összes jelenségekre, egyfelől a simulatióra, másfelől a valóban kóros állapotnak megértésére.

Az utóbb említett nyögés kifejezetten hysteriás tünet. Bár eredetere nézve nem vagyunk egészen tisztában, a menyiben egy ízben tett állítása szerint ezen nyögés a jégen történt elcsúszása óta áll fenn, egy másik alkalommal pedig azt állítja, hogy azt magára erőszakolta; de tic-szerű jellege és lelki okok hatása alatt történt megszűnése kétségtelenül teszi hysteriás (psychogen) jellegét. De *Kretschmer*⁹ finom megkülönböztetése alapján tovább is mehetünk ezen hysteriás tünet meghatározásában. Ha ugyanis a szóbanforgó tic a jégen történt elcsúszáskor a rendes állapotból minden átmenet nélkül hirtelen és az akaratától függetlenül következett be, akkor elsődleges hysteriás megbetegedéssel van dolgunk, ha pedig, a mi valószínűbb, akaratlagos beidegzés indította meg a gégeizomzatnak sűrű időközökben való pillanatnyi összehúzódását, akkor a tic-ben hysteriás megszokást vagy ilyennek útján támadt másodlagos hysteriás megbetegedést kell látnunk.

Hasonlóan hysteriás (psychogenes) természetű kedélybeli nyomottsága is, a mely eredetere nézve lélektanilag érthető, de megnyilvánulásának alakjára és fokára nézve kifejezetten kóros reactiót képvisel. E kedélybeli nyomottság két forrásból fakad: az egyik a családjáért való aggodalom és az utánavaló bánkodás, a másik a katonaságtól való félelem. E két tényező közül az előbbi az elsődleges, míg az utóbbi jórészt amannak csak folyománya; de mindakettőt a besorozás ténye váltotta ki, illetőleg tette hatékonyná. A családja miatti folytonos sopánkodása, gyermekeinek sűrű emlegetése, ilyenmú gyakori kifakadásai, mint „Gazemberek, k... kapitányok, meg akartok engem fosztani családomtól“, zavaros feljegyzései, a melyekben a katonaságot szidja és piszkolja, élénken mutatják, hogy e két gondolat őt állandóan mennyire foglalkoztatja, mily nagy súlylyal nehezedik elméjére és kedélyére, mily nagy mértékben zaklatja, nyugtalanítja őt és irányítja viselkedését és cselekedeteit.

De abban az erős és állandóan működő indulatban, a melyet a besorozás élménye benne kiváltott; az egyéniségében gyökerező és bizonyos határig lélektanilag még érthető fejlődésben, a mely a családja iránti szeretettől a hadi szolgálatból való irtózáshoz és az azzal kapcsolatos kóros

⁹ *Kretschmer*: Hyst. Erkrankung. u. hyst. Gewöhnung. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 36. köt.

képzetekre és kóros reakcióra vezet; abban a túlsúlyban, a melylyel e képzetek az ő eszmekörében helyet foglalnak és azon kényszerítő erőben, a melylyel akaratbeli elhatározását és akaratnyilvánítását befolyásolják: megtaláljuk mindazon ismeretető jeleket, a melyek a *Wernicke*-féle tülemelkedő eszméket („überwertige Ideen“)¹⁰ jellemzik.

Megtaláljuk pedig őket *Wernicke* saját meghatározás alapján éppúgy, mint *Kraepelin*, *Aschaffenburg* és mások értekezése szerint.

*Wernicke*¹¹ maga az általa „überwertig“-nek elnevezett képzeteket így határozza meg: „Erinnerungen an irgend ein besonders affektvolles Erlebnis oder auch an eine ganze Reihe derartiger zusammengehöriger Erlebnisse“; és mondja, hogy kétségtelenül vannak tülemelkedő eszmék, a melyek mindenképen a rendes elmeélet körébe tartoznak, de az egyén cselekvését mégis oly módon befolyásolják, hogy ez kóros jellegű nyer („die durchaus der Norm angehören, die Handlungsweise des Individuums aber trotzdem so bestimmen können, dass sie ein krankhaftes Gepräge erlähnt“); kóros voltuknak kriteriumát pedig abban látja, hogy ezen tünet nem marad meg egymagában, hanem csakhamar egyéb psychosisos tüneteknek sora, különösen az ezen esetekre jellemző körülírt vonatkoztatási téboly (circumscripiter Beziehungswahn, circumscripote Autopsychose) járul hozzá. E megtoldás azonban a fogalmat elhomályosítja, mert megnehezíti a szóban forgó képzeteknek vagy képzetcsoportoknak a valóságos téveszméktől való elhatárolását.

*Kraepelin*¹² meghatározásában hiányzik is e megtoldás amennyiben a tülemelkedő eszméket kóros voltuk szempontjából csak oly képzetcsoportoknak mondja „die durch irgend ein gemütlich erregendes Erlebnis erzeugt wurden und wegen ihres Gefühlstones einen dauernden, bestimmenden Einfluss auf Denken und Handeln gewinnen können.“ Viszont azonban a rendes elmeélet irányában tágabbra, sőt, azt hiszem, túlságra vonja meg a fogalom határát, a midőn a bennünk megerősödött általános életfelfogásokat, „die durch Erziehung und Gewöhnung in uns befestigten und in Fleisch und Blut überangenen allgemeinen Lebensanschauungen“ is idesorolja.

Nézetem szerint szabatosabb és a valóságnak megfelelőbb az a meghatározás, a melyet *Aschaffenburg*¹³ ajánl és amely szerint e képzetek „... nichts weiter sind, als der Ausdruck einer zu stark und zu lange festgehaltenen Affektbetonung einer bestimmten Vorstellung. Das Krankhafte würde bei der überwertigen Idee dann nur in der Art zu erblicken sein, mit der dieser einmal entstandene Affekt nachwirkt und aller späteren Kritik und Überlegung zum Trotz immer wieder auftaucht.“ „Der Affekt“, mondja tovább „schafft die überwertige Idee und diese bestimmt die Krankheitssymptome, gibt ihnen die Richtung und Ausprägung und ist schliesslich die Krankheit selbst.“ És helyesen jegyzi meg, hogy a tülemelkedő eszme a psychopathiás gondolkodásnak és érzésnek egyik legfontosabb tünete.

*Köppen*¹⁴ szűkebb határok közé szorítja a fogalmat és csak oly eszmékre óhajtja alkalmazni, a melyek önmagukban

¹⁰ Az „überwertig“ kifejezésnek szó szerinti fordítása „túlértékű“ volna, de ez a magyar nyelvérzékkel ellenkezik és nyelvészeti szempontból is helytelen. Viszont a „túlértékelt“ szó, a melyet *Balassa* használ egy tavaly megjelent dolgozatában („A transvestismusról“ Budapesti Orvosi Ujság, 1918, 21. sz.), nem fedi a fogalmat, mert a kérdéses eszme ereje nem abban gyökerezik, hogy a beteg azt értékén túl becsüli, a mi már csak legfeljebb következmény; hanem azon erős indulatban, a mely az illető eszmét vagy képzetet létrehozó élményhez kapcsolódik; és így ezen eszme az ő inhaerens erejénél fogva mintegy kiemelkedik a beteg gondolkodásából. Ez okból megfélelőnek látszik a szóban forgó fogalom megjelölésére e kifejezés „tülemelkedő eszme“.

¹¹ *Wernicke*: Grundriss d. Psychiatrie, Leipzig, 1894.

¹² *Kraepelin*: Psychiatrie, 8. kiadás, I. kötet, 310. oldal.

¹³ *Aschaffenburg*: Allgem. Symptomatologie d. Psychosen. Hdb. d. Psychiatrie. Általános rész, 3. szakasz, 178. oldal.

¹⁴ *Köppen*: Über einen reinen Fall von überwertiger Idee urd über seine forens. Bedeutung. Ref. Jahresh. f. Neur. u. Psych., IX. köt., 1177. oldal.

semmiféle kórosat sem mutatnak, mindenképpen értelmesek és elfogadhatók, csak éppen azon nagy erő által jellegzetesek, a melyet az egyéniségre gyakorolnak.

Ezen különböző meghatározások bármelyikét vegyük is irányadónak, L.-nek azt az aggodalmát, hogy őt katonai szolgálatra behívják és így családjától elszakítják, hogy a háborúban esetleg elpusztul és így családja elárval, mindenképpen tülemelkedő eszmének kell minősítenünk. Ezen eszme önmagában kóros tartalommal nem bír, mert hiszen aggodalma, legalább kiindulópontjában, éppenséggel nem alaptalan és félelme teljesen érthető, de kórossá válik az által, hogy rendkívüli módon elhatalmasodik L. egyéniségén, minden más gondolatot háttérbe szorít, akaratát hatalma alá hajtja és akkor sem szűnik meg, amikor már semmi realis alapja sincs; mindig újból és újból előre tör, bár L. tudja, hogy a katonai elmeegógyintézetből nem gyógyultan, hanem csak térítvény ellenében bocsátották el és ügye a katonaság részéről el van intézve.

Ezen tülemelkedő eszme nyomása alatt megnyugvást nem talál, hanem állandóan erős affectusban él, úgy, hogy kedélyi feszültsége oldódást, enyhülést keres a betegségben („Flucht in die Krankheit“), amely psychopathiás egyéniségében kedvező talajra talál és különböző, részben az alkoholhatás által is befolyásolt, hysteriás jelenségekben nyilvánul, amelyek közé tartozik az az inkább tudatosnak vélt, semmint valóban tudatos törekvés, hogy az elmebajt színlelje. És így néhány szóval az esetet ilyképpen jellemezhetjük: L. psychopathiás egyén, akiben egy tülemelkedő eszme kóros tünetcsoportot váltott ki, amely nagyobbára hysteriás jelenségek-ből áll és amelyek egy részét elmebaj színlelése alkotja.

II. Egy ily tülemelkedő eszmének lényegében hasonló irányú érvényesülését látjuk a következő esetben.

R. O., 27 éves nő, sorozóköteles egyén elmeállapotának megfigyelése és megállapítása végett 1916 januárius 8.-án egy cs. és k. tartalékkórházból azzal az orvosi értesítéssel szállított be intézetünkbe, hogy az illető a legegyszerűbb kérdésekre sem tud felelni, de elmondja, hogy az északi harctéren mint polgári kocsis a csendőrségtől hirtelen megijedt, öntudatát veszítette és ily állapotban elmenekült, azóta semmire sem emlékszik. Az értesítés szerint hajlott tartásában félénken néz maga körül, éjjel felugrik és menekülni akar, mert katonának és pandurok üldözik. Mindezen tünetek daczára, mondja a jelentést tevő orvos, nagy gyanu van aggraviációra vagy simulatióra.

Az intézetbe való felvételekor félénk, ügyefogyott magatartást tanúsít. Trachoma miatt elkülönítő szobába helyezük, ahol azután az első napokban éppúgy, mint később, csendesen fekszik, nem beszél, kérdésekre többnyire „nem tudom“-mal válaszol, csak azt mondja, hogy fél; a kórszemle előtt sírni kezd, az orvos beléptekor felnéz, majd a takaró alá húzódik és folytatja vinnyogásszerű sírását. A néhány nap után, január 12.-én megejtett vizsgálatkor görnyedten ül a helyén, fejét lehajtva és tekintetét a földre szegezve, testén néha remegés látszik. Kérdésekre igen hiányos feleleteket ad. Nevét nem tudja biztosan megmondani, korát elfelejtette, írni, olvasni elfelejtett, az évet, hónapot és napot jelezni nem tudja. Családi viszonyaira nézve csak annyit lehet belőle kihozni, hogy szülei élnek, egyik nagyanyja emlékezete szerint zavarodott volt, villával akarta a csirkét megölni és nemsokára rá meghalt; egy öccse van, akinek a lábát a háborúban amputálták; nővére nincs, majd azt mondja, hogy van. Neki magának gyermekkorában szembaja volt; egy év előtt beteg volt, folyton szaladt és az ágy alá bujkált; hogy régebben volt-e beteg, nem tudja. A feje tetejére mutatván, mondja, hogy ott fáj, néha gyengébben, néha erősebben. Pálinkát nem szokott inni. Előhozza betegségét, amelyet a Kárpátokban ijedségtől kapott; távolról hallott ott lövéseket és látott villámlásokat, katonák lőttek, de nem tudja, hogy mifélek. Nagyon félt és utána beteg lett. A feleségétől tudja, hogy gyógyítás végett fel akarták őt hozni Pestre, de ő meg akart szökni, úgy, hogy a vonatra kellett őt lökni. Itt is fél, mert az előbb a szobájában fel akarták őt akasz-

tani. Otthon a falujában vad kutyákkal kergették, baltával üldözték és lovas katonák el akarták fogni; kiszaladt a földekre, azután a nagybátyja, akinek a földjei az övével szomszédosak, ágyba fektette, majd ide hozták s a nagybátyja még utána szólt, hogy ne csináljon rosszat, itt ki fogják gyógyítani. Kérdi, hogy ezt a falut hogy hívják; nem tudja, hogy milyen házban van, sem azt, hogy mikor és miért hozták ide. Figyelmeztetve, hogy az imént ő maga mondta, hogy gyógyítás céljából hozták ide, megjegyzi, hogy azt már elfelejtette és azt is, amit a nagybátyja mondott neki; Jó helye van itt, csak ne akasztanak fel; éjjel is bejöttek hozzá a szobájába katonák és csendőrök kötéllel és késsel; mindig mások jönnek és ha észreveszi őket, elbújik. Nem tudja, miért akarják felakasztani, mindenki a községben tudja, hogy rosszat nem csinált. Nem tudja, hogy kivel és mi miatt van háborúnk; amíg nem volt beteg, tudta. Mondja, hogy járt iskolába, de számolásra szólítottatván fel, így számol: 1, 2, 4, 7, 11. Nem tudja, hány nap van egy hétben, hány ujj van, csak azt, hogy sok. A kérdésre, hogy miért reszket, azt feleli, hogy azért, mert fázik és fél. Az öt vizsgáló orvost tanítónak mondja, az ápolót pedig orvosnak.

A testi vizsgálati leletből felemlítendő: középtermetű, elég jól fejlett és táplált egyén, kötőhártyái erősen belöveltek, kissé érdes felülettel, erős könyelválasztással és fénykerüléssel. Pupillái középtágak, egyenlők, reakciójuk pontosan nem állapítható meg. Nyelvében, ujjában finom hullámú reszketés. A szív működés kissé felmagasztalt, az érverés 112. A térdreflex rendes.

(Folytatása következik.)

B. S. Schultze

1827—1919.

Alig néhány hónapja, hogy *Schultze*-től, a német nőorvosok nesztorától reszkető kézzel írt, szinte olvashatatlan levelet kaptam, amelyben a 92 éves aggastyán örömmel emlékezik vissza az 1906-ban a Semmelweis-szobor leleplezése alkalmából nálunk töltött „szép napokra“, „gyönyörű fővárosunkra“ s azokra a relációkra, a melyek őt magyar szaktársakhoz fűzték, a kiknek legnagyobb része persze már ő előtte, a legtöbb már jóval ő előtte távozott örökre körünkől. Hisz ő, a mint ezt az említett szoborleplezés alkalmával említette, *Semmelweis*-ünket is ismerte, akit a 60-as évek elején itt Budapesten felkeresett, hogy személyesen „fejezhesse ki tiszteletét a férfiú iránt, a kinek érdemeit mindenkor kiválóan nagyrabecsülte“.

Különbén a gynaekologia többi kiválósága közül a *Schultze*-nál fiatalabb „öregek“ is majdnem mind ő előtte szálltak sírba: *Braun G., Schatz, Hegar, Freund W. A., Olshausen, Chrobak, Fritsch, Dohon, Koeberlé, Gusserow, Winkel, Leopold, Veit I., Schauta*.

Több mint 30 éve annak, hogy mint fiatal orvos hosszabb időt tölthettem *Schultze* tanár klinikáján Jenában. Ezen néhány hónap örökké felejthetetlen marad előttem, nemcsak a kies fekvésű városka elbájoló természeti szépségei s az ott uralkodó élénk diák-élet miatt vig kommerszeivel és komoly vagy inkább tragikomikus menzúráival, hanem és elsősorban *Schultze* tanár klasszikusnak mondható világos, tartalmas előadásai s a bár kicsiny, de mintaszerűen vezetett klinikán végzett tanulmányok miatt is. Szinte paradigmája volt e klinika annak, miként lehet kis anyag mellett is sokat tanulni és tanítani s a tudományos buvázkodással is behatóan foglalkozni, az illető tudományszakot fejleszteni, előbbrevinni.

Különösen jólesett az a jóindulat és barátság, a melylyel a mester bennünket, fiatal idegeneket fogadott s egész ottlétünk alatt kitüntett. Egy ízben estebédre is meghívott bennünket magához, amidőn különös figyelemként csak magyar borokat hozatott fel pinczejéből. Sokat beszélt akkor Magyarországáról, a melynek politikai, társadalmi és egyetemi vi-

szonyait alaposan ismerte. Ez alkalommal felemlítette, hogy sok dicséretet hallott a *Kézmárszky* tanár írta bábatanakönyvről, a melynek német kiadását azután kérésére szerzője meg is küldötte neki. Ennek elolvasása után azt mondotta, hogy ez egyike a legjobb bábakönyveknek, amelyeket ismer. Pedig az ő kritikája, a melynek őszinteségében kételkedni az ő becsületes, szókimondó, hízélgéstől mindig mentes modoránál fogva nem volt okom, mértékadónak volt tekinthető, mert *Schultze* ismerte az egész művelt világ bábakönyveit, a melyekből teljes gyűjteménye volt s maga is szerzője volt Németország számos kiadást ért, legjobb bábakönyvének.

Klinikáján megismertett bennünket a bimanualis vizsgálat legapróbb árnyalataival, a méh helyzetváltozásainak általa mesterileg gyakorolt repositiós fogásaival, megmutatta nekünk az általa immár több mint 50 év előtt először ajánlott s azóta régen polgárjogot nyert „*Schultze*-féle lóbálásokat“, a melyeket szerinte a számos leírás és ábra daczára még mindig nem végeztek helyesen, valamint miként kell a pessariumot nem sablonszerűen alkalmazni, hanem azt a forró vízben idomítható celluloidból a hüvely tágassága meg alakja s a helyzetváltozás minősége szerint esetről-esetre külön alakítani, majd Hodge-alakra, majd az általa ajánlott 8-as vagy szánkóalakra (*Schlittenpessar*).

Schultze ugyanis elismert mestere volt a „kis gynaekológiá“-nak; „*Die Pathologie und Therapie der Lagerveränderungen der Gebärmutter*“ (Berlin 1881) című munkája örökbecsű, klasszikus terméke marad a nőgyógyászatnak.

De nemcsak a „kis gynaekológiá“-val foglalkozott előszeretettel *Schultze*, hanem a nagy műtétekkel is, bár a kis beteganyag erre kevesebb alkalmat adott. Tudvalevőleg ő végezte először a méh supravaginalis amputációját a puerperalis sepsis egy esetében és sokat foglalkozott a petefészekdaganatok és méhnyomák kocsánycsavarodásával, a méhénkülső terhességgel stb.

Rendkívül sok dolgozattal gazdagította *Schultze* irodalmunkat, új eljárásokkal és ideákkal tudományunkat s új tanítási eszközökkel orvos- és bábaképzésünket. Elég itt rámutatnunk az említettekén kívül a női ivarszervek általa behatóbban ismertett topografiájára, a próbatamponra, az általa a tudományos világba bevezetett Thure-Brandt-féle eljárásra, a lepény kitolásának mechanizmusára, a parametritis postica kórképére, a superfoetatióra, a „terhességi hegek“ aetiológiájára, a foetalis pulsusra és lélekzésre, az újszülöttek álhalálára és icterusára (*Gerhardt* tankönyvében), a kettős torzszülöttek képződés-módjára, általános elterjedésnek örvendő falitábláira („*Wandtafeln zur Schwangerschafts- und Geburtkunde*“ és „*zur Diagnose und bimanuellen Reposition des retroflectierten Uterus*“), a szülészeti phantomra, medenczetermőjére, az említett bábatanakönyvre stb.

A bábatanítást különben is sokban reformálta és alaposabbá tette; ő volt az első, a ki (1884-ben) ismétlődő cursusokat ajánlott; megszorította a belső vizsgálatot, a gátvédelmet új alapokra fektette, a gyermekágyi láz megelőzésére szolgáló intézkedéseket szigorította. Még az utolsó időben sem múlt el egyetlen egy esztendő sem, hogy irodalmunkat negyarápította volna egy-két dolgozatával, cikkével; az „otium cum dignitate“ bőli az otiumot nem ismerte. Dolgozatait mindig az alaposág, a világos irány s a nyugodt, előkelő hang jellemezte, a melyet polemiaiban is mindig megtartott. Utolsó dolgozataiban (még 1918-ban is megjelent tőle egy alapos tanulmány) különös előszeretettel foglalkozott élesztési kísérleteinek megvédésével és az elmebeteg nők gynaekologiai vizsgálatának és esetleges irányú gyógyításának és műtévének kérdésével, amit ő ajánlott először 1880-ban, a midőn egyúttal azt is javasolta, hogy minden elmebetegintézetbe nevezzenek ki egy képzett nőorvost is.

Mielőtt *Schultze* életrajzára rátérnék, még néhány személyes vonatkozást óhajtok felemlíteni.

Midőn a hallei nőorvosi congressus alkalmával 1883-ban volt főnököm, bold. *Kézmárszky* tanár megbízásából bemutatam az általa szerkesztett sodronyacszorítót a magzat lefejezésére, *Schultze Skutsch* barátom útján beszereztettem

velem ily műszert s ezt daczára annak, hogy addig decapitációs eszközü legjobbnak találta az általa szerkesztett sarló-kést (Sichelmesser), a következő kinálkozó esetben *Kézmárczky* műszerét alkalmazta s róla igen elismerően nyilatkozott.

Többször részesültem abban a kitüntetésben, hogy soraival felkeresett. Így egy ízben írta, hogy tudtával Budapest az egyetlen város, a hol az abortus bejelentése kötelező s kérte tőlem az idevonatkozó adatokat és véleményemet. A midőn az előbbieket megküldtem neki, véleményemet pedig a kellő indokolással abban foglaltam össze, hogy a kötelező bejelentéssel sem megbízható statisztikai adatokhoz nem jutunk, sem a czélt, a bűnös manipulációkból eredő abortusok számának csökkentését nem értük el, azt válaszolta, hogy teljesen osztja nézetemet s ezért nem is ajánlja Németországban hasonló intézkedés megtételét.

Semmelweis-ünnepünkön az akkor már közel 80 éves, számos rendjellel díszített, egyenes testtartású, mellig érő ősz szakállas, szép, tudós fejű „*Excellenz*“ (e czímet csak kevés orvosnak adományozták Németországban) a kartársak részéről méltó ünneplésben részesült, a díszülélen fiatalos hévvel, mélyen csengő hangon előadott ünnepi beszéde pedig, a melyet „20.000 német orvos nevében“ tartott, általános tetszésre talált, de különösen megható volt, a midőn a szobor leleplezése után *Semmelweis* szülőházánál az emléktábla felavatásánál, a nagy szülész, az „*Altmeister*“, a hogyan őt Németországban általánosan nevezték, *Semmelweis* ugyancsak agg özvegyének hódolatát fejezte ki. E jelenetet különben egy képes hetilapunk meg is örökítette; a midőn e lapszámot, valamint *Semmelweis* szobrának fényképét *Schultze*-nek később megküldtem, ezt „*unser schönes Denkmal*“ kifejezés használatával, a melylyel a szobor nemzetközi jellegét kívánta megjelölni, megleghangú levélben köszönte meg.

Orvosegyesületünknek 1902 óta volt levelező tagja; e kitüntetés neki annak idején „különösen jól esett“.

Schultze Bernhard Sigismund született 1827 december 29.-én Freiburgban, doktorrá avatták 1851-ben Greifswaldban, a hol két év mulva családi tradíciókat követve (atyja és bátyja neves anatómus és biologus volt) a megfelelő tudományos munkálkodás után az anatómiából és fiziologiából magántanárrá képesíttette magát. Később azonban nagyobb vonzalmat érezvén a gyakorlati orvosi tudományok iránt, Berlinbe ment az egyetemi női klinikára, a hol *Busch* tanár assistense lett; itt 1856-ban a szülésetből és nőgyógyászatból magántanár lett s már két évvel később, a midőn főnöke halálával *Martin Eduard* került Berlinbe, ennek a helyére nevezték ki Jenába, a hol azután nyugalomba vonulásáig, 1903-ig, tehát 45 éven át, mint a szülészeti és nőgyógyászati klinika tanára és igazgatója szakadatlanul működött, sőt e várost, a mely őt akkor díszpolgárává választotta, ezután sem hagyta el, hanem ott élt szép tuscolumában, míg ez évi április havában bekövetkezett halála nem vetett véget eredmény- és sikerdús, munkás, hosszú szép életének.

Temesváry Rezső dr.

IRODALOM-SZEMLE

Lapszemle.

Belorvostan.

Chrom-mérgezés nagyszámú esete fordult elő a breslauer „*Allerheiligen-Hospital*“ dermatologiai osztályán. A mérgezés olyan módon történt, hogy a scabies kezelésére használatos kenőcs kén helyett tévedésből valami chrom-tartalmú anyagot, valószínűleg chromsavas kaliumot tartalmazott. Az esetek közül 12 halálosan végződött. A kenőcs okozta bőrelváltozás, melyről *Urban* számol be, erős edző szer okozta bőrelváltozásnak felelt meg; a képződött fekélyek nagyon fájdalmasak voltak, lassan gyógyultak. A szemleleteket *Colden* írja le. 31 eset közül 23 könnyű és 8 súlyos volt. Külsőleg egy esetben sem volt eltérés, a szemmozgások teljesen szabadok

voltak, nystagmus nem fordult elő, a papillák normalisan viselkedtek. Functionalis zavarokat sem észleltek; a centralis látás sohasem volt befolyásolva, a látótér nem szűkült, scotomák nem voltak, a színlátás sértetlen volt. 4 esetben a retina erei szűkültek voltak, 2 esetben a pupillák halványak; 1 esetben anisocoria, 1 esetben retinavérzés volt kimutatható. Ezek az elváltozások aránylag rövid idő alatt (10–14 nap) visszafejlődtek. A mi az esetek klinikai képét illeti, erről *Forschbach* számol be. Előtérben állottak a vese zavarai. A súlyos esetekben a kenőcs bedörzsölése után 1–2 nappal nagyfokú oliguria fejlődött, a mely kifejezett oedema nélkül napokig tartott. A fehéreje mennyisége éppen a súlyos, halállal végződött esetekben nagyon kevés volt. Az alakelemek a vizeletben (leukocyták, elzsírosodott hámsejtek, hyalin cylinderek, vörös vérsejtek) szintén aránylag kisszámúak voltak. A vizelet fajsúlya alacsony, a vérsavó maradék-nitrogentartalma nagy. A fagyáspont erősen csökkent. A vizelettel kiválasztandó nitrogentartalmú anyagok nagyfokú retentiójáról van tehát szó. A betegek rendkívül elesettek, lélekzésük szokatlanul mély, de nem Cheyne-Stokes-typusú. A vérnyomás rendes. A szív működés eleinte jó, csak az állapotnak rosszabbra fordulása esetén válik a pulsus kicsinynyé, inaequalissá és szabálytalanná. Czikázó fibrillaris izomrángások csaknem minden esetben vannak. Kifejezett eklampsiás tünetek azonban nincsenek. Fejfájásról többnyire nem panaszkodnak a betegek, hányás csak a mérgezés elején van és úgylátszik nincs összefüggésben a vese zavarával. A betegség jobbra fordultával az oliguria lassanként polyuriává alakul, a vérsavó nitrogentartalma azonban nem lesz minden esetben normalissá s azért a polyuriás szakban is bekövetkezhetik még a halál. A chrom közvetlenül is károsítólag hathat a szívre. Glykosuria egy esetben sem volt kimutatható. A hőmérséklet szabálytalanul lázas. A neutrophil leukocyták és a vérlemezkék rendkívül megsaporodtak, a mi a csontvelő nagyfokú izgalomára vall; ez az izgalom nagyon hosszú ideig elhúzódhatik. A súlyos esetekben minden beavatkozás (venaesectio, diureticumok, czukoroldat intravenás befecskendezése) teljesen eredménytelen volt; az egy esetben megkísérelt vesedecapsulativ szintén eredménytelen maradt. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1919, 16. szám.)

Genyes tüdőfolyamatok pneumothorax-therapiájáról ír *Bergmann*. A tüdőtályog gyógyulása több módon lehetséges. Így elsősorban spontan gyógyulás fordulhat elő, főleg abscessusok esetén. A spontan gyógyulást elősegíthetjük a Singer-féle szomjazókéúra elrendelésével. Majd aetheres olajok belélegeztetésére térünk át. Ajánlották 100 gr. folyékony bismutpastának közvetlenül a genyőcztba való fecskendezését, valamint 20–25 cm³ gomenol-olajnak a tracheán át a gőcztba való juttatását. Ha sem ezek az eljárások, sem nagy adag intravenás neosalvarsan nem vezetnek célhoz, a sebészi beavatkozás kerül szóba, a mely azonban a betegre is, az orvosra is nehéz feladat. A sebészi és belgyógyászati kezelés határán áll az a therapia, mely a hegeképződés siettetésének gondolatából indul ki s mely a tüdőnek kívülről való compressiójával történik mesterséges légmell készítése útján, amivel a genyüreg falait közelítjük egymáshoz. A szerző 5 esetről számol be, melyekben a nitrogent a Moritz-féle készülékkel Benecke-tíval vitte be a pleuraürbe. A beszúrás helye lehetőség szerint a tályog niveaujának felelt meg. Az 5 eset közül egyben a pneumothorax alkalmazása technikailag nem sikerült (összenövések), a beteg műtétre került és meghalt. A többi 4 esetben a hónapokon keresztül utántöltés útján fenntartott légmell gyógyulásra vezetett. A betegek hőmérséke rendes lett, erőbeli állapotuk javult, a tüdők felett sem physikalisan, sem Röntgen-nel elváltozás kimutatható nem volt. Az átlagban 200–300 cm³ nitrogennel létrehozott légmell a fenti esetekben 4 hónapon keresztül tartott fenn, de czélszerűnek mutatkozik még hosszabb ideig fenntartani. 3 esetben a pneumothorax alkalmazása után izzadmány fejlődött, mely rövidesen felszívódott s a sepsisnek bizonyult. A betegség a szerző eseteiben a kezelést megelőzőleg 5–8 hétig állott fenn, mely idő *Wasmer* és *Quincke* szerint elegendő lett

volna a spontan gyógyuláshoz, de minthogy nem javultak, a spontan gyógyulási hajlam kizárható volt. Az esetek kis száma a statisztikai értékelést nem engedi meg; a beavatkozás jelentéktelensége, veszélytelensége azonban az eljárást a sebészi beavatkozásnak elébe helyezi. (Mitteil. a. d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie, 31. kötet, 3. füzet.)

Weber dr.

Az icterus catarrhalis fertőző voltáról és incubatiós idejéről értekeznek Lindstedt stockholmi docens. Icterus catarrhalisban szenvedő betegek pontos anamnesise azt mutatta, hogy az illetők (9 eset) megbetegedésük előtt 2—4 héttel sárgaságban szenvedő betegekkel érintkeztek. A megbetegedés sehohsem volt izolált, mindenütt kisebb-nagyobb endemiák alakjában nyilatkozott meg. Az infectiosus jelleg kétségtelen, bár a kórokozó egyelőre ismeretlen. A szerző által megfigyelt esetekből még a következők állapíthatók meg. A betegségre klinikailag jellemző egy acut, csaknem mindig hőemelkedéssel járó kezdeti szak, melyet egy láztalan icterusos szak követ. A tünetek nagy fokozatbeli eltéréseket mutatnak, így abortív esetek is vannak. A közönséges és járványos icterus catarrhalis csak különböző megjelenési formája egyazon betegségnek, mely sporadikusan is, járványosan is mutatkozhatik. A betegség fertőző lehet már az incubatio idejében is, s úgy látszik tartós immunitást hoz létre. A Weil-betegségtől klinikailag, járványtanilag és bakteriologiailag különbözik. Az icterus catarrhalis anatómiai substratum parenchymás májváltozásban keresendő, mely azonban csak az általános fertőzés részjelensége gyanánt fogható fel a Weil-betegségben és egyéb fertőző betegségekben észlelhetővel analog módon. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 16. szám.)

Weber dr.

Vérnyomás és szíverő című közlésében Plehn tanár arra az eredményre jut, hogy a vérnyomás magassága fontos mértéke lehet ugyan annak, hogy a szív az adott időben mit teljesít, de nem annak, hogy mit tud teljesíteni, mert a szív tartalékerejéről semmiféle felvilágosítást sem ad a vérnyomás. Legfeljebb a megszokottal ellentétes értelemben azt lehetne következtetni, hogy alacsony vérnyomás és kimutathatóan nem beteg szív mellett felvehető, hogy a szív szükség esetén lényegesen több munkát fog teljesíteni, mint a mennyi jelenleg tőle kívánatik; nagyon magas vérnyomás mellett pedig, hogy a szív közel van teljesítőképességének határához. (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, 18. szám.)

Vegyes hírek.

Az iskolaorvosok alkalmazása tárgyában a munkaügyi és népjóléti népbiztosság a következő rendeletet bocsátotta ki: Minden iskola és játékkiskola mellé az iskolába járó gyermekek testi és szellemi egészségének felügyeletére és gondozására iskolaorvost kell alkalmazni. Az iskolaorvos teendőit, szakképzését és alkalmazását a munkaügyi és népjóléti Népbiztosság a közoktatásügyi Népbiztossággal egyetértőleg szabályozza. Addig, míg az iskolaorvosi működés végleges rendezése lehetséges lesz, a munkaügyi és népjóléti népbiztosság ideiglenesen a következőket rendeli: 1. Az iskolaorvos teendőivel oly városokban (községekben), a melyekben az iskolásgyermekek száma több mint 4000, külön iskolaorvost kell megbízni. Az iskolaorvosokat a helyi munkás-, katonai- és földművelésügyi bizottsága alkalmazza. Lehetőleg olyan orvosokat kell alkalmazni, a kik eddig is mint iskolaorvosok működtek. Az alkalmazott iskolaorvosok névsorát a munkaügyi és népjóléti népbiztossághoz kell beterjeszteni; a népbiztosság az alkalmazott orvosok helyett másokat bízhat meg. A teljes elfoglaltsággal alkalmazott iskolaorvosok más orvosi állást csak az illetékes egészségügyi bizottság beleegyezésével foglalhatnak el; magánygyakorlatot azonban, a mennyiben ez hivatalos működésüket nem akadályozza, folytathatnak. Azokban a városokban (községekben), a hol az iskolásgyermekek száma 4000-nél kevesebb, az iskolaorvosi szolgálatot a gyermekek létszámához mérten egy vagy több hatósági orvos (tiszt, fő- vagy kerületi orvos, községi orvos, körorvos) látja el. 2. Az iskolaorvos ellenőrzi az iskola épületének és berendezésének egészségügyi viszonyait, továbbá azok célszerű használatát és karbantartását (szellőzés, tisztántartás stb.). Az iskolába járó gyermekeket felvételük és elbocsátásuk alkalmával megvizsgálja s a vizsgálat eredményét a rendelethez mellékelte mintájú törzsnapló megfelelő rovataiba bevezeti. A vizsgálat eredményének megfelelően a tanítót figyelmezteti a gyermekkel való megfelelő specialis bánásmódra. A gyermeket szükség esetén a megfelelő specialis intézményhez utasítja (erdei iskola, kezelőorvos stb.); a gyermeket és szülőit a tapasztalt hiányokra figyelmezteti, útbaigazítja, hogy hol és mily módon orvosolják azokat és ellenőrzi, hogy a szülők a figyelme-

zésnek eleget tesznek-e. Ha az orvos tanácsát a szülők nem követik, erről a megfelelő egészségügyi intézménynek jelentést tesz. A gyermekek rendszeres szemvizsgálatát végzi. Az állandó iskolaorvos az iskolát másodnaponként, szükség (iskolajárvány) esetén gyakrabban, az iskolaorvosi szolgálatot ellátó hatósági orvos lehetőleg hetenként látogatja. A tanító azokat a gyermekeket, a kiknél valamilyen egészségi zavart vett észre, az iskolaorvosnak a látogatásnál bemutatja vagy a rendelésre küldi; az iskolaorvos a gyermeket megvizsgálja és a szükséges intézkedéseket megteszi. A gyenge fejlődésű vagy betegnek talált gyermekeket az iskolaorvos megfelelő időközökben ellenőrzi. A gyermekekre vonatkozó minden feltűnő észlelést a törzsnaplóba bevezet. Az iskolaorvos közreműködik mindazon intézmények létesítésében, a melyek a gyermekek egészségügyi gondozására hivatottak (gyermekrendelések, üdülőhelyek, specialis iskolák stb.). A gyermekeket a kiállott betegség után megvizsgálja és ellenőrzi, hogy fertőző betegségek után a kötelező várakozási idő letelt-e; gondoskodik arról, hogy a fertőző betegségben szenvedő vagy annak gyanúja alatt álló gyermekek az iskolát ne látogassák; fertőző betegségek és járványok fellépése esetén az iskolában minden szükséges intézkedést megtesz. 3. Az iskolaorvos a tanítóval egyetértően az egészségügyi vonatkozású tanításnál jelen lehet s a tanítás módját és anyagát a tanítóval megbeszéli; ugyanígy jelen lehet a tornatanításnál és a gyermekjátékoknál. Az iskolaorvost a tanítószemélyzet tanácskozásaira meg kell hívni; az iskolaorvos ott felszólalhat és szavazati joga van. A magasabb fokú iskolákban az egészségügy, mint eddig, az iskolaorvos tanítja. 4. Az iskolaorvos felelős hatósága az illetékes hatósági orvos, illetőleg annak felelős hatósága. 5. Az iskolaorvosok díjazását a munkaügyi és népjóléti népbiztosság állapítja meg és folyósítja.

Személyi hírek külföldről. Kraske tanár, a freiburgi egyetem hírneves sebésze, nyugalmába vonul. — Fr. Merkel, a göttingeni egyetem hírneves anatomusa, valamint E. Pfeiffer ismert wiesbadeni orvos, a német belorvosi congressusnak hosszú éveken át titkára, a napokban ülték meg orvosdoctorrá felavatásuknak 50. évfordulóját. — H. Meyer kieli docent megihívták a greifswaldi egyetem a dermatologia rendkívüli tanszékére. — Kobert tanár utódjává a rostocki egyetem gyógyszer-tanészeken P. Trendelenburg-ot hívták meg Rostockból. — A strassburgi egyetem belgyógyászati tanszékére L. Bard-ot nevezték ki, a ki eddig a genfi egyetem tanára volt. — M. Wolff, a berlini tüdőbeteg-poliklinika igazgatója tiszteltbeli rendes tanár lett; ugyanez a kiténtetés érte P. Schiefferdecker-t, a bonni egyetemen az anatomia és anthropologia rendkívüli tanárát.

Kiseb hírek külföldről. Pforzheimben erős typhus-járvány dühög; eddig 2743 megbetegedés fordult elő, a melyek közül 230 végződött halállal. — A freiburgi egyetem új intézetet állítottak fel a fizikai gyógyításmódok művelésére; a felállításához szükséges fél millió márka összeget egy ismeretlenül maradni óhajtó jötevő adományozta.

Meghalt. E. Gasser, a marburgi egyetem anatomia-tanára, 72 éves korában. — C. Flensburg, a gyermekorvos tanár docense Stockholmban, 63 éves korában.

Megjelent az Orvosi Évkönyv

29. évfolyama.

A helybeli kézbesítés már folyamatban van, de szívesen látjuk, ha azon tisztelt orvos urak, kiknek az Évkönyvre sürgős szükségük van, a példányokért elküldենék. Minden előfizetett példány az előfizetési nyugta vagy a feladóvevény leadása ellenében irodánkban d. e. 9 órától d. u. 3 óráig átvehető.

Petőli Irodalmi vállalat, Budapest, VII. ker., Kertész-utca 16. sz.

Csernel-Bloch-Rajka Bakteriologiai laboratorium. Dajka-vizsgáló intézet. Sas-u. 20. Tel. 169-69.

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratorium VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121-02.

Kopits Jenő dr. ORTHOPEDIAI INTÉZETE VII., Nyár-utca 22. szám.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest VI. ker., Andrassy-ut 55. Telefon 87-73

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérumindezet r.-t. Budapest VI. ker., Teréz-körút 31. sz. Telefon 20-19.

Kurzusok: Laboratoriumi diagnosztikai eljárások. Oltóanyag- és szérum-termelési methodika.

Orvosi laboratorium Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14-16. Telefon: József 16-03.

DR. Réh Elektromágneses gyógyintézet, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis, bénulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró légekzülések, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlampa

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (V. rendes tudományos ülés 1919 március 22.-én), (VI. rendes tudományos ülés 1919 március 29.-én) és (VII. rendes tudományos ülés 1919 április 5.-én.) 246—247. lap.

Budapesti Orvosegyesület.

(V. rendes tudományos ülés 1919 március 22.-én.)

Elnök: Donáth Gyula, később Buday Kálmán. Jegyző: Holzwarth Jenő.

(Folytatás.)

Oedemás betegek víz- és konyhasóforgalma.

Torday Árpád: Oedemás betegeken egyenlő diaeta mellett megvizsgálta a kiürített vizelet mennyiségét 4 és 24 óra múlva, azután 1½ l. víz elfogyasztása után, végül ha a betegek reggel éhgyomorral 1½ l. vizet és 10 gr. konyhasót fogyasztottak el. Testsúlyméréseket is végzett és a kiürített konyhasónak ‰-os abszolút mennyiségét is meghatározta. Azt találta, hogy idősült glomerulonephritisben szenvedő betegekkel szemben a víz- és konyhasókiválasztás általában jó. Mindössze az az eltérés konstatalható, hogy az első 4 órában a folyadék kiválasztás kissé vontatott, de ez később kiegyenlítődik, 18 eset közül 14-ben az első 4 órán belül 0.5 = 33% nál több nem ürült, holott egészségeseknél ezen idő elteltével 60%, az ürülés 24 óra leforgása alatt azonban összesen a legtöbb esetben 1.2—1.3 l. víz távozott, sőt 6 esetben ennél több is (maximum 3.8 l.). Víz és konyhasó egyidejű alkalmazása mellett az első 4 órában 0.5 l.-nél kevesebb ürült 8 esetben, a többiben valamivel több volt a vizelet, sőt egy esetben a beteg már az első 4 órában 1 l. vizeletet ürített s a következő 20 órában csak 0.7-et, tehát a vízkiválasztás legnagyobb része a kísérlet első felében történt. 24 óra múlva azonban egy eset kivételével az összes 1½ l. folyadék kiürült, sőt ennél több is csak egy esetben volt csökkent a diuresis. A vízkiválasztás konyhasó egyidejű adása mellett nem ér el olyan értékeket, mint egyedül víz itatása mellett. Konyhasókiválasztás tekintetében 10 gr. NaCl beadása után 3 esetben az első 4 órában a concentratio ugyanaz maradt, mint tisztán víz itatása után, a többiben kissé emelkedett, a differentia 0.9, 0.8 és 0.6 egy-egy esetben, a többiben ennél is kevesebb. A százalékos mennyiség a következő 20 órában 1-szer emelkedett lényegesen az előbbi naphoz képest. A vesék tehát oedemásokban inkább állandó concentratióra hajlamosak és a sötöbbséget polyuriával ürítik ki. A konyhasó-concentratio 1‰ körüli volt 6 esetben. A víz- és konyhasó-kiválasztás között némi dissociatio van s a vízkiválasztás a konyhasót kissé megelőzi.

Végül azt vizsgálta, hogy az ismert vizelethajtó-szereken kívül lehet-e más szerekl is a vízkiválasztásra izgatólag hatni. E célból 1 cgr. pilocarpint és 1 mgr. atropint kaptak a betegek subcutan. 9 eset közül a pilocarpin 5-ben nem hatott, 4-ben pedig emelkedett, a vizelet 3.3 és 4.7 l. között volt. A pilocarpin talán a capillarisknak vérrel való jobb átáramoltatása és a nyirokutakra való hatása folytán segíti elő a diuresist, de az is lehet, hogy általában a szövetek és a vér- és nyirokpályák közti kicserélődés és a felszívi folyamatra hat élénkítőleg. Pusztán ideghatásra már azért sem lehet gondolni, mert két esetben az atropin erősebb diuresisre vezetett. A vélemény kimondásában azonban tartózkodó, mert az oedemás betegek polyuriára maguktól is hajlamosak s az oedemák ágyban fekvésre jobb, táplálódó diaeta nélkül is megszűnhetnek. Azt hiszi, hogy oedemásokban nemcsak a capillariskok átjárhatósága szenvedett, hanem a mellett, hogy a víz kiürülése a vérerekből fokozott, a szórtüszők a vizet rosszul veszik fel és rosszul adják le, a mely körülmény előidézésében az érfalak qualitativ átbocsátó képessége megváltozásának is szerepet kell tulajdonítani. Oedemás betegek vízkiválasztása az első 4 órában csökkent de a későbbi 20 órában kiegyenlítődik, sőt sokszor polyuria áll be. Víz- és konyhasó-kísérletben is polyuria mutatkozik, de szintén csak a kísérlet második felében és

nem oly fokú, mint csupán vizitálás mellett. Konyhasótöbblet főleg a kísérleti idő második felében, tehát vontatottan és nem annyira a concentratio emelkedése folytán, mint polyuria segélyével választatik ki. A kiválasztás az esetek felében az első 24 óra alatt nincs befejezve, tehát némileg retardált. Végül az oedemák viselkedése arra utal, hogy a víz- és konyhasó nagy része a vesékhez való útjában a szövetek által egy időre megkötetik, minélfogva ezen extrarenalis tényezőnek (Eppinger értelmében) a víz- és konyhasókiválasztás megítélésében szerepet kell tulajdonítani.

Keller Kálmán: Rámutat arra, hogy sokszor bizonytalanná lesz a veseműködés vizsgálatának eredménye, mert a functio-vizsgálatok csak néhány napi működésről adnak számot és a spontan ingadozások így nem küszöbölhetők ki. Ezzel szemben hangsúlyozza a több hónapra terjedő részletes functio-vizsgálatok fontosságát. Ezeknek ki kell terjeszkedniük a konyhasó és a víz, továbbá az ureum-nitrogen forgalmára. Az ily módon nyert kép a pontos.

Igy például súlyos veseelégtelenség eseteiben arra az eredményre jutott, hogy a diureticumok hatására közvetlenül beálló konyhasókiválasztás elég meredek emelkedésű görbével ábrázolható, a tetőpontot azonban 10—12 óra múlva épp oly meredek esés követi. Ha ily görbét nap-nap mellett veszünk fel, a görbék intermittáló lázgörbére emlékeztető alakja lesz. Ennek prognosisos jelentősége nyilvánvaló. A jóindulatú esetekben, legyen bár a konyhasókiválasztás napi 2.0 gr. alatt is, amit Jaksch „signum mali ominis“-nek tartott, egyszerű és ismételt diuresis beavatkozások hihetetlen mennyiségű NaCl-ot ürítenek ki, mely a görbék heteken és hónapokon át tartó vízszintes szárában (18 gr. napi mennyiség) jut kifejezésre. Tehát nem a kis napi mennyiség 2.0 gr. alatt, hanem az ismételt diuresis behatásokra is intermittáló quotidianus lázgörbe jellegű kiválasztás jogosít fel a bekövetkező végzetes kimenetel felvételére.

Torday Árpád: A rendelkezésre álló idő rövidsége miatt a konyhasókiválasztást hosszabb időn át nem végezhetette. A hozzászólóval megegyezik conclusioja, hogy a vesefunctio megítélésében az extrarenalis tényezőkre is tekintettel kell lenni, mert különösen a bőr és a bőr alatti kötőszövet az, amelyben a konyhasó hosszabb-rövidebb ideig tartózkodhatik.

(VI. rendes tudományos ülés 1919 március 29.-én.)

Elnök: Tóth István.

Jegyző: Molnár Béla.

Az utóvérzésekről.

Láng Adolf: A vezetése alatt állott trienti 2. számú várkórház sebészeti osztályán 3 év alatt 10.000 fekvőbetegből 35-nek volt 51 véretről súlyos vérzése, mely utóvérzés névvel jelölhető. Az aneurysmák ezek között nem szerepelnek. A vérzett erek a következők voltak:

1. art. max. int. ...	3	9. art. glut. sup. ...	3
2. „ subclavia ...	2	10. „ femoralis ...	10
3. „ axillaris ...	1	11. „ prof. fem. ...	6
4. „ brachialis ...	4	12. „ poplitea ...	4
5. „ cubit. ...	1	13. „ tib. ant. ...	1
6. „ rad. ...	2	14. „ „ post. ...	6
7. „ ulnaris ...	2	15. kisebb izomágak ...	1
8. „ iliaca comm. ...	1	16. ismeretlen ...	4

A 35 beteg közül 20 meghalt = 57.1%. Ez nem az elvérzések számát jelenti. A nagy halálozási százalék oka a súlyos sepsis, ily betegek a vérzést nagyon rosszul tűrik. Direct elvérzés 9 esetben állott be.

A háborús sebészet bő irodalmát áttanulmányozva, az előadó azt találta, hogy a szerzők egy része szerint az utóvérzés bekövetkeztére csak a vérér primær sérülése ad dispositiót s tagadásba veszik, hogy különösen arteria genyedés hatására, anélkül, hogy előzőleg megsérült volna, arrodálódhatik. E felvétel a régi fundamentalis vizsgálati eredményekkel és észleletekkel egyáltalán nem hozható összhangzásba.

Észlelt, operált és obdukált anyagán kimutatja az előadó, hogy a fentjelzett felvétel helytelen. A sebfertőzéshez társuló, meglepetésszerűen jelentkező, igen súlyos szövödmény,

az *arteriitis purulenta*, úgy az *adventitia*, mint az *intima* felől támadhat és a folyamat gyors tovahaladása következtében *arrosióra* bírhatja — miként régebben is felvették — a verőeret. Ugyanaz az ér a sebfertőzés haladtával újból, más helyen is arrodálódhatik (22 eset). Az *intima* felől történő *arrosio metastasios* alapon keletkezik; de fejlődhet e kettő kombináltan is, midőn a *phlegmonés* folyamat egyugyanazon egyénben az *adventitia* felől támad meg egy verőeret és egy másik verőér az *intima* felől perforálódik.

A sérülés helyéből, a lövés-csatorna irányából, a műtéti leletből kétségtelenül meg lehetett állapítani 11 primaer érsérülést. Ezzel szemben 35 esetben biztosan *arrosio* okozta a vérzést, tehát beteganyagán 74%-ban *arrosiós* vérzésként jött létre az utóvérzés és így *Goldammer* ama kijelentése, hogy a vérerek *arrosiója* „a mesék országába tartozik”, semmiképpen sem érhető. Venák *arrosiós* vérzését az előadó nem látta, aminek az okát nem abban keresi, hogy a venafal nem arrodálódhatik, hanem a képződő thrombus a vena lumenét még akkor is biztosan elzárja, ha a thrombus szétesett.

Különösen disponáló factor a vérzésekre az előadó szerint a fertőzött sebek kötés nélkül való kezelése, aminek okát a tátonzó izomrésekben pangó genyben keresi, a másik okát pedig a szövetek gyors kiszáradásában véli találni, midőn a vérér fala is tápláltságában szenvedvén, az *infectiónak* ellentállni nem tud, *necrotizálódik*.

A sepsisben szenvedő beteg valamely verőérének fala a septikus folyamat következtében annyira gyengülhet, hogy egész jelentéktelen genyedés esetén is, midőn a genynek kellő lefolyása van, arrodálódhatik (egyik esetében a n. glut. sup.).

Therapia: 1. praeventive, a fertőzött sebek széles feltárása, absolut immobilisatio, az összes tasakok eltüntetése, a legmélyebb ponton történő drainezés, 2. már beállott vérzés esetén a *vérző hely direct* felkeresése és itt történő ligatura. Daczára annak, hogy a kötés nélkül való kezelés a vérzést elősegíti, mégis a súlyosan fertőzött sebek kezelésére e módszert megbecsülhetetlen kincsnek tartja, de mindenesetre kellő körültekintést követel. Erről bővebben beszámolt az „Orvosképzés” 1917 évi 9. és 10. füzetében.

Holzwarth Jenő: Genyedés eseteiben az *arrosio* helyén való lekötés fölé helyezi a verőérnek az *arrosio* helyétől távolabban való lekötését. A genyedő sebben való lekötés újabb utóvérzésre vezethet, melyet a verőérnek centralisan való lekötésével lehet elkerülni. Azt hiszi, *Láng* azon esetei, melyekben másodszori utóvérzést kapott, erre az okra vezethetők vissza.

Láng Adolf: A vérzés helye fölött végzett lekötés nem óv meg biztosan a vérzéstől, mert collateralisok útján újabb vérzés támadhat az *arrosiós* nyíláson. Jó eredményt látott, ha a szövetek szakadékonnyak voltak, a klammer rajtahagyásával, a mikor az *intima* sebfelülete egymáshoz tapadásának feltételei biztosítottak látszanak.

(VII. rendes tudományos ülés 1919 április 5.-én.)

Elnök: **Buday Kálmán.**

Jegyző: **Csiky József.**

Hályogoperálás tokostól.

Grósz Emil: A törekvés, hogy a hályogot tokostól távolítsuk el, nem új, és teljesen indokolt is, mivel ha nem marad vissza kéreg, nemcsak a látás tökéletesebb, hanem a postoperatív gyulladás veszélye is kisebb. Az eddig ajánlott módszerek közös hátránya: az üvegtest előesésének veszélye. Az a módszer, melyet az első számú egyetemi szemklinikán gyakorolnak, a következő: a toknak *Schulek*-féle tokrepszto csípővel való széles megfogása után a hályogot ugyanacsak *Schulek* gyűrűs eszközével meglazítják s a tokrepszto húzását támogatják. A módszert nem erőltetik, csak az esetben alkalmazzák, a midőn a hályog megmozdul. Így is az utolsó 6 év alatt 3300 hályog-extractio közül 200 esetben végezték.

A glaukomaellenes trepanálás.

Grósz Emil: 1912 november hó 16.-án *ifj. Liebermann Leó*, akkori assistense a klinikáról két glaukomás beteget mutatott be, kiken *Elliot*-féle trepanatiót végeztek. Ugyancsak

ifj. Liebermann Leó 1914 március hó 28.-án, a midőn arról a javaslatáról számolt be, hogy a trepanatiót hátulsó scleralis punctióval kombinálta, megemlítette, hogy 1½ év alatt 88 trepanatiót végeztek. Mai rövid felszólalásának az a célja, hogy tájékoztassa az egyesületet arról, hogy milyen *indicatiók* alapján végeznek trepanatiót. Az utolsó 6 év alatt glaukoma ellen 571 *iridectomiát* és 396 trepanatiót végeztek. E néhány adat azt igazolja, hogy a trepanatio nem szorította ki teljesen az *iridectomiát*, de nem is hagyták el újból a trepanatiót sem. A trepanatio sem tudja a malignus glaukoma végzetes lefolyását meggátolni s nem is nevezhető veszélytelen műtétnak, a mint hogy nincs is teljesen veszélytelen operálás, de kétségtelen, hogy mint második műtét, valamint glaukoma simplex és glaukoma inflammatorium chronicum eseteiben jó szolgálatot tesz.

Négy évig a hólyagban viselt hüvelyknyi projectildarab.

Pfeiffer Errő: P. J. a háborúban 1914 november 3.-án gránátzilánktól megsebesült. A szilánk térdelő helyzetben a jobb czombon hatolt be. A beteg 2 óráig eszméletlen volt, nagy fájdalmai voltak alhasában, vizelés-ingerei; a lövés nyíláson állítólag vizelet csurgott. Három hónap mulva sebe begyógyult. 1914-ben kétszer, 1915-ben egyszer megröntgenezték, a Röntgen-vizsgálat szerint a projectil a kismedencében van, operative el nem érhető helyen. 1915-ben ismét a frontra ment, hol néha vérvizelése volt. 1916-ban orosz fogságba került s majdnem állandóan kórházban tartózkodott. 1918 augusztusban mint csererokkant hazajutott s ismét csak kórházakban feküdt. Állandóan hólyaghurut miatt kezelték. Status praesens: A jobb czomb lat. felszínén, a troch. maj. mögött tallérnyi heg. A vizelet mindkét részlete zavaros. Capacitas csökkent. Cystoskopi lelet: A hólyagnyálkahártya duzzadt. A jobb ureterszájadék felett a hólyagfalban rögzített, szabálytalan alakú, hegyes, fémes-szinű, érdes felszínű idegentest látható, melyet mozgatni nem lehet. Per rectum végzett digit. vizsgálat a jobb ureter s ampulla helyén tapintható hüvelyknyi merev idegentestet ad. *Diagnosis*: Vulnus sclopet. femoris dextr., pelvis, vesicul. seminalis dextr., vesicae. Cystopyelitis consec. chron. *Műtét*: Sectio alta helyi érzéstelenítésben. A hólyagfalban rögzített, a vesicula semin. dextrában ülő hüvelyknyi gránátzilánkot talált, melyet eltávolított. Drainage, állandó catheter, réteges varrat. Sima gyógyulás. Az eset több szempontból egyedülálló az irodalomban. 1. Az ondhólyag sérülése ritka. *Völcker* csak operatív sérüléseket említ, továbbá úgynevezett nyársalási sérüléseket, melyekről azonban irodalmi adat nincs. Bemutató esetében a *diagnosis ante operationem* állítatott fel, s mint ilyen az első eset. A vesic. semin. sérülése betegnek coitusát fájdalommassá tette, haemospermia nem volt, a körlefolrásban nagyobb zavart nem okozott. 2. Egyedülálló a hosszú idő — négy évnél több — ameddig a lövedék a hólyagban volt. *Blum* egy esetében 2½ évig volt a projectil a hólyagban, de az sima, szabadon mozgó test volt. Az előadó esetében is az *incrustatio* alig látható, ez megerősíti *Blum* idevágó suppositióját. Különben az inger a helytől is függ. A hólyagnyak sérülése sokkal érzékenyebb. 3. A sérülés idején vérvizelés nem volt, csak később jelentkezett néha erősebb mozgásra. Haematuria a hólyag lövés sérülése után, mint mások is tapasztalták, nem áll be szükségszerűen. A kezdetben a lövés nyíláson fennállott vizeletsurgás csakhamar megszűnt, a meglehetősen voluminosus lövedék szilárdan beékelődve eltömeszelte a hólyagfal hiányát, elősegítve a környéki reactiv lobtól. Nem maradt más jel, mint a hólyaghurut rendes tünetei. 4. A *diagnosis* szempontjából ismét rámutat a bemutató a makacs hólyaghurutok tükrözésének szükségességére, különben nem kezelhették volna a beteget állandóan venereás kórházakban. A Röntgen-vizsgálat a projectil helyéről gyakran ad hamis képet és semmiképpen sem pótolhatja a cystoskopiát. 5. A beteg felgyógyulván, az ellenőrző cystoskopi vizsgálat e héten a következő képet ad: *capacitas* 150 gr., nyálkahártya alig belövelt; a jobb ureternyílás felett körülbelül 2 cm. hosszú, kissé ívelt, középen behúzódo heg látható.



Merjodin syphilisnél.

Intern szer, jól tűrhető. Kombinálható injektiós kezeléssel (Arsen, Quecksilber stb.)

meglepő sikerrel

még nagyon nehéz esetekben is. Adag: 3-szor 1—4 tablettá.

Gravidáknál

az utolsó hónapokban, valamint

phthisikusoknál és gyermekeknél

is alkalmazható.

„A Hg a bevett mennyiség helyes arányában választódik ki.”
(Münchener Med. Wochenschrift, 1913, Nr. 11.)

Gyári csomagolás (50 tablettá) K 3.75 gyógyszertárakban orvosi rendelés alapján kapható.

M különlegességi brosurát és kísérleti mennyiségeket a t. orvos uraknak díjmentesen küld H. Trommsdorff, vegyi gyár, Aachen 8 ZC.

Sozjodol-Hydrargyrum Ulcus crurisnál.

THYOMALT HAAS

Eddigieket hatásával felülmúló, pontosan adagolt Guajacol-készítmény (egy tablettá tartalmaz: 0.70 extr. malti. sicc., 0.30 kal. sulfogujacol, 0.01 Codeint) malátával mint roboranssal kombinálva, csokoládéval bevonva.

Adagja naponta 3—5 tablettá a főétkezési időkre arányosan elosztva.

Javalva: a légzőszervek összes hurutos bántalmainál.

Mintaadaggal és irodalommal szívesen szolgál a készítő:

Haas Miklós Kereszt gyógyszertára, Budapest, VII., Rákóczi-út 88 szám.

Orvos urak figyelmébe!

Ampullahiány miatt KOCH-ALT- TUBERCULINT

jelenleg nem szállíthatok.

E helyen azonnal jelezni fogom, ha ismét kapható lesz.
Dr. JÁRMAY GYULA utóda KERTAI NÁNDOR gyógyszertára
Budapest, Papnövelde-utca 2/A.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérum-intézet r.-t.
Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz.

HIMLŐNYIROK.

Szérumok

Typhus, cholera, tetanus,
meningitis, diphtheritis,
gonococcus,
streptococcus,
staphylococcus stb.
fertőzések ellen.

Védőoltóanyagok
(Vaccinák)

Telefon 20-19.

Sürgőnyezim: Pápay-oltóintézet.

Lilienfeld pótberendezések és a Lilienfeld a kombinált Lilienfeld- Röntgen: „Radio-Silex“

készülékek magyarországi egyedárusítója

Ericsson magy. villamosági r.-t.
ezelőtt: Deckert és Homolka
Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28-09, 89-64.
Röntgen-csővek, lemezek stb. állandóan raktáron.

Albin

**Hydrozon (H₂O₂)
Fogpaszta**

A felszabaduló O. folytán fertőtlenítő és szagtalanító hatású. Különösen javalt Hg.-kúráknál, pyorrhoea alveolarisnál és foetor ex ore esetében.

Ize kellemes és frissítő.

**Nagy tubus (kb. 80 adag)
K 2.—.**

**Kis tubus (kb. 30 adag)
K 1.25.**

Mintával és irodalommal szolgál:

PEARSON & CO

A.-G., SCHIFFBECK BEI HAMBURG.

Főraktár Ausztria, Magyarország és Bosznia részére: **WILH. MARGER, BÉCS.**

Vasogen

A Vasogenek (jod-, ichthyol-, salicyl-, Hg.- stb.) 16 év óta állandó helyet biztosítottak maguknak a therapiában. Utánzatok elleni védelem érdekében csakis eredeti csomagolásban rendeljük.

IRODALOM:

Wiener Medizin. Wochenschrift: Dr. Buchala und Prof. Matsenauer; Budapesti Orvosi Ujság; Dr. Róth. A. poliklinikai assistens Prof. Törökknél; Der Militärarzt; Stabsarzt Majewsky, Garnisonsspital No. 14; Orvosi Hetilap; Dr. Lisznyai, Prof. Havas assistense; Oesterr. Ärzte-Zeitung; Doc. N. Milochnich; Derm. Wochenschrift; Dr. E. Freund, Triest; Berliner klinische Wochenschrift; Dr. M. Hesse.

UES-KEZELÉSNÉL

AZ INUNCTIÓS-KURA MELLŐZHETŐ, mert ugyanoly biztos hatás érhető el a

MERLUSÁN-TABLETTÁK

C, H, O, N Hg belsőleges adagolásával. Ez az egyetlen Hg-fehérje vegyület, mely az alkalikus bélcsatornában még H₂S jelenlétében is oldatban marad, miáltal felszívódása biztosítva van.

BEVONULÁSKOR NÉLKÜLÖZHETETLEN

Gyártja: **Dr. BAYER ÉS TÁRSA VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPESTEN.**

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség:
IX., Knezits-utca 15.

ALAPITOTTA
MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA
ANTAL GÉZA és HÖGYES ENDRE.

Kiadóhivatal
IX., Knezits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap
2¹/₂–3¹/₂ íven.

SZERKESZTI ÉS KIADJA
LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON
FŐSZERKESZTŐ.

Előfizetési árak:
helyben és vidéken
egész évre... 40 kor
fél évre... 20 "
negyed évre... 10 "
Orvostanhalgatók, szigorló
orvosok és a kötelező kórház
gyakorlatot teljesítők a felét
és a portót fizetik.

Egyes számok kaphatók KIHÁN
Frigyes egyetemi könyvkeres-
kedésében (Váci-utca 32 sz.)
Egyes szám ára 1 korona.

Küldemények és előfizetések címe
Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knezits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETŐFI" irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Báron Sándor: Közlés a budapesti egyetem II. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., ny. r. tanár.) Az idegek ellátásáról csonkolások alkalmával. 249. lap.
Sztanojevics L.: Polioencephalomyelitis esete súlyos izomsorvadással botulismusból kifolyólag. 251. lap.
Fodor Imre és Jankovich László: Közlemény a XVI. sz. helyőrségi kórházból. Diabetes insipidus és dystrophia adiposo-genitalis okozó agyalapi gümőkór. 252. lap.
Epstein László: Adatok az elmebaj kóros színlelésének pathogenesiséhez. 254. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. J. Reder: Das Fleckfieber. — K. Eskuchen: Die Lumbalpunktion. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvosok. Dubs: Appendicitis a magasabb életkorban. — Mönch: Polycythaemia. — Sebészet. Gaugele: A postpleuritis scoliosis és megelőzése. — J. Dubs: A typhusbacillushordozók sebészi kezelése. — W. Reinhard: 22 cm. hosszú idegentestnek (vasdarab) enterotomiával való eltávolítása. — Gyermekorvosok. Rominger: A scarlatina iránti fogékonyság. 257–258. lap.

Magyar orvosi irodalom. 258. lap.

Vegyes hírek. 258–259. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti egyetem II. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., ny. r. tanár.)

Az idegek ellátásáról csonkolások alkalmával.

Irta: Báron Sándor dr., magántanár, a II. sz. seb. klinika rendelőorvosa.

Csonkolások, illetőleg az idegek folytonosságának megszakítása alkalmával az átmetszett idegek végének, illetőleg végeinek rendes gyógyfolyamata durványos regenerációs jelenségnek, az ideg keresztmetszetével arányos megvastagodásnak, úgynevezett neuromának keletkezése, hacsak az idegvégnek nem kerülnek azonos szövettel megfelelő tökéletes regenerációt eredményező érintkezésbe. Az érző rostokat tartalmazó idegek neuromái, akárcsak maguk az idegek, mechanikai, villanyos és egyéb ingereket felfognak és a megfelelő érző centrumokba továbbítanak, melyek, mint ismeretes, az így kiváltott érzést az idegvég gyógyfolyamatának megfelelő, tehát idővel megváltozó módon a peripheriába projiciálják.

Kellematlenségek kútforrásává a neuromák azzal válhatnak, hogy egyrészt a környezetükben lezajló lobos folyamat, szövetükre reáterjedve, túlságos szövetújdonképződést eredményez, mely lobos szövet ingerlékenysége fokozott, másrészt, hogy helyzetük, illetőleg a környező képletekkel való rendellenes összefüggésük következtében külső és belső erőktől feltételezett mechanikai behatásoknak fokozott mértékben lehetnek kitéve, azaz ingereltetésük fokozottá, sőt állandóvá válhat, mely kedvezőtlen körülmények combinációja könnyen érthető okokból gyakran szerepel.

Csonkolások alkalmával tehát az idegcsonkok ellátását oly módon kell eszközölnünk, hogy a neuroma lehetőleg ép szövetek között keletkezzen, amivel egyrészt elkerüljük a csonk végében lezajló enyhe vagy hevesebb gyuladós folyamatnak az idegcsonkra való reáterjedését, másrészt pedig az idegcsonknak, illetőleg neuromának a csonk hegesezés zónájának szöveteihez való rögzítődését. Az idegcsonk rögzítettsége a környező lágyrészekhez, illetőleg csonthoz megátolja a csonkolt idegnek és neuromájának elmozdulását az ideg pályájában, mely körülmény különösen az ideg által áthidalt izületeknek az ideget feszítő helyzetváltozása esetén az érzékeny idegszövet vongálását tételezi fel. A neuromának, mint az ép idegnek is, hogy az ideg által áthidalt izületek e mozgásait vongáltatás nélkül követhesse, mint ezt később leírandó kísérletünk is bizonyítja, a környező szövetekhez viszonyított kiadós elmozdulásképességre van szüksége. Külső erők behatásaival szemben viszont általában véve a csonk-

felülettől minden irányban minél továbbban fekvő neuroma a legvédehetőbb.

A neuromák ilyen *elbujtatását*, gyuladás- és hegesezésmentes környezetben való keletkezését azzal érjük el, hogy az idegeket lehetőleg centralisan reszekáljuk, azaz rövidítjük (Witzel). Ezt minden tankönyv és minden szerző egyöntetűen így tanítja. Az idegek minél centralisabb resectiója, kiadós rövidítése csonkolások alkalmával kétségtelenül az idegellátás leglényegesebb része; a neurinkampsis (Bardenheuer), az ideg zúzása (Krüger), az idegcsonk izomba való rögzítése (Moskovicz), Bier és Cushing eljárásai csak kiegészítő eljárások, melyeknek értékelésére lejjebb röviden még rátérünk.

E közlés keretében azzal a kérdéssel foglalkozunk, hogy miképpen végezzük csonkolások esetén az átmetszett idegek rövidítését. A műtéttanokban az erre vonatkozó rövid utasítás egybehangozóan az, hogy jól húzzuk ki az ideget a csonk keresztmetszetéből és minél hosszabb darabot vágjunk le belőle. A különböző idegeknek a különböző csonkok keresztmetszeteiből való kihúzhatósága és ennek módja azonban, mely az idegellátás szempontjából lényeges, ezideig méltánylásban nem részesült. Az idegeknek a végtagok keresztmetszeteiből való kihúzhatóságára vonatkozólag az idegmechanika irányadó, mely idegmechanikának csak ama részeit tárgyalom röviden a következőkben, melyek tárgyammal szoros vonatkozásban vannak és egyéb az idegmechanika körébe vágó részletekre vonatkozólag egy Scheiber Victor dr.-ral közös munkámra („Die direkte Nervenvereinigung bei grossen Nervendefekten“, Münchener mediz. Wochenschrift, 1918) utalok.

Azzal, hogy az idegek nem futnak az általuk áthidalt izületek tengelyében, illetőleg tengelyeiben, e helyen nem részletezendő geometriai szabályoknak megfelelőleg az áthidalt izületek különböző állásainál az idegek pályájának hossza változó. Ha valamennyi, az ideggel áthidalt izületet olyan határállásba hozzuk, mely mellett az ideg pályája a leg-hosszabb (ideget feszítő izülethatárállások), akkor az ideg egész hossza igénybe van véve, sőt az ideg kisebb-nagyobb mértékben rugékony megnyújtást — mely megnyújtást nem szabad a kihúzással összetévesztenünk — szenved. Ha ellenben valamennyi áthidalt izületet olyan határállásba hozunk, melyek mellett az ideg pályája a legrövidebb (ideget lazító izülethatárállások), akkor az ideg hosszabb lesz, mint pályája és a feles idegdarab, amennyiben az ideget rögzítő berendezések megengedik, pályájából kihúzható. Nagy húzóerő alkalmazásával, azaz az ideg egyidejű rugalmas megnyújtásával a kihúzott idegdarab nagyságát csekély mértékben növelhetjük. Az ideg kihúzhatóságát pályájából, mint már említettük, az ideg rögzítő berendezései gátolhatják, melyek közül az ideg

Csonkolás helye	Ideg	Az áthidalt izületek ideget feszítő és lazító határállásai	K
Lábszár közepe	tibialis	hajlított csípő, nyújtott térd	5 cm.
Lábszár közepe	peron. prof.	hajlított csípő, nyújtott térd	1 1/2 cm.
Czomb közepe	ischiadicus	hajlított csípő	6 1/2 cm.
Alsókar közepe	medianus	távolított váll, nyújtott könyök	9 cm.
Alsókar közepe	ulnaris	távolított váll, hajlított könyök	1 cm.
Felsőkar közepe	radialis	távolított váll és fej	5 cm.
Felsőkar közepe	medianus	távolított váll és fej	4 1/2 cm.
Felsőkar közepe	ulnaris	távolított váll és fej	3 1/2 cm.

ágai, még pedig egyszerű geometriai okok miatt, a kihúzás irányával ellenkező, tehát csonkolások alkalmával proximalisan visszahajló ágak játszanak — mint látni fogjuk — gyakorlatilag is fontos szerepet.

Ha az imént vázolt körülményeket figyelemre méltatjuk, akkor világos, hogy csonkolások esetén az ideg lehető rövidítését olyképpen kell eszközölnünk, hogy a még megmaradt, az ideg által áthidalt izületet, illetőleg izületeket, az ideget lazító határállásba hozva, az így legnagyobb mértékben kihúzható ideget jelentékeny erővel kihúzzuk és így egyszermind megnyújtjuk és a lágyrészeket jól visszakampózzva, a csonk keresztmetszete felett lehető magasán elvágjuk.

Hogy az ideggel áthidalt izületek ilyen módon megfelelő állása az idegek rövidítése szempontjából valóban lényeges, azt a következő, hullakísérletek alapján összeállított táblázat mutatja, melyben K a czélszerű és czélszerűtlen izülethatárállások mellett átmetszett jelentékenyebb idegek hosszkülönbségét jelenti.

A táblázat áttekintésekor feltűnik, hogy ellentétben a többi ideggel, melyeknél K jelentékeny (3 1/2—9 cm.), a nerv. peroneus profundus és nerv. ulnaris az alsó kar közepén az áthidalt izületek megfelelő állása mellett is mily kevésbé kihúzható. E körülmény magyarázata az, hogy emez idegek kihúzását a már fentebb említett módon az idegtől a csonkolás helyétől proximalisan elágazódó ágak gátolják, melyek közül főleg a centrum felé visszahajló ágak szerepe lényeges. Ha tehát eme idegeket jelentékenyen akarjuk rövidíteni, akkor vagy e rögzítő idegágakat ki kell szakítanunk Thiersch eljárása, illetve műszere segítségével, vagy pedig az ideget magasabban feltáró hosszanti segédmetszést kell igénybe vennünk.

Hogy az idegmechanika figyelembevételével az idegek ellátását illetőleg csonkolások esetén lényeges, azt hullakísérlet és experimentum in vivo egyaránt bizonyítja. Ha például hullán körkörös czombamputatiót végzünk a középső harmadban és a nerv. ischiadicust hajlítva tartott csonk — általában ez a kényelmes tartás a szokásos — mellett lehető jól kihúzzuk és rövidítjük és ezután a csonkot nyújtott helyzetbe hozzuk, mely nyújtott helyzet az élön eszközölt czombamputatio után a csonk hajlító contracturájának elkerülése szempontjából legalább rövid időre helyes és szükséges, akkor a hajlított csonk mellett jól rövidített és ily módon mélyen a csonkba visszacsúszott idegvég újból kibújik és így a rövidítés dacára a csonk keresztmetszetéhez közel körülbelül 2—3 cm. mélységben helyezkedik el; ha ellenben helyesen, nyújtott csonktartás mellett végezzük az ideg rövidítését, akkor az idegvég 8—9 cm. mélységbe kerül. Hasonlók a viszonyok élön, amit a következő kísérlet mutat: egy a czomb középső harmadában végzett amputatio alkalmával a nerv. ischiadicust nyújtott csonktartás mellett rövidíttem és az ideg végére 1—2 mm.-rel az átmetszés helye fölött finom ezüstlemezkét erősítettem finom varratok segítségével. A 14 nappal a primára gyógyult műtét után eszközölt Röntgenfelvétel (nyújtott csípő) az idegvéget körülbelül 9—10 cm.-re a csonk keresztmetszete felett jelzi (ábra).

Átvilágításakor kitűnt, hogy csípőhajlítás alkalmával az idegvég még 5—6 cm.-rel feljebb húzódott és hogy csípőnyújtáskor megint eredeti helyére visszakerült.

Utóbbi körülmény, t. i. a csípő mozgásával kapcsolatos eltolódás, azt mutatja, hogy az idegvég a csonk nyújtott helyzetében többé-kevésbé rögzítődött és hogy a megmaradt

idegdarab pályájában az áthidalt izület mozgásakor elmozog. Még magasabban rögzítődött volna az idegvég, ha az idegnek nyújtott csonktartás mellett történt rövidítése után a csonk hajlított, az ideget feszítő helyzetben lett volna hosszabb ideig rögzítve; az e helyzetben rögzítődött idegvégnek nem is kellene az áthidalt csípőizület mozgásait szükségképp követnie. Elvben tehát tulajdonképpen lenne a helyes eljárás, t. i. idegrövidítés az áthidalt izületek ideget lazító állása mellett és azután eme izületek rögzítése az ideget feszítő tartásban. Ez eljárás azonban különösen a csípőizületben contractura keletkezésének lehetősége miatt czélszerűtlen. Az idegvég aránylag kiadós mozgása (5—6 cm.) az áthidalt izü-



let helyzetváltozásakor mutatja továbbá azt is, hogy a nyújtott csípő mellett a csonthoz, vagy a csonthoz többé-kevésbé rögzített lágyrészekhez nőtt idegvég a csípő hajlítása esetén milyen vongálásnak van kitéve. Az idegvég ilyen vongálása kizárt az esetben, ha az idegvég, illetőleg idegcsonk pályájában a környező lágyrészekhez képest szabadon elmozoghat; az idegcsonk e szabad mozgását a csonk korai functionalis kezelése elősegíti, mely kezelés tehát az idegcsonkok szempontjából is czélszerű.

Mint az elmondottakból kitűnik, az idegcsonkok helyes módon végzett rövidítése az idegellátás lényege. Bardenheuer, Bier, Cushing eljárásait bonyolultnak és az oly fontos rövidítés szempontjából károsnak és így mindenképp feleslegesnek tartom. Ellenben Krüger eljárása, az ideg zúzása, esetleg catgutlekötéssel kapcsolatban, czélszerűen kombinálható a rövidítéssel; emez egyszerű eljárás előnye véleményem szerint az, hogy kiterjedtebb vérömleny keletkezését az idegvég körül és ennek következményeit meggátolja. A végtag felületéhez közelfekvő idegekben (például medianus és ulnaris a

felkaron) czélszerűnek látszik, különösen már kifejlődött neuromák kezelésére, *Moskovicz* eljárása: az idegvégeknek mélyebb rétegbe, t. i. izomba való elrejtése; ez eljárás előnye az érzékeny idegvégek védelme külső mechanikai behatásokkal szemben.

A II. sz. sebészeti klinikán azzal a kérdéssel is foglalkozom, hogy nem volna-e lehetséges a frissen átmetezett ideg keresztmetszetéből kiinduló, a centrumokból az eltávolított végtágrészbe kivetített, kellemetlen fájdalomérzések elkerülése a keresztmetszet és centrumai közti idegvezeték megszakítása révén, mely megszakításnak természetesen újabb friss keresztmetszetet eredményeznie nem szabad. *Legalkalmasabbnak látszik az érző vezeték időleges, esetleg végleges megszüntetésére, mint azt a neuralgiák kezelése mutatja, a közvetlenül a keresztmetszet feletti idegdarabnak megfelelő erősségű alkohollal való infiltrációja*, melyet természetesen az ideg végleges rövidítése előtt végzünk. E kevés tapasztalat alapján biztató eljárás eredményeiről későbbi közlésben fogunk beszámolni.

Röviden utalni akarok e helyen még arra a körülményre, hogy idegmechanikai ismereteinket nemcsak idegvarratok és csonkolások alkalmával, hanem egyes idegeken az idegbe történő percutan befecskendezésekkor (helybeli érzéstelenítés, gyógyító befecskendezések) is értékesíthetjük, még pedig a következő megfontolással: *az ideggel áthidalt izületek megfelelő tartásával megfeszített ideg a tü. elől nem térhet ki, lefutása határozottabb és esetleg maga a megfeszített ideg tapinthatóvá válik.* Így például a nerv. ischiadicusba a glutaealis redő alatt a befecskendezést a következő helyzetben végezem: a beteg túlnyújtott térdekkel áll, miközben a törzs elülső része a csípőizület magasságára beállított asztalra támaszkodik. E helyzetben a térd és csípőizület megfelelő tartásával megfeszített nerv. ischiadicus a glutaealis redő alatt legtöbbször kitapintható és a befecskendezés számára könnyen hozzáférhető. Az idegmechanika ilyen felhasználásával az idegbe történő befecskendezésekkor ezidő szerint foglalkozom; eredményeiről annak idején be fogok számolni.

Megjegyzések a correctura alkalmából. A fenti közlés megírása és correcturája között mintegy fél esztendő telt el. Ez idő alatt kiderült, hogy a fentebb leírt módon eszközölt alkoholfecskendezés a végtágrésznek ugyan elejét veszi, de viszont az idegvég vegyi ingereltetése következtében rövid ideig tartó heves fájdalmak jelentkeznek. Jobb eljárás után kutatva, *Trendelenburg* és *Perthes* közlései alapján jutottam arra a gondolatra, hogy a *végtágrészeket az idegvégek illetőleg idegkeresztmetszetek megfagyasztásával rekesszem ki.* Az eljárás a következő: a fentebb leírt módon jól kihúzott ideg legcentralisabb, hozzáférhető 2–3 cm. hosszú darabját a környező lágyrészek védelme mellett aethylchlorid-sprayvel keményre fagyasztom (fagyasztás tartama 4 perc). Ezután levágom a megfagyasztott részen keresztül a csonk keresztmetszetből kihúzott idegdarabot és a keresztmetszetet még 4 perczig fagyasztom. A vastag nervus ischiadicust czélszerű összesen 12 perczig fagyasztani. *Ez eljárás segélyével, kellő intenzív és kellő tartamú fagyasztást feltételezve, a végtágrészeket teljes biztonsággal kirekeszthetjük.* Hangsúlyozom azonban, hogy az idegellátás lényeges része a helyesen eszközölt rövidítés; a fentebb leírt módon végzett kissé körülményes és hosszadalmas fagyasztás csak az esetben érvényesülhet mint kiegészítő eljárás általánosan, ha jóval intenzívebb és így gyorsabb módját sikerül majd megtalálni. Alkalmaznunk kell azonban a fagyasztást véleményem szerint még jelenlegi formájában is *neuromák műtétkor*, továbbá olyan egyének csonkjának reamputációjakor, kiknek állandóan kellemetlen végtágrészük voltak. Az idegcsontok ellátásával való foglalkozás továbbá, úgy hiszem, reávezetett arra, hogy *mi a magyarázata a közvellenül az idegvarratok után oly gyakran észlelt subjectív érzésváltozásoknak.* Reamputációk után t. i. a már megszünt végtágrésznek szabályszerűen újból jelentkeznek mint következményei a friss idegkeresztmetszetből kiinduló izgalomnak. Idegvarrat esetén már most a centralis csonk szükségesszerű felfrissítése ugyancsak az érző centrumokkal összekötött friss idegkeresztmetszetet eredményez. Az ezen friss keresztmetszetből kiinduló ingerek által kiváltott érzéseket a centrumok a peripheriába vitetik és pedig nem mint amputációk után a hiányzó végtágra, hanem természetesen a meglévő, a sérült ideg által ellátott érzéstelen vagy csökkent érzésű részbe. A beteg hűdött végtágrészlete tehát közvellenül az idegvarrat után ugyan továbbra sem érez, de viszont az érzések jelentkeznek benne. Ezek az érzések az idegkeresztmetszet gyógyfolyamata kapcsán rövidebb-hosszabb idő múlva, akárcsak a csonkolások utáni végtágrészek, megszűnnek. Egyénány az utóbbi időben általam operált idegsérülés megfigyelése az elméleti megfontolás alapján felvett eme magyarázat helyességét igen valószínűvé tette.

Polioencephalomyelitis esete súlyos izomsorvadással botulismusból kifolyólag.

Irta: *Sztanojevits L. dr.*

Ritkasága miatt és a központi idegrendszernek a húsmergezés után beálló károsulása kapcsán támadt izomsorvadások klinikai kérdésének kiagészítése és tisztázódása céljából közlésre érdemesnek tartom a következő esetet, melyet röviddel ezelőtt volt alkalmam véleményezni.

Egy 36 éves (B. J., gyalogos) csererokkantról van szó, a kin oroszországi fogsága alatt rosszul konzervált és nyilvánvalóan romlott húsnak hosszabb ideig tartó fogyasztása után 1917 évi április hónapban súlyos gastrointestinalis tünetek jelentkeznek, mint főfájás, émelygés, hányásinger, hányás, hasmenés, szárazságerzet a szájban tartós szomjúságerzéssel, makacs székrekedéssel, a látóképeség csökkenésével, kettős képekkel, nehéz nyelőképességgel, mely utóbbi következtében a folyadékok az orron át visszafolytak. A betegség tartama, illetve az ágyban való tartózkodás ideje alatt az egész testre kiható általános bénulási jelenségek fejlődtek ki, a felső végtagok feltűnően lesóványodtak és az egész test legyengült, elernyed. A beteg hónapokon át különböző kórházakban tartózkodott; állapotát mindenütt reménytelennek tartották. A húgyhólyag és a nemi szervek teljes rendben találtak.

Jelen állapot: Középerős, lesóványodott férfi külső el-fajulásos jelekkel.

Mindkét pupilla középtág, egyenlő, fényre és összetérítésre jól reagál. Mindkét szemgolyó állandóan jobbra irányított és balra csak megfeszített erőlködéssel és a legnagyobb fáradtság árán hozható. A kettős képekre vonatkozó vizsgálat alkalmával megállapítható a bal m. rectus ext. paresise (parallel álló kettős képek!), paresisese a jobb n. oculomotorius összes külső ágai által beidegzett szemizmok is. A szemhéjrések különböző tágasságúak ($b > j$). Szemfenék: jobboldalt kezdődő atrophia n. optici.

A homlokránczolás mindkét oldalt tökéletesen történik. Baloldalt a szemzárás megnehezített (kifejezett Bell-féle jelenség). A bal szájzug valamivel mélyebben áll és az artikuláló mozgásokkor kevésbé vétetik igénybe, mint a jobboldali. Fogmutatáskor a jobb szájfél jobban feszül.

A bal m. orbicularis oris ereje kisebb, mint a jobbé. A mimikai mozgások zavartalanok. A nyelv kinyújtásakor kissé jobbra deviál. A szájpad és uvula phonatiókor minden mozgás nélküli. Elmosódott, nehezen érthető, orrjellegű beszéd.

Felső végtagok: az erőlködés a mozgási képességgel együtt nagy fokban korlátolt, csökkent. Az összes izületek szabadok. Mindkét oldalon a felkarfejecs és a kulcsont észrevehetően előreáll. Mindkét deltaizom mindhárom részében ptyhüdt és sorvad.

Mindkét tövisfeletti és alatti árok izomzata nagy mértékben sorvad. A jobb lapoczká egészében erősebben skeletizált. A bal lapoczká szárnyalakú állásban. Mozgási kísérletekkor mindkét lapoczká a bordákhoz fekszik. Mm. sternocleidomastoidei meglehetősen jól fejlettek. M. trapezius minden részében teljesen sorvad. Éppen úgy előrehaladott fokú sorvadásban vannak a mm. pectorales majores és minores. Infraspinus-reflex mindkétoldalt hiányzik. Mindkét felső végtag ptyhüdt és erősen atrophias.

A passív mozgások szabadok. Biceps-, triceps és radius-periostreflex egyik oldalon sem váltható ki. Az érzés teljesen rendben. Az idegtörzseknek kimutatható érzékenysége sehol sem található. A villamos vizsgálat a felső végtagok és vállövek összes sorvadat izmaiban részleges és a m. trapeziusban és mindkétoldali m. supra- és infraspinusban teljes elfajulásos reactiót adott (hiányzó farados és galvános ingerlékenység).

A gerincoszlop dextroconv skoliosist mutat. A szék és a vizelet rendben. A vizelet kóros alkotórészeket nem tartalmaz. A hasfali és cremasterreflexek rendesen válthatók ki. Az alsó végtagok rendes viszonyokat mutatnak. A Wassermann-rectio a vérben negatív.

Ha most már mindezt összefoglaljuk, akkor látjuk, hogy egy eleddig egészséges egyén romlott hús fogyasztása következtében súlyos gyomor-, bél- és zajos ideges jelenségek közt betegszik meg. Az acut tünetek rövid idő alatt lezajlottak és a súlyos kiesési jelenségek az agyidegek, még pedig a jobb- és baloldali n. III., a baloldali n. VI., a bal középső és alsó ága a n. VII., a mindkétoldali n. IX., X., részben n. XI. és a jobb- és baloldali n. XII. részéről, továbbá mindkét kar és vállöv jelentékeny gyengése és izomsorvadása, hiányzó infraspinatus-, biceps-, triceps- és radiusperiostreflex, a m. trapezius, deltoideus, supra- és infraspinatus különös bántalmazásával együtt, a mely utóbbiak teljes elfajulásos reactiót mutatnak, állandósúlnak. Féloldali jelenségek nem voltak észlelhetők.

Ha az esetet analizáljuk, azt találjuk, hogy húsmérgezés típusos esete, azaz oly körkép van előttünk, a mely a szemidegmagnak (polioencephalitis sup.) és más agyidegmagnak tájkéára (polioencephalitis inf.), végre egészen szokatlanul a gerinczvelő szürke állományára, még pedig legerősebben a nyaki duzzanat elülső szarvaára és kisebb fokban a gerinczvelő legfelsőbb hátrészletére terjeszkedett ki. Tehát itt az úgynevezett polioencephalitis sup. és inf.-nak acut poliomyelitiszerű megbetegedéssel combinációjáról, azaz polioencephalomyelitisről van szó. A mi a körjelzést illeti, esetünkben csak a poliomyelitis anterior (Heine-Medin-megbetegedés) és a polyneuritis jöhet differentialdiagnostikailag tekintetbe. Tekintettel arra, hogy azon a helyen, a hol a nevezett egyén megbetegedett, hasonló megbetegedések nem fordultak elő, továbbá tekintettel az idegtörzsek nyomási érzékenységének teljes hiányára, mind a két említett betegséget figyelmen kívül kell hagynunk.

Az eset különös figyelmet érdemel annyiban is, hogy a központi idegrendszer súlyosan károsító folyamat nem halálra vezetett, miként ez az eddig közölt esetek szerint általában történni szokott, hanem jelentékeny fogyatkozásokra, illetve kiesésekre, a sorvadásos folyamattól megtámadott izmoknak regionarius teljes elfajulásos reactiojára, bizonyítékkául annak, hogy az ily agy- és gerinczvelőfolyamatokban a megbetegedett izomzat nemcsak „a villamos ingerlékenység qualitativ és quantitativ csökkenését és partialis elfajulásos reactioját“ szokta mutatni, a mint ezt eddig felvették (Oppenheim).

Közlemény a XVI. sz. helyőrségi kórházból.

Diabetes insipidust és dystrophia adiposo-genitalist okozó agyalapi gümőkór.

Irta: Fodor Imre dr. főorvos és Jankovich László dr., egyet. tanársegéd.
(Vége.)

Hogy esetünkben a hypophysis kiesése jelentős szerepet játszott, azt megerősíti Cushing felfogása, aki a hypophysis hátulsó és elülső lebenyének kiesését a polyuriában és polydipsiában, a hajhullásban és a nemi működés kiesésében látja, a mi nézetünk szerint azonban úgy értelmezendő, hogy Cushing a neuro-hypophysis kiesési tüneteit tévesen az egész hypophysisre vonatkoztatta, amennyiben Farni, van der Velden és Bab¹ kísérletei reámutatnak arra, hogy a neuro-hypophysisből készített szervkivonat diabetes insipidusban szenvedő emberen a vizeletelválasztást csökkenti, vagyis pótolja a kiesett szerv működését, és hogy a hypophysis hátulsó lebenye az a szerv, amelynek kivonásával a diabetes insipidust kedvezően tudjuk befolyásolni, tehát nemcsak a polyuriát tudjuk megszüntetni, hanem a vizelet koncentrációját emelni, s minthogy ez egyetlen egy más belső secretió mirigygyel sem sikerült, fel kell tételeznünk, hogy a hátulsó lebeny tartalmazza, illetve termeli azokat az anyagokat, amelyek a vizeletkiválasztást szabályozzák. Legvilágosabban és leghatározottabban fejezi ki ezt Bab, amikor azt mondja, hogy „a hypophysis hátulsó lebenyét kell a szervezet vizelet-

elválasztást szabályozó központjának tekintenünk.“ Természetes, hogy ilyenformán a diabetes insipidusnak az a régebbi u. n. renalis magyarázata, a mely a vese kóros elváltozásával iparkodott a folyamatot megfejtetni, teljesen elesik, hiszen a vese a diabetes insipidusnál ép. Ha elfogadjuk, hogy a hypophysis szabályozza a vizeletelválasztást és e tekintetben a vese mintegy alárendeltje, akkor a diabetes insipidust a hypophysis, illetőleg a hátulsó lebeny működésének kiesésével lehet a legjobban megmagyaráznunk. Franknak tagadhatatlan érdeme, hogy felhívta a figyelmet a diabetes insipidusnak és a hypophysisnek az összefüggésére, bár felleveése, hogy a középső lebeny izgalma, illetőleg hyperfunctiója a diabetes insipidus oka, kétségtelenül téves. Schäfer angol physiologus állatkísérletei voltak azok, amelyek Frank-ot felleveésére készítették, ezekkel a kísérletekkel Schäfer iparkodott kimutatni azt, hogy a hypophysis húgyhajtó hatása nem az elülső, hanem a hátulsó és középső lebeny működéséhez van kötve, vagyis a diabetes insipidus tulajdonképpen hyperpituitarismus. Ezzel szemben azonban Cushing kísérletei kapcsán rámutatott arra, hogy a hátulsó lebeny diuresist gátló anyagokat tartalmaz, az elülső lebeny kivonásával pedig átmetszett infandibulum mellett bő polyuriát lehet az állatokon kiváltani. Hasonló eredményre vezettek és így a kiesési teoria megerősítésül szolgálhatnak még Camus és Roussy kísérletei. Ők izolálták a hypophysist és minthogy meggyőződtek, hogy a műtét eme része nem jár polyuriával, átvágták az infandibulumot. Erre a kísérleti állatok polyuriával feleltek, amely polyuria csak múló jellegű volt. Nézetünk szerint itt a polyuria oka a hátulsó lebeny, a tartós hatás hiányáé pedig az elülső lebeny kiiktatásában rejlik. Bizonyos tehát, hogy a kísérleti eredmények nagyon ellentmondók, amin azonban nem csodálkozhatunk, nemcsak azért, mert a hypophysis műtétilag nagyon nehezen megközelíthető szerv és így az egyes lebenyek részleges kiirtására vonatkozó kísérleteket nem vehetjük készpénznek, hanem azért is, mert a hypophysis kiirtása alkalmával többé kevésbé megsérül az agyalap is. Ami pedig a kivonatokkal végzett kísérleteket illeti, erre nézve tekintetbe kell vennünk, hogy sem az elülső, sem a hátulsó lebeny nem praeparálható ki oly pontosan, hogy egyik lebeny egyes kis részletei ne kerülnének be a másik kivonatába s így a velők végzett kísérletek sem egészen szabatosak; mégis, ha az állatkísérleteket egybevetjük az emberi pathologia tapasztalataival, akkor önkéntlenül az a gondolat ébred fel bennünk, hogy a diabetes insipidust a hypophysissal, illetőleg annak hátulsó lebenyével hozzuk kapcsolatba. Ezt a felfogást támogatják t. i. azok az újabban nagyobb számmal közölt és kórboncolástanilag részletesen feldolgozott esetek, amelyekben a diabetes insipidus kórképe a hátulsó (és középső) lebeny pusztulásával volt egybekötve (Berblinger, Goldzieher, Schmorl, Simmonds). Ezek közé sorozható a miénk is, azonban nem szabad megfeledkeznünk arról sem, hogy esetünkben nemcsak a hypophysis, hanem az agyalap is súlyos elváltozásokat mutatott, az ott elhelyezkedő mogyorónyi gümös gócz jelentékeny nyomást gyakorolhatott környezetére, ami pedig épp a diabetes insipidus magyarázata szempontjából igen fontos körülmény. Akárhányan t. i. kiindulva abból az észleletből, hogy az esetek nagy részében az agyalap is résztvesz a kórfolyamatban, vagy legalább is nyomásnak van kitéve, a diabetes insipidust a vese vödréit szabályozó központ megbetegedésének tekintik, amely központnak az infandibulum közelében kell lennie (Karplus és Kreidl). Ehhez a nézethez csatlakozott újabban Fleckseder² is, aki szószerint a következőket írja: ³ „Az úgynevezett hypophysis-polyuriánál a lényeges elváltozás mindig az infandibulum táján van. Ez az elváltozás valószínűleg a dienkephalon alapján levő vasodilatatorok útján hozza létre a polyuriát.“ Hogy a

² Fleckseder: Wiener med. Wochenschr., 1916, 6. kötet.

¹ Bab: „So sind wir doch gezwungen, den Hinterlappen (resp. die Pars intermedia) als Hauptregulierungsstation für Diurese und Harnkonzentration anzusehen“. (Münch. med. Wochenschr., 1916, 48. sz.)

³ „Die wesentlichen Veränderungen bei den sogenannten hypophysären Polyurien der menschlichen Pathologie sitzen immer in der Gegend des Infandibulums. Diese Veränderung macht wahrscheinlich Polyurie durch mechanische Erregung renaler Vasodilatatoren am Zwischenhirnboden.“

hypophysaer eredetű diabetes insipidusban a lényeges elváltozás mindig az infandibulum táján ülne, azt nem fogadhatjuk el, hiszen elegendő *Simmonds* eseteire hivatkoznunk, ahol a hypophysis megbetegedése mellett az agyalon nem voltak elváltozások. *Diabetes insipidus tehát létrejöhet agyalapi elváltozás nélkül is*, nincs azonban kizárva az, hogy az agyalapi elváltozások, különösen az infandibulum tájékán, elősegítik kifejlődését, sőt esetleg hypophysis-elváltozások nélkül, egymagukban is tudnak diabetes insipidust okozni, bár erre nézve kevés megbízható észlelet áll rendelkezésünkre, amennyiben azokban a régebbi diabetes insipidus-esetekben, amelyekben agyalapi elváltozások mellett a hypophysist épnek találták, többnyire nem végeztek mikroskopi vizsgálatot, már pedig anélkül a hypophysisre vont következtetések kétségesek. Az agyalap és az infandibulum szerepét a diabetes insipidus előidézésében nézetünk szerint úgy is magyarázhatnánk, hogy a beálló kóros folyamat a hypophysis váladékának természetes befolyását akadályozza meg, vagyis tulajdonképpen ismét csak a hypophysis működésének kiesése útján idézi elő a kórképet. A *Fleckseder* képviselte nézetnek egy másik gyengéje az, hogy nagyon bajos elképzelnünk, miképpen álljon fenn a renalis vasodilatatorok centrumának izgalma hónapokig, sőt esetleg évekig, holott tudjuk, hogy a kórfolyamatok legtöbbje (pl. tuberculosis, syphilis stb.) nem marad meg évekig változatlanul egy ponton és legfeljebb csak kezdetben szokott izgalmi jelenségeket kiváltani, míg a folyamat továbbfejlődésekor a nyomás, vagy beszűrődés következtében a benuási tünetek lépnek előtérbe. Általában a tartós izgalom felvétele a pathológiában peripheraer behatás következtében nem nagyon indokolt, mert nagyon nehezen képzelhető el, hogy egy szerv, amelyet izgalmi állapotban valami peripheriás behatás, tehát nem az idegrendszer felfokozott tonusa (itt pl. fokozott sympathicotonusra vagy vagotonusra gondolunk) tart izgalomban, tartós legyen, a kifáradásnak minden tünete nélkül. Ha ilyen peripheriás izgalom mechanikai behatás, amelynek lényege az ilyesféle esetekben a szerv közelében előidézett kötőszövet vagy granulatiós szövetekezés, akkor a szervre gyakorolt hatása csak sejtkárosító vagy direct destruáló lehet. Ez világos, épp úgy, mint az, hogy ez az eredmény sohasem lehet tartós túlműködés. A hyperacid gyomorcatarrhus is, ha az ok tartós marad, csakhamar anaciditas váltja fel. Egy másik érv, amely e nézet ellen felhozható, az, hogy ha a diabetes insipidus keletkezése az infandibulum táján, tehát a III. agykamara fenekén levő vasomotor-centrum elváltozásain múlnék, akkor nemcsak agyalapi daganat esetén, hanem már hydrocephalus chronicus internusban is diabetesnek kellene jelentkeznie, hiszen hányszor látjuk azt hydrocephalus eseteiben, hogy a III. agykamara feneké oly mértékben sorvad, hogy egészen átlátszó vékony hártya lesz, amelyben az említett központ feltétlenül tönkremegy. Egyébként maga *Fleckseder* sem zárkózik el mereven ama lehetőség elől, hogy a diabetes insipidus nem az agyalap megbetegedésének, hanem a hátulsó lebeny hormonjának a kieséséből származik, de hozzáteszi, hogy akkor a szervezetben még egy a diuresis active előmozdító hormon felvételére is szükségünk van, amely nézetet mi csak helyeselhetjük.

A diabetes insipidus hypophysaer magyarázata különben mindinkább tért hódít. Ennek a felfogásnak hívei egyre jobban szaporodnak. *Goldzieher* már a német pathologusoknak 1913-ban tartott ülésén eseteire való hivatkozással felhívta a figyelmet arra, hogy a diabetes insipidust leghelyesebb a hypophysis hátulsó lebenyének pusztulásával kapcsolatba hozni. *Simmonds* diabetes insipidus-esetét még 1913-ban a középső lebeny hyperfunctiójával magyarázta, amelyet a hátulsó lebenyben ülő rákos áttéti gócz izgalmatól feltételezettnek vélt, ezzel szemben ettől év múlva megjelent közleményében, amely négy esetet ölel fel, már határozottan a kiesési elmélet mellett foglal állást. Ugyancsak ennek híve az újabb szerzők közül *Hoppe-Seyler* és *Hann* is. *Hann* dolgozatában 17 esetet állított össze az irodalomból (saját 3 esetével együtt 20), mindegyikben volt makro- és legalább is mikroszkopos elváltozás a hypophysisben, meglehetősen egyöntetűen elpusztult a

hátulsó lebeny és esetleg a középső lebeny is. Az elülső lebeny többnyire csak a nyomási atrophia jelenségeit mutatta s igen különbözően viselkedett az infandibulum, tehát ebből az következik, hogy a hátulsó lebeny pusztulása a diabetes insipidusnál állandó jelenség és hogy e körülményből sem a hátulsó, sem a középső lebeny vagy az elsorvadt elülső lebeny hyperfunctiójára következtetni nem lehet. *Hann* is rámutat azonban a sajátos jelenségre, hogy néha súlyos hypophysis-elváltozások esetén, mikor nemcsak a hátulsó, hanem az elülső lebeny is elpusztult, nem jelentkezett diabetes insipidus; ilyen esetet ő kilenczet gyűjtött össze s ennél fogva állíthatjuk, hogy a hypophysis hátulsó lebenyének elpusztulása nem minden esetben váltja ki a kórképet, aminek magyarázatát éppen abban a körülményben kereshetjük, hogy ezekben az esetekben a hátulsó lebenynyel egyetemben az elülső lebeny is, vagyis az egész hypophysis elpusztult. A diabetes insipidus létrejöttéhez tehát úgylátszik nemcsak a hátulsó lebeny elpusztulása, hanem az elülső lebeny megmaradása is szükséges, amit olyformán képzelhetünk el, hogy a hátulsó lebeny termeli a vizeletelválasztást gátló, míg az elülső a vizeletelválasztást serkentő hormont; a két antagonistá hatóanyag az ép szervezetben bizonyos egyensúlyban van, az egyensúly azonban megbomlik, mihelyt a hátulsó lebenyt valamely kóros folyamat elpusztítja, ilyenkor az elülső lebeny hatása kerül túlsúlyra (polyuria), de ha a kórfolyamat egyidejűleg az elülső lebenyt is elpusztítja, akkor nincs mód a diabetes insipidus keletkezésére. E magyarázat, nézetünk szerint, nemcsak hogy az állatkísérleti eredményeknek is legjobban megfelel, hanem ezt támogatja az a pathologiai tapasztalat is, hogy, mint azt például esetünkben is történt, a diabetes insipidus az élet végső szakában akár hányszor javulást mutat, sőt esetleg teljesen megszűnik, erre különben az irodalomban is több példát találhatunk (*Fleckseder*, *Hann*). Ez a sajátságos viselkedés a kórboncolástani képpel igen jól magyarázható, amennyiben ily esetekben a kórfolyamat kimutathatólag a hátulsó lebenyt támadta meg először (s okozott ezzel diabetes insipidust), majd az elülső lebenyre is ráterjedt s mihelyt annak nagy részét elpusztította, vagy legalább nyomásával elsorvasztotta, megszűnt a diabetes.

Mindezekből az tényekből az következik, hogy mai kórboncolástani ismereteink szerint a diabetes insipidus az esetek túlnyomó többségében a hypophysis hátulsó lebenye (és esetleg a középső) elpusztulásának a következménye. A részletes mikroskopi vizsgálatok aránylag csekély száma és az állatkísérletek ellentmondó volta ma még nem engedi meg annak pontos meghatározását, hogy az elülső lebeny és az infandibulum a kórkép előidézésében mily szerepet játszik. Nem zárható ki annak a lehetősége sem, hogy diabetes insipidus létrejöhet minden hypophysis-elváltozás nélkül is az agyalap megbetegedése folytán, bár idevágó szabatos kórboncolástani észleletünk alig van, de az a körülmény, hogy állatok *locus coeruleus* sérülése diabetes insipidust válthat ki (*Hoppe-Seyler*), amelletől szól, hogy vannak diabetes insipidus-esetek, amelyek a hypophysissal nem függenek össze és amelyek talán a piquure mintájára jönnek létre. Ezeket a valószínűleg különböző polyuriákat a hypophysaer eredetűektől el kell választani; irányításul szolgálhat a klinikusnak az, hogy a hypophysaer diabetes insipidusnál legtöbbször egyéb hypophysis-tünetek, vagy legalább is a környezet megbetegedésének tünetei találhatók, de a kórfolyamat minőségére ilyen esetekben semmiféle következtetést sem vonhatunk, mert az lehet épp úgy tuberculosis vagy syphilis, mint valamely daganat. A diabetes insipidust tehát olyasféléképp kell felfognunk, mint *morbus Addisonit*, amely a mellékvesék kóros elváltozása folytán következik be, anélkül azonban, hogy valamely egységes kórfolyamathoz volna kötve.

Irodalom. *Beck*: Tuberkulöse Entartung des Hirnanhanges, als Ursache der Diplopie und des Strabismus. *Ammon's Zeitschrift für Ophthalmologie*, 1835. — *Wagner*: Tuberkulose der Glandula pituitaria. *Arch. der Heilkunde*, 1862. — *Lancereux*: Traité d'anatomie pathologique, 1883. — *Boyer and Beadles*: Journal of Pathology and Bacteriology, 1892. — *Hueter*: Hypophysistuberkulose bei einer Zwergin. *Virchow's Arch.*, 1905. — *Haushalter* és *Lucien*: Polyurie simple et

tubercule de l'hypophyse. Revue neurologique, 1908. — Lucien és Parisot: Tuberculose de l'hypophyse et diabetes sucré. Revue neurologique, 1909. — Thaon: L'hypophyse à l'état normal et dans les maladies. Paris, 1907. — Sommer: Zur Tuberkulose der Hypophyse. Zeitschr. für Laryngologie, 1910. — Fischer: Hypophysis und Adipositas hypogenitalis. Frankfurter Zeitschr. für Path., 1912, XI. kötet. — Pick: Über Dystrophia adiposo-genitalis bei Neubildungen im Hypophysisgebiet, insbesondere vom praktisch-chirurgischen Standpunkte aus. Deutsche med. Wochenschr., 1911, 42.—45. sz. — Goldzieher: Über Sektionsbefunde bei Diabetes insipidus. XVI. Tagung d. Deutschen path. Gesellschaft, 1913. — E. Mayer: Über den gegenwärtigen Stand des Diabetes insipidus. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Verdauungs- und Stoffwechselerkr. 1913, 5. — Camus I. és Roussy: Polyurie expérimentale par lésion de la base du cerveau. La polyurie dite hypophysaire C. r. 1913, 75. köt., 628. l. — Simmonds M.: Ueber sekundäre Geschwülste des Hirnanhangs und ihre Beziehungen zum Diabetes insipidus. Münch. med. Wochenschr., 1914, 61. köt., 180. lap. — Biedl: Innere Sekretion. — Hann F.: A hypophysis-elváltozások jelentősége a diabetes insipidus kórtanában. Magy. Orv. Arch., 1917, XVIII. köt., 3. füzet.

Adatok az elmebaj kóros színlelésének pathogenesiséhez.

Írta: Epstein László dr., egyetemi magántanár, a budapest-angyal földi áll. elmeegógyintézet igazgatója.

(Folytatás.)

A megfigyelési naplóból ide iktatjuk még a következő feljegyzéseket:

Január 13. Napközben többször sír, vinnyog, azt mondja, hogy katonák és csendőrök jönnek be hozzá, a takaró alá bujnak, hogy ne találják.

Január 14. Kérde, hogy meddig tartjuk itt; kéri, hogy minél előbb bocsássuk el, mert fél.

Január 15. A legtöbb kérdésre „nem tudom“-mal felel; nem tudja, hogy mily városban és milyen házban van, hogy mióta van itt és miért hozták ide; nem tudja, hogy melyik évben született és hány éves; mondja, hogy iskolába járt, de nem tudja, hány évig; megtanult írni és olvasni, de elfelejtette; nem tudja, hogy mennyi az 3×7 , 3×2 . Mondja, hogy a feje fáj és fél; ez az ő betegsége; fél a csendőröktől, a katonáktól és a bírótól, akik mindennap megjelennek előtte. Ki akarna menni az udvarra és kissé az emberek közé; azután nem bánja, ha ismét el lesz különítve. Nyugodt magaviseletű, napközben többször sír; egyébként nagyobbára a pokrócz alá bújva fekszik az ágyán. Kérdésekre a fentjezett módon késedelem nélkül felel és a felszólításnak eleget tesz.

Január 17. Ruhába öltözötten tétlenül üldögél az elkülönítő szobában, szép időben 1—2 órára a kertbe is kijár. Hallgatag, de most nem bujlik el; mondja, hogy a csendőrök ritkábban jönnek be hozzá.

Január 19. Mondja, hogy már jobban érzi magát.

Január 20. Megszólíttatván, kéri, hogy bocsássák haza. Az ellenvetésre, hogy otthon is utána mennek majd a csendőrök, azt mondja, hogy a csendőrök itt vannak és otthon jobban is el tud bujni előlük. Az elméjének, mondja, nincs baja csak amióta beteg volt, azóta fáj a feje és fél mindig.

Január 27. Fél, mert az éjjel is voltak nála a csendőrök és katonák; látta náluk a kötelet is.

Január 29. Vizsgálatra vezetettén, fényiszonya miatt lehajtott fővel görnyedten ül a helyén. Az arczkifejezése félelmet, bánatot és szomorúságot árul el. Egész testében remeg. A hozzá intézett kérdéseket megérti, helyesen fogja fel. De feleletei annak dacára igen hiányosak, a legtöbb kérdésre általában „nem tudom“-mal felel. Mondja, hogy szülei élnek és van két nővére és egy fivére, ez utóbbi katona volt és Szerbiában megsántult (az első vizsgálatkor erre vonatkozóan eltérő adatokat mondott be). Ő maga nem volt katona; sokszor volt sorozáson, de nem tudja, hogy miért nem vették be katonának. A kérdésre, hogy honnan hozták ide, azt feleli, hogy hazulról; arra, hogy ki hozta, azt mondja, hogy a fivére (valóságban katonai kísérek hozták egy vidéki tartalékkórházból). Bár már többször meg lett neki mondva, hogy milyen városban van itt, az erre vonatkozó kérdésre azt feleli, hogy nem tudja, úgyszintén nem tudja, hogy ez milyen ház,

milyen emberek vannak itt és hogy őt miért hozták ide (egy korábbi vizsgálat alkalmával ő maga jegyezte meg, hogy gyógyítás céljából hozták). A kérdésre, járt-e iskolába, mondja, hogy igen, kis korában, régen; arra, hogy tud-e írni-olvasni, azt mondja, elfelejtette, úgyszintén elfelejtette, hogy hány éves, mikor született; elfelejtette és nem tudja, milyen évet írunk, milyen hónapban vagyunk és milyen nap van ma. Családi viszonyait illetően mondja, hogy nő és egy gyermeke van. A kérdésre, hogy mikor látta utolsójára nejét, mondja, hogy tegnap volt itt a neje és apósa (nem felel meg a valóságnak, mert már több napja, hogy látogatták). A vizsgáló-orvosnak azon megjegyzésére, hogy ha rendes feleleteket nem ad, annál tovább fog itt maradni, azt mondja, hogy ő nem tud másként felelni és siránkozva kérde, miért is hozták ide és miért tartják itt. Könnyeit hullatva mondja, hogy fél. A kérdésre, hogy miért és mitől fél, mondja, hogy a katonáktól; az éjjel is látta őket. A megjegyzésre, hogy hiszen tudhatná, hogy itt őt senki sem bánthatja, csak ismétli, hogy fél; a kérdésre, hogy bántották-e már katonák, mondja, hogy nem, mert elbujik; arra, hogy a szobájában nincs is módjában elbújni, csak újból ismétli, hogy elbujik. Arra, hogy a látott katonák hányan voltak, azt mondja: többen.

Február 3. Viselkedése állandóan változatlan. A kérdésre, hogy mióta fél a csendőröktől és katonáktól, azt mondja, hogy amióta beteg; azóta beteg, hogy hó volt, mikor elvitték őt kocsit, lovat hajtani. A felhívásra, hogy feleljen rendesen a kérdésre, mióta látja a katonákat, azt felelte, hogy elfelejtette; beteg volt és elfelejtette; ő jobban szeretné, ha rendes feleletet tudna adni. Van-e annak egy hónapja, két hónapja vagy egy éve? Felelet: „Nem tudom.“ A kérdésre, hogy hol látta a katonákat, akiktől fél, ismét csak „nem tudom“-mal felel s mondja, hogy az anyja is figyelmeztette, hogy ne féljen tőlük. Mikor odament a háboruba (a katonasághoz) kocsit hajtani, akkor már félt a katonáktól. Mikor a félelem rájön, akkor nagy fejfájása van. Ahol volt, ott házak vannak és ott zavarták őt a csendőrök. Egyforma ruhában voltak-e a csendőrök? Ő azt nem nézte. Követték-e őt, vagy szembe jöttek-e vele? Hajtották hátulról és ő elbujt és mikor elmentek, akkor ő kijött. Amióta itt van, azóta látja-e a katonákat? Éjszaka is itt voltak, de ő elbujt a pokrócz alá, hallgatott és nem mert mukkanni. Hallja-e a hangjukat is, beszélnek-e hozzá? Nem beszélnek hozzá, csak látja őket bejönni. Mondja meg, miért is fél tőlük? Agyon akarják őt ütni és felakasztani. Hát miért akarnák őt agyonütni és felakasztani? Ha azt tudná, megmondaná. Vittek be onnan a falujából többeket katonának? Ő nem tudja, mert künn van a tanyán és nem is mer benn tartózkodni, ott többen látják és többször akarják őt agyonütni. Az ő közséje mellett milyen nagyobb város van? Nincs a közelben nagyobb város. Nem volt-e künn sohasem a falujából? Más községben volt. Vajjon hallott-e ott lövöldözést? Most nem hallott, régebben hallott. Agyonlöttek-e ott valakit? Nem tudja. Fél-e a háborúba menni? Nem tudja, hogy attól fél-e, csak a katonáktól fél. Szülei nevét kérdésre megmondja. Testvérei vannak-e? Igen. Öregebbek vagy fiatalabbak? Mit tudja ő azt. Háza vagy földje van-e? Nincs. Miből él? Van az atyjának. És hol dolgozott? Az atyjánál. Nem tudja, hogy mi egy csirkének, egy zsemlyének az ára, mert ő nem vett sohasem. Nem tudja megmondani, hogy milyen vallású. A kérdésre, hogy melyik templomba jár, azt feleli, hogy amióta beteg, nem járt templomba. Azelőtt milyen templomba járt? Felelet: templom. A miatyánkot elfelejtette, a hiszekegyet sem tudja, semmit sem tud. Nem tudja, hogy mióta beteg, sem azt, hogy miféle betegsége volt, majd azt mondja, hogy csak az anyjától tudja, hogy az ágy alá bujt és el akart szökni. A kérdésre, hogy fél-e a katonasághoz menni, ismételve megjegyzi, hogy ő nem katona és nem tudja, hogy nem ütnék-e őt agyon, ha odamenne. Imádkozni, azt mondja, nem tud. Az eléje tett koronát tizfilléresnek mondja, a tiz koronára azt mondja, hogy nem ismeri, a két- és egyfillérest pedig „dukát“-nak mondja. Nevét nem tudja felírni. Hogy 2×2 és 2×3 meny-

nyi? nem tudja; ha tudná, mondja, rögtön megmondaná. Felhivatván, hogy 1—10-ig számoljon, azt következőleg teszi: 1, 2, 4, 11. A kérdésre, hogy mikor volt itt nála a felesége, tegnapelőtt helyett tegnapot mond. A kérdésre, hogy hányszor volt nála összesen, azt feleli, hogy csak egyszer, holott ismételt is meglátogatta. Hasonlóképpen a kérdésre, látogatta-e őt más hozzátartozója is? a valóságtól eltérően azt feleli, hogy nem.

Február 12. Magatartása nagyban és általában változatlan. Tétlenül álldogál vagy üldögél szobájában, időnként nappal vagy néha éjjel is sir és nyafog. Kérdeztetvén, hogy azt miért teszi, azt mondja, mert fél; látja a katonákat, csendőröket, kötél is van náluk, fel akarják akasztani. Időnként kéri, hogy bocsássuk haza, otthon jobban el tud bujni üldözői elől. csak azóta fél, amióta a Kárpátokban nagyon megijedt, azelőtt semmi baja sem volt.

Február 17. Azzal küldték vissza az illetékes katonai hatósághoz, hogy R. nagy fokban neurastheniás egyén, akin lelki behatások alatt kóros tünetek fejlődtek ki.

Tudakozódásomra 1918 február havában azt az értesítést kaptam tartózkodási helyének előljáróságától, hogy: „Földjén szorgalmasan dolgozik. Baj nincs vele, de ha idegen közeledik tanyájukhoz, akkor buvóhelyére menekül. Üldözési mániát mutat. Most gondnokság alá helyezése van folyamatban.”

A vizsgálat és megfigyelés eredményét a következőkben foglalhatjuk össze: Egy sorozóköteles egyén, aki mint polgári kocsis tett hadi szolgálatot, a harctéren vagy ahhoz közel eső területen a Kárpátokban lövöldözést hallott s attól annyira megijedt, hogy azóta nagyfokú félelmi érzetek hatása alatt áll s állítása szerint folyton katonákat és csendőröket lát, akik őt üldözik és fel akarják akasztani. Egyébként semmiféle téveszmét vagy érzéksalódást nem nyilvánít és nyugodt, csak félnék magatartást tanusít; gyakran sir és vinnyog; különösen a kórszemlék és orvosi vizsgálatok alkalmával árul el nagy félelmet, úgy, hogy egész testében remeg. A legtöbb kérdésre „nem tudom“-mal vagy azzal felel, hogy elfelejtette. Akár családi viszonyaira, akár köznapi ismeretekre vagy megtörtént eseményekre vonatkoznak a kérdések, a felelet majdnem mindig ugyanez, még a legegyszerűbb kérdésekre is, mint pl. arra, hogy milyen vallású? mennyi 2 × 2? hány ujj van? hány nap van egy hétben? stb. Ismételt felvilágosítás dacára nem tudja, hogy hol van, és bár írni és olvasni tanult, még a nevét sem tudja felírni. Amennyiben egyes kérdésekre érdemileg felel, feleletei gyakran fonákok, így pl. az orvost tanítónak, az ápolót orvosnak mondja, a számolást meg így végzi: 1, 2, 4, 7, 11; ugyanazon kérdésre különböző alkalommal adott feleletei pedig ellentétesek. Testileg finom hullámú reszketésen és felmagasztalt szív működésen kívül neurologiai szempontból eltérést nem mutat. Állapota és viselkedése a hat heti megfigyelés alatt teljesen változatlan.

*

Itt is, mint az első esetben, oly tünetcsoporttal állunk szemben, amelynek egyes részei, legalább első tekintetre, egymással kellő összhangban nincsenek. A tájékozottságnak oly nagyfokú hiányát, az emlékezetnek oly terjedelmes kiesését és az ismereteknek oly tágkörű fogyatékosságát, mint a jelen esetben, csak veleszületett vagy szerzett teljes butaság, vagy bizonyos szervi agybajok esetében találjuk. Az utóbbit azonban eleve is kizárhatjuk, mert sem az előzményben, sem a személyes vizsgálat során a legcsekélyebb jelle sem akadunk, amely szervi agybajra utalna. A feltételezett butaságnak pedig ellentmondanak a vizsgált egyén magatartása, különböző érzelmnyilvánítása, valamint egyes feleletei és megjegyzései.

De ellentmond az a jelenség is, amelyet R. leírása szerint, egyelőre legalább, hallucinációnak kell minősítenünk, mert amíg még elbutult schizopreniásokon is gyakran észlelünk hallucinációkat, amelyekről azonban a betegek éppen elbutultságuk miatt számot adni nem tudnak s amelyekre csak a betegnek viselkedéséből következtethetünk, addig olyanmú butaságnál, mint amilyent a jelen esetben fel kellene

tételeznünk, tisztán kifejezésre jutó és világosan is nyilvánított hallucinatio nem fordul elő.

De ha sem szervi agybaj, sem más okból keletkezett dementia, a mely egyedül magyarázná az említett társítási, emlékezeti és értelmiségi hiányokat, nem forog fenn, akkor természetesen az a gyanu támad bennünk, hogy R. ezen a valóságokra nézve önmagukban nehezen ellenőrizhető hiányokat csak tettetési és ezen tettetéssel, valamint az érzéksalódás nyilvánításával az elmebaj látszatát akarja felkelteni, hogy katonának ne vegyék be. E gyanu az összes körülmények számbavételével a mozgató ok szempontjából jogosultnak is látszik. De vajjon mindazonáltal igazolja-e a valóság is?

Ezt eldöntendő, sorjában kell vizsgálnunk az egyelőre táplált feltevésünk szerint tettett kortüneteket. Vizsgálnunk kell mindenekelőtt kórtani, klinikai, lélektani és amennyire lehetséges, phaenomonologiai szempontból R. állítólagos hallucinációját.

Hallottuk, hogy R. sűrűn lát katonákat és csendőröket, akik kötéllel és késsel jelennek meg és őt felakasztani, agyonütni akarják. Ezen rémmel szemben azzal védekezik, hogy a pokrócz alá bujva fekszik az ágyán, egyébként üldögélve, álldogálva szobájában, néha siránkozva, de máskülönben csendesen, csak ritkán néhány szót szólva, tölti az idejét. E viselkedés nem felel meg azon tapasztalatnak, amelyet üldöztetéses tartalmú hallucinációkban szenvedő betegeken tenni szoktunk. Egy ilyen beteg a hallucinált üldözésre rendszerint jajveszékeléssel, vagy kifakadással, lármával, segítségkiáltással, szitkozódással, esetleg meneküléssel vagy ellen-támadással, vagy hasonló módon szokott reagálni. R.-nek szinte siralmasan passiv viselkedése tehát vagy abban leli okát, hogy egyáltalában nem hallucinál s erre vonatkozólag valótlant állít, vagy a hallucinációja más jellegű, mint a milyen a hallucinatio rendszerint lenni szokott.

Ha valótlant állít, ha csak el akarja hitetni velünk, hogy hallucinál, akkor szükségképpen tudomással kell neki birnia arról, hogy a hallucinatio elmezavarnak tünete szokott lenni. Nem valószínű azonban, hogy az igen alacsony műveltségi fokon álló egyszerű oláh földműves, aki egész életét jámboran szűk környezetében töltötte, erről tudomással birjon; ha mégis birna, akkor előadását minden bizonytalansággal iparkodnék, hogy állítását minél elfogadhatóbbá tegye, nem pedig bágyadtan, félve, szintelenül panasznál el látomását; ha ravasz számítással érzéksalódást akarna tettetni, akkor annak tárgyául aligha éppen azt választaná, ami műveletét gyanussá teheti.

Lélektanilag e szerint nem valószínű, hogy valótlant mond, hanem valószínű inkább az, hogy csakugyan szenved érzéksalódásban, de ez valójában eltér a rendes hallucinációtól; hogy hiányzik belőle valami, ami a beteget élénkebb reakcióra serkenti.

Talán sikerül is ezen eltérést megállapítani, ha a feltételezett érzéksalódást még behatóbban vizsgáljuk. A jelenség, amelyről panaszkodik, leírása után ítélve, tisztán visió jellegű és úgy tűnhetik fel előtte, mint egy kép, amelynek tárgya állandóan és változatlanul ugyanaz; az egyes jelenések úgy hasonlítanak egymáshoz, mint egy fénykép-felvételek egyes másolatai és legfeljebb annyiban különbözőnek egymástól, hogy egyszer több, egyszer kevesebb katona és csendőr jelenik meg; nincs a képben élet, mozgás, változatosság, mint a rendes hallucinációban, amelynek eleven-séget ad már az is, hogy intenzitásában és tartalmában nem merev, hanem többé-kevésbé folyton változik.

Mindez hiányozni látszik R. érzéksalódásából és ezen szempontból az a Kahlbaum-féle úgynevezett stabil hallucinációkra emlékeztet, amelyek feltevésszerűen a funkciós egységeknek képzelt perceptiós központokban belső ingerület folytán keletkeznek. Az érzéksalódásnak ezen stabilitása és inaktivitása lehet az oka annak, hogy R.-ben hevesebb reakció nem vált ki.

De mi az, ami a belső ingerületet okozza? Úgy vélem, hogy egy társítási folyamat, amely ahhoz az élményhez kap-

csolódik, amelyen R. a Kárpátokban keresztülment. Az ott hallott lövöldözés annyira megijesztette, annyira megrázkódtatta, hogy állítása szerint attól fogva beteg és mindent elfelejtett. Kétségtelen tehát, hogy az említett élmény igen heves indulatot keltett benne, amelytől szabadulni többé nem tudott. De ezen indulat, amelyből az a félelem alakulhatott ki, hogy a katona szolgálat által halálos veszedelembé fog sodortatni, elválaszthatatlanul asszociálódhatott azzal az emléképpel, amelyet a helyszíni katonai jellegű környezet hátrahagyott benne.

Az ilyképpen támadt indulatszínézte képzetcsoport a túlemelkedő eszme súlyával nehezedik reá és idézi fel benne újból és újból a katonák és csendőrök képét, amely e szerint nem is valóságos hallucinatio volna, hanem csak psychés úton létrejött élénk képzet jellegével bírna. De ezen túlemelkedő eszme hatása nemcsak ebben nyilvánul, hanem a hangulat nyomottságában, a félelmi érzetekben, a motoros kör és a szellemi működés gátoltságában is, mely tünetek együttevén a borongós állapotnak, a szűkült öntudatnak képét állítják élénk. Ily nézőpontból tekintve, magyarázatát leljük hiányos és fonák feleleteinek is, amelyek kifejezetten a félrebeszélés (Vorbeireden) jellegét viselik magukon. A felsorolt tünetcsoport, amelynek kimagasló alkotó részei az öntudat ködössége, az emlékezés hézagossága és a paralogia.

Igy világossá, érthetővé válik előttünk azon jelenségek egész sora, amelyeket R.-en észleltünk és megtaláljuk a rajta megállapított tünetcsoportnak egyes részei között azt az összhangot, amely első tekintetre hiányozni látszott, úgy hogy ezen tünetcsoportnak valóban kóros jellege iránt kétségünk immár nem lehet; annál kevésbé, mert a nyelvben és ujjai-ban mutatkozó finom hullámú reszketésen kívül az érverésnek szaporasága is kóros alteratióra utal.

De vajjon ezen megállapítással teljesen elenyészik-e a színlelés gyanuja is?

Itt nézetem szerint disztingválni kell.

Amennyiben tudatos színlelésre, vagy helyesebben szólva, a határozott célból megindult színlelési törekvésnek tudatos keresztülvitelére gondolunk, az ily értelmű gyanút feltétlenül el kell ejtenünk, mert az öntudatnak előbb kiemelt szűkült és ködös volta, a szellemi működésnek körvonalazott korlátozottsága és gátoltsága kizárja a tudatos, akaratlagos cselekvést.

De nem ejthetjük el a gyanút a színlelésnek legalább tudat alatt táplált szándékára nézve. Egyfelől ugyanis ezen szándék érthető folyamánya lehetett a katonaságtól való félelmének, illetőleg az ebből támadt azon vágyának, hogy a katonai szolgálattól mentesítve maradjon. Másfelől az a tény, hogy R. gyakran éppen az orvosi látogatások előtt kezdett siránkozni és éppen az orvosi vizsgálatok alatt egész testében remegett, nemcsak a félelemnek, hanem aggravalási tendenciának is lehetett a kifejezője. Végül feleleteinek fonáksága annyira felkelti a szándékosság látszatát, hogy nem zárkozhattunk el azon feltevés elől, hogy feleleteinek mivoltába tudatosság nélkül is belejátszott a színlelés törekvése.

Az R.-en észlelt egész tünetcsoportot e szerint úgy jellemezhetjük, hogy az ő egész valóját betöltő vágnak psychogen úton létrejött betegségben való megnyilatkozása, ami megfelel Jung¹⁵ ama nézetének, hogy a Ganser-féle kórállapot a tudatosságából a tudatalattiságba került színlelés, mely felfogásnak hódol Wilmanns¹⁶ is, aki szerint ezen állapotnak eredete kétségtelenül igen gyakran a fogva levő egyénnek — mert rendszerint ilyenről van szó — azon többé-kevésbé tudatos vágyában keresendő, hogy elmebetegnek lássék. „Aber trotzdem es sich,“ azt mondja „in diesen Fällen oft zunächst um eine *Vortäuschung geistiger Störung* handelt, kann schliesslich an dem Bestehen einer autosuggestiv entstandenen *Psychose* nicht gezweifelt werden.“

III. A harmadik eset a következő:

M. Gy., 28 éves, nős, lovastüzér, polgári foglalkozásában ügynök, egy cs. és kir. helyőrségi kórházból 1916 december 18.-án szállítottát az intézetbe. Anyja, nagyanyja, valamint anyjának három fivére elmebeteg volt és az utóbbiak egyike öngyilkos lett; hasonlóképpen egyik anyai ágbeli unokafivére is öngyilkosságot követett el, anyjának egyik nővére kissé elmebeteg volt; anyja maga nagyfokú hystériában szenved.

A beteg maga már rendes katonai szolgálata idejében, 1912-ben, öngyilkossági kísérlet miatt katonai kórházban megfigyelés alatt állott. Jelen alkalommal 1916 október havában került megfigyelés alá A katonai kórházban, ahonnan ideszállították, mindjárt első nap, annak hallatára, hogy csapatjához kell mennie kihallgatásra, olyan excessiv nagyfokú izgalom jelentkezett rajta, hogy csak nagy ügygyel-bajjal lehetett őt lecsillapítani, illetve megfékezni. További otléte alatt magatartása két véglet között ingadozott: majd mélyen lehanyagolt, apathiás; majd élénk ingerlékeny, néha még támadó is volt. Izgalmak váltakoztak nála kedvetlenséggel; praecordialis félelem, homályos érzetek, fejfájás, álmatlanság, phantastikus káprázatokkal és kényszerképzetekkel tarkított hypochondriás álérzetek kisebb-nagyobb fokú nyugtalanságtól kísérvé; ezek voltak állapotának főbb jelenségei. Sokszor órák hosszat járkál gyors léptekkel, szaladgál föl-alá, majd végre egészen kimerülve leroskad. Mikor ennek okát kérdezik tőle, egyszer quaerulálni kezd és ez nem ritkán a düh kitöréséig fokozódik benne, máskor sírógörcsökig érzékenyülve szótlannul átnyújt az orvosnak valami írást (majdnem mindennap teszi ezt azzal, hogy írásban inkább tudja megértetni magát, mint szóbelileg), amelyben azt a stereotyp panaszt adja elő, hogy hiába igyekszik menekülni kínzó gondolataitól, amelyekről maga is tudja, hogy azok „alaptalan butaságok.“

Egy nap azzal jön az orvoshoz, hogy „önként gyónni“ akar. Azt mondja, hogy neki az életben nincs mit keresnie, mert tudja jól, hogy hiába küzd közel selkedő végzete ellen; ugyanazon végzet ellen, amely rokonait öngyilkosokká tette; akik inkább azt választották, semhogy egész életüket a bolondok házában töltsék. Azt is közli egyszersmind, hogy nejjének határozottan kijelentette, hogy sohase süsse le előtte a szeméit, mert az annyit jelentene, hogy megcsalta őt és büntudatában teszi azt, amely perczen pedig ezen rajtakapja, megfojtja őt.

Egy másik, az orvosnak szánt naplójegyzetében ezt mondja: „Ha nyugodtan élek, „hyperpotens“ vagyok, ha azonban úgy tele van a fejem, mint például most, akkor egyáltalán cselekvőképtelen vagyok és ennek a tudatában ez utóbbi esetben iszonyúan megnövekszik pokolian égető féltékenységem és nagyon jól tudom, hogy ilyenkor nagyon könnyen elvesztve önuralmam, olyant tudnék tenni, ami nagyon súlyos következményeket vonna maga után.“ De már kísértészerű sötét gondolatok is gyötrik, amelyekből nem tud szabadulni és amelyek majdnem üldözteszerű téveszmék jellegével bírnak: mindenki az ő anyagi és erkölcsi vesztére tör; ő mindenkire nézve terhes, elsősorban a nejjére, azután a kórházra, az orvosra, rokonaira, társaira stb. Egy hozzátartozóihoz intézett iratban formálisan búcsút vesz tőlük, szilárdan megmaradva amellett, hogy tovább nem lesz terhére senkinek sem és kilátásba helyezve, hogy nemsokára elemészti magát.

Korunként remissiók jelentkeznek, amikor nyugodt és rendes viselkedésű és amikor megokolatlan féltékenységi eszméi és kóros gondolatai szünetelni látszanak. De csakhamar ismét félni kezd, hogy azok a borzasztó gondolatai majd vissza fognak térni (phobophobia). És általában egész magatartásában megmarad a neuropathiás alapvonás: ingadozása tetteiben, érzésében és gondolkodásában, szeszélyesség és többé-kevésbé alaptalan túlzásra való hajlamosság, szóval emotiós kényszerállapot nyilvánulásai.

Az intelligencia köre meglehetősen megtartott. Jellemző, hogy régi szokásához képest előszeretettel olvas vadregényes, fantasztikus rémregényeket. Utóbbi időben felfogásában és eszmevilágában emlékezeti gyengeséggel társuló bizonyos

¹⁵ L. König: Beiträge zur Simulationsfrage. Arch. f. Psych., 58 kötet.

¹⁶ Wilmanns: Die Psychopathien. Lewandowski, Hdb. d. Neur. V. kötet, 570. oldal.

hanyatlás mutatkozott, anélkül, hogy értelmi sphaerájában ez nagyobb fogyatékoságot idézett volna elő.

Testileg élénk reflexek, dermatographismus és tachycardia volt kimutatható.

Ezek alapján a katonai kórházban M. Gy.-n paranoid színezetű, mániás-depressiv elmezavar formájában megjelenő degeneratív psychastheniát állapítottak meg, minek folytán őt katonai szolgálatra alkalmatlannak és elmeegógyintézetbe helyezendőnek véleményezték.

Felvételkori állapot. Helyben és időben jól tájékozódik; a hozzá intézett kérdéseket jól megérti, azokra készségesen adequat válaszokat ad. Beismeri, hogy a katonai szolgálattal nehézségeivel megküzdési nem tudván, igyekezett a katonai kórházban túlzott idegbántalmat utánozni. Viselt dolgait enyhíteni és az egyes mozzanatokot helyzete előnyére kihasználni igyekszik; ehhez képest helyzetét jól ítéli meg, de betegségerzete hiányos. Értelmi képességei, szellemi köre társadalmi állásának megfelelőek, szeretet válogatott kifejezéseket használni. Hangulata nyugodt, de fokozódó izgalom tükröződik rajta és arca majd elvörösödik, majd elsápad, hangja remeg, ha a katonaságról beszél. De ezen felhevültségén némi túlzás és mesterkéltég is észlelhető.

Elmondja, hogy azért hozták ide a helyőrségi kórházból, mert többit beszélt, mint amennyit kellett volna. Október 25.-én az egyik kórházból, ahol több elmeorvos — név szerint felsorolja őket — megvizsgálta, haza akarták engedni házi ápolásba, de aznap jött egy parancs, amelynek értelmében egy másik kórházba küldték felülvizsgálatra. Elmondja, hogy 1911-ben, amikor önkéntes volt egy gyalogezredben, összezördült Sz. főhadnagygal, aki őt b. zsidózta; ő a fegyvert a földhöz vágta, ami miatt kihallgatásra rendelték, tehát szép büntetés várt rá; *a jó ideát megtanulta, hogy mit kell csinálnia.* Rapport előtt dr. L. orvos betegszemlére utalta elmeállapotának megvizsgálása végett. Dr. V. vizsgálta, akinek megmondta, hogy ha visszaküldik a csapathoz, agyonlővi magát. Átküldték a másik kórházba, ahol szolgálatképesnek minősítették; ezért ő megmérgezte magát veronallal. Erre visszaküldték az előbbi kórházba, ahonnan „mint rokkantat hysteriával kirúgták“.

Négy elemi, négy reál-, 3 kereskedelmi és egy keresk. akadémiái osztályt végzett; amit „magolni“ kellett, azt sohasem tudta; jó volt mathesisben, physikában és chemiában. Iskola után 1/2 évig volt atyjánál, akkor megismerkedett jelenlegi feleségével; közben katona lett, de néhány hónapi katonáskodás után felülvizsgálat útján kikerült.

Azután Bécsben egy taxametergyár ügynöke volt; 1913-ban megnősült, még pedig úgy, hogy leendő nejét megszöktette, mert annak szülei nem akarták a házasságba beleegyezni; ezidőszerint egy gyermekük van; két abortusa volt nejének. Sohasem ivott, de azelőtt erős dohányos volt. Nemi bajt tagad.

A katonai kórházban, mondja, izgatott volt és talán „nem is egészen volt rendben a négy kereke“. Egész sora a psychiatereknek vizsgálta őt és ő is sokat foglalkozott psychiatrikus dolgokkal. Főhibája, hogy ha valamit a fejébe vesz és nem tudja keresztülvinni, izgatott lesz, „imbecillé“ válik. A vizsgáló orvosok sok mindent reáfogtak.

L. főorvos a többi között kérdezte, mit csinálna, ha felesége megcsálná; azt felelte, hogy agyoncsapná és ebben már paranoid vonásokat fedezett fel; ő azt hiszi, hogy más ember is hasonlóan cselekednek a nélkül, hogy paranoiás volna.

A törzsorvos felülvizsgálatra ajánlotta; ekkor megjegyezte neki, hogy ha Z. ismét visszaküldi, szétszedi a fejét. Ezért azután zárt elhelyezésre ajánlották.

1915 február 18.-án vonult be. Négy hónapig irodákban dolgozott, mert künn nem tudták használni, vagyis a dolog nem izlett neki, nem bírja a katonai „drillt“; egy csillagos paraszt „riválgását“ nem bírja el. Az irodában beteget jelentett, beküldték felülvizsgálatra. Itt F. dr. 3 hónapi szabadságot adott neki, de visszaküldték az irodába. Mintha misem történt volna. Kihallgatásra jelentkezett és kérte a

szabadságát; erre a kapitány gorombáskodott, mire ő viszont goromba volt. Lecsukatták és ismét kórházba utalták. Hat hónapot töltött így megfigyelő osztályokon, míg végre idekerült. Nem tartja indokoltnak, hogy idehozták. Ha baja van, az úgy gyógyulna, ha nyugodtan lehetne családjánál és szórakozhatnék.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE

Könyvismertetés.

J. Reder: Das Fleckfieber. Leipzig und Wien, 1918. Verlag von F. Deuticke. 117 oldal. Ára 8 márka.

A szerző a gmündi menekülő-táborban szerzett nagy tapasztalása (1130 eset) alapján, valamint az irodalmi adatok tekintetbevételével ismerteti a kiütéses typhus kórképét, gyógyítását és az ellene való védekezés módjait. Különösen kiemelendők a lázlefolyás és a bőrelváltozások változataira vonatkozó részletek. A kis munkát nagyon melegen ajánlhatjuk orvosaink figyelmébe; a benne foglaltak tanulmányozásával nagy mértékben hozzájárulnak majd ahhoz, hogy e veszedelmes betegség ne követeljen nagy áldozatokat országtól.

K. Eskuchen: Die Lumbalpunktion. Berlin und Wien, Verlag von Urban und Schwarzenberg. Ára 14 márka.

Kétségtelen, hogy a lumbalis punctio, a melyet körülbelül 30 évvel ezelőtt ajánlott először *Quinke*, ma már nélkülözhetetlen diagnostikai és therapiás segédeszközünk. Fontosságának megfelelően vele foglalkozó több monographia (*Kafka, Holzmann* stb.) látott már napvilágot; teljes összeállítását a lumbalis punctióval egybefüggő kérdéseknek azonban mindeztideig még nélkülöztük. Ezen a hiányon segít a címében jelzett, mintegy 200 lapra terjedő munka, a melynek a teljességen kívül nagy előnye az, hogy az anyagot nagyon jól áttekinthető rendszerbe foglalja össze s ezért a kevésbé gyakorlott is könnyen használhatja. A therapiás rész kellő kidomborítása folytán a gyakorló-orvos igényeit is nagy mértékben kielégítő munkához *Nonne* tanár, a kinek nagy része van az idetartozó ismeretek kifejlesztésében és terjesztésében, nagyon meglehangú bevezető sorokat írt.

Új könyvek.

M. Weiser: Medizinische Kinematographie. Dresden, Th. Steinkopff. 5 m. — *R. Bárány: Primäre Exzision und primäre Naht akzidenteller Wunden.* Wien, Fr. Deuticke. 15 m. — *M. Böhm: Der Glied-Ersatz für den Schwerarbeiter, insbesondere für den Landwirt.* Wiesbaden, J. F. Bergmann. 4-80 m. — *H. Brun, O. Veraguth und H. Hössly: Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriegsverletzungen.* Lief. 1. Zürich, Rascher und Comp. 8 fr. — *Ersatzglieder und Arbeits-hilfen für Kriegsbeschädigte und Unfallverletzte.* Herausgegeben von der ständigen Ausstellung für Arbeiterwohlfaht in Berlin-Charlottenburg und der Prüfstelle für Ersatzglieder. Berlin, J. Springer. 28 m. — *N. Jagic: Die diagnostische Verwertung des Leukocytenbildes bei Infektionskrankheiten.* Wien, M. Perles. — *J. Jörger: Psychiatrische Familiengeschichten.* Berlin, J. Springer. 6-40 m. — *M. Lewandowsky: Die Kriegsschäden des Nervensystems und ihre Folgeerscheinungen.* Berlin, J. Springer. 5 m. — *A. Hoche: Vom Sterben.* Jena, G. Fischer. 1-50 m. — *F. Moritz: Über vereinfachte Handhabung der Kalorienverbesserung bei praktischen Ernährungsfragen.* München, J. F. Lehmann. 2-20 m. — *B. Schmeidler: Grundsätzliches zur Universitätsreform.* Leipzig, Dietrichsche Verlagsbuchhandlung. 1-80 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

Appendicitis a magasabb életkorban. 25 esetben tett tapasztalatai alapján *Dubs* legfontosabbnak tartja azt, hogy az öregkorban az appendicitis általános tünetei teljesen háttérbe szorulnak a helybeliekkel szemben; eseteinek mintegy 60%-ában az appendixnek nagyon súlyos elváltozásai dacára a pulsus és a hőmérsék egészen rendes volt. (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1919, 6. szám.)

Polycythaemia egy esetében *Mönch* kedvező eredményel használta a röntgenezést. Minthogy a vörösvérsejtek termelődése főleg a hosszú csöves csontokban megy végbe, különösen ezek teendők ki a sugarak hatásának. Ez az eljárás mindenesetre előnyösebb, mint az ismételt vérbocsátás, már csak azért is, mert a sugarak főleg a kóros vörösvérsejtekre hatván, a beteg jó vérsajtjei megkíméltek. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 10. szám.)

Sebészet.

A postpleuritises scoliosisról és megelőzéséről ír *Gaugele*. Igazat ad *Drachter*-nek, a ki szerint a szóban levő scoliosist nem a pleuralemezek összenövéséi és kérgesedések okozzák, hanem az a mellkasbeli térkiegyenlítődés szükségszerű következménye; később azonban a kérgesedések is szerepet játszanak, amennyiben megakadályozzák a kollabált mellkas kitágulását és ezzel a scoliosis kiegyenlítődését. Minthogy a régebben fennálló postpleuritises scoliosis, amelynek fenntartásában a kérgesedések is szerepet játszanak, nagyon rossz prognosist, iparkodnunk kell már jókor hozzáfogni a scoliosis kezeléséhez, még mielőtt tetemesebb kérgesedések képződtek. Ezt pedig a szerző szerint könnyen elérhetjük azzal, hogy a besüppedt mellkast az *Abbott* módja szerint feltett gipszkötéssel felegyenesített helyzetben rögzítjük, a beteg oldalon nagy ablakot vágva a szükséges diagnostikai és terapeutikai beavatkozások végezhetőjére. A mellkas eme felegyenesítése nyilván kedvező hatású az izadmány gyorsabb felszívódása és az összenyomott tüdő jobb kitágulása szempontjából. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 16. szám.)

A typhusbacillushordozók sebészi kezeléséről értekezik *J. Dubs*. Minden typhus-bacillust hordozó állandó veszélyt jelent a reinfeció szempontjából önmagára, de veszélyes a környezetére is, mert typhusepidemiáknak válhatik okozójává. Különösen elmebetegintézetekben, általában pedig oly helyeken, a hol nagyobb tömegek elhelyezése szükséges, az ily egyének a házi fertőzések szempontjából veszedelmesek. Két módja van az ily bacillushordozók fertőtlenítésének. Vagy belső kezeléssel igyekszünk a beleket fertőtleníteni, így az utóbbi időben a cystin-kénesóval (cystinal) próbálkoztak; a másik mód pedig a sebészi eljárás, a mely cholecystektomiával igyekszik a fertőzés legveszedelmesebb forrását eltávolítani. Az eddigi statisztikák szerint 17 esetben kísérelték meg a sebészi beavatkozást, 5-ször cholecystostomiát és 12-szer cholecystektomiát végeztek. Mindkét műtét után a klinikai és bacteriologiai vizsgálat tökéletes gyógyulást mutatott. A szerző egy esetében, dacára az epehólyag kiirtásának, a beteg tovább is fertőző maradt. Ez esetből arra kell következtetnünk, hogy néha az epeutak a typhusbacillus hordozói és így az epehólyag eltávolítása után is fennáll a fertőzés lehetősége. Vajjon az appendixnek e tekintetben van-e valami szerepe, még további megfigyelést igényel. Dacára annak, hogy a szerző ezen egy esetben a fertőtlenítés nem sikerült, a cholecystektomiát a legjobb eljárásnak kell tartanunk az ilyen fertőzések megszüntetésére. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 7. szám.)

22 cm. hosszú idegentestnek (vasdarab) enterotomiával eltávolításáról ír *W. Reinhard*. A 28 éves katonai büntetésből való félelmében, öngyilkossági szándékkal ágyából egy vasdarabot szakított le és hátravetett fejjel letolta a nyelőcsővébe. Állítása szerint a vasdarab a nyelőcsőből a gyomorba könnyen jutott le. 2 napig a gyomrában érezte minden különösebb kellemetlenség nélkül, csak az idegen test súlya volt feltűnő; e mellett étvágya kifogástalan volt. 2 nap múlva a jobb bordaív alatt hirtelen heves, kólikás fájdalmak lepték meg, a melyek különösen a jobb lapoczkára sugároztak ki, hányásingere volt és az az érzése, hogy a vasdarab már nincs a gyomrában. A következő napokban különösen a köldöktáján jelentkeztek fájdalmak s a beteg az alhasa táján jól ki tudta tapintani a hasfalon keresztül a vasdarabot. Ez időtől kezdve hasmenésekre, húzó hasfájdalmakra emlékszik. Majd hirtelen az idegentest az egyik végével a medencze felé, a másikkal a köldöktől balra került

és úgy maradt a műtétig. 3 hónappal a lenyelése után távolított el az idegentest baloldali pararectalis metszéssel. A vékonybélrészlet, a melyben a vasdarab feküdt, a peritoneum parietalával össze volt nőve és a bélen decubitus volt látható. E decubitust tágitva, távolított el a vasdarab. A decubitus elvarratott, a hasüreg a medencze felé tamponáltatott. A beteg 3 hét alatt meggyógyult. Az eset érdekessége abban rejlik, hogy ily nagy darab idegentest a coecumig akadálytalanul tudott eljutni. Tapasztalatból tudjuk, hogy az idegentestek már a duodenumban könnyen megakadnak, a mi természetes is, ha a duodenum anatómiai alkatát szem előtt tartjuk. Az angulus superior, inferior és a flexura duod.-jejunalis oly configuratiót mutat, a mely könnyen meggátolhatja a nagyobb idegentestek továbbjutását. Ezenkívül a duodenum erősen fixált, peristalticája jelentéktelen és excursiója is csekély. Az ileum alsó része a Bauhin-billentyű előtt, a coecum, a rectum, az appendix, Meckel-diverticulum és herniák praedilectiósi helyei lehetnek az idegentesteknek. A szerző esetében a duodenum röntgenologice különösebb elváltozást nem mutatott. (Ztrbl. f. Chir., 1919, 15. szám.)

Gyermekorvostan.

A scarlatina iránti fogékonyságról értekezik *Erich Rominger*, a freiburgi gyermekklinika assistense. A klinika két különálló osztályára behurczolt házifertőzés kapcsán tett megfigyeléseiről számol be. Mindkét osztályon a jól fejlett, erős, túltáplált, de lymphás alkatú gyermekek kaptak scarlatinát, ellenben mentesek maradtak a dystrophiás alkatú, rosszul táplált, satnya táplálkozási zavarok folytán visszamaradt, de „mirigyszegény“ gyermekek. Az ösmeretlen vörheny-contagium és a lymphatikus rendszer között fennálló viszonyra következtet, mely rendszer fejlődése épp azon korba esik, mely a scarlatina iránt legfogékonyabb.

Igen kifejezett bizonyítékát látta annak az ösmert ténynek, hogy a varicella mennyire növeli a scarlatina iránti fogékonyságot. Míg ugyanis az egyik osztályon, a hol varicella nem volt, a megbetegedés 22·2%-ot tett, addig azon az osztályon, ahol varicella volt, dacára annak, hogy az itt levő 16 gyermek közül 10 egy éven aluli, 5 három éven aluli volt, tehát olyan korú, a melyben a scarlatina ritkábban fordul elő, a megbetegedés 37·5%-ot tett. Hat hónapnál fiatalabb csecsemő azonban még akkor sem kapta meg a scarlatinát, ha varicellája volt, a mi ismét bizonyítja az egészen zsege korú csecsemőknek scarlatina iránti fogékonyságát.

Polyarthriti rheumaticaban szenvedő két gyermek, dacára annak, hogy streptococcus-anginára igen hajlamosak voltak, nem kapta meg a scarlatinát, a miből a szerző arra következtet, hogy a vörheny készíti elő a talajt a streptococcus-megbetegedésre és nem fordítva, a streptococcus iránt fogékonyak hajlamosak a scarlatinára. (Münchener med. Wochenschrift, 1919, 16. szám.) *Herskovits János dr.*

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 21. szám. *Blum József*: Polymyositis acuta. *Fischer Ignác*: Nehézségek az elmebetegségek elbírálása körül. 22. szám. *Révész Vidor*: A projectil-lokalizálás néhány kérdéséről; a Röntgenoperatio.

Budapesti orvosi ujság, 1919, 22.—23. szám. *Keve (Weisz) Ferencz*: A vesemedenczgyulladásról és annak kezeléséről. *Wolf Gyula*: A háborús hörghurutról.

Vegyes hírek.

Országos Egészségügyi Anyagintézet felállítása. A munkügyi és népjóléti népbiztosság a következő rendeletet bocsátotta ki: 1. §. A Magyar Tanácsköztársaság területén lévő összes egészségügyi intézmények, nevezetesen: kórházak, gyógyintézetek, laboratoriumok, sanatoriumok, gyógyító-, rendelő- és gondozó intézetek (dispensaire), fertőtlenítő intézetek stb. anyagszükségletének biztosítása érdekében Országos Egészségügyi Anyagintézet elnevezéssel külön szervezetet állítunk fel, mely felett a munkügyi és népjóléti népbiztosság gyakorolja a felügyeletet és ellenőrzést. — 2. §. Az Országos Egészségügyi Anyagintézet hatásköre a következő: a) kötszereknek, műszereknek, laboratoriumi cikkeknek, egészségügyi intézeti berendezési tárgyaknak, orvosi műbútoroknak, katonai egészségügyi felszerelési tárgyaknak, művégtagoknak, orthopaediai készülékeknek és gyógyászati segédeszközöknek beszerzése, raktározása, mindezeknek elosztása az egészségügyi intézmények és a szakmabeli üzletek között, továbbá új egészségügyi

intézmények berendezése és felszerelése; b) kórházi fehérművek, ágy-neműk, ruhaneműk, bútorok és különféle kórházi gazdasági fogyasztási cikkek, anyagok, szerek és tárgyak beszerzése, raktározása, továbbá az egészségügyi intézmények és üzemek közt való elosztása; c) gyógyászati célokat szolgáló anyagok, üveg- és gummianyagok beszerzése, raktározása és az egészségügyi intézmények és üzemek közt való elosztása; d) az összes egészségügyi intézmények felszerelésének és anyagfelhasználásának irányítása és ellenőrzése. — 3. §. A gyógyszer, vegyszer és drogeriai árúk beszerzése és szétosztása nem tartozik az Országos Egészségügyi Anyagintézet hatáskörébe, hanem az továbbra is a Központi Gyógyszerüzem feladata marad. — 4. §. E rendelet azonnal életbelép; végrehajtása a munkaügyi és népjóléti népbiztosság feladata. A 2. §-ban körülírt hatáskört ezideig betöltő szervek a munkaügyi és népjóléti népbiztosság vezetése és felügyelete alatt működésüket mindaddig tovább folytatják, a míg az Országos Egészségügyi Anyagintézet keretébe való beillesztésükről a munkaügyi és népjóléti népbiztosság külön nem intézkedik.

A gyermekvédelmi és közsegélyezési ügyeknek a munkaügyi és népjóléti népbiztosság hatáskörébe utalása tárgyában a következő rendelet jelent meg: 1. §. Az összes gyermekvédelmi és közsegélyezési ügyek és az e célokat szolgáló intézetek, alapok, alapítványok és egyéb intézmények ügyei, melyek eddig a belügyi népbiztosság hatáskörébe tartoztak, ezentúl a munkaügyi és népjóléti népbiztosság hatáskörébe tartoznak. — 2. §. A munkaügyi és népjóléti népbiztosság hatáskörébe tartozik nevezetesen: 1. az általános gyermekvédelem rendszerének megalkotása; 2. gyermekvédelmi általános érvényű rendeletek előkészítése; 3. az állami eltartásban és nevelésben részesülő gyermekek védelme, az állami gyermekmenházak és telepek, valamint a köztulajdonba vett gyermekvédelmi célú intézetek és intézmények igazgatási, személyi és gazdasági ügyeinek intézése; 4. a gyermekvédelmi igazgatás összes szerveinek felügyelete és ellenőrzése; 5. törvényhatóság, község (város), egyesület, társaság vagy magánszemély által kezelt s fentartott gyermekvédelmi intézetek, alapok, alapítványok és egyéb intézmények köztulajdonbavétele és a gyermekvédelem e rendszerébe beillesztett intézetek, intézmények igazgatásának megszervezése; 6. mindazoknak a közsegélyezési ügyeknek a felszámolása, a melyek eddig a belügyi népbiztosság hatáskörébe tartoztak és az összes átmeneti intézkedések megtétele; 7. a közjótékonyaság céljait szolgáló s törvényhatóság, község (város), egyesület, társaság vagy magánszemélyek által kezelt s fentartott intézetek, alapok, alapítványok és egyéb intézmények köztulajdonba vétele; 8. végül mindazoknak az ügyköröknek számvevőségi és gazdasági ügyei. — 3. §. A belügyi népbiztosság eddigi hatásköre érintetlenül marad a közsegélyezésekkel kapcsolatos következő ügyekben: 1. a külföldön internált magyar állampolgárok hozzátartozóinak és a hazatérő internáltaknak segélyezése; 2. a hadműveletek következtében elpusztított vidékeken a lakóhelyek helyreállítására irányuló actio és a megszállás miatt menekültek segélyezése. — 4. §. Ez a rendelet a gyámsági és gondnoksági ügyeknek a belügyi népbiztosság hatásköréből az igazságügyi népbiztosság hatáskörébe történt átutalását nem érinti.

Az általános és a helybeli érzéstelenítésről törvényszéki orvostani szempontból ír Puppe tanár (Königsberg). Véleménye szerint általánosságban még ma is helyes Nélaton véleménye: ha egy orvost, jó chloroformot és helyes alkalmazásmódot feltételezve, a narcosis okozta halálért elítélnék, az orvosoknak arra a kötelező megegyezésre kellene jutniuk, hogy a betegek inkább tűrjék el a fájdalmaikat, sem hogy az orvosok az elzártság veszélyének tegyék ki magukat; mert azt mégsem követelhetjük meg tőlük, hogy tudás és szorgalom, fáradtság és aggodalom ellenére még az elzártság veszélye fenyegetse őket. Nélaton e véleménye csak annyiban módosítandó ma, hogy tekintettel a helybeli érzéstelenítés kifejtett voltára, adott esetben bizonyítandó lesz, vajjon az általános narcosis nem lehetett volna-e helybeli érzéstelenítéssel helyettesíteni. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 21. szám.)

Németország embervesztése a háborúban 6,873,415 ember. Ebből meghalt 1,676,696, eltűnt 373,770, fogságban van 615,922 és megsebesült 4,207,023.

A kiütéses typhus Lengyelországban a német megszállás idejében tetemesen csökkent (az előző számok tizedrésze); újabban azonban, a mióta Lengyelország felszabadult, havonként megint kb. 10.000 ember pusztul el a nevezett betegségből.

Meghalt. H. Oppenheim tanár, jeles neurologus, 61 éves korában Berlinben.

Dr. Székely-dr. Szilas diagnosztikai laboratórium, Erzsébet-körút 22. Tel. József 129-27. Dajka-vizsgálat.

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

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérum-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz. Bakteriológiai, serológiai, vegyi vizsgálatok. Dajka vizsgálat. Telefon 20-19.

Dr. JUSTUS bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró légekészülékek, frigortherapia, tüdőök. Schneé-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlám pa

Dr. Reich-féle Budapesti medicomechanikai **ZANDER** -intézet. Semmelweis-utca 2. Kossuth Lajos-utca sarkán. Vezető orvosok: Dr. Malha Armand Dr. M. Hill Paula és Dr. Mandler Ottó.

PÁLYÁZATOK.

441/919. szám.

A vezetésem alatt levő közkórházban lemondás folytán megüresedett két orvos állásra pályázatot hirdetek.

Az orvosok javadalmazása évi 2000 korona, a kórházban lakás, fűtés, élelmezés s az engedélyezett háborús és drágasági segély. A kinevezés két évre szól, de meghosszabbítható, a kinevezett orvos a vármegyei nyugdíjintézet tagja. Magánygyakorlat csak annyiban van helyben megengedve, a mennyiben a kórházi szolgálatot nem sérti.

Ha az állás előléptetés útján töltetnék be, a megüresülő segédorvosi állások javadalma 1200 korona évi fizetés, a kórházban lakás, fűtés, élelmezés s az engedélyezett háborús és drágasági segély. A kinevezés két évre szól. Magánygyakorlat nincs megengedve. Távozás négy héttel előbb jelentendő.

Más pályázó hiányában segédorvossá kórházi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők.

A folyamodványok a Somogy vármegyei directoriumhoz intézendők s a kórházvezetőségnek nyújtandók be június hó 15.-éig.

Kaposvár, 1919 május hó 27.-én.

Szigethi-Gyula Sándor dr., kórházvezető.

HIRDETÉSEK.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérum-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz.

HIMLŐNYIROK.

Szérumok

Typhus, cholera, tetanus, meningitis, diphtheritis, gonococcus, streptococcus, staphylococcus stb. fertőzések ellen.

Védőoltóanyagok (Vaccinák)

Telefon 20-19.

Sürgőnyezim: Pápay-oltóintézet.

Fersan

(JOLLES)

Vas- és phosphortartalmú tápláló és erősítő szer.

Brom-Fersan-pastillák.**Fersan-por.**

Rp.: Pulv. Fersani 25·0

Fersan-pastillák.

Rp.: Pastill. Fersani (à 0·5 g. vagy à 0·25) scat. orig. No. 50

25 gramm, mely elegendő 6-7 napra, 1 koronába kerül.

Különösen javalva: **Sápkórság, vérszegénység, rachitis, neurasthenia, gyengébbi állapotok, étvágytalanság és tuberculosishál.**

Jod-Fersan-pastillák felnőtteknek

(eredeti kartonban 100 darabjával és 50 darabjával).

JOD-FERSAN-csokoládé gyermek-pastillák

(eredeti kartonban 50 darabjával).

D. S. Kétszer naponta 2-4 pastilla.

Uj!

Arsen-Liquofersan

Új!

(Liquor Fersani arseniati comp.)

Könnyen resorbeálható vas-acidalbumin.

FILO JÁNOS BUDAPEST,
VIII., Mátyás-tér 3. sz.

Kapható minden gyógyszerárban.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst Majna m.

ALIVAL

szerves
jódkészítmény.

Injectiókra, külsőleg és belsőleg, 63% jód,
jól tűrik. Lues, arteriosclerosis stb.

Eredeti csomagolás:
10, ill. 20 tabl. à 0,3 g
5, ill. 10 amp. à 1 g Alival.

ANAESTHESIN

helybeli
tartós hatású anaestheticum.

Nem mérgező, nem izgató hatású, belsőleg és
külsőleg gastralgia, sebfájdalmak ellen stb.

Adagja:
Külsőleg: 5–20% vagy substanciában.
Belsőleg: 0,25–0,5 g étkezés előtt.

MELUBRIN

igen hatásos
antirheumatikum.

Belsőleg és subcutan jól tűrik.
3–4-szer napjában 1–2 tableta.

Eredeti csomagolás:
10, ill. 25 tabl. à 1 gr.
10 amp. à 2, ill. 4 ccm.

NIRVANOL

(phenyläthylhydantoin)

megbízható

íz nélküli hypnoticum.

Tulajdonságok:

jól tűrik, egyenletesen, normálisan lecsendülő hatás, belsőleg, rektalisan és intramuscularisan alkalmazható.

Indicatiók:

Mindennemű álmatlanságnál.

Adagolás:

Belsőleg: 1–2 tabl. à 0,3 g, ill. 0,5 g, lehetőleg forró folyadékban.
Rektalisan: kúpok vagy klysmák alakjában: 0,5 amp., ill. 1 amp. à 4 ccm.
Intramuscularisan: 1 amp. à 4 ccm. = 0,5 g Nirvanol natriumsó alakjában.

Eredeti csomagolás:

Tabletták: 10 drb. à 0,5 g, ill. 15 drb. à 0,3 g.

Ampullák: 10 ampulla à 4 ccm.

Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak.

HEXOPHAN

íznélküli
antiarthritikum.

Jól tűrik, húgysavoldó, diuretikus.
Belsőleg: 3-szor napjában 1 g; subcutan 0,5 g.

Eredeti csomagolás:
10 tableta à 1 g
20 „ à 1 g.

VALYLGYÖNGYÖK

igen jól bevált
nyugtatószer.

Állandó hatású sedativum, nervinum,
analeptikum idegességnél stb.

Eredeti csomagolás:
25 gyöngy à 0,125 g 2–3-szor napjában,
2–3 gyöngy étkezés után.

SABROMIN

íz nélküli
brómkészítmény.

Jól tűrik, igen jó hatású antispasmodikum
és sedativum.

Eredeti csomagolás:
20 tableta à 0,5 g.
2–4-szer napjában 2 tabl.

ORVOSI HETILAP



Szerkesztőség:
IX., Knežits-utca 15.

ALAPITOTTA MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben. FOLYTATTA ANTAL GEZA és HÖGYES ENDRE.

Kiadóhivatal:
IX., Knežits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap
2 $\frac{1}{2}$ –3 $\frac{1}{2}$ lven.

SZERKESZTI ÉS KIADJA
LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

Egyes számok kaphatók Kilitán
Frigyes egyetemi könyvkeres-
kedésében (Váci-utca 32 sz.)
Egyes szám ára 1 korona.

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ

Küldemények és előfizetések czime

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knežits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfred "PETÓFI" irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

Előfizetési árak:
helyben és vidéken
egész évre ... 40 kor
fél évre ... 20 "
negyed évre ... 10 "
Orvostanhalgatók, szigorló
orvosok és a kötelező kórház
gyakorlatot teljesítők a felét
és a portót fizetik.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Fekete Sándor: Közlemény a budapesti magy. tud.-egyetem II. sz. női klinikájáról (Igazgató: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár.) A magzatforgások mechanizmusa. 261. lap.
Szöllős Henrik: Közlemény a Szent Rókus központi kórház urológiai sebészeti osztályáról. (Főorvos: Illyés Géza dr., egyetemi tanár.) A vesicalis ureterszájadék cystás kitágulása. 263. lap.
Epstein László: Adatok az elmebaj kóros színlelésének pathogenesiséhez. 265. lap.
Irodalom-szemle. Lapszemle. Betörvoston. Falta: A háborús étkezés befolyása a diabetesre. — *Sebészet. L. Stubenrauch:* Lépszerű képleteknek a hasiürben való megjele-

nése splenektomia után. — *Gyermekorvostan. Hamburger és Stradner:* A percutan tuberculin-reactio javítása. — *Venerás betegségek. R. Weichbrodt és F. Jahnelt:* Magas hőmérsékleteknek a spirochaetákra és az állatkísérleti syphilis tüneteire való hatása. — *Húgyzervi betegségek. Kappis:* A nem specifikus epididymitis. — *Kisebb közlések az orvostanhalgatóra. Pensky:* Epilepsia. — *Beck:* Eucodal. — *Stockmeier:* Agyeredetű makacs csuklás. — *Gassul:* Ozaena. — *von den Velden:* Sülyös vérzés. — *Duschak:* Hegszövet megpuhítása. — *J. Braun:* A gyomorrák új jele. — *Salomon:* Influenza. 268–269. lap.

Magyar orvosi irodalom. 269. lap.

Vegyes hírek. 269. lap.

Tudományos Társulatok. 270–271. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti magy. tud.-egyetem II. sz. női klinikájáról.
(Igazgató: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár.)

A magzatforgások mechanizmusa.

Írta: *Fekete Sándor dr., tanársegéd.*

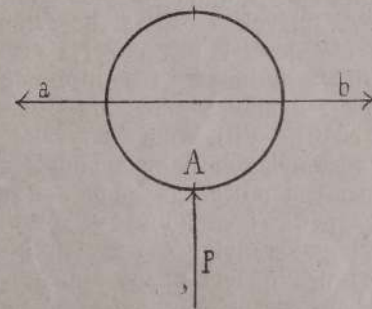
A szülés mechanizmusának megismerésében újabban jelentős haladásokat tettünk, melyek elsősorban *Sellheim* nevéhez fűződnek. Nagy érdeme *Sellheim*-nek, hogy a physikai módszereket és gondolkodást juttatta érvényre az elméleti szülészetben. Mindamellett a kérdést még mindig nem tekintethetjük teljesen megoldottnak. A *Sellheim* felfogásához két irányban férhet hozzá a kételkedés. Először: a magzati test és a szülőcsatorna tulajdonságai, az itt működő erők még nem ismeretesek annyira, hogy a physikai adatoknak számokban kifejezhető szabatosságát elérhetnék; másodsor: az adatokat elméleti összekapcsoló physikai törvények a gyakorlatban lényeges megszorítást szenvednek s kérdés, hogy a törvénynek a szülési viszonyokra való alapvető kényszerítőse e megszorítások után megmaradhat-e.

A mi az első ellentétet illeti, elismerjük, hogy a magzati test hajlíthatóságára és a szülőcsatornára irányuló *Sellheim*-féle vizsgálatok minden eddiginél behatóbban és nagy körültekintéssel végeztek, mindamellett még mindig nem érik el azokat a követelményeket, a melyre physikai adatoknak szükségük van.

A szülőerők a magzati testet kényszerhelyzetbe hozzák, ez a kényszerhelyzet a magzattestben kiegyenlítésre irányuló potentialis energiákat kelt; a *Sellheim*-féle felfogás értelmében ez a potentia elég nagy ahhoz, hogy a magzatforgásokat, mint az alak visszanyerésére szükséges munkát elvégezze. Ha meggondoljuk, hogy a magzatforgásokkal járó munka a magzati részeknek a súrlódás és esetleg a nehézségi erő ellenében való tovamozgatásában áll, nem alaptalan a kétely, hogy a felébresztett rugalmassági erők ehhez elegendők-e? Hogy itt nem jelentéktelen erőkről van szó, arról fogalmat ad a szülészeti beavatkozások alkalmával esetleg végzendő munka; a még a ferdeben álló fejnek az egyenesbe való forgatása fogóműtét kapcsán nagy erő kifejtés nélkül csak úgy lehetséges, ha a természetes forgási tendenciát követjük. A rendelkezésre álló erők és az elvégzendő munka viszonyáról teljes bizonyosságot mindenestre csak úgy szerezhethetnénk, ha ezeket *megmérhetnők*. Erre azonban *Sellheim* nem nyújt módot.

A *Sellheim*-féle felfogás másik sebezhető oldala éppen annak sarkalatos tétele: a physikai törvény, a melylyel *Sell-*

heim az előlfekvő rész rotációját magyarázza. Kérdéses, hogy a *Sellheim* által felhozott mechanikai tétel — a mely szerint tengelye körül mozgatható s az egyes irányokban különböző hajlíkonyságú henger meggörbülése esetén hajlasi facillimummal forog a görbület irányában —, nem esik-e olyan megszorítás alá, a mely a szülés viszonyaira való kényszerítő erejét csökkenti. Rövid megfontolás elegendő, hogy belássuk: minél inkább megegyezik a görbület iránya a henger hajlasi difficilimummal, a nyomó erőnek annál kisebb componense használható fel a forgás előidézésére. Ha a hajlasi facillimum (1. ábra) és difficilimum iránya egymással derékszöget alkot,



1. ábra.

a b a hajlasi facillimum iránya, *p* a hajlító erő.

mint a nyaki részen, s a görbitő erő a difficilimum irányában hat, mint a szüléskor, a mikor a szülőcsatorna görbületi síkja a fej haránt elhelyezkedése esetén közel derékszöget alkot a hajlasi facillimum síkjával, akkor a kényszernek csak elenyésző kis része alakulhat át forgató erővé. Ha még ehhez meggondoljuk, mekkora súrlódást kell a fejnek előreforgása alkalmával legyőzni, akkor nagyon kétesnek látszik, hogy az említett megszorítások daczára is érvényre juthat-e a *Sellheim* által idézett physikai törvény. Ennek a lehetőségéről, illetve szükségességéről megint csak akkor kapnánk meggyőző erejű érveket, ha a hajlasi facillimum és difficilimum közötti feszüléskülönbségnek, valamint a legyőzendő ellenállásnak pontos mértékét kapnánk. Ha az erők játékát oly részletességgel akarjuk követni, amint azt *Sellheim* teszi, akkor elengedhetetlen feltétel, hogy az erők nagyságát is ismerjük. Erre *Sellheim* ismét nem nyújt módot. Azok a szülő-gépek, a melyeket *Sellheim* gondolatmenetének bizonyítására szerkesztett, éppen abban a hibában szenvednek, hogy az ismeretlen nagyságú rugalmassági erőket czélszerűen megválasztott rugók képviselik. E miatt ezeket a gépeket bizonyító érv gyanánt nem fogadhatjuk el. Elismerjük ugyan, hogy a magzathenger rugalmassági viszonyai a szülés mechanizmusában bizonyos



szerepet játszanak, de egyelőre nem látjuk bizonyítva, hogy ezek valóban elegendők-e a szükséges munka elvégzésére.

A legújabb vizsgáló eljárás, a Röntgen-átvilágítás révén nyert adatok nem látszanak igazolni az olyan szabályos magzathengerképződést, a minőt *Sellheim* gondolatmenete kiindulás gyanánt felvesz, sőt ellenkezőleg, a magzat végtagjainak szabálytalan tartása, a melynek következtében a periphéria megerősítése elmarad, de meg a gerincoszlopnak a szülés kitolási szakában bekövetkező kiegyensúlyozása arra enged következtetni, hogy a szülő erők és az előlfekvő rész között a közvetítő szerepét nem a magzathenger felülete, hanem a magzati gerincoszlop játsza.

Nem állíthatjuk tehát, hogy *Sellheim* felfogása teljes világosságot vet a magzatforgások elméleti kérdéseire. Emellett a dolog gyakorlati részét tekintve is találunk benne kisebb hiányosságokat.

Sellheim szerint a fej a szülőcsatorna bemeneti és középső részében egyenes vonalban száll le, a míg a fej legmélyebb pontja a szülőcsatornává kialakult medenczefeneket el nem éri, s a forgás csak ezután kezdődik. Belső vizsgálatok alkalmával számtalanszor meggyőződhetünk arról, hogy a fej forgása megkezdődik, mielőtt a medenczefenek feszülése a fej egyenes vonalú továbbhaladásának gátat vetett volna. A *Sellheim*-től megadott helyzet már a mély harántálláshoz közelállónak tekinthető. A röntgenogramok is azt mutatják, hogy a fej II. forgása már a medencze magasabb szintjében megkezdődik.

Jobb híján kénytelenek vagyunk a szülés mechanizmusának megértésére más magyarázatokat keresni, a melyekkel el lehet kerülnünk azt a nehézséget, a mely az erők közvetlen lemérésének a szükségességében áll, s be kell érünk azzal, hogy relatív erőknek az egymás ellen való küzdelmét vesszük alapul. A következőkben megkíséreljük a magzatforgásoknak ilyen módon egyszerűbb magyarázatát adni.

Mindenekelőtt a magzatnak a méhben való elhelyezkedését tárgyalandó, kérdésünket így tehetjük fel: melyek azok a körülmények, a melyek a magzat hossz tengelyes, koponyafekvéses elhelyezkedését előidézik? Ha erre a kérdésre akarunk választolni, a terhesség oly időpontját kell tekintetbe vennünk, a mikor a magzat még nagy fokban mozgékony. Ez körülbelül a VII.—VIII. hónapban van; ebben az időben a magzatvíz viszonylagos nagy mennyisége elegendő teret biztosít a magzattest mozgásai számára, a magzatvíz csaknem azonos fajsúlya pedig igen könnyűvé teszi a magzat elmozgatását, úgy, hogy aránylag csekély erők is hatást tudnak kifejteni. Ilyen körülmények között a méhür alakja szabja meg a magzat elhelyezkedését. Mint mozgató erők működnek: a magzatmozgások, az apró méhösszehúzódások, a fajsúlyviszonyok, a magzat növekedése, az anya mozgásai. Mindezek egyöntetűen hatnak oly módon, hogy a magzat hossz tengelyét az anya, illetve a méh hossz tengelyébe terelik; minden ellenkező irányú mozgás akadályra talál a méh falában. Ugyanilyen értelemben hatnak a méhösszehúzódások is: a magzati hossz tengely két végpontjára egyértelműen forgató erőpár hatása érvényesül. Mindaddig, a míg a magzat hossz tengelye a méh hossz tengelyébe nem kerül, folytonosan működhetnek ilyen erőpárok, a magzat helyzete tehát mindaddig labilis, a míg ez az állapot nem következik be.

A hossz tengelyek elhelyezkedésével a magzat beilleszkedése még nem nyer stabilis jellegét, csak akkor, ha a feje a méh hossz tengelyének az alsó végére kerül. A fajsúlyviszonyok a magzati koponyát már eleve is a mélyebb helyzet felé terelik. Ehhez járul még az is, hogy a méhfundus tája erősebben és gyorsabban növekszik, mint a belső méhszáj tája, s a méhür alakja a fundalis részen öblösebb, tágasabb lesz; a magzati hossz tengely két polusa közül a koponyavég nyugodt tartása miatt inkább megfér a kevésbé tágas méhüri részben, mint a far; az alsó végtag mozgásai ezt csakhamar kimozdítják onnan. Felvehetjük tehát, hogy a magzat farfekvéses elhelyezkedése meglehetősen labilis; bizonyos fokú stabilitás csak akkor áll be, ha a sima peripheriájú fej helyez-

kedik el a méh alsó részében s a far az alsó végtagokkal a tágasabb mozgást megengedő fundusba jut. A magzat fejevégi beilleszkedését tehát úgy foghatjuk fel, mint az adott méhalak mellett a fajsúlyviszonyok, méhösszehúzódások, magzatmozgások, magzatteloldások eredményét abból az időszakból, a mikor a magzattest mozgékonyasága aránylag nagyfokú. Később az elmozdulás a magzattest és különösen a fej megnagyobbodása miatt egyre nehezebb lesz s ha csak különös okok nem szerepelnek, a fejképvés megmarad mindaddig, a míg a méh alsó részletének kiöblösödése és a fej mélyebbre nyomulása a terhesség végén az oldalt kimozdulást végleg meg nem akadályozza.

Farfekvéses vagy harántfekvéses beilleszkedés esetén fel kell vennünk, hogy nem voltak meg a fejevégi fekvés feltételei, illetve egyéb körülmények jelenléte hozta magával a beilleszkedésnek valamelyik szokatlan módját. Ilyen körülmény gyanánt szerepelhet például a méhür alsó részletének alakja; szűkebb medenczénél, vagy az infantilis felé hajló méhalaknál az alsó részlet kevésbé öblös, hegyesebb szögben keskenyedő tölcserít alkot s a fejet nem tudja kellőképpen befogadni. Ugyanezt eredményezheti a méh alsó részletének rigiditása, vagy a fejnek a beilleszkedés idejében aránylag erős fejlettsége. Az uterus hegyesedő alsó részében aránylag könnyebben fogva maradnak az alsó végtagok, annál is inkább, mert a fej könnyen kibillen onnan s fejevégi elhelyezkedés esetén a magzattest csak erősebb meggörbülés révén tudna elhelyezkedni. Az ilyen módon előálló nagyobb feszülésnek ellene dolgozik a magzattörzs rugalmassága s az izomtonus egyensúlya. Labilis helyzet állana elő tehát a fejevégi fekvés következtében és stabilitás csak akkor következik be, ha a magzat a térvizonyoknak megfelelő elhelyezkedésbe kerül a mozgató erők hatása alatt.

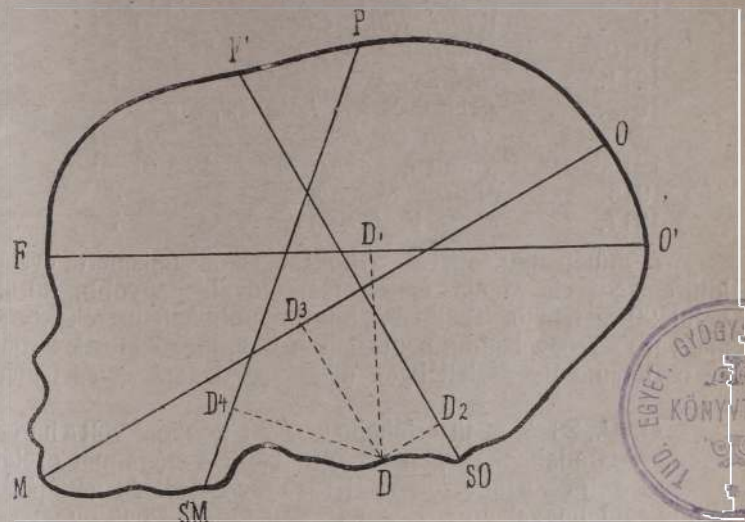
A magzat hosszfekvésű elhelyezkedésében gyakoribb eset az, hogy a magzat háta az anya baloldala felé néz (I. állás). Ennek az okát *Sellheim* abban találja, hogy a jobb kéz erősebb használata folytán a bal hasfél izmai gyengébb fejlettségűek s így inkább utána enged az előboltozuló méhnek, emiatt a magzat tömegesebb hátrésze a nagyobb teret engedő bal uterusfélbe kerül. Ha meggondoljuk, hogy a hasfal legfontosabb működése, a hasprés, a mindkét oldali izomzatnak symmetriás összehúzódásával jár s így igen nagy különbség a két hasfél szorító hatásában nem igen van, nem lesz felesleges, ha egyéb okokat is kerestünk az I. állás gyanakosságának a magyarázatára. Nem lényegtelen az a körülmény, hogy a méh bal sarka már a terhességen kívül is előbbre áll, mint a jobb sarka. Lehet, hogy ez összefügg a folyton megtelődő és kiürülő végbél, valamint a húgyhólyag asymmetriás elhelyezkedésével; tudvavelőleg a végbél hátul s kissé balra, a hólyag vertexe telődéskor kissé jobbra tendálva helyezkedik el. A méhnek ez az elhelyezkedése még kifejezettebb a terhesség alatt. Az előrenyomult bal uterusfél a rugalmas hasfal felé inkább tájulhat, mint a hátrább fekvő jobb oldali rész, a melynek tájulását hátrafelé a gerincoszlop s a hátulsó hasfal korlátozza. Emellett nem hanyagolható el a gerincoszlop physiologiai asymmetriája sem; ha a hátrész alakulása olyan, hogy balfelé convex ívet alkot, s ennek a kompenzálására az ágyéki rész erősebben domborodik jobbfelé, ennek következtében a promontorium a középvonaltól kissé jobbra helyezkedik el. Összevetvén ezt a méh asymmetriás elhelyezkedésével, a gerincoszlop kettős okból is inkább szűkíti a jobb uterusfelet, mint a baloldalt. A baloldali részt tehát öblösebbnek, tágasabbnak vehetjük, mint a jobb oldalt. A magzatmozgások, méhösszehúzódások, magzat-növekedés, anyai testmozgások hatására előálló magzatteloldások könnyebben következhetnek be, ha a magzat háta a méh laposabb jobb felében van, mint ha a baloldali fél öblös contourjai védelmet biztosítanak ez impulsusok ellenében. A ritkább II. állás tehát bizonyos fokú stabilitást jelent az I. álláshoz viszonyítva; a folyton támadó erők ellenében a magzat az I. állásban jut aránylag védett, nyugodt, stabilis helyzetbe. Ha nincsenek meg a fennebb vázolt körülmények, vagy éppen ezek ellenkezője áll fenn, a magzat helyzete a II.

állásban nyer nagyobb fokú stabilitást, s ezért találjuk ilyen helyzetben a szülés bekövetkezése idejében.

A szülés megindulásakor, különösen a burokrepedés után, az eddig kényelmes tartásban levő magzattest kénytelen a megváltozott viszonyokhoz alkalmazkodni. A méhösszehúzódások hatása alatt a méh ovoid formája a hosszúság henger alak felé közeledik; ennek következtében a magzattest kiegyenesedik, megnyúlik s a fej tartása a szülőcsatorna körkörös szorító hatása révén változást szenved. A szülőcsatorna szorító hatása a fej leghosszabb átmérőjét a méh hosszabb átmérőjébe tereli. Az ék módjára benyomuló fej oldalfalára gyakorolt ellennyomás a kérdéses niveauban a fej és méh érintkezési gyűrűjének megfelelően fejt ki hatását, az ellenerők támadáspontja tehát a fej beilleszkedési síkjával párhuzamos keresztmetszetnek megfelelő területen van; ha a szülőcsatorna tágítása már megtörtént, akkor az ellenerők támadáspontja a beilleszkedési sík területén van. Minden egyes pontban a működő erőt két componensre bonthatjuk, az egyik a keresztmetszet irányában hat, a másik componens erre merőlegesen a magzat hossz tengelyének irányában fejt ki hatását. A keresztmetszet síkjában ható erők a keresztmetszetet a szülőcsatorna alakjának megfelelően formálják, a hossz tengellyel párhuzamosan ható erők a magzat előhaladását módosítják. A fej sagittalis síkjában ható erők elosztása a forgástengelyre vonatkoztatva nem symmetriás. Ha tehát egyenlő erők hatnak is a sagittalis átmérő és a vele párhuzamos szelvények két végén, az erők hatását az erőkarok fogják meghatározni, azaz az erők irányának a forgástengelytől való távolságai. A hosszabb karon működő erő irányában forgó mozgás jön létre. A fejre vonatkoztatva a haránt tengely körüli forgó mozgás flexio vagy extensio lehet. *A sagittalis átmérő két végén ható ellenerők működése flexióban jut kifejezésre, ha a homloki végén ható erőkar a hosszabb; extensio lesz a forgás eredménye, ha a tarkói felé eső erőkar a hosszabb. Az erőkarok hossza lényegében a fej beilleszkedési síkjától függ; ha a planum suboccipito-frontale illeszkedik be, akkor a homloki vég van távolabb a forgástengelytől, tehát a flexio fokozódik; ha a planum maxilloparietale, akkor a tarkói erőkarja hosszabb, az extensio fokozódik. Ha a fej beilleszkedési síkja olyan, hogy a homloki és tarkói vég a forgástengelytől egyforma távol vannak, akkor tekintetbe kell vennünk a fej intendált mozgása ellenében a magzattestben mutatkozó akadályokat; ha pl. a flexio bizonyos fokig akadályozva van a rugalmassági viszonyok, izomfeszülések, térhiány vagy egyéb ok miatt, akkor ez egy jelentőségű azzal, mintha az átmérő homloki végén működő erő kisebb lenne a tarkói végén működő erőnél. A tengely körül való elfordulás irányára döntő lesz az, hogy a mely oldalon az erő és erőkar szorzata nagyobb, azon az oldalon az elmozdulás az erő irányában történik. Indifferens tartásnál tehát az átmérő azon végén, a melylyel szemben a magzati ellenállás kisebb, az elfordulás az ellennyomás irányában történik; így ha a fej flexiója akadályba ütközik, extensio mozgást végez a fej, ha pedig az extensio irányában jelentkeznek nagyobb akadályok, akkor flexióba jut a fej. Az indifferens tartás tehát már rendszeren a bemenetben a kifejezett tartások valamelyikévé alakul, a flexiós és extensió tartás pedig fokozott flexióba, illetve extensióba megy át.*

Behatóbban kell foglalkoznunk a forgástengely helyzetével, illetve a ható erők irányának a forgástengelytől való távolságával. A fej forgásainak legnagyobb része az atlanto-occipitalis, illetve atlantoepistrophealis ízület tengelyei körül megy végbe, bizonyos kismértékű elhajlások a nyakcsigolyák ízületeiben is történnek, ezek a kitérések azonban a főizületek mozgási szabadságához képest elhanyagolhatók. A fej különböző beilleszkedéseinek a szülőcsatorna részéről ható ellenerők más és más sík sagittalis átmérőinek végén találják meg támadáspontjukat. Az erők az illető beilleszkedési síkra mindig merőlegesen hatnak, az erők irányának a forgástengelytől való távolságát tehát egyszerűen úgy kapjuk meg, ha megszerkesztjük a forgástengelynek a beilleszkedési sík sagittalis átmérőjére való vetületét. Ez a vetület indifferens tartásnál a sagittalis frontooccipitalis átmérőt két egyforma részre osztja,

flexiós tartásnál az arcz felőli rész ($F_1 D_2 > D_2 SO$), extensió tartásnál a tarkói rész lesz hosszabb ($PD_4 > D_4 SM$). Így könnyen megérthetjük, hogy flexiós tartásnál a flexiónak, extensió tartásnál az extensiónak kell fokozódnia a medencebemenetben. (2. ábra.)



2. ábra.

D a forgástengely. D_1, D_2, D_3, D_4 a forgástengely és a beilleszkedési sík metszés-pontja. Flexiós tartásnál az arczi $F'D_2$ rész nagyobb, mint a tarkói $D_2 SO$ részlet; extensió tartásnál a PD_4 tarkói rész nagyobb, mint a $D_4 SM$ arczfelőli rész.

Rátérhetünk ezután azoknak a feltételeknek a keresésére, amelyek a fej II. forgását hozzák létre. A mint a fej legnagyobb területével a bemenet niveauján áthalad, belekerül a szülőcsatornának nagyjában kerek átmetszetű, egyenes henger alkotó üregi részébe. Itt az erők minden oldalról egyenletesen hatnak s így a magzathenger toványomulásának egyenes irányán nem változtatnak. Eltérés ettől csak abban az időpontban várható, a midőn a medencefenékekkel érintkezésbe jut a fej. Ez az érintkezés legelőször a medence elülső felében történik meg, mert a medence elülső csontos fala lényegesen rövidebb s így a lefelé nyomuló fej hamarabb kerül itt az izmok hatása alá, mint hátul.

A midőn a fej a szülőcsatorna megfelelő mélységébe eljutott, oldalfalaira a levator-szarak hatása jut érvényre.

(Vége következik.)

Közlemény a Szent Rókus központi kórház urológiai-sebészeti osztályáról. (Főorvos: Illyés Géza dr., egyetemi tanár.)

A vesicalis ureterszájadék cystás kitérülése.

Közli: Szöllős Henrik dr. operateur, alorvos.

Az elmúlt évszázad utolsó éveiben Nitze az orvostudomány eszközei közé bevezetvén a cystoskopot, ennek birtokában a vizeletszervek olyan anomáliái és megbetegedései is felismerhetők lettek, amelyek azelőtt csak boncoláskor voltak megtalálhatók. 1897-ben *Englisch* még ezt írja: „... az uretervég zsákszerű kitérülése rendkívül ritkán előforduló megbetegedés, a melyről éppen ezen okból csak kevés ismerettel bírunk.”

Egy évvel később *Lippmann-Wulf* a cystoskop segítségével élőben felismeri és leírja ezen elváltozást, a mely időtől kezdve mind több, pontosan megdiagnostizált esettel találkozunk. *Adrian* 1906-ban már 12 olyan közleményről tud, a hol a betegség ante operationem ismertetett fel.

A mai napig az irodalomban 35, műtét előtt megállapított ilyen eset ismeretes. A közölt esetek ezen aránylag kicsiny száma évek és szerzők szerint így oszlik meg:

1898. évben	<i>Lippmann-Wulf</i>	1 eset
1902.	<i>Sinnreich</i>	1 „
1903.	<i>Fenwick</i>	4 „
1904.	<i>Wildbolz</i>	3 „

1904. évben	Portner, Th. Chon, Fr. König	egyenként	1 eset
1906.	Adrian, Klose		1—1 „
1907.	Tilp		3 „
1908.	Brongersma		2 „
1909.	Wulff, Roth, Cohn		1—1 „
1910.	Fedorow		1 „
1911.	Pietkiewicz		1 „
1912.	Rendu, Suter, Leshnew, Ma- resch, Lotsi		1—1 „
1913.	Rumpel, Lohnstein		1—1 „
1915.	Martin, Rosenberg		3 „
1917.	Hans V. Haberer		1 „

A műtét alatt, illetve a boncoláskor felismert cystás kitüremkedések száma ennél már jóval nagyobb, körülbelül 90-re tehető. Tekintve, hogy a publikált esetek között magyar szerzővel eddig nem találkoztunk, megokoltnak tartjuk az osztályunkon észlelt ilyen megbetegedés részletes ismertetését.

G. V., 28 éves tűzérőhadnagy, 20 hónapig volt a harc-téren. A fáradalmakat igen jól bírta, míg 4 hónappal ezelőtt észrevette, hogy a megszokottnál sűrűbben vizelet és gáttájékán tompa fájdalmakat érez. E panaszával került egyik budapesti kórház sebészi osztályára, a hol cystoskopiái vizsgálattal nála a jobb ureter szájának megfelelően valamelyes elváltozás észleltetett.

Bajának pontos megállapítása végett került azután a beteg a fenti osztályra, a hol *Illyés* tanár megbízásából nála cystoskopiát és pontos, mindkét oldali, functionalis vese-vizsgálatot végeztem.

Jelen állapot: Jól fejlett és táplált, oedemák, exanthemák nincsenek. Pulsus rendes, hőmérséke esténként 37.8° C-ig emelkedik. A vizeletben geny és húgysavas sók.

A szív és a tüdő ép. A has nem puffadt, a bal vese nem tapintható, míg a jobb oldali nagyobb, alsó pulsusa jól tapintható. Az innen lefutó ureter mint vastag hengeres köteg érezhető.

Cystoskopia: A hólyagcapacitás normalis, a vizelet alig zavaros, könnyen feltisztul. A hólyagnyálkahártya ép. A jobb ureterszájadéknak megfelelő helyen egy körülbelül babmekoraszágú cysta, a melynek transparens fala finom érhálózatot mutat; legnagyobb domborulatán az ureter finom, pontszerű nyílása látható. E cystát, illetve az ureternyílást hosszabban megfigyelve, belőle nagy időközökben, lassan, hajszálvékony sugárban kevés zavaros vizelet ürül, mialatt a cystás zsák kollabál, összezsugorodik, majd újból megtelik, feszes lesz. A baloldali ureterszájadék normalis.

Sikerült a szűk, pontszerű jobb ureternyíláson egy 4 es számú urethercathetert felvezetnünk, míg baloldalt a rendes, 6-os számú kathetert helyeztük be. A gluteus-izmok közé fecskendezett indigocarmin (20 cm^3) az ép baloldalon 7 percz múlva már jelentkezett és 10 percz múlva élénkképen ürült. Jobboldalról csupán kevés, sűrű, genyes vizeletet kaptunk, mely még 30 percz múlva sem mutatott elszíneződést.

Kryoskopia: Jobb oldal $\Delta 8 = 0.50^{\circ}$ C. Bal oldal $\Delta 8 = 1.5^{\circ}$ C. Az üledék mikroszkop-vizsgálata a bal oldalon nem mutatott eltérést, míg jobboldalt sok genyet és bakteriumot tartalmazott.

E három tényező, az indigocarmin ilyen késői jelentkezése, az ép oldalihoz képest alacsony kryoskopiás szám és a mikroszkop-lelet a jobb oldali vese nagy functiozavarára, illetve elpusztulására engedett következtetni. Nyilvánvaló volt, hogy a valószínűen már a születés óta fennálló uretervégszűkület állandó retentióhoz, majd hydronephrosishoz vezetett, a mely steril hydronephrosis az utóbbi időben fertőződhetett, innen a genyes vizelet és az utolsó hetek esténkénti hőemelkedése.

A hozzátartozó vese elpusztulása miatt, az uretervég elváltozását így figyelmen kívül hagyhattuk és a betegnek nephrectomiát végeztünk. (*Illyés* tanár.) Az eltávolított vese és ureter a vizsgálati lelet és diagnosistnak megfelelő elváltozásokat mutatta.

A vesekelyhek és medencze erősen kitágultak, zavaros vizelettel teltek. Az ureter fala erősen hypertrophizált, hüvelykujjnál vastagabb, míg lumene rendes.

A műtét után a beteg panaszai teljesen megszűntek. Vizeleti ingerek, fájdalom eltűntek, vizelete tiszta. Az operatio után 3 héttel gyógyult sebbel távozik, s teljesen egészségesnek érzi magát.

Az uretervég kiboltosulását, a pangást és az ennek következtében jelentkező hydronephrosist esetünkben kétségkívül a vesicalis ureterszájadék veleszületett szűkülete okozta. Amint hogy elfogadható *Kapsammer* amaz állítása, hogy az esetek túlnyomó számában az aetiologiában csupán ez, az orificium ureteris stenosisa szerepel. *Theodor Cohn* szerint e szűkület minden esetben congenitalis eredetű volna.

Találunk azonban számos olyan esetet az irodalomban, a hol minden jel arra mutat, hogy ezen szűkület másodlagosan is keletkezhet oly módon, hogy az uretervég kötél megsérülve, hegesen zsugorodik (*Freyer* esete).

A veleszületett és szerzett szűkület mellett egész sora szerepelhet még amaz okoknak, a melyek ilyen cystás elváltozást eredményezhetnek. Így például, ha az ureternyílás mélyre, a sphincter vesicae alá kerül, akkor ennek erős tonusa az ureterre állandó nyomást gyakorol és a vizelet kiürülését akadályozza. A hólyagfalban submucosusan lefutó ureterrészt így — a pangás következtében — a hólyag felé kiboltosodik, erősen kitágul.

Burkhardt úgy véli, hogy sok esetben az ureter és a hólyagizomzat elégtelensége vagy hypotonusa az oka e bántalom keletkezésének. *König* is elfogadja eme magyarázatot és felhívja a figyelmet azon körülményre, hogy a vesékből lefelé áramló vizeletsugár először ott akad fenn, a hol az egyenes lefutású ureter a hólyagfalba lép és megtörik. Emez odaütődésre a jó tonusú ureter és hólyagizomzat összehúzódván, a vizeletet tovább tereli, a hólyagba szorítja, míg gyenge izomtonus mellett az odaütődés helyén dilatatio keletkezik.

E magyarázatot igazolja azon mindennapos észleletünk, hogy gyenge nőknél és gyermekeken a mindkétoldali ureter a hólyagfalban való egész lefutásában kidomborodik, a mely jelenséget férfiakon csak ritkán tapasztalunk.

Más szerzők az ureter lefutásának irányában, annak rendellenességeiben keresik a baj okát. Így *Bostroem* azt hiszi, hogy az ureternek a hólyagfalon való túlegyenes áthaladása is okul szerepelhet, hiányozván itt az uretert egy bizonyos darabon fedő és azt egyensúlyban tartó hólyagizomzat. A túlferdén való lefutás eseteiben is az ureter egy része submucosusan fut, s így szintén nem tud ellentánni az állandó nyomásnak. *Israel* is úgy tapasztalta, hogy a veseretentiós folyamatok nagy részénél szerepel az ureternek eme rendellenes lefutása és cystás kitüremkedése.

Meg kell még említenünk *Englisch* teoriáját, mely szerint az uretervég embryonalis elzáródásáról is szó lehet, mikor is a ki nem ürülő vizelet kitüremkedést okoz. Ez később megreped ugyan és a vizelet lefolyhat, de a kitüremkedés megmarad.

Englisch teoriájával közös gondolatmenetet követ ama, különösen *Voelcker* tanártól hangsúlyozott magyarázat, hogy némely esetben az ureter nem hatol át teljesen a hólyagfalra, hanem a mucosa alatt végződik.

Az így különböző utakon létrejött kitüremkedés igen nagy, diónyi, kis almányi is lehet. A cysta fala egy kettőzet, a mely részben hólyagnyálkahártyából áll. A fali bőséges érhálózat a hámszövetben fut.

A tünetek, a melyeket ezen betegség okoz, igen változatosak. Sokszor hosszú évekig tünetek egyáltalán nem észlelhetők, máskor csupán jelentéktelen vizelet-zavarokat, enyhe hólyagtáj-fájdalmakat okoznak.

Vizsont észleltek eseteket, mikor — az odatartozó vese különösebb elváltozása nélkül is — rendkívül heves deréktáj- és alhas-fájdalmak jelentkeztek. Hogy az okozott fájdalmak mily nagyok lehetnek és a betegség kellő fel nem ismerése milyen következményekkel járhat, arra jellemzően mutat rá

Lohnstein egy esete. A 29 éves nőbetegen az alhasra lokalizált nagy fájdalmak miatt előbb sérvműtét, majd appendectomia, később kétoldali ovariectomia, azután vaginofixatio végeztetett, szóval minden, a mi ezen a tájékon csak lehetséges volt, természetesen minden eredmény nélkül, a fájdalmak tovább is fennállottak. Ekkor a beteg cystoskopiás vizsgálat végeztetett és a jobboldali ureterocele felfedeztetett. Ennek műtéti eltávolítása után a beteg panaszai megszűntek.

Az esetek többségében mégis csupán hólyagtüneteket találunk. Vizelet utáni égető érzés, gyakori vizelet inger, a vizelet hirtelen elakadása, zavaros vagy véres volta, esetleg tenesmus melletti teljes retentio azok a jelek, melyek itt az urogenitalis apparatus betegségére terelik a figyelmet.

Exact diagnosis természetesen csupán cystoskopiás vizsgálat útján lehetséges.

A kép, a mely a cystoskopiás vizsgálatkor elének tűnik, jellegzetes és könnyen felismerhető. A széles alapú, sima felületű tumor az ureterszájadékknak megfelelő helyen ül, nyálkahártyával borított, transparens.

Majdnem minden esetben jellemző tulajdonsága, hogy a cysta időnként lassan collabál, összezsugorodik, majd újból megtelek. E tünet csak akkor hiányzik, ha a cysta kötől vagy sedimentumtól kitöltött.

Biztossá teszi a diagnosist, ha a cysta domborulatán az ureternyílás látható és abba ureter-cathetert vezethetünk. A vesé állapotáról is csak ily módon nyerhetünk felvilágosítást, aminek a fontossága pedig éppen esetünkből látható.

Mindezek alapján az uretervég eme elváltozása idegen testektől, kövektől, daganatoktól jól megkülönböztethető lesz. Összetéveszhető volna még a hólyagban — bár ritkán, de mégis előforduló — aneurysmával, a mely szintén nagyságváltozást, rythmusos összehúzódást mutat, de ez gyors egymásutánban és a pulsussal synchron következik be.

A differential-diagnosis szempontjából szóba jöhet még az oedema bullosum és az echinococcus-cysta. Az előbbi lobos folyamatok és keringési zavarok kísérőjeként jelentkeznek, rendszeren nagy számmal sorakoznak a bab-borsó nagyságú kiemelkedések, míg az utóbbi esetben a cysta a hólyagban szabadon úszik, a vizelet üledékében pedig számos echinococcus-horog lesz kimutatható.

A prognosis olyan különböző, aminő sokféle formát mutat a betegség tüneteiben és következményeiben. „Vannak esetek, a hol a bántalom már napokkal a születés után véget vet az életnek, míg másokon minden tünet nélkül áll fenn és csak évtizedek múlva okoz több-kevesebb panaszt.” Annál jobb lesz a prognosis, minél előbb ismerjük fel a bajt. Rosszabb a gyógyulásra való kilátás, ha a cysta képződését kő vagy tumor okozta, vagy ha a beteg már a vesék nagy retrograd elváltozásaival kerül elének.

A baj gyógyítására vonatkozóan *Garré-Erhard* vese-sebészetében ezt írja: „Az ureter ezen elváltozása csupán akkor operálandó, ha incontinentiát, cystitist, fájdalmakat avagy vesemegbetegedést okoz.” Éppen esetünk mutatja, hogy e tétel így el nem fogadható. Betegünkön a stenosis, a pangás, sőt az elpusztult nagy vese sem okozott tüneteket, harctéri szolgálatát hosszú időn át kifogástalanul teljesítette, és panaszai csak akkor jelentkeztek, mikor a hydronephrosis valamely módon inficiálódott.

A veszélyek miatt, melyek a mindig fennálló pangás révén az uretert, a vesemedenczét és a vesét fenyegetik, a betegség megszüntetése minden esetben szükséges.

A gyógyítás kétféle módon lehetséges:

1. Endovesicalisan, vagy
2. sectio alta útján végzett műtéttel.

Groszlick volt az első, a ki 1898-ban tumor vesicae-nek diagnosztizált ilyen cystát felső hólyagmetszésen át eltávolított. Csupán az alapján való átmetszéskor vette észre, hogy nem tumort, hanem az ureter valamely cystás részét távolította el, a mikor is az uretert és a hólyagnyálkahártyát továbbfutó catgutöltésekkel egyesítette. Az ujonnan képzett ureterostiumba vékony drainszövetet helyezett és ezt e hólyag felső sebén át kivezette. 1902-ben *Garré* ugyanilyen módon

operál, de 1903-ban *Fenwick* egy nőbetegén már a kitágított urethrán keresztül operál, olyan módon, hogy a cystát előhúzza és átvágja.

Typusos, endovesicalis műtéttel *Klose* operálta e bajt elsőül, 1906-ban. Operatiós cystoskopiát át kautert vezetett be és leégetvén a cystát, széles ureterostiumot alkotott. Négy nappal később uretercatheterrel a pörköt átbökte, s a cathetert rövid időn át bennhagyta az ureterben. A műtét eredménye kifogástalan volt.

Theodor Cohn 1909-ben megkísérelte, hogy az utasítása szerint készített és az operatiós cystoskopiát át bevezethető késsel a cystát felhasítsa. A műtét fájdalomtalan volt, a vérzés csekély. 2—3-naponként az ureterostiumba rövid időre 7-es chr. urethercathetert vezetett be. Az eredmény itt is jó volt.

Endovesicalisan késsel, illetve *Löwenhard*-kauterral operált és jó eredményről számol be még *Lohnstein*, *Barringer*, *Pietkiewicz*, *Wulff*. Ez utóbbi azt ajánlja, hogy a kauterizálás után fektessünk az ureterostiumba 1 vagy 2 uretercathetert és hagyjuk ezt benn kétszer 24 órára. Mióta azonban *Pleschner* a bennhagyott catheter okozta igen nagy tenesmust észlelt, ezt többen mellőzték, és azt tapasztalták, hogy minden drainage nélkül is jó és bő ureterostium képződik.

Röviden összefoglalva:

A vesicalis ureterszájadék cystás kitágulása olyan különböző és sokféle tüneteket okozhat, hogy biztos diagnosisa csupán cystoskopiás vizsgálat útján lehetséges.

A gyógyítás csak sebészi lehet, még pedig:

1. Felsőhólyagmetszésen át, igen nagy cysták esetén,
2. endovesicalisan, operatiós cystoskopiát át, késsel vagy *Löwenhardt*-kauterral,
3. nephrectomia, ha az odatarozó vese már tönkrement.

Irodalom. Monatsber. für Urolog., 1901, 6. füzet. — Brun's Beitr. Klin. Chirurgie, 41. szám. — Langenbecks Archiv, 1906, 78. füzet. — Zeitschrift für Urologie, 1908, 1900, 1913. — *Israel*: Klinik der Nierenkrankheiten, Berlin, 1901. — *Englisch*: Nietze-Oberländers Centralblatt, 1898, 9. füzet. — *Th. Cohn*: Eine einfache intravesiciale Behandlung von Aussackungen der Blasenenden doppelter Harnleiter, ein Beitrag zur Pathologie der intermittierenden Pyonephrose. Zeitschrift für Urologie, 1909, 3. szám. — *König*: Münchener med. Wochenschrift, 1904. — *Adrian*: Ein neuer operativ behandelter Fall von intermittierender cystischer Dilatation des vesicalen Ureterendes, Archiv für Klin. Chir., 1906, 78. szám. — *Groszlick S.*: Zur Kenntnis und chirurgischen Behandlung der angeborenen Harnleiteranomalien. Monatschrift für Urolog., 1901, 6. füzet. — *Brongersma H.*: Über zwei Fälle von Cysten in der Harnblase. Zeitschrift für Urolog., 1908. — *Kapsammer G.*: Über cystische Erweiterungen des unteren Ureterendes. Zeitschrift für Urologie, 1908, 2. füzet. — *Rosenberg M.*: Drei Fälle von cystischer Dilatation des vesicalen Ureterendes. Zeitschrift für Urolog. Chirurgie.

Adatok az elmebaj kóros színlelésének pathogenesiséhez.

Irta: *Epstein László* dr., egyetemi magántanár, a budapest-angyal földi áll. elmeegógyintézet igazgatója.

(Vége.)

Testi állapot: Középtermű, jól fejlett és táplált férfi, koponyája alaki eltérést nem mutat. Fejméretei: hossza 184, sz. 163, kerülete 570 cm. Halántéktájai ellapultak. A jobb fülkagyló kisebb a balnál. Pupillái középtágak, egyenlők, jól reagálnak. A jobb arcfél valamivel fejletlenebb a balnál. Fogazata hiányos. Ujjaiiban tremor. Élénk térdreflex. A szív-működés változó, a pulsus-szám 90.

Körlefolys: Deczember 20. Fejét fájlalja. Nyugodt viselkedésű, környezetével rendezetten érintkezik, mindenkivel jól megfér.

Deczember 21. Nyugodt, szórakozik, napközben már nem kell a figyelőben lennie.

Deczember 22. Állandóan nyugodt, illedelmes, napközben olvasgat, beszélget, szórakozik betegtársaival, éjjel jól alszik. Egészen áthelyezzük a nyugodt betegek osztályára.

Deczember 26. Kérdezettve úgy nyilatkozik, hogy most már jól érzi magát, nem tartja magát elmebetegnek, csak

hirtelen haragúnak. Felszólításra írásba foglalja betegségének tüneteit, az egész körképet, úgy, amint ő azt magán észleli és felfogja. Feljegyzései a következők:

„Physikailag azt hiszem, hogy nincsen semmiféle defec-tusom, eltekintve tán azoktól, amelyeket a pszichikai rend-telenségek idéznek elő, így például az állandó baloldali mig-raine, vagy pedig a balkézen és lábon uralkodó nagyobb fokú érzékenység. Venerikus betegségem sohasem volt. Általában véve nyugodt állapotban *testileg* absolute egészségesnek ér-zem magam, sőt például nyerseröm az átlagon jóval felül áll, a mi tán annak a következménye, hogy rengeteg sokat és forcierozottan sportoltam a betegségem ellensúlyozására. Hogy őszinte legyek azonban, a sport megnyugtató hatása csak addig állott fenn, a míg a sport okozta testi fáradság fennállott. Gyermekkoromban átestem majd az összes gyer-mekbetegségeken, köztük kétszer volt diphtheriám. Megemlí-tendőnek gondolom még azt, hogy a pulzusom soha 90 alul nincs és leginkább 100—110 szokott lenni. *Psychikailag* annyi mondani valóm volna, hogy kevés volna ez az iv. Engedtessék meg nekem, hogy miután a mélyen tisztelt urak rám bízták, hogy a korképemet írjam le legjobb tudá-som szerint, úgy állíthassam oda a betegségemet, amint én azt képzelem és ne száraz adatokat adjak. Anyai ágon erő-sen terhelt vagyok. Anyai nagyanyám a Lipótmezőn halt meg. Anyai ágon nagybátyáim: R. A. hirtelen elmezavarában föbe-lőtte magát; R. J. meghibbant és pár napra rá állítólag agyszéllhűdésben elhalt; R. M. alkoholos elmezavarba esett és pár hónapra rá meghalt. Ennek fia, tehát első unoka fivérem, R. A. közvetlenül az érettségi vizsgálat után, a me-lyet jeles eredménnyel tett le, a torkát borotvával elvágta és meg is halt rögtön. R. H. mellrákban halt el; R. Zs. kissé gyengeelméjű volt és ezelőtt 3 évvel 58—59 éves korában elaludt és nem ébredt fel többet. Legutolsónak hagytam anyámat R. Fr., a ki neves szakorvosok szerint igen magas-fokú hysteriában szenved.“

„Hogy a magam betegségének a lényege miben áll, azt bizony nehezen tudnám megmondani. Sokszor erőt vesz raj-tam olyan erős búskomorság, hogy olyankor legszívesebben meghalnék, máskor meg csupa élet és tennivágyás vagyok. A legkisebb lelkizökkenés annyira kihoz a concepciónból, hogy az öngyilkosságig el tudok keseredni és épp úgy a velem szemben elkövetett erőszak; értem ezalatt azt, hogy valami olyant kelljen tennem, amit nem tartok jónak, vagy nem akarom; ez az ellenállásomat annyira fokozza, hogy inkább meghagyom ölni magam, de azt a bizonyos dolgot nem teszem meg. Nem hogy nem akarom, de nem tudom. *Képtelen vagyok rá!* És nem phrasis az, ha azt mondom, hogy inkább meghalok, de meg nem tudom azt tenni. Ebben leli magyarázatát az én brutális félelmem mindenféle katonai dologtól.“

„Ha egyedül vagyok egy szobában, akkor fel és alá járok, miközben egy situációba képzelem bele magam, amely situatio 90%-ban anyagi dolog és akkor aztán a gondol-taim a tárgy körül oly élénken circulálnak, hogy például közben hangosan fölnevetek vagy elsírom magam, aszerint, amilyen az elképzelt situatio.“

„Az érdekes azonban az, hogy amíg bennem ezek az elképzelt történetek lejátszódnak, teljesen érzem és tudom, hogy ostobaság az, amit gondolok, teszek; de ha akármit is teszek, abbahagyni a képzelődést addig nem tudom, a míg a történet végére nem értem. Ez körülbelül olyan kény-szerézés, mint volt kisfiú koromban, ha hangosan füttyül-tem egy nótát és édesanyám, roppant ideges lévén, rámszólt, hogy hallgassak. Én pedig ha megverték, sem *tudtam* addig elhallgatni, a míg a nótát be nem fejeztem. Nem hogy ma-kacsságból nem akartam, *de nem tudtam*.“

„És ezt, nem tudom, nem akarják, vagy nem tudják elhinni nekem. Egyszerű hypochondriának minősítették min-dig panaszaimat, vagy pedig neveltségnek. Ez nem igaz. Feltéve, hogy egy nagy adag hypochondria volna az egész bajom, az még súlyosabb baj talán az egyes esetekben, mint maga a tényleges kár, mert egy meglévő betegségből az

ember effective látja a saját gyógyulását, míg a hypochon-driát épp ezen gyógyulás megérezésének hiánya miatt, azt hiszem, tán nem is lehet gyógyítani.“

„Betegesen érzékeny vagyok. A legkisebb felindulásnál azonnal sírni kezdek és remegek és nem bírom magam visszatartani. Ugy szellemi, mint kézi munkánál roppant gyorsan kimerülök. Ilyenkor végigfekszem a diványon és teljes apathiával vagyok minden körülöttem történő dolog iránt.“

„Családi életemre vonatkozólag annyit mondhatok, hogy boldogabban két ember még nem élt, mint én a feleségem-mel, amíg ezek a gyűlölt, átkozott állapotok be nem állot-tak és elváltak engem az asszonytól és gyerektől. Ez aztán az én exaltált természetemmel betette a kaput és olyan állapotba kerültem, hogy érettnék tartottak ebbe az intézetbe.“

„Meg kell két dolgot említenem és pedig, hogy ha egy szobában 3—4 társalgási csoport képződik, akkor én akara-tomon kívül, mindegyik témáját hallom, értem, a mellett én az én társasággal külön is beszélek. Én például könyvet olvasok, de azért olvasás közben látom mi történik körülöt-tem, mögöttem. Ez a szó, hogy „mögöttem“ ez nem túlzás. Azt hiszem, hogy ez utóbbit inkább képzelve érzem.“

„Jelenleg — azt hiszem — egy remissió állapotban vagyok és bizony tudom, hogy most ez lesz a végzetem. No de hát arról szentül meg vagyok győződve, hogy akárhogyan fordul a dolgom, nekem is csak két út áll nyitva, úgy mint a többi családtagomnak, tudniillik vagy megbolondulok vagy öngyilkos leszek. Esetleg mind a kettő.“

„Igyekeztem olyan híven, őszintén leírni az érzéseimet, ahogy szükséges, hogy a pszichiater belém lásson, de job-ban, világosabban nem tudtam.“

Budapest, 1916 december 26.-án.

December 29. Fejfájásról panaszkodik, mert hogy nagy a zaj. Áthelyezzük az úgynevezett pavillonba (egészen nyugodt, sanatoriumszerű kisebb osztály különálló épületben), a hol szabadabban sétálhat, szórakozik és írásbeli munkát végez napközben.

1917 január 5. Az intézet gazdasági hivatalában dol-gozik, nyugodt, illedelmes, helyzetével megelégedett.

Január 9. Első ízben megy ki a városba ma délután neje kíséretében, ahonnan pontos időben visszatér.

Január 14. Neje kíséretében egész napra kimegy, este pontosan visszatér.

Január 20—26. Neje hat napi szabadságra vitte, ren-desen visszajön.

Január 28. Első ízben megy haza kíséret nélkül ma délután; pontosan visszajön.

Január 29. Az igazgatóhoz intézett írásban anyagi ügyei fellendítésére két havi szabadságot kér.

Január 31. Délután ismét otthon volt.

Február 1. Négy heti szabadságra bocsátjuk családjához.

Márczius 1. Szabadsága leteltével nejével jelentkezik az intézetben. Jelzi, hogy jól érzi magát. Otthon megfelelő fog-lalkozása van, szabadságát egy hónappal meghosszabbítjuk.

Április 4. Egyedül jelentkezik és kéri szabadsága meg-hosszabbítását. Ez alkalommal kissé izgatottnak látszik, de egyébként rendezett. Szabadságát egy hóval ismét meghos-zabbítjuk.

Május 4. Nejével jelentkezik szabadsága meghosszab-bitása végett. Elmondja, hogy folytonos izgalomban van a katonaság miatt, az a sok molesztálás, a minek folytonosan ki van téve, egészen kihozza a sodrából. A régi lakását is kénytelen volt elhagyni, mert a sok lakó között akadt olyan, a ki beleártja magát a dolgába, látván, hogy épkezláb ember léte-re itthon van; az utcán is alig mer már járni. A sok gond, anyagiak, szorult helyzete sokszor akadályozza a munkában is. Éjjel jól alszik ugyan, de ha felkel, bágyadt, mintha nem is pihent volna, Nyomasztó érzése is van; gyakran úgy érzi, mintha szíve a torkába szorulna és fullasztja. Elbocsáj-tását nem óhajtja, csak szabadsága meghosszabbítását. Hat heti hosszabbítást kap.

Június 12.-étől december 5.-éig. Havonta jelentkezik az intézetben, mindannyiszor szabadsága meghosszabbítását kérve. Néha közben is bejön és üzleti összeköttetésbe akar lépni; egyes cikkek szállítására ajánlatot tesz, például maga szerkesztette alkoholmentes italt ajánl; burgonyát akar szállítani, stb.

December 15.-én az intézetből javultán végleg házi ápolásba bocsátjuk,

Összefoglalás. Egy öröklésileg rendkívül súlyosan terhelt, 28 éves ügynök, aki már önkéntesi éve alatt függetlenséért, önmérgezési kísérlet és többszörös megfigyelés után mint hysteriában szenvedő egyén a katonaságtól elbocsátott, a háború kitörése után, miután időközben regényes módon meg is nősült, újból besoroztatott, de a csapatnál oly magaviseletet tanusított, hogy megfigyelés alá helyezték. Tizenhat hónapon át különböző helyeken vizsgálták, felülvizsgálták, újból vizsgálták és különböző elmebajt állapotot tak meg rajta, amíg végül „paranoid színezetű mániás-depressziós elmebajt” kórjelzésével intézetünkbe került.

A katonai kórházban, amelyből hozzánk átszállították, végletekben változó kedélyhangulat mellett, hypochondriás gondolatokat, kényszerképzeteket és féltékenységi eszméket nyilvánított és egészben oly féktelen magaviseletet tanusított, hogy a kórházból éppen e miatt kérték intézetünkbe való sürgős áthelyezését. Nálunk ellenben kezdettől fogva nemcsak teljesen nyugodt, hanem minden tekintetben kifogástalan magaviseletű volt, úgy hogy már az első napokban irodai munkára használtuk, amelyet megbízhatóan és értelmesen végzett. Általában is intelligens és iskolázottságának megfelelő műveltséggel bíró egyénnek találtuk, aki azonban a hangulat esékenységen kívül ingerlékenységben, kényszerképzetekben és vasomotoros zavarokban nyilvánuló psychopathiában szenvedett.

Terheltségének és psychopathiájának teljes tudatában élénk és hű képét tudta adni úgy szóban, mint írásban az ő lelki állapotának, a nélkül, hogy előadásában bármiféle paranoid téveszmék nyilvánultak volna és a nélkül, hogy az ő belső lelki kinjai külső magatartásában feltűnően kifejezésre jutottak volna. Nyugodtsága azonban elhagyni készült, ha szó esett a katonaságról. Ilyenkor fokozódó belső izgalom fogta el, úgy hogy arcza majd elvörösödött, majd elsápadt és hangja szinte remegett. Elkeseredéssel és gúnynyal, gyűlölettel és megvetéssel beszélt a katonai szellemről, a katonai drillről, a katonai korlátoltságról és mindarról, a mi a katonai intézménnyel összefügg és beismerte, hogy a katonai kórházban *túlözta a baját és súlyosabb idegbajt igyekezett utánozni*, csak hogy a katonai szolgálatra alkalmatlannak minősítsék; kijelentette, hogy el van szánva bármilyen cselekedetre, sőt kész inkább öngyilkossá lenni, sem hogy ismét katonai hatóság elé kerüljön.

És ezen irtózása a katonaságtól még sokszorosan fokozta félelmi érzeteit, midőn, tekintettel állandóan nyugodt magaviseletére, saját kérelmére feltételeken az intézetből elbocsátott, mert az utóbbiban nagyobb biztonságban érezte magát, míg künn folyton attól rettegett, hogy igazolásra szólítják fel, avagy behívják a katonasághoz. Egy-egy ártatlan megjegyzés vagy kérdés, amelyet idegen vagy ismerős katonai szolgálatára vonatkozóan minden hátulso gondolat nélkül hozzá intézett, őt teljesen kihozta a sodrából, azt szemtelen tolakodásnak nézte és célzást látott benne arra, hogy hadkötelezettsége elől bujkál.

*

Az esetnek nosologiai és lélektani megértése nehézségbe alig ütközik.

A legutóbb kiemelt jelenségben egészen világosan látjuk fejlődési kezdetét a Wernicke-féle körülírt autopsychosisnak, a már említett vonatkoztatási tébolynak, amelynek magvát a katonaságtól való félelem tülemelkedő eszméje hintette el. E mag fejlődésnek indulhatott, mert kedvező talajra akadt a beteg psychopathiás egyéniségében, amely

már előbb lehetővé tette, hogy a besorozás indulattelt élményéből maga a szóbanforgó tülemelkedő eszme életre keljen.

Ezen tülemelkedő eszme hatása alól a beteg magát kivonni nem tudta. Ösztöne, érzése, gondolkodása, cselekvése teljesen ezen hatásnak hódolt, úgy hogy idegbajának szándékosnak vélt túlzása és bizonyos körtüneteknek saját hite szerint akaratlagos színlelése valójában csak az ő psychopathiás egyéniségében gyökeredző kóros jelenségeknek önkéntelen, sőt rákényszerített fokozása volt, éppúgy mint amilyen önkéntelen és rákényszerített a hysteriának minden megnyilvánulása.

Amidőn a külső viszonyok rá nézve kedvezőbben alakulnak és az a veszély, hogy megmarad katonának, csökken, csökken egyúttal a tülemelkedő eszme hatása is és a kóros jelenségek leszállnak rendes színvonalukra; mihelyt a katonasághoz való behívás veszélye némileg előtérbe lép, a tülemelkedő eszme ismét nagyobb mértékben vesz rajta erőt, úgy hogy vonatkoztatási téveszmeszerű gondolatokat érlel meg benne. Úgy vélem, hogy a külső viszonyokhoz való emez alkalmazkodás is megkülönbözteti a tülemelkedő eszmét a valószínű téveszmétől, a melynek fennállását, erejét és hatását a külső viszonyok alig befolyásolják.

*

A vázolt három esetnek egészében való áttekintése mutatja, hogy bármennyire különböznek is egymástól az azokban megnyilvánuló tünetcsoportok, mégis több közös vonás egymáshoz fűzi a három esetet. Mind a háromban öröklésileg terhelt psychopathiás egyénnel van dolgunk, akiben egy indulattelt élmény kapcsán egy tülemelkedő eszme fejlődik ki, a melynek tartalombeli azonosságát csak mellesleg említem, mert ez csak casuistikai szempontból érdekes, de elvi jelentőséggel nem bír. Ezen tülemelkedő eszme mind a három esetben egy psychogen tünetcsoportot vált ki, amelynek keretében részben tudatosan, részben tudat alatt létrejött túlzással és színleléssel találkozunk. De még ott is, ahol e színlelés, a melyen egyúttal a túlzást is értem, tudatosan történik, hiányzik az eredetileg fennállott színlelési szándék keresztülvitelében az a teljes cselekvési szabadság, amelynek alapján a színlelést szabad akaratbeli műveletnek lehetne tekinteni; inkább azt látjuk, hogy a beteg kóros izgalom és kényszer hatása alatt cselekszik, úgy, hogy e színlelést kóros lelki tényezők által előidézett folyamatnak, kóros reakciónak kell tekintenünk, a mely az illető egyénnek oly tulajdonsága alapján jött létre, a melyet *Birnbaum*¹⁷ psychogen dispositionnak nevez.

Ily kóros reakciónak, ily tudatos, de mégsem akaratlagos folyamatnak analogiáját látjuk pl. az epilepsziás betegen, a ki egy szivarvég miatt véresre veri betegtársát, vagy a mániás betegen, a ki az izgatottságát, nyugtalanságát és erőszakosságát az ápoló személyzet részéről tapasztalt állítólagos hanyagsággal okolja meg. Mind a két beteg teljes tudatában van az ő viselkedésének, de e viselkedés, amelynek izgatott, erőszakos jellege semmi arányban sem áll az okul felhozott körülménnyel, nem megfontolás és szabad elhatározás eredménye, hanem kényszerűséggel a beteg lelki structurájából fakad.

Távol vagyok attól, hogy az ismertett három esetből bármilyen irányban és a legkevésbé is általánosító következtetést akarjak levonni, de több okból is érdemesnek véltem az esetek behatóbb tárgyalását. Az egyik eset mutatja, hogy kellő mérlegelés és bizonyos kóros tünetcsoportok ismerete nélkül könnyen színlelésnek minősítjük azt, a mi kifejezetten kóros folyamat; a másik két eset viszont például szolgálhat egyfelől arra, hogy a túlzás és színlelés, amely kóros tünetcsoportok keretében előfordul, elkerülheti az észlelő figyelmét és mint olyan fel nem ismertetik; másfelől arra, hogy beismerés és tudatosság dacára a túlzás és színlelés kóros természetű lehet. Mind a három eset pedig némi bepillantást enged azon lelki mechanismusba, amely a tudatos

¹⁷ *Birnbaum*: Zur Frage der psychogenen Krankheitsformen. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych., Orig. I. és VII. kötet.

vagy tudatalatti, de mindenképpen kóros színlelést eredményezi és újból is óvatosságra int a tiszta, vagyis a kóros tényezőktől ment színlelés megállapításakor.

De szükséges az óvatosság az ellenkező irányban is, mert nem zárkozhatunk el az elől, hogy a „tülemelkedő eszme“ fogalma, illetőleg annak szerepe a kóros színlelés előidézésében veszélyes felfogásnak is nyithat utat a gyakorlatban. Kétségtelen ugyanis, hogy akár valamely fenyegető bajnak elhárítása, akár valamely előny megszerzése legyen is a színlelés célja, mindenképpen csak fontos, vagy legalább is fontosnak tartott körülmény indíthat valakit arra, hogy elmebajt színleljen; mindenképpen oly indíték működik közre a színlelésre való elhatározásban, amely az illető egyén gondolatvilágában többé-kevésbé kiemelkedő helyet foglal el és így hiányos észlelés folytán és felületes bírálat mellett, vagy esetleg kevésbé jóhiszeműen is szándékos félremagyarázás útján minden színlelést is tülemelkedő eszmére lehetne visszavezetni és kórosnak nyilvánítani. De az a körülmény, hogy bizonyos ok, bizonyos tényállás az egyénre nézve fontos és ezen fontosságánál fogva az ő gondolkodását többé-kevésbé kitölti és cselekedeteit befolyásolja, még nem meríti ki a „tülemelkedő eszme“ fogalmát. Ehhez még mindaz szükséges, amit az előbbieken az ily eszmét életre keltő élményre, az ezzel kapcsolatos indulatra, az általa gyakorolt állandó hatásra és az illető egyén egész lelki mivoltára nézve behatóan kifejtettünk. Ennek megállapításához azonban kellő ismeret, megfelelő tapasztalat, lelkiismeretes vizsgálat és elegendő idő kell.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A háborús étkezés befolyásáról a diabetesre ír *Falta*. A fehérjében szegény, szűkös étkezés könnyű és közepes súlyos esetekben előnyösnek mutatkozott. Súlyos esetekben végzetes a zsírhiány. Foudroyans lefolyás, a melyet előbb nem igen észleltek, a háborúban nem volt nagyon ritka. A frontszolgálat okozta lelki megrázkódtatásokra és túlerőltetésre visszavezethető háborús diabetes létezésének kérdését a szerző nyitva hagyja. (Wiener klin. Wochenschrift, 1919, 15. sz.)

Sebészet.

Lépszerű képleteknek a hasürben való megjelenéséről splenektomia után ír *L. Stubenrauch*. Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy lépexstirpatio után az életre nagyobb veszedelem nem származik. Évtizedekig majdnem minden kellemetlenség nélkül élhetnek az ily egyének. Némely esetben azonban a nyirokerekek megnagyobbodását, valamint fájdalmakat a csöves csontokban észleltek, a mit a lépműködés kieséséből magyaráztak. *Faltin* és e cikk szerzője már évekkal ezelőtt azt a megfigyelést tette, hogy relaparotomia alkalmával a peritoneumon lencsényi-mogyorónyi nagyságú képletek mutatkozhatnak, a melyek szövettanilag a léphez rendkívül hasonlóak. A szerzők ez észleletükből arra következtetnek, hogy e képletek a lép funkcióját pótolják oly esetekben, a melyekben a vérkészítő szervek működése a lép hiányában nem kielégítő. (Ztrbl. f. Chir, 1919, 14. szám.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Gyermekorvostan.

A percutan tuberculin-reactio javításáról ír *Ham-burger* tanár és *Stradner*. Az a körülmény, hogy a percutan tuberculin-reactio eredményei akkor, mikor *Moro* eredeti módszere (tuberculin és lanolin egyenlő mennyisége) oda módosított, hogy tiszta tuberculin dörzsöltetett be, lényegesen javultak, azt a gondolatot ébresztette a szerzőkben, nem lehetne-e a tuberculinban foglalt víznek elpárologtatásával olyan koncentrációt kapni, mellyel a reactio még jobb ered-

ményeket adna. Kísérleteiket egy a súly állandósulásáig be-sűrített, szívós, gyantaszzerű tuberculinnal végezték. Végezték úgy cutan, mint percutan kísérleteket és azt találták, hogy míg a cutan reactio eredményei ezen sűrített tuberculinnal lényegesen nem javultak, addig a percutan reactio ilyen tuberculinnal nemcsak sokkal többször volt positiv, hanem maga a reactio is sokkal kifejezettebb volt. A szerzők tapasztalatai szerint az ilyen módon végzett percutan reactio eredményei jobbak a cutan reactióéinál, holott általánosan ösmert, hogy a rendes tuberculinnal végzett percutan reactio annak jóval mögötte marad. (Münchener med. Wochenschrift, 1919, 16. szám.)

Herskovits János dr.

Venereás betegségek.

Magas hőmérsékleteknek a spirochaetákra és az állatkísérleti syphilis tüneteire való hatását vizsgálta *R. Weichbrodt* és *F. Jahnel* (Frankfurt a. M.). Már régi tapasztalás, hogy hevenyészű lázas betegségek (orbáncz, typhus stb.) paralysises betegek állapotát olykor egy időre megállapodásra bírják sőt megjavítják. Ugyanaz a bizonyos fokig kedvező befolyás tapasztalható néha a syphilisnek másodlagos és harmadlagos szakában is. A szerzők e gondolatmenet alapján kísérletileg akarták megállapítani a magasabb temperaturák hatását a spirochaetákra. E célból házinyulak kísérletes heresyphilisét vizsgálták. A szerzők kísérleteik folyamán csakhamar reájöttek, hogy a lázas hőemelkedés előidézésére általánosan alkalmazott anyagok házinyulakon nem váltak be pontosan s így *Naunyn* eljárását követték, mely túlhevítésel hozza létre a test temperaturájának emelkedését. 41^o-ra beállított thermostatban elhelyezett házinyúl hőmérséklete ily módon már az első fél órában eléri a 42–44^o-ot. Az állatok néhány napon át naponként egy-két ízben félóra hosszat tartózkodtak a 41^o-os thermostatban. A házinyulak syphilises fekélyének spirochaetáin kezdetben alig venni észre változást. Rendszerint két nap múlva azonban már lényeges változás észlelhető. A spirochaeták mozgása gyorsan csökken, majd megszűnik, a mivel karöltve a spirochaeták számbeli lényeges csökkenése is jár. A spirochaeták azután csakhamar teljesen eltűnnek a készítményekből. Ugyanakkor a lueses primaeraffectio is gyorsan kezd visszafejlődni. A szerzők a szükséges állatanyag hiánya miatt mindeztideig nem tudták pontosan meghatározni, hogy mily magas hőmérsékletre s mennyi behatási időre van szükség, hogy a spirochaeták mind eltűnjenek s a primaeraffectio meggyógyuljon. Bizonyos azonban, hogy egyszeri 45^o-os átmelegítés nem mindig elegendő. Másfelől az is megállapított tény, hogy többszörös 43^o-ig menő hőemelkedés elegendő a teljes gyógyuláshoz. A szerzők tehát megállapították kísérleti úton, hogy magas hőmérséklettel a spirochaetákat eltűnésre és a házinyúl scrotumsyphilisét gyógyulásra lehet bírni. Természetes azonban, hogy e kísérleti eredmények nem vihetők át egyszerűen az emberre. Az optimismus túlkora volna. Az emberen eddig előidézett mesterséges hőemelkedések úgylátszik túlalacsonyok, hogy megfelelő jó eredménnyel járjanak. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 18. sz.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A nem specifikus epididymitistről ír *Kappis* tanár (Kiel). A mellékheregyulladás heveny alakjában leggyakrabban húgycsőgonorrhoea kapcsán fejlődik; elég gyakori a más eredetű húgycsőgyulladás kapcsán fejlődő is; előfordul továbbá haematogen úton fertőző betegségekben, főleg parotitis, influenza, himlő, typhus, malaria, sepsis eseteiben, nemkülönben közsvénnyel kapcsolatban. Az epididymitis idősült alakja vagy a heveny alakból fejlődik, vagy pedig gümőkóros természetű. A szerzőnek azonban alkalma volt az utóbbi 12 évben körülbelül tíz nagyobbrészt heveny, ritkábban félheveny és idősült epididymitist látni, a mely esetekben az előbb említett aetiológiai tényezők nem voltak kimutathatók. Genyesztő bacteriumok, többnyire bacterium coli található kórokozó gyanánt, anélkül azonban, hogy valamilyen oka a genyesztő bacteriumok elszaporodásának kimutatható volna. A heveny

szak a heveny lobos epididymitis szokott képét adja; a funiculus néha részt vesz a gyuladással folyamatban, máskor nem. Jobboldali esetekben fájdalmak lehetnek az appendix táján reflexes hasalfeszüléssel, úgy hogy heveny appendicitiszrel téveszthető össze a baj. A vizeletben csaknem mindig vannak leukocyták, eleinte többnyire bőségesen, továbbá subjectiv izgalmi jelenségek a hátulsó húgycső részéről. A mi a heveny esetek gyógyítását illeti, ez azonos a szokásos epididymitis-terápiával; nagyfokú duzzadás vagy tályogképződés esetén bemetszés válhatik szükségessé. Recidiva vagy a másik mellékhere megbetegedése megelőzésére hosszú ideig suspensorium viselendő. Kívánatos volna természetesen a tulajdonképpeni kórokozó befolyásolása, a mely bizonyára a hátulsó húgycsőben, a prostatában vagy a vesicula seminalisban székel; belső szerekkel és vaccinákkal azonban nem érünk el sokat, a helyi kezelés pedig az ilyen epididymitisre hajlamos esetekben maga válhatná ki a mellékhere gyuladását. Az idősült esetek gyakorlati jelentősége még nagyobb éppen a gümőkóros mellékheregyuladástól elkülönítésük nehézsége miatt; sokszor csak a próbaexcisio döntheti el a diagnosist és teszi esetleg elkerülhetővé a castratiót. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 20. szám.)

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

Epilepsia eseteiben *Pensky* jó eredménnyel használja a nirvanolt. Hatása körülbelül egyezik a luminaléval: a rohamok számát és erejét csökkenti és a psychére megnyugtató befolyású. Károsító hatása nincs, cumulatio napi 3-szor 0.15 gramm mellett nem volt kimutatható. (Mediz. Klinik, 1919, 15. szám.)

Az **eucodal** *Beck* szerint kitűnő fájdalomcsillapító és hypnotikus szer. Hatása ugyan nem erősebb, mint a morphiumé, ez utóbbival szemben azonban nagy előnye, hogy nincsenek káros mellékhatásai. A narcosis támogatására morphium helyett már csak azért is eucodal használandó, mert nem okoz hányást. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 16. szám.)

Agyeredetű makacs csuklás egy esetében *Stockmeier* feltűnő jó eredményt látott 0.15 gramm luminal használatától; a csuklás kb. 10 perc múlva megszűnt. A 3 nappal később ismétlődött csuklás ellen adott 0.3 gramm ismét prompte hatott; azóta (kb. egy hónapja) a csuklás nem ismétlődött. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 16. szám.)

Ozaena ellen az eucupint ajánlja *Gassul*. Anaesthetikumok és szagosító anyagok hozzáadásával kenőcsöt készített, amely *gasozoen* néven kapható. A pörkök eltávolítása után ezzel a kenőccsel átítatott tampon helyezzünk be 30 percze. A kúrához 20—30 tamponálás szükséges. Recidiva esetén a kúra megismétlendő. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 11. szám.)

Súlyos vérzés eseteiben az érrendszer üressége okozta veszély elhárítására *von den Velden* az ú. n. histogen értelitést használja, vagyis hypertoniás (5—10%-os) konyhasó-oldat 100 cm³-ének intravenás befecskendezését, a mi által szövetfolyadék és nyirok vonatik a véreerekbe; ezenkívül a vér alvadésképpessége is fokozódik. A hatás természetesen csak múló, de mindenesetre időt nyerünk, míg más, nagyobb előkészületet igénylő eljárásokat alkalmazhatunk. (Zentralblatt für Herz- u. Gefäßkrankheiten, 1919, 6. szám.)

Hegszövet megpuhítására *Duschak* jó eredménnyel használja a chlorcholin 2—5%-os oldatának befecskendezését a heg köré és alá, medico-mechanikai kezeléssel (hőalkalmazások, massage, gymnastika) egybekötve. A befecskendezések néhány napos időközökkel többször megismételhetők. Ritkán észlelhető mellékhatásként vérnyomáscsökkenést, tachycardiát (100—120 érverés percenként), szédülést említ a szerző; egy esetben rövid ideig tartó syncope állott be, egyébként káros következmény nélkül. Czélszerűbb inkább nagyobb mennyiséget befecskendezni, mint az oldat töménységét fokozni. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1919, 18. szám.)

A gyomorrák új jelére hívja fel a figyelmet rövid előzetes közlés alakjában *J. Braun*. Azt találta ugyanis, hogy abban a szögletben, a melyet a diaphragma a gerincoszlop-pal alkot, gyomorrák eseteiben egy kis tompulat mutatható ki közvetlenül a gerincoszlop mellett jobb-, bal- vagy mindkétoldalt; más gyomorban sohasem volt található ez a tompulat. Főleg akkor lenne nagy jelentősége ennek az új jelnek, ha — a mint eddigi vizsgálatai alapján a szerző gondolja — a betegségnek már korai szakában kimutatható volna. Alkalmassint regionarius nyirokmirigyek okozzák a jelzett tompulatot. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1919, 22. szám.)

Influenza ellen *Salomon* a *malafebrin* nevű szert ajánlja, a mely bacteriumölő componens gyanánt pitayinum sulfuricumot, a toxinok ellen pyrazolon phenyl-dimethylcumot, a leukocytosis fokozására calcium phosphoricumot, tonusozó alkotórész gyanánt pedig theint tartalmaz. A „Cefadosa“ vegyi gyár (Frankfurt a. M.) hozza forgalomba tableta-alakban. Súlyosabb esetekben az első napon 4—5, majd a másodikon 3 tableta veendő be és kisebb adagban még azután is néhány napig folytatandó a használata. Az e szerrel kezelt 1000 eset halálozási százaléka 0.6 volt. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 20. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Orvosképzés, 1919, külön szám. *Rosenthal Jenő*: A gyomor és a duodenum ulcusainak tünettanáról és gyógyításáról.

Gyógyászat, 1919, 23. szám. *Márton Adolf*: Adatok az erysipelasnak teinjekciókkal kezeléséhez. *Révész Vidor*: A projectil-lokalizálás néhány kérdéséről; a Röntgen-operatőr.

Budapesti orvosi ujság, 1919, 24. szám. *Pfeiffer Ernő*: Adatok a hólyag idegentesteinek pathológiájához. *Wolf Gyula*: A háborús hörghurutról.

Vegyes hírek.

Az **orvosi továbbképzés központi bizottsága** a háború folyamán rokkanttá váltak és üzemi baleset következtében sérültek munkaképességszökkenésének megítéléséről június hó 23-ától 28.-áig orvosi továbbképző tanfolyamot rendez. Az előadások d. e. 1/29-től 1/2-ig és d. u. 5-től 6-ig tartanak. Előadók *Babó Samu* (röntgenológia), *Décsi Imre* (idegbajok), *Fleischmann László* (fülészet), *Friedrich Vilmos* (belső bajok), *Hahn Dezső* (általános rész), *Lévai József* (sebészet), *Lévy Lajos* (belső bajok), *Neubauer Adolf* (orr- és gégebajok), *Scholtz Kornél* (szemészet) és *Török Lajos* (bőrbajok). A tanfolyamra a bizottság hivatalában (Budapest, VIII., Mária-utca 39) lehet jelentkezni.

Népjóléti ministerium felállítását határozta el Poroszországban; vezetőjévé *Stegerwald* van kizemelve.

Az **új hamburgi egyetem** orvosi karán rendes tanárok lettek a következők: *Albers-Schönberg* (röntgenológia), *L. Brauer* (belorvostan), *W. Ph. Dunbar* (hygiene), *E. Fraenkel* (körbonczolástan), *O. Kestner* (physiologia), *H. Küpimell* (sebészet), *B. Nocht* (tropusi betegségek), *W. Weygandt* (psychiatria), *H. Wilbrand* (szemészet), *F. Meves* (anatomia) és *A. Bornstein* (élet- és körvegytan).

A **német népesedéspolitikai bizottság** *Abderhalden* tanár elnöklésével tartott gyűlésén javaslatba hozta a socialis hygiene kötelező tanítását és vizsgatárggyá tevését, továbbá az általános gyógytannak úgy elméletileg, mint gyakorlatilag kiterjedtebben tanítását, végül a test- és egészségápolás szempontjából nagyfontosságú játszó-, torna-, sporthelyek, nemkülönben a levegőfürdőzést lehetővé tevő berendezések létesítését minden községben.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró légkészlőlékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Hőhensonne. Quarziámpa.

Dr. Forbát bakteriológiai, serológiai és vegyi orvosi laboratoriuma

VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121—02.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérumentézet r-t. Budapest.

VI. ker., Teréz-körút 31. sz. Telefon 20—19.

Kurzusok: Laboratoriumi diagnosztikai eljárások.

Oltóanyag- és szérumentézet termelési methodika.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest.

VI. ker., Andrassy-ut 55. Telefon 87—73.

Orvosi laboratorium Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika.

Szövetség-utca 14—16. Telefon: József 16-03.

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.

Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis — bennútsok, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (VII. rendes tudományos ülés 1919 április 5.-én. VIII. rendes tudományos ülés 1919 márczius 12.-én) 270–271. lap.

Budapesti Orvosegyesület.

(VII. rendes tudományos ülés 1919 április 5.-én.)

Elnök: Buday Kálmán.

Jegyző: Csiky József.

Hólyagdiverticulumból per urethram eltávolított
katheterdarab.

Pfeiffer Ernő: K. E. 74 éves, prostatahypertrophia okozta abszolút retentióban szenvedő beteg. Önmagát csapolja. Ezelőtt 3 hónappal Thiemann-katheterjének vége bentört a hólyagban. Azóta állandó tenesmus, kínzó görcsök. Szakorvos tükrözte, a hólyaglelet negatív volt. Röntgennel állítólag pozitív lelet, de a beteg véres műtétbe nem egyezett. Most fájdalom miatt a bemutatóhoz fordult. Cystoskopi vizsgálat: A capacitas normalis, a hólyagnyálkahártya főleg a trigonumon belülről, szenczafatokkal fedett. Nagyfokú prostatahypertrophia. A beteg állhatatosan megmarad amellett, hogy a catheterdarab a hólyagban van. Újlag tükrözés, ekkor észrevett az előadó a jobb ureternyílás fölött és tőle laterálisan egy kis nyílást, melyet diverticulumnak értelmel. Enyhe nyomással tágitva a cystoskop csőrével, végre bejut egy hosszú diverticulumba, melynek alján meglátja a körülbelül 3 cm. hosszú catheterdarabot, mely a div. alapját tölcészerűen kifeszíti. Minthogy a beteg a sectióba nem egyezett, megkísérli az endovesicalis eltávolítást a Wolf-Pingleb-féle operáló cystoskoppal. A műtét nehézségei jelentősek. A nagy prostata az aránylag rövid műszer mozgását rendkívül megnehezíti. Másrészt az optikai rész vesicalis vége és a cystoskop csőre közt több mint 2 cm. distantia van. A műszer bevezetése tehát csak olyképp történhet, hogy előretolt optikával a div. nyílását fixálta, a cystoskop csőrére odatámasztotta s most az optikát visszahúzza, sötétben tapintással iparkodott a cystoskoppal a diverticulumba jutni. Ez végre sikerült is. Minthogy a hólyagot erősen töltötte, a diverticulumban, melyet az alapján rögzített catheterdarab tölcészerűen kifeszített, elég tér s folyadék volt, hogy az optikát előretolva, dolgozni lehessen. A catheter erősen incrustált volt s a húgysók a div. falához rögzítették, itt a cystoskop csőrének éles széle jó szolgálatokat tett. Végre sikerült a catheterdarabkát felegyenesíteni; megragadása s a hólyagon, urethrán való eltávolítása most már nem okozott nehézséget. Az eset a diverticulum irodalmában egyedülálló. Fontos diagnostikai szempontból is, mert megmagyarázza, hogy az egész bizonyossággal a hólyagba jutott idegentestek — melyeket a cystoskopi vizsgálat a hólyagban nem talál — néha hova jutnak. Ilyen esetekben okvetlen gondolni kell a prostatahypertrophias és fertőzött hólyag eseteiben elég gyakori szerzett diverticulumokra. Másrészt, ha csak lehet, ne a véres utat válaszzuk; az endodivicularis extractio, bár technikailag nehezebb, mégis, mint a fenti eset bizonyítja, sikerülhet s ambulanter elintézhető.

A kötőszerek pharmacológiájáról.

Belák Sándor: A kötőszerek a legáltalánosabban használt gyógyító tényezők; annál feltűnőbb, hogy hatás módjukról vajmi keveset tudunk. Eddig csak a sebfelületek megvédésének és a felszívó hatásnak tulajdonítottak jelentőséget a nélkül, hogy utóbbinak mélyebb értelmezést tudtak volna adni. Kérdés: fejthetnek-e ki a kötőszerek szorosabb értelemben vett gyógyító hatást? Ilyenről egyelőre csak fertőzött sebeknél lehet szó, amelyeknél t. i. a bacteriumoknak és toxinoknak megkötése kétségkívül gyógyítás számba megy. Magát a sebek gyógyulásának biológiáját mélyebben nem ismerjük, azért nem tudjuk, hogy ez milyen módon volna befolyásolható.

Amennyiben a kötőszerek pharmacologiai hatásokat fejtenek ki, ez csak tágabb értelemben vett mechanikai hatá-

sokban, az adsorptióban keresendő, minthogy chemiailag teljesen indifferens anyagokról van szó. Az adsorptio fogalmának rövid ismertetése után az előadó utal arra, hogy a kötőszerek, mint tömegükhöz képest nagy felülettel bíró finom eloszlású testek, alkalmasnak látszanak arra, hogy adsorbensek gyanánt szerepeljenek. Vizsgálatai oda irányultak, vajjon a kötőszerek adsorbeálnak-e csakugyan itt tekintetbe jövő anyagokat. E kérdéshez kapcsolta a különböző, nevezetesen békebeli és háborús kötőszerek viselkedésének megvizsgálását abból a célból, hogy értékük esetleg már a laboratóriumban is meg legyen állapítható.

Festékek közül a kötőszerek a basisos festékeket (methylenkéket) adsorbeálják, a savanyú festéket (indigocarmint) nem. A papirgyapot erősebben adsorbeál, mint a kötőgyapot és az utóbbi erősebben, mint a gaze. A háborús kötőgyapot, mely lenfonalakkal volt szennyezve, erősebben adsorbeál, mint a tiszta árú. Ugyanez áll a békebeli és a háborús gazera vonatkozólag is.

Fermenteket is adsorbeálnak a kötőszerek és kifejezett antifermentatív hatást fejtenek ki; a caseinemésztés kötőszere jelenlétében gyengébb. Pepsint a papirgyapot adsorbeál erősebben és ennek megfelelőleg antifermentatív hatása is erősebb, míg a trypsinnél a sorrend fordított.

A toxinadsorptiót a toxinszerű ricinnel vizsgálta. A kötőszerevel összehozott ricin a vörös vérsejteket gyengébben agglutinálta, mint az eredeti oldat, tehát ricin kötődött meg.

A bacteriumadsorptiót colival és straphylococussal vizsgálta és azt találta, hogy az utóbbi a kötőszerek általában erősebben adsorbeálják. A míg a gyapot és a papirgyapot hatása közelítőleg egyenlő, addig a gaze jóval gyengébb.

A papirgyapot sokszor erélyesebb adsorbensnek mutatkozott, mint a jó minőségű kötőgyapot. Ebből azonban nem lehet azt következtetni, hogy kötőszere is alkalmasabb volna, mert fontos az, hogy természetes körülmények között mennyiben vannak megadva ezen hatások kifejtésének lehetőségei. Ezek attól függenek, hogy a sebváladék a kötőszerevel milyen nagy felületen érintkezhetik, vagyis, hogy a kötőszere milyen erővel tudja a váladékot felszívni. Ebben a megvilágításban a capillaritás mélyebb értelmet nyer.

A capillaritas új módszerrel vizsgáltatott meg és kitűnt, hogy a papirgyapot és a gaze capillaritása messze a gyapoté mögött marad, tehát ezzel az utóbbinak esetleg gyengébb adsorptióját ellensúlyozni s talán túlszárnyalni is tudja.

A kötőszereknek tehát valóban vannak olyan hatásaik, amelyek mint direct gyógyító tényezők szerepelhetnek, de ezek a nézőpontok kilátást nyújtanak arra is, hogy az adsorptiónak sajátos irányban történő megvizsgálásával a sebkezelést is sajátos irányba tereljük olyan értelemben, hogy az egyes fertőzésekben más-más alkalmas adsorbent vegyünk igénybe, például hintőporok alakjában, a mely utóbbiak physikai sajátágaiknál fogva szintén adsorbeálnak. Ma ezen vizsgálatok eredménye az, hogy olyan vezérfonál van a kezünkben, amelyet követve hasznos eredményeket érhetünk el a sebek kezelése terén és hogy a kötőszerek értékének elbírálását illetőleg nem vagyunk teljesen az empiriára utalva.

Szontagh Félix: Kérde, mennyire befolyásolta a medium savanyú alkáli-tartalma a kötőszerek ferment megkötő képességét. A fehérjék, speciell a casein mesterséges tryptikus emésztését illetőleg mellékesen megjegyzi, hogy a casein peptikus emésztése nem egészen analog a casein peptikus emésztésének folyamatával, mely utóbbi a tehéntejnél egy emészthetetlen rész — pseudocucin — hátrahagyásával végződik, míg a casein tryptikus emésztése bonyolultabb folyamat, amennyiben a tryptikus emésztésnél a casein eleinte teljesen oldódik s csak később válik ki meg nem emésztett részlet.

(VIII. rendes tudományos ülés 1919 április 12.-én.)

Elnök: Tóth István.

Jegyző: Csiky József.

Wilson-betegség (progressiv lenticularis degeneratio) esete.

Focher László: A szóban levő megbetegedésnek különös érdekességet ad, hogy a betegség typosus esetei az associatio és kritikai képességek csökkenésétől feltételezett gyerniekességben, fokozott suggestibilitásban, gondtalanságban, eupóriában, primitív gondolkodásban nyilvánuló psychés elváltozást mutatnak, anélkül, hogy ez elváltozások anatómiai substratumát egyéb tapasztalatainknak megfelelően a nagyagyvelő kérgében megtalálják.

A 23 éves nőtlen gyógyszerész gonorrhoeán s következményes gonitisen kívül előzetes betegséget, terheltséget tagad. Kb. heti egy liter bort fogyasztott. Ezelőtt kb. 2 $\frac{1}{2}$ évvel kezei, ha használni akarta őket, remegni kezdtek. A reszketés csakhamar erősbödött, symmetriássá vált és fokozódott, majd állandósult. Mult év őszén *Gonda* módszerével eredménytelenül kezelték, egyéb kezelésben nem részesült.

1918 december 13.-án zsigerei kopogtatásra, hallgatódzásra és tapintásra épek, tengéleti functiói zavartalanok. A vizeletében kóros alkotórész nincs. 100 gr. cukor fogyasztása után az első vizeletben cukor jelenik meg (*Wilhelm dr.*). Fehér vércépe eosinophiliát (9%) és mononucleosist (7%) mutat (*Klein dr.*). Vérsérumának *Wassermann* szerinti reactiója (március 26.) negatív (*Sulzer dr.*). Szemfenéke ép (*Rados dr.*).

A beteg végtagjait erősen addukálva s némileg flektálva fekszik és ül. Járása bizonytalan. A fejével biccentő mozgásokat végez, végtagjaiban pedig többnyire symmetriás, emotióra s intendált mozgásra a nem igénybevett izmokban is fokozódó, de még alváskor is csak kis időre teljesen szünetelő nagy kilengésű clonusokat figyelhetünk meg. Beszédkor a bal száj-facialis kissé elmarad. Protrusio bulbi és Graefe jelezzve. A beszéd lassú, szótagoló, monoton; az arczkifejezés egyhangú, mosolygó.

Hangulata állandóan megelégedett, emelkedett. Megragadó s megtartó emlékezése kifogástalan, illetve kielégítő; combinativ s kritikai képessége csökkent, associatioi sekélyesek, erős perseveratiót és stereotypiát mutatnak. Optikai szörfogása hemzseg a perseverativ illusióktól. Az izmok és az idegek elektromos ingerlékenysége normalis s egyéb kóros tünetek is hiányoznak. Különböző psycho- és chemotherapiás kísérletektől befolyásolatlanul a clonusok, a spasmusok és a psychés defectus súlyosbodtak, egyébként állapota nem változott.

A prognosis teljesen infaust. Az eddig észlelt betegek 4 hónap—7 év alatt inanitióban (dysphagia) vagy szövőd-ményekben (bronchopneumonia) elpusztultak. Bonczoláskor májcirrhosist s a lencsemagvakban symmetriás neuroglia-pusztulást, gliosist és üregképződést találtak, a lenticularis pályákban pedig II. degeneratiót.

A betegség aetiologiája és lényege ismeretlen. Lehet, hogy a májmegebetegedés az első s hepatotoxinok betegítik meg a lencsemagvakat. Az intoxicatiós eredet mellett volna a psychés elváltozás is, ha az agy-localisatióra vonatkozó ismereteink minden pontja szilárd volna.

Benedict Henrik: Hozzájárul az előadónak ama nézetéhez, hogy olyan syndromával állunk szemben, mely a nagy törzsganglionokban — nucleus caudatus, lencsemag — lokalizált kórfolyamatától függ. Bármielyen tiszta ez a syndroma: ahhoz, hogy a Wilson-betegséggel azonosítsuk, még nem teljesen elegendő. A kórfolyamat már egy év óta áll fenn és mindamellett még nem látja a progressivitást elég kifejezettnak. Mivel pedig a Wilson-féle progressiv lenticularis elfajulásnak a forrása mindenkor a májnak egy endogen, degenerativ, cirrhosisa vezető folyamata, fontos volna e szerv fizikai és functiobeli eltéréseit jelen esetben behatóbban elemezni.

Az előző években elsősorban, ez évben halmozva észlelt eseteket, melyekben lázas, influenzaszerű prodromák után olyan körképek fejlődtek ki, melyek a heveny Parkinson-kór, máskor a heveny pseudobulbaris paralysis tüneteit mutatták. Ezek néha több havi fennállás után javulásnak indulnak, máskor pedig állandósulnak és a szellemi élet hanyatlásával járnak. Kétségtelen, hogy ez esetekben mikrobák vagy mikrobás toxinok által okozott disseminált encephalitis góczokat kell a törzsganglionokban felvennünk, bár az esetek legtöbbszörében olyan tüneteket is látunk, melyek a cortico-spinalis tractus laesiójára vallanak: múlóan egy-egy pozitív Babinski-t, lábclonust stb. De ezek a tünetek a lenticularis tünetekkel szemben háttérbe szorúlnak.

E tünetekből is kiderül, hogy nem minden lenticularis syndroma azonos a Wilson-betegséggel, mely nem syndroma, hanem egy aetiologice determinált kórkép. Azért a kórjelzés megállapításakor a Wilson-féle postulatumokhoz kell ragaszkodnunk.

Focher László: A máj physicalis vizsgálati elváltozást nem mutat. A functionalis vizsgálat, mint az előadásban is említette, megtörtént s csökkent cukorbonlóképeséget mutatott. Ami a betegség tartamát illeti, ez *Wilson* statisztikája szerint maximalisan 7 év. A diagnosis ellen tehát nem szól az, ha a betegség 2 $\frac{1}{2}$ év alatt nem ért el terminalis végéhez. A progressio az anamnesis szerint megvan. A 4 $\frac{1}{2}$ hónapos megfigyelés alatt a motoros jelenségek lassú progressióját véli az előadó megállapíthatni. A psychés tünetek progressiója számszerűleg is megállapítható.

Módosított mellkascsapoló készülék.

Tornai József: A mellkas csapolását általában szívás útján szokás végezni. A szívásra berendezett mellkascsapoló készüléknek többféle alakját használják. A bemutató a mellkas megcsapolására nemrégben egy újabb eszközt szerkesztett. Ennek leglényegesebb alkotórésze egy kis szárnyszivattyú, amely ipari, gazdasági és kereskedelmi célokra már régóta általánosan használnak. A szivattyút egy kis emeltyűkarnak egyenletes, lassú ide-oda mozgásával tartják működésben. A készülék a próbacsapolást egészen feleslegessé teszi, illetőleg magával a készülékkel egyúttal a próbacsapolás is végezhető. Az eszköz segítségével a szívás erejét a szükséghez képest, tetszés szerint fokozhatjuk vagy csökkenthetjük. A bemutató az eszköz segítségével már számtalan csapolást végeztet, és még sohasem hagyta őt cserben. Ezzel a készülékkel, hogyha éppen szükséges, akár minden idegen segítség nélkül, az orvos egyedül is elvégezheti a csapolást. Az eszköz nemcsak szívásra, de fúvásra is be van rendezve, azután pedig könnyen sterilizálható s így némi átalakítással a mesterséges pneumothorax előidézésére is alkalmazható. Az egész készülék megfelelő, lezárható szekrényében kényelmesen elhelyezhető és ezzel együtt könnyen szállítható. A szivattyú és az egész berendezés vételára még ma sem magas, mindenesetre alacsonyabb mint a többi, hasonló célokra használatos készüléké.

Perémi Gábor: Tisztán a gyakorló-orvos szempontjából kívánja megjegyezni, hogy minél egyszerűbb egy műszer, annál hamarabb lesz a gyakorlat közkincsévé. A bemutatót kiváló eszköz e tekintetben nem jelent haladást, mert beszerzése nehézkes; e tekintetben tehát legjobb a legegyszerűbb eszköz: egy punctiós tű s jó sebfeccskendő, melyet a tüvel rövid gummicso köt össze.

A kiürítendő folyadék mennyiségére vonatkozólag a sebészek álláspontját tartja helyesnek, kik az egész folyadékmennyiség eltávolítását ajánlják. Több esetben minden vélt rossz következés nélkül követte ezt az elvet.

Tornai József: A bemutató maga is említette, hogy ha szükséges, a mellkascsapolást akár a legprimitívebb eszközzel is lehet, sőt sürgető esetben, egyéb eszköz híján, ilyenkor *kell* is végezni. Azt sem mondta, hogy bemutatót eszköze a punctiós készülékek között a legtekélyesebb, de erősen állítja, hogy készüléke semmiképpen sem komplikált, sőt egyszerű. Ezzel az eszközzel már számtalan csapolást végeztet, a nélkül, hogy a működésével szemben a legcsekélyebb kifogást tehetné.

PÁLYÁZATOK.

441/919. szám.

A vezetésem alatt levő közkórházban lemondás folytán megüresedett két alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az alorvosok javadalmazása évi 2000 korona, a kórházban lakás, fűtés, ételmezés s az engedélyezett háborús és drágasági segély. A kinevezés két évre szól, de meghosszabbítható, a kinevezett alorvos a vármegyei nyugdíjintézet tagja. Magánygyakorlat csak annyiban van helyben megengedve, a mennyiben a kórházi szolgálatot nem sérti.

Ha az állás előléptetés útján töltetnek be, a megüresülő segédorvosi állások javadalma 1200 korona évi fizetés, a kórházban lakás, fűtés, ételmezés s az engedélyezett háborús és drágasági segély. A kinevezés két évre szól. Magánygyakorlat nincs megengedve. Távozás négy héttel előbb jelentendő.

Más pályázó hiányában segédorvossá kórházi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők.

A folyamodványok a Somogy vármegyei directoriumhoz intézendők s a kórházvezetőségnek nyújtandók be június hó 15.-éig.

Kapósvár, 1919 május hó 27.-én.

Szigethi-Gyula Sándor dr., kórházvezető.



30 évnél több,

hogy a diphtheria Sozodol-Natrium plv. sbt., Flor. sulf. aa-val porfuvó által 3-4 óránként való kezelése bevált.

„Annyi bizonyos, hogy valamennyi kollegák, kik ezen gyógykezelést gyakorolták, egyetértenek velem, hogy... a mortalitás ezen lepadatása által ezen kezelési mód a többieket túlszárnyalja. Épp oly érthető azon tény, hogy gyerekek, kik ugyanazon betegszobában laktak és prophylactice „Sozodol“-Natrium befúvásokkal kezeltettek, diphtheriában nem betegedtek meg.“
(Wien. Klin. Wochenschr., 43. sz.)

Külön brosur D és kísérleti mennyiséget az orvos uraknak díjmentesen küld H. Trommsdorff, vegyi gyár, Aachen 8 U.

Merjodin csecsemők syphilisénel.

A Lilienfeld pótberendezések és a kombinált Lilienfeld-Röntgen: „Radio-Silex“

készülékek magyarországi egyedárusítója

Ericsson magy. villamo sági r.-t.
ezelőtt: Deckert és Homolka
Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28-09, 89-64.

Röntgen-csővek, lemezek stb. állandóan raktáron.

Az igen tisztelt orvos urak figyelmébe.
Ajánljuk újonnan bevezetett ideális és biztos hatásu

Szt. János pezsgő keserűvizesó tablettáinkat.

E tabletták langyos vízben effervescálva tökéletesen oldódnak, könnyen széjjel esnek, igen kellemes savanykás ízűek, enyhén és biztosan hatnak. Indicálva vannak mindazon esetekben, ahol az anyagcsérét fokozni és a bélrenyheséget szüntetni akarjuk. Egy tablettá egy deciliter langyos vízben oldva, megfelel egy deciliter keserűvizesnek.

Kivánatra mintákat szívesen küldünk.

PLUTÓ magyar tablettagyár és orvos-gyógyszerészeti cikkekét készítő vállalat.
Budapest, I., Verpeléti-ut 14. szám. Telefon: József 88-00.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérum-intézet r.-t.
Budapest, VI., Teréz-körut 31. sz.

HIMLŐNYIROK.

Szérumok

Typhus, cholera, tetanus,
meningitis, diphtheritis,
gonococcus,
streptococcus,
staphylococcus stb.
fertőzések ellen.

Védőoltóanyagok
(Vaccinák)

Telefon 20-19.

Sürgőnyezim: Pápay-oltóintézet.

DAVOS-SCHWEIZ

Egész évi
klimatikus gyógyhely



Vasuti állomások: Davos-
Platz és Davos-Dorf.

Legjobb gyógysikerek

acut és idült-hurutos és infiltratív tüdő-
affectiók, idült hörghurut, pleuritis és an-
nak maradványai, asthma nervosum, skro-
fulosis, chlorosis, neurasthenia, malaria,
Basedow-betegség, reconvalescentiánál.

Értesítés és prospectusokat küld:

Verkehrsverein Davos.

1500-tól
1800 m.-ig a t. sz. f.



1918-ban 18.939 vendég
1,045.559 lakott nappal.

JOD EBAGA

(Prof. Dr. MATZENAUER R. tanár előírása szerint)

zsírmentes, resorptiós kenőcs minden százalékban.

Utolérhetetlen helyi jódhatás.

Kiváló bactericid erő.

Gyors, mély hatás, anélkül, hogy a bőrt mortifikálná.

Dr. BAYER és Társa, Budapest, IX., Rákos-uteza 17.

ORVOSI HETILAP



Szerkesztőség:
IX., Knežits-utca 15.

MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

ANTAL GEZA és HÓGYES ENDRE.

Kiadóhivatal
IX., Knežits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap
2¹/₄—3¹/₄ lven.

Egyes számok kaphatók Kilián
Frigyes egyetemi könyvkeres-
kedésében (Váci-utca 32 sz.)
Egyes szám ára 1 korona.

LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ

Küldemények és előfizetések czíme

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knežits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETŐFI" Irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

Előfizetési árak:
helyben és vidéken
egész évre... 40 k r
fél évre... 20 "
negyed évre... 10 "
Orvostanhalgatók, szigorító
orvosok és a kötelező kórház
gyakorlatot teljesítők a felét
és a portót fizetik.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Donath Gyula: Közlemény a budapesti „Gondviselés“-kórházból. Az arithmomiáról. 273. lap.
Sellei József: A XVII. számú budapesti helyi kórház bőrgyógyászati osztályáról. Az ezüstsárván. 276. lap.
Eisenmann Oszkár: Közlemény a fővárosi Szt. István-kórház idegosztályáról. (Főorvos: Sarbó Artur dr., egyetemi tanár.) A talp izmainak villamos ingerlési pontja. 278. lap.
Fekete Sándor: Közlemény a budapesti magy. tud.-egyetem II. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár.) A magzatforgások mechanizmusa. 278. lap.
Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvostan. Zondek: A chinin-prophylaxisban részesül-

tek malariája. — **Grossmann:** A vérkeringési szervek viselkedése influenza-pneumonia eseteiben. — **Szüléset és nőorvostan. Hodiesne:** Az abortus-kezelés technikája. — **Bőrbetegségek. Fr. Lüthien:** Az érvágás, mint a „colloidtherapia“ egy része. — **Ideg-és elmekörtán. H. di Gasparo:** A tehérvérsejtek viszonya az epilepsziás tünetcsoport előtt, alatt és után. — **W. Morgenthaler:** A psychopathás magasabbértékűség kérdése. — **Kisebb közlések az orvostudományról. Heffter:** Az ampullákban levő gyógyszeroldatok eltarthatósága — **Bruhn-Fahraeus:** Haemoglobinuria paroxysmalis. — **Müller-Waldeck:** Az influenza prophylaxisa. — **Krummacher:** Styptisatum. — **Arnoldi:** Influenza. 280—282. lap.
Magyar orvosi irodalom. 282. lap.
Vegyes hírek. 282. lap.
Tudományos Társulatok. 283—284. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti „Gondviselés“-kórházból.

Az arithmomiáról.

Írta: **Donath Gyula** dr. egyetemi tanár, a „Gondviselés“ kórház tanácsadó ideggyógyosa és az Augusztá-barakkórház idegosztályának főnöke.

Oly kényszerképzetek (anankasmus), melyek számokkal kapcsolatosak, az irodalomban csak ritkán szerepelnek. Legtöbbször ugyanaz a cselekmény többször egymásután, de ugyanazzal a számmal ismételtetik, ritkábban tárgyak számoltatnak, avagy céltalan számadások végeztetnek, vagy pedig egy bizonyos számmal számolási műveletek hajtatnak végre. Míg tehát az első anankasmusos állapotok esetén inkább a cselekmény lép előtérbe, melylyel ezek inkább kényszercselekedetek jellegét viselik magukon, amelyek bizonyos számban ismétlődnek, addig az utóbbiakban inkább *kényszerszámolásról*, illetőleg *kényszerszámfejtésről* van szó. Híres példa gyanánt említi **Ball** I. Napoleont, kinek az utczákon, melyeken jött, az ablakokat kellett megszámlálnia. Epilepsziásokon is, mint ritka jelenség, esztelen fejszámolások fordulhatnak elő. **Cullerre**¹ szerint ezt ők az ellen használják, hogy megszabaduljanak zord gondolataiktól és ebből az eredetileg akaratlagos cselekedetből csakhamar céltalan számolások felé hajtja őket valami ellenállhatatlan ösztön, mely a roham alatt is nyilvánul.

Igy **Parry**² is 2 arithmomiás esetet ismertet, melyek közül egy 10 éves fiú absence-okban szenvedett. Valahányszor az ajtón belépett, mindig 3-szor kellett a kilincset lenyomnia, mire aztán hirtelen belépett, de csak azért, hogy utána ismét 3-szor visszalépjön. A kezelés eredménytelen volt, azonban a jelenségek maguktól eltűntek és csak bizonyos hajlamosság maradt vissza az absence-ok iránt.

Mint minden kényszerjelenség, úgy az arithmomania is más kényszerképzetekkel kombinálódhatik, illetőleg azzal felcserélődhetik. **Weir Mitchell**³ egy asszonyt említi, kinek nehéz szülése után az a kényszerszámolási vágy támadt, hogy az ölében fekvő gyerek nyakát le kell vágnia. Ez a képzet minden szülésekor visszatért és csak harmadik személy jelenlétében engedett. E személyen a klimakteriumban a kényszerképzetekben teljes scena-változás állott be. Kisebb csele-

¹ **Cullerre.** Les épileptiques arithmomanes. Ann. méd. psychol., 1890, Január.

² **L. A. Parry.** Arithmomania. Lancet, 1898, I. köt., 434. oldal.

³ **S. Weir Mitchell:** Reversals of habitual motions, backward pronunciation of words, lip whispering of the insane, sudden failures of volition, repetition impulses. The Journ. of Nerv. and Ment. Diseases, 1903, 30. kötet.

kedetek végzését bizonyos számmal ismételnie kellett, mely változatlan vonatkozásban állott azzal a személylyel, melyre ő éppen gondolt. Így egy könyvet 3-szor emelt fel a magasba, ha unokafivérére, és 6-szor, ha férjére gondolt, azután elkezdte a mindennapi kézfogásokat 6-szor ismételnie: 1—1-szer apjáért és anyjáért, két nővééréért, egy fivéréért és magamagáért. Kikocsikázás alkalmával minden házon 6 ablakot kellett számlálnia, néhány hét múlva e szám többszörösét (12, 18, 24). Ennek elhagyása valakinek életébe került volna, vagy pedig öngyilkosságot kellett volna elkövetnie. Ugyancsak a küszöböt kellett kezével súrolnia és minden ujjal 18-szor megérintenie.

Esetem oly személyről szól, kit a számolási mánia teljesen lefoglalt.

Az illető 32 éves dr. jur., államhivatalnok, tartalékos hadnagy, aki a háború kezdetekor bevonult. Bronchitise, hasmenése és neurastheniás panaszai miatt kerülvén vissza a frontról, 1915 márczius 25.-én az itteni „Gondviselés“ kórházba vétetett fel, ahol megvizsgáltam s ahonnan ő 4 heti kezelés után elbocsájtattott. Külsőleg semmi különöset sem mutatott, klinikai érdekességgel csak kényszerképzetet bírtak, melyekre eleinte csak ráutalt, de később felszólításomra le is írta. Feljegyzései, melyekhez néhány szóbeli adatot is fűzök, érdekes bepillantást engednek lelki világába; a következőket veszem át belőlük:

„Nehezen szántam rá magam, az írásra, mert ez mindig nehezemre esik. Daczára, hogy kenyerem elcincpiálás, mégis csak fáradtságomba kerül egy legkisebb levelezőlap megírása is. Soha életemben nem írtam annyit, mint a háború alatt, holott leginkább csak értem túlságosan aggódó és kétségbeesett szegény feleségemnek írtam. A számok üldöztek még itt is. 8 pont volt szemem előtt, miket minden levél vagy lap megírásakor szem előtt tartottam és miről írnom kellett okvetlen. Ezt sokszor el kellett számolnom, de esetről-esetre másról is írtam. Tehát 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. E pontoknak, illetve számoknak különféle dolgok feleltek meg. Így a harcztéri, vélem kapcsolatos újságok, anélkül, hogy harczokról írtam volna (1), hógylétem (2), feleségem hógylétéért való kérdezősködés (3), hazatérési vágyam kifejezése (4), egyéb érzelmi dolgok (5), a novemberben született és általam még nem látott leányom utáni kérdezősködés (6), a hazaküldött pénzek utáni érdeklődés (7) és végül testvéreket és rokonokat illető kérdés (8). De ez nem elég! Külön fejezet következett ezek zavartalan elszámolása és végiggondolása után (1—8). Harmadik fejezet az a gondolat, hogy „elolvastam“, tudniillik átolvastam többszörösen minden soromat. Negyedik fejezet: „Meg van írva, le van ragasztva, bélyeggel el van látva, megcímezve“ elgondolása. Tehát nem volt elég a 8 fentemlített pont, még 4 (összefoglaló) csoportnak is képződnie kellett

és ezt minden legegyszerűbb lapnál félbeszakítás és megzavarás nélkül végig kellett gondolnom, illetve számolnom, ellenkező esetben előlről kellett vele kezdenem, míg zavar-talanul a végére nem értem. Megzavarhat egy kérdés, elég volt egy ajtónyitás, sőt egy köhintés is.“

„Itthon, Budapesten, ritkán kell csak levelet írnom, minthogy rokonaim és hozzátartozóim — bátyám kivételével, kinek kétszer évente írok — mind itthon vannak.“

„A hivatalos conceptus nem kerül ily fáradságba, mint-hogy itt érthető az, hogy az ember pontonként összefoglalja és megrághja mondanivalóját, de aztán simán megy. Bár itt is megtörténhet, hogy a conceptus közepén megragad egy oda nem tartozó, nevetséges dologra vonatkozó kényszer-gondolat és hosszabb ideig nem tudom folytatni munkámat.“

„Itt jut eszembe, hogy volt egy elsőfokú unokabátyám, kivel jogászkoromban egy évig együtt laktam nagynénémnél és azután is együtt időztünk. Nagyon szerettük egymást és igen jó barátok voltunk, bár ő kétszer oly idős volt mint én, sőt apám lehetett volna. Ez az unokabátyám üldözési mániában szenvedett, az volt a rögeszméje, hogy a zsidók életére törnek. Előfordult, hogy a borbélytól félig beretváltan kiszaladt az utcára, a zsidóktól való félelmében. Ha petroleum-lámpa égett, kijelentette, hogy a zsidók tettek valamit az olajba, hogy őt elpusztítsák. E baja miatt elveszítette a fiatal-korában viselt aljegyzői állását is. Igen szellemes és eszes ember volt, de bármiről is vitázott, csakhamar a zsidókra kellett terelnie beszédjét. *A vele való együttlét káros hatását szüleim rajtam csakhamar észlelték.* Különböző családunkban elmebetegségek nem fordultak elő.“

„A kellemetlen kényszer-gondolatoknak kezdetét pontosan megjelölni nem tudom. Negyedéves jogászkoromban, midőn szigorlatra készültem, tapasztaltam e betegség első jeleit. Ezen időben nagyon ingerlékeny és hirtelenmégű voltam. Később mindjobban fokozódott e beteges állapot. Közben megnősültem, ma már házasságom ötödik esztendejében járok. Házaseletem boldogságát csak ez a betegség zavarta. Kis leányom, ki, mint említettem, háborús gyermek, most négy hónapos és egészséges.“

„Házasságunk első éve alatt már addig jutottam, hogy például már a reggeli mosakodásnál végig kellett gondolnom mindannak a sorrendjét, ami másnál magától folyó dolog. *Igy töprengtem: arcz, haj, fül, szem, bajusz, nyak, mell, kar, hónalj.* És ezt zavar-talanul végig kellett számolnom és meg kellett állnom mosdás közben, míg végire nem értem. Így voltam és vagyok most is, ha lakásomból, a szobából vagy a lövészárokban a fedezékből távoznom kellett.“

„Otthon, ha már meg is győződtem róla, hogy a szekrények, íróasztal stb. be van zárva, kulcs lehúva és minden rendben van, mégis nem annyira a rend felőli meggyőződés, mint inkább a kényszer-gondolatmenetek rendes és szükséges elvégzése miatt sorba vettem minden egyes szobát, egy bizonyos saroktól vagy ajtótól kiindulva és magamban mondogatva: ez ... ez ... és az; mikor az egyik szoba megvolt, mentem a másikba, hol ugyanaz ismétlődött, hasonlóképp a harmadikba.“

„Ha sikerült mindezt zavar-talanul (miközben zavarólag ható ok lehetett volna bármi csekélység: egy légy, vagy egy ide nem illő gondolat) mind a három szobában elvégezni — és nem emlékszem, hogy ez tényleg valaha első próbára sikerült volna —, akkor következett a felsőbb összefoglalás, tudniillik az előbb említett és részletesen áttekintett szobák: 1, 2, 3 (háromszobás lakásom van), fürdőszoba (4) és a többi mellékhelyiség (előszoba, closet, éléskamra, konyha, cselédszoba, összesen 5) már nem számoltattak külön, hanem egyszerre a végszám: 9 következett. Ez annyira ment, hogy nem voltam képes kimozdulni lakásomból, míg ez a meg-gondolás zavar-talan lebonyolítást nem nyert. Ha azonban valaki közben meglepett, aki előtt resteltem ezen állapotomat, akkor gyorsan eltávoztam; de ezen gondolatkör szüntelen üldözött tovább, a lépcsőkön, a villamoson, utcán stb., úgy, hogy a jelen eseményeit élvezni nem bírtam. Éppen ezért örülni sem tudtam semminek.“

„A hivatalban is üldöz e baj, sokszor onnan se tudok kimozdulni. Lóversenyen, színházban, olvasás közben elővesz. Most a háborúban, ha ez rájött, még a legerősebb srápnel-eső sem izgatott, ilyenkor a jelen eseményei szintén nem existáltak számomra. Ilyenkor nem voltam képes átvenni a vezényszavakat, úgy hogy midőn megszabadultam a gondola-taimtól, a szakaszvezetőtől kellett megkérdezni, mit is vezé-nyeltek. És ez megvan itt a kórházban is. A körterem 5 pont-ban jelenik meg előttem (az 5 ágy szerint) és aszerint tekin-tem át, kiindulva az előszobából vezető ajtótól. Az áttekintés pedig bizonyos ívszerű, ágyról-ágyra húzódó összekötő vona-lokban történik.“

„Betegségem okát nem ismerem, de felhozok egy-két dolgot, amit ennek magyarázatául alkalmasnak hiszek. Kis-gyermekkorom óta szülőim birtokán egy faluban éltem, játszótársak nélkül. Bátyáim jóval idősebbek voltak és már rég a maguk lábán járták a világot. Anyám nem engedett a parasztgyer-mekekkel játszani, más hozzávaló fiú pedig ritkán akadt. Így aztán folyton az öregek közt és felnőttek társaságában éltem, ami túlkomolylyá tett. 11 éves koromban szerencsétlen baleset okozója lettem, amennyiben töltött vadászfegyverrel játszva, cselédünket agyonlöttem. Ezt az esetet az újságban leírva és rám nézve elferdítetten olvastam. IV. gimnazista koromban a többi pajtás példájára onanistává lettem, a mi idegeimre rossz hatással lehetett. Később jogászkoromban pedig erős szerelmi csalódás ért, mely önérzetemet és büsz-keségemet erősen sértette. Megemlítem még, hogy *édesanyám túlhajtottan pedáns, rendszerető és önző asszony, kinek pedan-teriáját én teljes mértékben örökölhettem.* Tehát e téren bizo-nyos fokú terheltség is fennállhat. Apám lobbánékony termé-szetű volt, 78 éves korában halt meg szélhűdés következ-tében. Utóbbi éveiben igen feledékeny volt. *Egy anyai nagy-bátyám oly ingerlékeny volt, hogy egy csekélység végett tányé-rokat vágott a földhöz.* Anyai nagyanyám 70 éves korában gutaütésben halt meg. A többi nagyszülőt nem ismertem. Két bátyám közül az első tüdőbajos, a második egészséges.“

„Ezekben megadtam betegségem fő jelenségeit azon megjegyzéssel, hogy *életmódom eddigi legnagyobb változása — hogy a harctérről a rendes polgári életbe visszatértem — nem változtatott semmit ezen állapotom.*“

E feljegyzések kiegészítéseképpen kérdésekre a beteg közölte utólag velem, hogy ő anyja befolyása alatt már korán kezdett mindenben nagy rendet tartani. Most is, két évvel később, hogy hivatalát újra elfoglalta, első dolgának tekinti, ha irodájából hazatér, hogy mindent helyére rakjon. Hogy a számolási mániát honnan vette, nem tudja, az iskolában éppen a számtan volt leggyengébb oldala. sőt ebből meg is bu-kott. A történelem volt kedvenc tárgya.

A kényszerszámoláshoz tartozik nála az is, hogy mind-kétoldali zsebeit számolja: mellény-, kabát-, nadrágzsebét stb., ezeket kezeivel egyenletesen megérintve, hogy az oda-való tárgyak ott vannak-e? Hivatalában a feldolgozandó anyagot minden irányban megfontolja és minden aggályát leküzdeni igyekszik, ami időt rabol. Ember- és társaságkerülő, kollegáival szemben zárkózott, kevés emberrel sympatizál. A hivatala elhagyásakor még egyszer megszámlálja a tár-gyakat és ezért azt a kollegát, ki vele együtt kíván haza-menni, megvárhatja. Ha egy kollegáját a villamoson meglátja, nem száll fel, nehogy beszédével megzavarja kényszer-gondo-latait. Hivatalbeli társai tudják, hogy pontos, de kényszer-állapotáról mit sem sejtene, mert ő ezt gondosan rejtgeti. Ennek következtében lassabban dolgozik, de előljárói meg-vannak vele elégedve. Hogy a gáz, villany el van-e oltva, arra nem ügyel, ezeket nem is számlálja.

Felesége közölte velem, hogy a beteg, ha legjobb barát-jai vagy ismerősei váratlanul látogatába jönnek, képes azokat otthagyni, a fürdőszobába menni, bezárkózni és egy ne-gyedóra mulva újra előkerülni. A beteg úgy magyarázza ezt, hogy ilyenkor számolásaiba van elmerülve és így a látogatással megzavart számlálást a zárt helyiségben újra kell kezdenie és csak a befejezés után tud ismét megjelenni. Ebben az utca zaja nem zavarja meg, de igenis a szobá-

ban egy csekély zörej, ajtóbecsapás stb. E kényszerszámolókat elnyomni nem tudja; ha megzavarják, újra kell csak hamar azt behoznia. Mint felesége mondja, lobbanékony. Emlékezőtehetsége még az egyetem óta kissé gyenge, úgy, hogy beszélgetéseket már néhány nap alatt ellelejt. Ennek dacára fogalmazása elég gyors és jó, a mindennapos számolás szintén, a kézírás rendes. Ugyancsak sociologiai és nemzetgazdasági téren is irodalmilag tevékeny.

Ritkán van főfájása. Az étvágy, az alvás és a potentia rendben. Székrekedésben szenved.

A beteg somatikus vizsgálata kissé keskeny arcot és koponyát mutat. A felvételi és térdreflexek normalisak; Achilles-inreflexek nem válthatók ki. Mérsékelt dermatographia. Ifjúkorában gonorrhoeája volt cystitis-szel, ulcusa azonban nem. Hüléskor vagy átázások után heves vizeleti ingere van, ami a fronton is elővette. Agyidegek normalisak. A nyelv és a kezek nem reszketnek. Megjegyzem, hogy 3 éves leánykája apja hatása alatt már most igen rendszeretőnek mutatkozik.

Ezek szerint tehát egy neuro-psychothiásan többszörösen terhelt egyénnel van dolgunk, akinek anyja túlzottan rendszerető, pedáns és egoista. Szigorlati ideje alatt lassanként az a kényszerképzetek támadt, hogy szobája berendezési tárgyait, egy pontból kiindulva, 5–9-ig számolja. Emellett még az egyes tárgyakat gondolatban ívszerű vonalakkal összekapcsolja. Azután a többi lakáshelyiség következik, majd azokat sommásan magasabb csoportokba összefoglalja. Ugyancsak levélnek, kártyának megírásakor, egy akta kidolgozásokor azt a kényszerűséget éri, hogy a tárgy alapos megfontolása után szám szerint rendezze előbb a tárgyakat, amit aztán megint egy sommás összefoglalás (zavartalan felsorolása a papírra veitetteknek, minden sor többszörös elolvasása, beragasztás, bélyeggel való ellátás, címzés) követ. Ugyanez áll a testrészek sorakoztatására nézve a reggeli mosdás alkalmával; ugyancsak mindegyik zsebét megszámlálja, azokat symmetriásan kezeivel megérintve, hogy meggyőződjék, vajjon a tárgyak azokban mind a helyükön vannak-e.

Gyakran a számlálás az első csapásra nem sikerül, mert a szobában elhallatszó legcsekélyebb zaj is megzavarja és újra kell kezdenie. Ezzel szemben az utca lármája, de a harctéren még a leghevesebb shrapnellűz sem tudta kihozni kényszergondolataiból. Ha a zavarás elkerülhetetlen volt, akkor a gondolatmenetet a legközelebbi kedvező alkalommal újra előlről kezdi. Ha munkaközben éri őt e gondolatok, azt abba kell hagynia, hogy szabad folyást engedjen nekik. Megszokott, esetleg foglalkozása által, adott képzetek fixálásáról itt nem lehet szó, hiszen éppen a mennyiségtan iránt mutatta iskoláskorában a legcsekélyebb talentumot. Egyetemi éve óta feledékeny. Az Achilles-inreflexek nem válthatók ki. Kisleánya már nagy rendszereteket mutat.

A mi e kényszerállapot psychés mechanizmusát illeti, betegünkre anyjának rendmániája és pedanteriája döntő jelentőséggel lehetett. Cselekedeteiben bizonyára a számbeli kifejezés exaktságát kereste és csak ezzel elégtelt ki, habár a számtan iránt nem is tanusított képességet.

Ezen anankasmushoz a neuro-psychothiás terheltség adta az alapot. A hosszabb időn át üzött masturbálás, a szellemi megerőltetés és a szigorlat idején valószínűleg mint gyengítő momentumok hatottak az amúgyis praedisponált egyénre.

Felmerül még az a kérdés, hogy az arithmomiánál, ahol tisztán értelmi működésről van szó, mint a számolás és számműveletvégzés, feltétlenül kizártnak tekinthető-e az emotiv basis? Az arithmomania úgy látszik teljesen beillik *Westphal*⁴ klasszikus definitiójába, ki a kényszerképzeteket először körvonalazta élesen mint külön körképet és úgy formulázta, hogy azok „egyébként intact értelmiség mellett és minden érzelmi vagy emotiós állapot nélkül fennállhatnak, az illető egyén akarata ellenére lépnek öntudatába és nem űzhetők el, zavarják és kereszteznek a képzetek normalis lefutását, s amelyeket a

beteg mindig rendelleneseknek, előtte idegenszerűeknek ismer el és melyek az öntudatával szemben állanak“. Ezt a definitiót azonban az azóta kialakult tapasztalatok alapján ki kellett bővíteni oly irányban, hogy a kényszerképzetek nagy számában valamely emotiv előzmény, de legalább is valamely kedélymozgalommal való összekapcsolódás kimutatható. Ehhez járul még az a jelentős szerep, melyet itt a neuro-psychothiás terheltségben megadott endogen fejlődés játszik. Így aztán *Jastrowitz*, *Gelinsky*, *Skliar*, *Freud*, *Lewandowsky* stb. a kizárólagos, *Brosius*, *Thomsen*, *Störing*, *Pitres* és *Régies* a túlnyomó emotiv basis mellett foglal állást. Emotiv basison keletkezett kényszerszámolásnak tartom *Joachim*⁵ következő megfigyelését: 31 éves, nem terhelt asszonyról van szó, a ki lelki megrázkódtatás után (férje rosszakaratúlag elhagyta és minden vagyonát magával vitte) nagy szükségbe került és ebben az az impulsus vett rajta erőt, hogy környezete minden egyes tárgyát átvizsgálja és azok alkatrészeit megszámlálja. Emellett lehangoltság, majd életüntség mutatkozott rajta, végül visiók (halálfejek) is társultak hozzá. Úgy látszik tehát, hogy ezen a mélyen megrendült asszonyon a megmaradt holmija után való szüntelen nézés vezetett eme kényszerszámolásra. Természetesen távol áll tőlem, hogy minden arithmomania esetében emotiv alapot vegyek fel, ellenkezőleg, ama állásponton vagyok, hogy a kényszerállapotok épp úgy a képzet-sphaerából, mint az érzés- vagy akarat-sphaerából eredhetnek s egymással a legkülönbözőbb módon és erősségben összekapcsolódhatnak. Így majd a képzetek (*Westphal* értelmében, mint például tépelődési, kételkedési mánia stb.), majd a phobiák, majd a kényszercselekedetek és kényszerátlások a túlnyomók az illető kényszerképzetekben, anélkül hogy éles határ lenne köztük vagy ez csak valószínű is volna. Maguk a phobiák, melyek az emotiv basison paradigmául szolgálnak, sem egyebek, mint kényszerképzetek erős érzelmi nyomatók. Így agoraphobia esetén a félelem magában a gondolatban is támadhat, hogy valaki egy széles téren átmenjen, és elmúlik, ha ezt nem kell tennie. *Skliar*⁶ sem akar éles különbséget elismerni a különböző kényszerállapotok között. Nehezen is volna érthető, hogy a kényszerképzetek gyakran változó, sőt az ellenkezőbe is átsapó tartalmuknál fogva ugyanazon, vagy azokkal folyton változó emotiós alappal bírnak, vagy például, hogy zenészeken, kik komoly zenével foglalkoznak és bennük valamely utcai nótá hirtelen kényszerképzetté válik, ez emotiv basison történjék. Ezzel szemben *Löwenfeld*⁷ szerint teljesen érthető, hogy zenei kényszerképzetek létrejöttéhez zenével való foglalkozás, illetőleg ugyanazon melódiáknak ismétlése, valamint az agy kimerültségi állapota (cerebrasthenia) szükséges. Ily fáradság és agyizgalom hatása alatt megtörténhet, hogy egy egészen indifferens zenei emléké, a melylyel közben a beteg absolute nem foglalkozott, minden emotio nélkül anankasmushoz képzetté válik.

Hogy anankasmus esetén a psychés elemek associatiója a sorrendben váltakozhatik és azok önállóságra is juthatnak, azt egy közölt ereuthophobia-esetemben is kimutattam.⁸ Itt az elsődleges majd a kényszerképzet, majd a pirulási félelem volt és azután másodlagosan a pirulás zavara következett be, de fordítva is mutatkozott, előbb a pirulás és azután a félelem. Ekképp valószínűsítő circulus vitiosus jött létre. Az is megesezt, hogy megvolt a pirulási félelem, a kényszerképzet is, anélkül hogy pirulás mutatkozott volna.

Egyoldalú *Arnaud*⁹ álláspontja is, aki kényszerképzetek

⁵ *G. Joachim*: Über Zwangsvorstellungen. Diss. Berlin. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber., 1893.

⁶ *Skliar*: Zur Psychopathologie und klinischen Stellung der Zwangszustände. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 1909, 66. köt., 2. füz.

⁷ *L. Löwenfeld*: Über musikalische Vorstellungen. Zentralblatt f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. Ref. Jahresber. über d. Leist. u. Fortsch. d. Neurol. u. Psychiatr., 1897, továbbá: Die psychischen Zwangsvorstellungen. Wiesbaden, 1904, 154. köt.

⁸ Az ereuthophobiáról (a pirulástól való félelem). Klinikai füzetek, 1911, nov.

⁹ *Arnaud*: Sur la théorie de l'obsession. Revue neurologique. 1901, 16. sz.

⁴ *C. Westphal*: Über Zwangsvorstellungen. Berliner klin. Wochenschrift, 1877, 46. sz.

okául akarati zavarokat talál, tartós abuliát vesz fel, mely az obszessiót megelőzi és azt előkészíti.

Ha azonban a kényszerképzet gyakran minden emótiós alapot nélkülöz, vagy a kezdetben vele kapcsolódott kedélyizgalom idővel enged, halványodik és a tudatalattiba merül, mégis a megszokott kényszer-gondolkodás mechanizmusának megakasztása mulhatatlanul kedvtelenséget fog kiváltani, mint ez esetemben is megtörtént, ahol az anankasmusos állapotnak semmi emotív alapját sem lehetett találni. Hasonló az eset az ösztönrel, amely mint élettani impulsus és kényszermozgás fogható fel, amely az egyén vagy a faj fenntartását célozza, melynek kedvhangsúlyozása talán a minimumra csökkenthető, de működésében megakasztva, azonnal kedvtelenséggel járó védekezést fog előidézni.

A XVII. számú budapesti helyőrségi kórház bőrgyógyászati osztályáról.

Az ezüstsalvarsan.

Irta: *Sellei József dr.*, az osztály vezetője.

Általánosan ismeretes, hogy *Ehrlich* a salvarsannak és később a neosalvarsannak az orvosi gyakorlatba való bevezetése után is azon fáradozott, hogy a salvarsannak olyan módoszatait és származékait állítsa elő, amelyek ugyanolyan vagy lehetőleg még nagyobb hatásosság mellett az emberi szervezetre kevésbé mérgezők, kevésbé ártalmasak. Célja és törekvése emellett az állatkísérletben oly könnyen megvalósítható „sterilisatio magna” maradt, a mely kiváló szakemberek véleménye szerint a salvarsannal és neosalvarsannal, főleg e szereknek kénesóval való kombinálásával, a syphilis első szakában az esetek nagy százalékában el is érhető.

Ehrlich utóda: *Kolle* is kezdetben azt tűzte ki feladatául, hogy az elődjétől megjelölt úton tovább haladva olyan salvarsankészítményekhez jusson, amelyek lehetővé teszik *Ehrlich* nagyszabású céljának megközelítését.

Kolle tanár szíveségéből módomban állott, hogy egy általa kiválasztott és állatkísérletekkel pontosan megvizsgált új készítményt, az ezüstsalvarsant, megfelelő nagyobb beteganyagban kipróbáljam. Az ezüstsalvarsant a lues legkülönbözőbb alakjaiban, ezeknek különböző szakáiban, nehányszor ulcus molle és phagedaenicum eseteiben, valamint néhány bőrbetegségben is használtuk. A fekete, poralakú szert kezdetben destillált vízben, később 0.4%-os konyhasóoldatban oldottam fel és intravenásan fecskendeztem be.

A készítmény oldata fekete, a mely körülmény kezdetben nehézségeket okozott, amennyiben a vérnek a fecskendőbe való visszafolyását — a mi biztos jele annak, hogy az injectió s a vénába jutott — nem ellenőrizhettük.

Ezen úgy segítettünk, hogy a befecskendezéshez használt kétjáratú csavarral ellátott *Schreiber*-féle kanült akképpen alakítottuk át, hogy a horgot, a mely a csavar továbbfordítását akadályozta, leeresztjük, úgy hogy a csavar körirányban szabadon fordítható. Ezzel elértük azt, hogy a fecskendőre illesztett tűnek a vénába való szúrásakor a csavar előbb a tűvel ellenkező irányba állítható, aminek következtében a vér átfolyik ugyan a tűn, a fecskendőbe azonban mégsem jut. Ilyen módon a vér elfolyásával pontosan ellenőrizhetjük, hogy a tű szabályszerűen a vénába jutott-e; a csavart most újból vízszintesen az ellenkező irányba fordítjuk, miáltal a vér a fecskendőbe áramlik és az injectió s folyadék a vénába fecskendhető. Ez eljárás akképpen egyszerűsíthető, hogy a tűt egyszerűen a vénába szúrjuk és ha a végén vér jelenik meg, a fecskendőt reáillesztjük s a folyadékot injiciáljuk.

Az előbbi eljárást helyesebbnek tartjuk.

Az ezüstsalvarsan intravenás befecskendezésének technikáját tökéletesen kell bírni, mert a szernek a bőr alá vagy az izmok közé jutott legkisebb mennyisége is a kar fájdalmasságát és megduzzadását idézi elő, még pedig sokkal nagyobb fokban, mint amelyet a korábbi salvarsan-oldatok sikertelen intravenás injectiója szokott okozni.

Valamely antilueses szer értékét a klinikai tünetekre gyakorolt hatásával és a Wassermann-reactio eredményével

pontosan ellenőrizhetjük. Az ezüstsalvarsan (*Ag-salvarsan*) tüneti hatása — véleményem szerint — igen erőyes, a tünetek rövid idő alatt teljesen elmúlnak. Ellentétben a régebbi salvarsan-készítményekkel, a *Herxheimer-reactiót* csak a legkritikább esetekben észlelhettem. A lues elsődleges megnyilvánulásai, sclerosisok, keményfekélyek, aránylag rövid idő alatt visszafejlődtek. Sclerosisokon 10—14 nap mulva erősen kifejezett resorptio volt megállapítható. Ha rövid időközben egy második vagy harmadik *Ag-salvarsan-injectiót* adtunk, a hatás még szembetűnőbb volt. Természetesen sok esetben kisebb-nagyobb porczos residuum maradt vissza, a mely csak később, néhány hét mulva fejlődött tökéletesen vissza. A fekélyek behamosodása hasonlóképpen gyorsan haladt előre. A legnagyobbodott táji nyirokcsomókra az *Ag-salvarsan* az első hetekben csak nagyon kevésbé hatott.

A másodlagos syphilidek egészen rövid időn belül teljesen visszafejlődtek. Különösen itt volt megfigyelhető az az előbb említett jelenség, hogy az involutio csak az injectiót követő harmadik vagy negyedik napon, ekkor azonban gyorsan és teljes erővel indult meg. Eleinte úgy tetszett, mintha a tünetek semmi változást sem mutatnának (a *Herxheimer-reactio* hiányzott). A harmadik—negyedik napon azonban, mint már említettük, az exanthea száradni, laposodni kezdett, színe barnább lett, hogy további egy—két nap alatt teljesen eltűnjék.

Sch. O. (I.-K. sz. 47.). A beteg két év óta a homlokon, az alsó és felső végtagon, a törzsön szétszórtan tuberosus syphilidek jelentek meg. A beteg rekedt volt és lágy szápadján fekélyes tüneteket láttunk. Wassermann-reactio: + + +. Kéneső-injectiók eredménytelenek. Május 11.-én első *Ag-salvarsan-injectio*, melyet május 18.-án, tehát hét nappal később majdnem az összes syphilises tünetek visszafejlődése követett. Május 20.-án második *Ag-salvarsan-injectio* (0.30 gr.); ezután hat nap mulva minden jelenség nyom nélkül eltűnt. A Wassermann-reactio még június 3.-án is + + +.

R. M., 24 éves (I.-K. sz. 54.). A sulcus coronariusban mogorónyi sclerosis; a glanson, a penis hátán és a scrotumon több papula. Maculo-papulás kiütés a törzsön, exkoriált papulák a végbél-nyílás körül, általános nyirokcsomóduzzanat. A beteg a következő kezelésben részesült:

Május 1. 0.20 *Ag-salvarsan* intravenásan, délutáni hőmérséklet 36.3°. Pulsus 72.
Május 2. Normalis hőmérséklet, pulsus 64, a lues tünetei semmi változást sem mutatnak.
Május 3. A roseolák kissé halványulnak.
Május 4. A sclerosis hámosodni kezd.
Május 5. A roseolák és papulák teljesen visszafejlődtek; második *Ag-salvarsan-injectio* (0.30). Hőmérséklet az injectio utáni délutánon 37.6, pulus 82.
Május 9. Wassermann-reactio: + + +.
Május 11. Harmadik *Ag-salvarsan-injectio*. Hőmérséklet délután 37. Pulsus 78. A sclerosis teljesen begógyult.
Május 13. Wassermann-reactio negativ.
Május 17. Wassermann-reactio ismét negativ. Lymphadenitis még fennáll.

Ebben az esetben a bőrsyphilidek igen rövid időn belül fejlődtek vissza, a positiv Wassermann-reactio két hétnél rövidebb idő alatt vált negativvá.

R. Gy., 32 éves. (I.-K. sz. 86.). Papulás kiütés az egész törzsön, általános adenopathia. Primaer affectio nincs.
Május 6. 0.20 *Ag-salvarsan* intravenásan, hőmérséklet az injectio utáni délutánon 37.2, pulsus 92.
Május 10. Az exanthea visszafejlődött.
Május 11. Második *Ag-salvarsan-injectio* (0.20), délután heves főfájás. Hőmérsék és pulsus normalis.
Május 18. Harmadik *Ag-salvarsan-injectio* (0.30).
Május 20. Wassermann-reactio negativ.
Június 6. Wassermann-reactio ismét negativ.

A Wassermann-reactiónak ily gyors negativvá válása, mint az említett esetekben, nem mindig érhető el, a mely körülményre még vissza fogok térni. A nyálkahártya-syphilidre hasonlóképpen jól és gyorsan hat a szer. Osztályomra néhány, súlyos gingivitisben és stomatitisben szenvedő beteg került, akik másutt kéneső-kezelés alatt állottak s akiken az *Ag-salvarsan* az egyidejűleg alkalmazott kal. hypermang.-szájöblítésekkel gyors eredményre vezetett. Condyloma latumokra, nemkülönben a bőr és nyálkahártya minden tertiaer tünetére a szer absolute biztosan hatott.

Leukoplakiában különösebb hatást nem láttam. Eddig

két *tabes-eset* állott kezelésem alatt a neosalvarsannal tapasztalt eredménnyel. Egy lueses alapon kifejlődött, bénulásos tünetekkel járó *cerebralis eset* (55. sz.) — kénesőbedörzsölésekkel kombinálva — teljesen meggyógyult, valamennyi bénulásos tünet elmúlt. Egy orosz, a ki — valószínűleg spirillosis következtében kifejlődött — nagy és kiterjedt ulceratio miatt (*ulcus gangraenosum*) vétetett fel osztályomra, a szer alkalmazása különösen kedvező eredménnyel járt. A börtangraena tovaterjedésének gátat vetettünk és ezzel a gyógyulás megindult. A szer egyéb *börtmegbetegedéseket* — úgy látszik — kevésbé befolyásol. Ezek a tapasztalatok egyeznek azokkal, melyeket a salvarsannal és neosalvarsannal tettünk.

Fontosnak tartottam annak kitapasztalását, hogy a *lueses nephritis* betegek miképpen tűrik a szert. Tudvalevő, hogy többen — különösen *Wechselmann* — éppen nephritisben ellenjavaltnak tartják a salvarsant. E vélemény szerint a salvarsan-halált elsősorban a jelenlevő nephritis idézné elő. Osztályomon eddig két recens syphillisben szenvedő nephritis beteget kezeltünk, akiken a kéneső a vizelet fehérje-tartalmát növelte. Az Ag.-salvarsan viszont a nephritisre semminemű káros hatást sem fejtett ki, sőt ellenkezőleg, a syphillises tünetek visszafejlődésén kívül a vizelet fehérje-tartalmának a csökkenése volt észlelhető, a mi a vesemegbetegedésre gyakorolt kedvező befolyásra enged következtetni.

Amint említettem, csak intravenásan alkalmaztuk a szert; kezdő adagként 0.20 gr. Ag.-salvarsant 20 cm³ destillált vízben (később konyhasó-oldatban) feloldva.* Az oldódás kissé lassan halad előre, miért is ajánlatos, hogy az oldatot néhányszor steril üvegruaddal felkavarjuk, hogy a szer minden részecskéje tökéletesen oldódjék. Kezdetben a második Ag.-salvarsan-injectióval kissé tapogatózva jártam el és a második injectiót csak további tíz nap múltán adtam, emlékezve *Stühmer* ama megfigyelésére, hogy a második neosalvarsan-injectio a legtöbb esetben akkor hat hátrányosan, ha azt az első injectio után a negyedik vagy ötödik napon adjuk.

Később nem alkalmazkodtam a tíz napos terminushoz és a második injectiót már a negyedik vagy ötödik napon adtam. A második injectio adagja 0.30 gr., ezt sok esetben csakhamar egy harmadik Ag.-salvarsan-injectio követte, ugyancsak 0.30 gr. adaggal.

Mihelyt a szer feloldódott, azonnal be kell fecskendezni; ez eljárással — s ezt *Kolle* leveleiben gyakran értésül adta — megakadályozhatjuk a szer desoxydatióját, mely mérgező jelenségek kifejlődésére adhat okot. Később — *Kolle* javaslatára — az adagolásban változás állott be: kezdő adagként 0.10 gr.-ot, azután a harmadik napon 0.20 gr.-ot adtunk, a mely adagot a reá következő második napon megismételtük. Végül néhány nap múlva rövid időközben kétszer 0.30 gr.-ot alkalmaztunk.

Kolle megállapítása értelmében szemünk előtt kell tartanunk, hogy már 0.10 vagy 0.20 gr. Ag.-salvarsannal elérhető ugyanaz, a mi a salvarsannak és a neosalvarsannak csak tetemesen nagyobb adagjával. Mivel szerinte a chemotherapiás index a trypanosomáknál, a recurrens- és syphillis-spirochaetáknál 1:25—1:30-nak felel meg, az általunk adott dosisokkal az arsennek meglehetősen nagy mennyiségét visszük a szervezetbe. Maguk az injectiók a legtöbb esetben majdnem semmiféle hőemelkedést sem okoztak, noha itt-ott akadt eset, melyben az injectio után 38° C fölé emelkedő láz állott be. Közvetlenül a befecskendezés után az érverés normalis volt, olykor kissé szaporább lett, a bradycardia tüneteit azonban, melyek a salvarsan befecskendezése után olyan gyakran figyelhetők meg, sohasem észleltük. A befecskendezés után a közérzet is legtöbbször jó maradt, csak kivételképpen panaszkodtak némelyek főfájásról.

A további *melléktünetek* jellemzésére felemlitek két

* A későbbi esetekben a szert 30—50 cm³ 0.4%-os konyhasó-oldatban oldottam fel.

esetet, amelyben az injectio után az arczon, illetve az egész testen rövid ideig tartó *erythema* fejlődött (77. és 93. eset). Egy másik esetben (227. sz.) a harmadik Ag.-salvarsan után a mell bőrén *urticaria* mutatkozott az alsó szemhéjak oedemájával; ezek a jelenségek egy órán belül elmúltak. Úgy látszik, hogy a szer a gyomorra és a belekre semminemű kellemetlen mellékhatást nem fejt ki. Két esetben a *thyreoidea* csekély duzzadása volt megállapítható.

A legkellemetlenebb tünetekkel talán a 99. sz. esetben találkoztunk, de — úgy vélem — még ebben az esetben sem lehet a káros hatást a szer rovására írunk.

A 23 éves betegen, kit más kórházban már sublimat-injectiókkal kezelték, magas láz kíséretében *erythema scarlatiniforme* fejlődött ki. A beteget nagyon nyomorúságos állapotban vettük fel osztályunkra. Mivel a melléktünetek lezajlása után a jelenlevő lues-tünetek miatt az antilueses kezelés folytatása elmaradhatatlanul szükséges volt, elhatároztuk egy Ag.-salvarsan-injectio adását.

A 0.20 gr. Ag.-salvarsant tartalmazó oldat még aznap 39° C-ig emelkedő lázat váltott ki, a második napon a *szemhéjak*, az *ajkak* és a *nyelv erősen megduzzadtak*. Az arcz dagadtsága a következő napon még fokozódott és a nyakra is reáterjedt. A *thyreoidea* duzzadtsága is kifejezett volt. Nagy légszomj, nyelési nehézség súlyosbította a nagyon aggasztó állapotot. A vizeletben 10/100 fehérje.

A lues tünetei, úgymint az arczon és a testen levő papulák, az Ag.-salvarsanra rendkívül gyorsan visszafejlődtek, lassanként az arcz és a nyelv duzzadtsága is csökkenni kezdett. Ebben az esetben tehát a szerrel szemben egészen kifejezett *idiosynkrasia* állott fenn, ugyanez a kénesővel szemben is megállapítható volt. Úgy véljük, nem tévedünk, ha az okot a beteg thymolymphaticus állapotában keressük, amire a *thyreoidea*nak a befecskendezés után beállott duzzadása utal.

Neurorecidivát az Ag.-salvarsan után eddig nem láttam. Sankerben és következményes phagedaeniás fekélyben szenvedő egyik orosz fogoly az Ag.-salvarsan-befecskendezés utáni napon főfájásról, fülzúgásról és bal füle fájdalomosságáról panaszkodott. Az azonnal megejtett fülorvosi vizsgálat semmi pozitívát sem tudott megállapítani, a közvetlenül ezután alkalmazott második Ag.-salvarsan-befecskendezésre az említett jelenségek kezdtek visszafejlődni. A szernek majdnem hét havi használata közben a mai napig káros hatást nem tapasztaltam és ilyenről a kórházat már régebben elhagyott betegek sem értesítettek. Természetesen ahhoz, hogy e kérdésben végérvényesen nyilatkozhassunk, még nagyon rövid idő múlt el.

A Wassermann-reactiót illetőleg az eddig kezelt esetek táblázatos összeállítása alapján egyértelmű végkövetkeztetést csak nehezen vonhatunk. A reactio értékelése elsősorban attól függ, hogy a használt adag mily nagy volt és hogy ezt egy bizonyos cycluson belül mily gyakran nyújtottuk. Secundaer esetekben a pozitív reactio átcapását egy—három hét alatt értük el, de nagyszámmal voltak olyan esetek is, hol a reactio csak az ötödik vagy hatodik héten vált negatívvá. Ez utóbbi esetek mindegyikében a használt adag, és pedig két injectio 0.20—0.30 gr. Ag.-salvarsannal még nem volt elégséges. A szernek kéneső-kezeléssel való kombinálása a pozitív reactionak gyorsabban negatívvá válása szempontjából nem volt mindig irányadó. Még oly esetekben is, hol három, kivételesen négy Ag.-salvarsan-injectiót adtunk, négy—öt hetes kezelés alatt nem mindig tudtuk negatívvá változtatni a reactiót. Talán *Kolle*-nak újabban ajánlott és már említett sorozatos kezelése (kétszer 0.10, háromszor 0.20 és kétszer-háromszor 0.30 gr.) gyorsabb eredményt fog biztosítani.

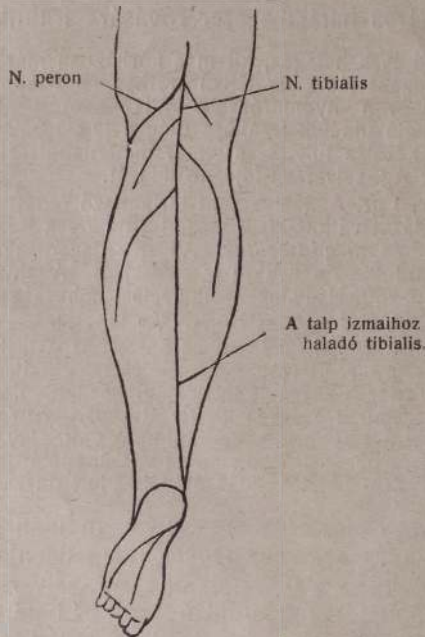
Az idő rövidege a szer tartós hatására vonatkozó jóslatokba bocsátkozást nem engedi meg és itt nemcsak a másodlagos esetek érdekelnek, melyekben a recidivák jelentkezését az ag.-salvarsannal megakadályoztuk és az illetőket látszólag gyógyultnak tekinthettük, hanem különösen azok az esetek, amelyekben a rövid idő óta fennálló initialis tünet az *Ehrlich* és *Wassermann* felfogásának megfelelő therapia sterilisans magna-t teszi lehetővé. Annyit azonban már ma is mondhatunk, hogy az Ag.-salvarsan a syphillis jelenségeire igen erősen ható szer, a mely eddig semmiféle káros mellékhatást nem fejtett ki.

Közlemény a fővárosi Szt. István-kórház idegosztályáról.
(Főorvos: Sarbó Artur dr., egyetemi tanár.)

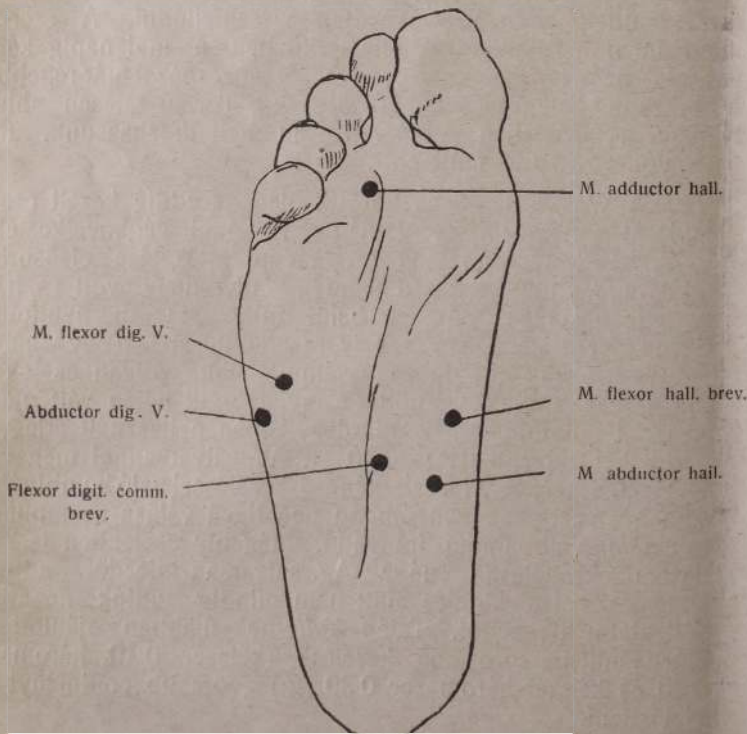
A talp izmainak villamos ingerlési pontjai.

Közli: *Eiszenmann Oszkár* dr., orvos.

A háború első két esztendejében több száz esetben volt alkalmam *Sarbó* tanár hadikórházából, valamint a Szt. István-kórház idegosztályából származó peripheriás idegsérülés eseteiben a villamos vizsgálatot végezni.



1. ábra.



2. ábra.

Meglepődve tapasztaltam, hogy míg a fej és a végtagok izmainak ingerlési pontjai csaknem teljes számmal fel vannak tüntetve a tankönyvekben az ismert sémákon, amelyek majdnem mind az *Erb*-féle ábrákat veszik át (*Duchenne de Boulogne*, *Bernhardt*, *Oppenheim*, *Lewandowsky*, *Mering*, *Strümpell*, *Veraguth*, *Vierordt*, *Brugsch*, *Sahli*), addig a talp izmai egyáltalán nem szerepelnek; ezeknek semmi fontosságot sem tulajdonítottak; a láb villamos sémái talpra állítottanak vannak megrajzolva, mintegy eltakarandó a talpon lévő tabula rasa-t.

Ez a körülmény késztetett arra, hogy a talp azon kis izmainak elektromos pontjait kutassam, amely pontok felől izolált tiszta rángást észlelhetünk. És pedig ezen izmok: a m. adductor et abductor hallucis, a m. flexor hallucis brevis, a flexor digitorum communis brevis, a flexor digiti V és az abductor dig. V.

Különös fontossággal bír ezen izmoknak a villamos vizsgálata akkor, ha a sérülés a nervus tibialis alsó két-harmadában érte; amikor is csupán a talp izmaiban áll be az elfajulás, míg az ideg ép felsőharmadából elágazó szálaktól beidegzett lábikraizmok és a hosszú újjhajlítók épek maradnak. A mellékelt sémás rajzból ez jól kivehető.

Mert ha a sérülés a nervus tibialis két alsó harmadának bármely helyén érte, s a régi sémákon feltüntetett pontokat vizsgáljuk, akkor a lábikraizmokban és a hosszú újjhajlítókban normalis viszonyokat találunk. Ha pedig a n. tibialis a belső boka mögött ingerlem, akkor kiesés esetén a lábujjak talpi flexiói fognak hiányozni. Pontosabb felvilágosítást azonban az egyes talp-izmok villamos viselkedéséről csak úgy kaphatunk, ha azokat az izmokat magukat a talpon vizsgálom. Erre nézve a meglévő sémák, mint említettem, semmiféle útbaigazítást sem adnak. Ezért kellett idetartozó esetek előfordulása miatt először is a talp-izmoknak a normalis villamos ingerlési viszonyait megállapítanom.

Ezen vizsgálatok alkalmával számolnunk kell azonban ama körülménnyel is, hogy a talp bőre más bőrterületektől eltérően sokkal vastagabb, kérges, s így az elektromos áramnak az izmokhoz való hozzáférése tekintetében még sokkal jelentékenyebb ellenállást fejt ki. Evégből ajánlatos a vizsgálat előtt meleg lábfürdővel a talpbőrt jól megpuhítani.

A villamos ingerlési pontokat a 2. ábra tünteti fel.

Közlemény a budapesti magy. tud.-egyetem II. sz. női klinikájáról.
(Igazgató: *Taufer Vilmos* dr., egyet. ny. r. tanár.)

A magzatforgások mechanismusa.

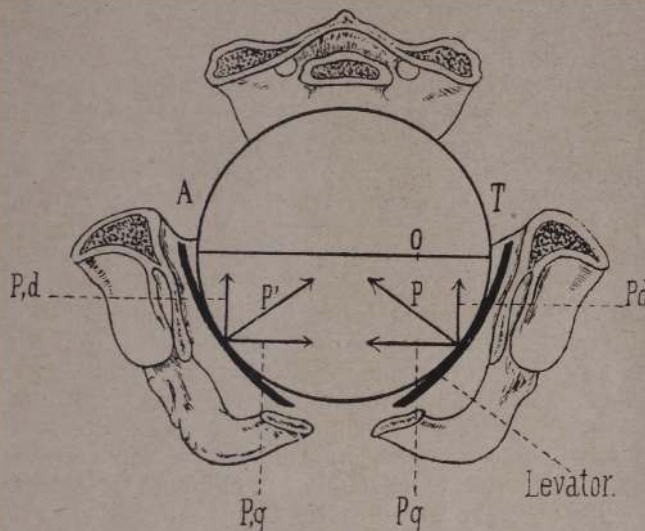
Irta: *Fekete Sándor* dr., tanársegéd.

(Vége.)

A medenczefenek a szülés előtt nagyjában lapos izomtányért alkot, a mely a szeméremív és a medencz: csontos oldalfalának hiányait kitölti. Az izomfalnak a sagittalis vonalba eső részén a levator-szárak között keskeny rés van. A szülés alatt a lenyomuló fej az egész izomlemez mag előtt kinyújtja, a tányérforma tölcseralakot vesz fel s az elülső falán levő hosszanti rés alakja is megváltozik; a szülés további menetén a tölcser szűkülte része egyre tágulni kénytelen s így hengeralakú csatornává alakul át. A levator-szárak közti rés a lenyomuló fej nyújtó és tágító hatása alatt olyan módon változik meg, hogy miután az izomkötegek tapadáspontra a medencze elülső csontos falán helyét váltogatni nem tudja, az izomkötegek egymástól való eltávolodása a tapadáspontról való távolság arányában nő. A rés elülső, felső részében így \wedge alakot vesz fel, a melynek a szárai lefelé és hátrafelé vannak nyitva. Minthogy a lefelé nyomuló fej elsősorban a medenczefenek legmagasabban fekvő részleteivel jut érintkezésbe, egyelőre a levatorrésnek ez az elülső-felső részlete érdekel bennünket, a melynek a mentén a fej és medenczefenek kölcsönhatása létrejön. A fejnek egy segmentumát a felülről ható szülőerők lenyomják a levator-szárak közé, a kifeszített izomkötegek visszahatnak s ezen visszaható erőnek a következménye a fej hossz tengely körüli forgása. A medenczefenek izmainak elrendeződése a szülés alatt olyan, hogy a fej további előnyomulása alkalmával a tangált izomkötegek a levator-szárak módjára fejtik ki hatásukat. Ez a jelenség a folyamatnak bizonyos folytonosságot biztosít. A mint a fej olyan mélyre érkezett, hogy egész körületében a medenczefenek izmainak a hatása alá kerül, új erőviszonyok lépnek életbe, a melyekkel később fogunk foglalkozni.

Kövessük figyelemmel egyelőre a fejnek az útját a szülés azon szakában, a mikor a fej egy szelvénye a \wedge alakú

levatorszárak hatása alá kerül. A fejnek a keresztcsont felé tekintő részletei ebben a pillanatban még magasabban vannak, hogysen a medenczefenék izomzatával (levator-lemez) érintkezésbe juthatnának, mert a medencze hátulsó csontos fala lényegesen hosszabb az elülső falánál. Hogy a ferde síkban haladó levatoroknak a fejre való hatását megismerhessük, a levatorok részéről a fejre kifejtett nyomó erőt alkotó részeire kell bontanunk (3. ábra). A levatorszárak visszahatása, álló helyzetben képzelve a nőt, felfelé, befelé és hátrafelé irányul. A visszaható erőt (P és P') a tér három irányának megfelelően tulajdonképpen három componensre lehet bontani: az egyik a frontális síkban vízszintesen hat (3. ábra Pq és P, q), a másik függőlegesen, a harmadik elülről hátra a keresztcsont irányában (3. ábra Pd és P, d). Ez utóbbi componens hozza létre a fej II. forgását. E componensek közül a medencze haránt átmérőjével pár-



3. ábra.

A a beilleszkedési sík arcai, T a tarkói vége. O a forgástengely. P, d flexiós tartásnál a II. forgást előidéző erő.

huzamos erő a túloldalival együttműködve a fej konfigurációját fogja elősegíteni, a mozgató hatások egymást ellensúlyozzák; az erre merőleges másik componens a fejet sagittalis átmérőjére merőleges irányban fogja megtámasztani s a támaszpontját az anya kereszttája felé igyekszik elmozgatni. Általában tehát a symphysis felől nagyobb erők hatnak, mint ellenkező irányban. Helyzetváltozás azonban csak a hosszanti tengely körül lehetséges s ez annál is inkább bekövetkezik, mert az erők támaszpontja a hosszantengelyre vonatkoztatva nem szimmetriás elhelyezkedésű. A magzat hosszanti forgástengelye a dens epistrophein halad át, merőlegesen áll a beilleszkedési síkra s párhuzamos a medencze tengelyével, így végeredményben a fej beilleszkedési síkjától függ az erők támaszpontjainak a forgástengelyre vonatkoztatott helyzete. A forgástengely a különböző beilleszkedési síkokat, illetve azok sagittalis átmérőit körülbelül ugyanott metszi, a hol azt a 2. ábra mutatja; mert a haránttengelynek az átmérőkre való vetülete körülbelül egybeesik a ponttal, a hol a meghosszabbított hosszanti forgástengely a fej különböző tartásaiban metszi az átmérőket. Az erők hosszúsága tehát ugyanúgy fog alakulni, mint az I. forgásnál láttuk, a különbség csak az, hogy most más síkban működnek az erők: ott a haránttengely körül való forgást, itt a hosszantengely körül való torsiót eredményezik. A hosszantengely körüli forgás azon oldali erő irányában történik, a melyik erő hosszabb karon működik; ha a magzatnak sajátos viszonyai vagy a szülőcsatorna különös alakulása megnehezítik valamely irányban a forgatást, ez egyjelentőségű azzal, mintha ezen az oldalon kisebb erő működne, az eredményt az erő s erőkör szorzata fogja ilyen esetben megmutatni: a melyik oldalon nagyobb ez a szorzat, az azon oldali erő irányában történik az elfordulás. A fejnek az a részlete tehát, a melynek

a forgási tengelytől való távolsága nagyobb, az erő irányában, azaz hátrafelé fog forogni, az átmérő ellenkező polusa pedig a szeméremív vájulatába fordul. Végeredményben a fej sagittalis átmérője a medencze egyenes átmérőjébe kerül oly értelemben, hogy a sagittalis átmérőnek a forgástengelyhez közelebb fekvő polusa jut a symphysis alá. Ha a fej a szülőcsatornában flexiós tartás szerint illeszkedett be, akkor a forgástengely a szóba jövő frontosuboccipitalis átmérőt úgy osztja két részre, hogy a rövidebb rész esik a tarkó felé; flexiós tartásnál tehát a tarkó tája jut a szeméremívbe. Extensiós szülés esetén a submaxillo-parietalis átmérőt a forgástengely egy rövidebb állalatti és egy hosszabb fejtetői részletre osztja, megint a rövidebb átmérőhöz tartozó részlet kerül előre, s így az állalatti tájék illeszkedik be a symphysis alá.

A mint megkezdődött a fej sagittalis átmérőjének a medencze egyenes átmérőjébe való beforgatása, vagy ha a fej már eredetileg is valamelyik ferdében került volna a szülőcsatorna mélyebb részébe, a fejnek egyre nagyobb segmentuma kerül a levatorszárak hatáskörébe. Az izomkötegek, a melyek eddig csak \wedge -alakban érintették a fejet, egyre jobban rásimulnak a lenyomuló koponyára s csakhamar a kitágított levator-rés ovalis formájában ölelik körül a fejet. Megváltozik ezzel az erők viszonya is, a körkörös szorítás következtében a fej egész peripheriáján egyenlő erők jutnak érvényre. A természetől ovalis levator-rés a fejnek szintén ovalis keresztmetszetét úgy forgatja, hogy a hosszanti átmérők egyértelműen helyezkednek el; a forgató erőket a fej sagittalis átmérőjének végén működő forgató erőkör alakjában érzékelhetjük. A levator-rés körkörös szorítása a többi medenczefeneki izomzat támogatásával befejezi azt a forgatást, a melyet a levatorszárak indítottak meg.

Azokban a ritka esetekben, a midőn a fej sagittalis átmérője a beilleszkedési típusra kedvezőtlen értelemben helyezkedik el valamely ferdében, így ha flexiós tartásnál a tarkórész a ferde hátulsó végére jut, vagy ha extensiós tartásnál az arcztáj jut oda, akkor a fej beilleszkedése elkésztet történik meg. Azok az erők, a melyek normálisan már a bemenet felett rákényszerítik a fejre a harántban való elhelyezkedést, ezekben a speciális esetekben csak elkésve érvényesíthetik teljes hatásukat a fejnek még magasabban lévő niveaujaira. Végeredményben mégis megtörténik a fej beilleszkedése, a mely rendszeren a bemenetben megy végbe, s a levatorszárak működése a már ismertetett elvek szerint jut érvényre.

Hogy áll elő a forgás farfekvés esetén? Itt nem számíthatunk az aszimmetriás forgási tengellyel, mert a törzs a szülőcsatorna keretében a közepén futó hosszanti tengely körül foroghat csak. Ugyanaz az eset tehát, mint fejfekvés esetén indifferens beilleszkedésnél. Az erők nagysága lesz döntő arra nézve, hogy melyik oldali csipő forogjon hátrafelé. Ha valamely oldalon a far tömegesebb vagy merevebb, nagyobb erővel nyomja a megfelelő oldali levatorszárát, akkor ezen az oldalon a visszaható erő is nagyobb lesz, s ez a rész fog az erő irányában, azaz a keresztcsont felé fordulni. Ha a levatorszárak elhelyezésében vagy fejlettségében van aszimmetria, az erősebben működő levator oldalán fog a magzatcsipő hátrafordulni. Élénken bizonyít eme felfogás alkalmazhatósága mellett az az eset, a mikor az egyik láb előesett, a másik pedig fel van csapódva: a tömegesebb oldal szorul hátrafelé s az előesett láb a symphysis alá forog. Elősegíti egyébként a csipővonalnak a medencze egyenes átmérőjébe való beforgását az a körülmény is, hogy a csipővonal ritkán száll le teljesen a harántátmérőben, hanem rendszeren valamelyik ferdében illeszkedik be s így az egyik csipőt már beilleszkedésekor is előre szorítják a szereplő erők. A levator-rés ovalis alakja befejezi az ovalis átmetszetű csipőtájék egyenesbe forgatását.

A fejnek II. forgását, illetve a farnak a medencze üregében történő forgását a levatorszárak működése kielégítően megvilágítja. Nincs szükségünk az erők közvetlen mérésére, mert az erők hosszúsága elegendő mértékét adja az erők

hatásképségeinek. Elkérülhetjük tehát ezzel a Sellheim-féle magyarázat sebezhető pontját, a hol a magzattestben jelentkező feszülések ismeretlen hatásképsége áll szemben a szülőcsatorna részéről felmerülő akadályok ismeretlen nagyságával. Elfordulás mindig a nagyobb forgató-nyomatékkal* rendelkező erő irányában történik: a szülés további menete az erőviszonyok által tehát egyértelműen van meghatározva; minden más eshetőség ez egyszerű physikai törvénnyel ellenkezésbe kerül s így megvalósulásra nem számíthat.

Valójában tehát nem a vezetőpont forog előre, hanem az ellenkező polust forgatják az erők hátra. A hosszanti forgástengely a fej amaz átmérőjét, a melynek két végén a forgató erők támadáspontját vehetjük fel, két nem egyenlő részre osztja, a kisebbik rész mindig a vezetőpontnak megfelelő részre jut; a vezetőpont előreforgatása tehát nagyobb erőt igényel, mint az ellenkező polus hátraforgatása. Észrevehető ennek a körülménynek a hatása fogóműteteknél. Ha a fogót lege artis alkalmazzuk a ferdében levő fejre, úgy hogy a fogó kanalai a fej haránt átmérőjének végpontjaira jutnak s a fogó csúcsa a vezető pont felé néz, a forgató erőknek aránylag rövid kar (a fogó magassága) áll rendelkezésre s a vezető pont előreforgatása csak meglehetősen erő-kifejtés révén sikerül. Ha ellenben a fogó kanalai nem fogják a fejet pontosan, hanem a kanalak a medence haránt átmérőjének végpontjaira kerülnek, a kanalak összeszorításakor a vezetőpont oldalán levő kanál a vezető pontot előre, a másik kanál az ellenkező polust hátranyomja s így a szorító erő forgató erőpár gyanánt működik, a fej forgása a fogó kanalai között minden nagyobb erő-kifejtés nélkül megtörténik.

Felfogásunk értelmében a fej II. forgása megkezdődik már akkor, a mikor a leszálló fej elülső részlete a levatorszárakkal érintkezésbe kerül. A fej legnagyobb keresztmetszete ilyenkor körülbelül a symphysis alsó szélének a niveaujában van. Sellheim magyarázata szerint a II. forgás csak akkor kezdődik, a mikor a fej már jóval mélyebbre, a szülőcsatorna hajlásának legmélyebb pontjára jutott. Belső vizsgálatok alkalmazásával számtalanszor meggyőződhattunk, hogy az üreg magasabb részén megkezdődik a fej II. forgása, s mire a fej az üreg mélyébe jutott, akkor a forgás már jelentékenyen előhaladt s a befejezéshez legtöbbször nem sok hiányzik. Ezt igazolják a Röntgen-átvilágítás eredményei is. Ez a valóság is összeegyeztethető tehát felfogásunkkal.

A fejnek III. forgása a medence kimenetében következik be. A kigördüléssel járó extenziót (koponyafekvés) flexiós tartásnál, vagy flexiót (extenziós tartásnál = arctartás) könnyű szerrel megérthetjük, ha a lejtős síkú medencefenéknek a felülről való nyomásra való visszahatását elképzeljük. A medencebemenet tengelyére ferdén elhelyezkedő medencefenék a tengely irányában ható szülőerőknek az irányát megváltoztatja. A megváltozott irány a rugalmasság törvényei segítségével igen egyszerűen megállapítható: a beesési szög a visszaverődés szögével egyenlő. Ha ez adatokat felrajzoljuk, látjuk, hogy a felülről lefelé irányuló nyomóerők a közbeiktatott rugalmas fal hatása folytán irányváltozást szenvednek s hátulról előre irányulnak. A medence és a szülőcsatorna szerkezete megengedi az ilyen irányú erők érvényesülését, s így ezek az erők a magzathenger alsó részletét a szeméremív felé fogják elmozgatni. A fej ezt a mozgást csak annyiban követheti, a mennyiben a törzsszel való ízület összekötése megengedi, azaz a fej frontalis tengelye körül a symphysis felé hajlik. Ha az előbbi forgások következtében az arc fordult a medencefenék felé, akkor a nyomás a tarkó irányában való extenzióban jut kifejezésre (koponyafekvés); ha, mint arctartásnál, a nyakszirt tája jutott a hátulsó medencefélbe, akkor a fej az arc irányába hajlik, azaz flexiót végez. Kigördülés közben a gát felszínes izomzata s a szeméremrés ovalis alakja a medencefenék munkáját a megszületés pillanatáig folytatja.

Farfekvés esetén a folyamat teljesen hasonlóan megy végbe. A magzathenger csípővonala a levatorszárak hatása

alatt a medence egyenes átmérőjébe forgott, a ferdékben elhelyezkedő rugalmas medencefenék a csípővonalat az egyenes átmérő irányában előrenyomja s így a far sagittalis tengelye körül hajolva ívet ír le. Ez a mozgás a gerincoszlop oldalhajlásával egyértelmű, a mely irányban a magzathenger hajlíthatósága amúgy is fokozott.

A fej megszületvén, még egy forgást végez, a melynek következtében az arc ismét arra az oldalra tekint, a mely felé a szülés elején nézett. Ez a forgás a magzatrészek torsiójának a visszahatása: megszabadulva a fej a szülőcsatorna kényszeréből, egyes részeinek latens rugalmas erői azonnal kiegyenlítésre törekednek: az összenyomott részek megnyúlnak, az erősebben kinyújtott részek összehúzódnak s így létrejön az eredeti kényelmes magzattartás. A rugalmassági erőknek ilyen érvényesülését most már semmi sem akadályozza s így e IV. forgás magyarázata elegendő a rugalmassági erők hatása.

A magzati fej sagittalis átmérőjének az anya frontalis síkjába való visszaforgása összefüggésben van a vállak szülési pályájával. A magzatnak ízületesen kapcsolt két nagy része, a fej és törzs egymás mozgásait befolyásolja oly értelemben, hogy a részek rugalmassága, izomtonusa az eredeti viszonyok megtartására törekszik. A vállöv átmetszete elliptikus, hosszabb tengelye éppen derékszöget alkot a fej hosszabb tengelyével. A fej és váll összeköttetésénél fogva a vállöv igyekszik az előremenő fej forgásait átvenni. A vállaknak a medence bemenetében való elhelyezkedésére a fej medenceüri forgása azonban csak bizonyos mértékben lehet irányadó. I. koponyafekvést véve alapul, az occiput a medence üregében (felülről nézve) az óramutatóval megegyező irányú forgást végez, tehát a vállak is ebbe az irányba fordulnak s a bal ferdébe kerül a vállöv hosszabbik átmérője, a bal váll a hátulsó medencefélbe jut. A fej kigördülése idején a szülőerők a vállövet ezen elhelyezkedésben tolják mélyebbre. A midőn a fej megszületett, az elliptikus vállöv kerül a levatorrés ellipszisébe, a melynek forgató hatása erőpárok alakjában nyilvánul meg; a vállöv ellipszisének hosszabb tengelye forog bele a szeméremrés hosszabb tengelyébe. A hátul leszálló bal váll a medence egyenes átmérőjének hátulsó végére jut s így olyan forgást kénytelen végezni, a mely az óramutató forgásával ellenkező irányú. A vállaknak a medence bemenetében s a kimenetben végzett forgásai ellenkező irányúak lévén, a vállöv ugyanazt az állást foglalja el kigördülése előtt, mint a szülés elején. Ez magyarázza meg a fej külső IV. forgását: a kényszerhelyzet megszűntével a már szabadon mozgó fej engedelmeskedik a természetes helyzet felvételére irányuló rugalmassági törekvéseknek s ugyancsak abba az irányba fordul bele, a melybe a szülés elején nézett. Arctartásnál ugyanez a jelenség ismétlődik: ha az arc eredetileg jobb felé nézett, az előre eső jobb váll az állcsúcs előreforgásakor a jobb ferde elülső végébe kerül. A fej megszületése után az elől leszálló jobb váll forog az ovalis alakú szeméremrés hatása alatt az egyenes átmérő elülső végébe. A vállak tehát azt az állást foglalják el kigördülésük előtt, a melyben eredetileg voltak s így a megszületett fej is az eredeti irányba fordul.

A fej IV., a szülőcsatornán kívül elvégzett forgását tehát a levatorrésnek a vállövre gyakorolt forgató hatásából s a magzattestnek rugalmassági viszonyaiból magyarázhatjuk.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A chinin-prophylaxisban részesültek malariájára vonatkozó tapasztalatokról számol be Zondek. A chinin-prophylaxis az eseteknek nagy részében nem akadályozza meg a malariát, csak bizonyos időre eltolja a kitörését, vagyis latens malariára vezet. A chinin-prophylaxisnak a háborúban kiterjedten használata folytán ilyen módon sok lett a malaria-

* Forgató nyomaték = erő s erőkar szorzata.

parasitahordozó. A latens malaria mobilizálódása bármikor bekövetkezhetik; gyakran fertőző betegségek, főleg typhus abdominalis és typhus exanthematicus, vezetnek a malaria kitérésére. A chinin-prophylaxisban részesültek malariája egészen atypusos lehet; gyakoriak az idősült malaria-alakokra emlékeztető kórképek. A prognosis kedvezőtlenebb, mint a prophylaxisos chininkezelésben nem részesült malariáé, gyakran megy át idősült formába, s a recidiva is gyakori. Minthogy többnyire chinin-resistentia áll fenn ezekben az esetekben, a kombinált chinin-salvarsan-kezelés ajánlatos. Úgy az idősült, mint a mobilizált latens malaria-esetekben gyakoriak a szív-zavarok a malariás rohamok aequivalense gyanánt. (Berliner klin. Wochenschrift, 1919, 21. szám.)

A vérkeringési szervek viselkedéséhez influenza-pneumonia eseteiben szolgáltat adatokat *Grossmann* (München). A mi a relatív bradycardiát illeti: ez éppen a legmagasabb láz szakában legkifejezettebb; 40° C körüli hőmérsék mellett az érverés-szám 80 körül van; sok esetben a hőmérsék emelkedése semmi befolyást sem gyakorol a pulsus-számra. A relatív bradycardia a gyermekkori esetekben is megvan, de nem oly kifejezett mértékben. *Schott* amaz állítását, hogy azok az esetek, a melyekben a bradycardia a megbetegedés első napjaiban már megvan, sokkal súlyosabb prognosisúak, a szerző nem tudja igazolni. Többen állították már, hogy influenzában a vérnyomás csökken. A szerző tapasztalása szerint a vérnyomás csökkenése éppen a pneumoniával szövődő esetekben szokott nagyon korán jelentkezni és az egész lázas szakban, sőt azon túl is megmaradhat, sőt fokozódhatik is. A vérnyomás-csökkenés megjelenése mintegy figyelmeztetés arra, hogy kezdjük meg az erélyes kámforkezelést, noha a beteg egyébként még jó benyomást tesz, subjective jól érzi magát. Minthogy a vérkeringés zavara vasomotoros hűdés által van feltételezve, a digitalistól nem várhatunk eredményt, hanem kámfort és coffeint kell adnunk. (München. mediz. Wochenschrift, 1919, 20. szám.)

Szüléset és nőorvostan.

Az abortus-kezelés technikájához címmel *Hodiesne* a Zweifel-klinikáról kézfogást ismertet, a mely főleg olyan esetekben használható, a melyekben a méhszáj egy ujj számára átjárható ugyan, a placenta-maradványok eltávolítása azonban nehézkes, az ujjal ismételt behatolást teszi szükségessé (a mi a fertőzés veszélyét növeli), avagy az abortusfogó használatát. A szóban levő kézfogás elve egyébként *Dührssen* egy munkájában, továbbá *Winckel* szülészeti tankönyvében már említve van, *Höring* pedig használta is, de kissé más formában. Az eljárás röviden a következő: A még bennlevő peterészletek leválasztása a méhüregbe vezetett egy ujjal. Most ugyanezen kéz mutató- és középujját a hátulsó hüvelyboltozatban lehetőleg magasra felvezetve, a külső kéz négy ujjával körülfogjuk a méh fundusát s a belső két ujj felé nyomkodjuk, a belső két ujjal pedig kellő ellennyomást fejtünk ki, végül azután külső és belső ujjainkkal közösen a méhnyak, illetőleg a hüvely felé nyomjuk a méhet; az ilyen módon mintegy összepréselt méh úgyszólván kifecskendezi a tartalmát a hüvelybe. Ez megtörténvén, forró physiologiai konyhasóoldattal kiöblítjük a méhet és kezeinket újból fertőtleníttve, újból kitapintjuk a méhüreget. Az eljárás megismétlése csak a legkritikább esetekben szükséges. Keményebb, régebbi placenta-részletek is könnyen eltávolíthatók ezzel az egyszerű eljárással. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 21. szám.)

Bőrbetegségek.

Az érvágás, mint a „colloidtherapia“ egy része címen közli tanulmányát *Fr. Luithlen* (Wien). Ismeretes, hogy az érvágást, a gyógyító eljárások egyik legrégebbi fajtáját, az utóbbi évtizedek orvostudománya jóformán elhagyta. *Dyes* kísérletei óta azonban, melyek az érvágásnak vérszegenység ellen való hasznos voltát bizonyították, ismét kísérlet tárgyává vált ez az ősrégi gyógyító mód. A szerző kísér-

letes vizsgálatai alapján már régebben reátért az érvágásra. Állatkísérletei megállapították, hogy a bőrnek külső, gyulladást okozó ingerek elleni érzékenysége úgy táplálkozás, gyógyszererek és mérgeknek behatása, mint főként colloidalis anyagok befecskendezése által befolyásolható, illetőleg csökkenthető. A szerző „colloidtherapiának“ azt az eljárást nevezi, mely mindazokat az eljárásokat felöleli, melyekben parenteralisan (nem per os) colloidalis anyagok — fehérje- és nemfehérje-természetűek — vitetnek a szervezetbe. A mostanában alkalmazott eljárások közé tartoznak a különböző seruminjectiók, a plasma-, vér-, albumose-, tej- és natr. nuclein.-befecskendések. Idetartozik továbbá a vaccina- és bakteriotherapia, továbbá az elektrargol- és collargol-kezelés. Közös hatása a colloidalis anyagoknak, hogy a szervezetet védőanyagok termelésére serkenti, a leukocytosist földézi s a test hőmérsékletét fokozza. Hasonló hatással van a többszörös vérelvonás is, nyilván azért, mert az érvágás folytán a szövetrésplasma kompenzáloan a vérbe kerül. (H. H. Meyer). A többszörös érvágás, csakúgy, mint a különböző colloidalis anyagok befecskendezése, a bőrnek külső ingerekkel szemben nyilvánuló érzékenységét csökkenti. A szerző tapasztalása szerint a többszörös érvágás ($40 - 50 \text{ cm}^3$ vérelvonással) a bőrnek gyuladós folyamatait kedvezően befolyásolja. Az ily elvonások 2—4 naponként több ízben kár nélkül ismételtethők. A szerző az érvágásokat főként a bőrnek keringési zavarai ellenében ajánlja. De ajánlhatók akkor is, ha a bőr méregtelenítése céljából a nedvkeringést fokozni kívánjuk. Különösen jók az eredmények urticaria eseteiben. Az érvágás csökkenti ilyenkor az ex- és transsudatiót s fokozza a nedvkeringést, mely következményesen a beteg bőr méregtelenítését okozza. Természetes azonban, hogy az érvágásnak csak azokban az urticaria-esetekben van helye, a melyek ellenében egyéb eljárások (hashajtás, chlorcalcium) már hatástalannak bizonyultak. Az érvágás hatása még fokozható, ha közvetlenül utána $200 - 300 \text{ cm}^3$ melegített physiologiai konyhasóoldatot infundálunk; ez a szervek kimosását még fokozza. Feltűnő jó az érvágások eredménye azokban a bőrbántalmakban, melyek a női genitalis sphaera elváltozásai nyomán támadnak. Ugyancsak jól befolyásolható a pruritus is, mely olykor a terhesség folyamán oly makacsul fönnáll. Az érvágások egyik hatása, hogy az erek átbocsátó képessége csökken. Valószínű, hogy az eljárás hatásának egy része erre a jelenségre vezethető vissza. De valószínű az is, hogy az érvágás gyógyító hatásának egy jelentékeny része arra a fokozott anyagcserére vezethető vissza, mely többszörös vérvétel nyomán a vérképződés fokozása következtében mindenkor észlelhető. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1919, 21—22. sz.) *Guszman*.

Ideg- és elmekórtan.

A fehérvérsejtek viszonyáról az epilepsiás tünetcsoport előtt, alatt és után ír *H. di Gaspero*. Eredményeit a következőkben foglalja össze: A genuin epilepsiás tünetcsoportban a fehérvérsejtek viszonya a betegség súlyossága szerint nagyon változó, úgy a fehérvérsejtek számát, mint arányszámát illetőleg. Csaknem állandóan megszorodnak a kis és nagy lymphocyták, a monocyták és az átmeneti alakok, gyakran az absolut lymphocytosis fokát érik el. A lymphocyta-szorodás csaknem szabályszerűen egybeesik a rohamokkal, de azért a rohamok közti időben is előfordulhat. A polymorph neutrophil leukocyták száma leginkább változó, míg a basophil leukocyták csak kisebb és nem jellegző hullámszámnak vannak alávetve, az eosinophil elemek viszonya azonban jellegző. Úgy a roham idején, mint megelőzőleg gyakran találunk leukopeniát (5000 alá süllyed a fehérvérsejtek száma), mely együtt szokott járni a lymphocyták szaporodásával; ez gyakran a roham előjelének tekinthető. A normalis leukocyta-viszony rendszeren subjectiv jó érzéssel és acut psychopathás zavarok hiányával jár. A rohamok után gyakran az összes sejtelemegek szaporodása észlelhető általános leukocytosis formájában és különböző hosszúságú tartama után többnyire hamarosan visszatér a rendes arány. Az eosinophil elemek száma a rohamok

előtt és alatt csaknem szabályszerűen csökken (2% alá, hypoeosinophilia), a legalacsonyabb értékek a roham alatt észlelhetők. A roham után az eosinophilok száma szaporodik és többnyire a normalis számot (4%) meghaladja (hyper-eosinophilia). A rohamokat helyettesítő psychopathiás tünet-csoportokban ugyanezek a viszonyok észlelhetők, bár nem oly kifejezetten. A vérelet tehát némi biztonsággal prognosizos irányjelzőnek tekinthető. A fehér vérszámok viselkedése epilepsiában feltűnően hasonlít a fehérvérszámok viselkedéséhez, a melyet a parenteralis fehérje-szétválás okozta anaphylaxiás shock alkalmával látunk, a genuin epilepsiát tehát fehérje-szétválás okozta toxicosissnak tekinthetjük és ezzel magyarázhatjuk. (Archiv f. Psych. u. Nervenheilk., 59. kötet, 1118. old.)

Goldberger Márk dr.

A psychopathás magasabbértékűség kérdését veti fel újból *W. Morgenthaler*. A psychés magasabbértékűség fokozott szellemi munkaképességben nyilvánul meg, a mi éppúgy válhat az emberiség hasznára, mint kárára. A psychés kiválóbb képesség négy formában jelentkezhetik: 1. A normalist meghaladó egyoldalú intelligenciában. E csoportba tartoznak nemcsak olyanok, a kik az emberiségnek nagy hasznára voltak, hanem voltak olyanok is, a kik a kiválóságukat raffinált gonosz tettek elkövetésére használták fel. 2. Az ösztön és hajlam terén nyilvánuló kiválóbság. 3. A kiválóság magasabb (fokozott) erkölcsi érzésben jelentkezik, mely éppen úgy nyilvánulhat pozitív, mint negatív formában. 4. Az ideális és egyedüli igazi kiválóság, a hol az egyes részleges kiválóságok egy személyben egyesülnek, de ez nagyon ritka.

Kétségtelen, hogy vannak emberek, a kiknek kiválósága a psychopathiában gyökeredzik, de akkor ez egyéneknek tudatukban kell lenniök psychopathiájuknak és érezniök kell, hogy beteges hajlamúak és hogy kevésbé munkaképesek. E negatív érzéshez még az is szükséges, hogy ennek tudata kitartóbb munkára serkentse őket. Hogy ez megtörténhessék, fontos, hogy a csökkentértékűségnek érzése ne legyen oly erős, hogy munkájukban megbénítsa és e mellett meglegyen a kellő alap kiválóbságra és önbecsülésük vagy fokozott legyen, vagy ne súlyodjon mélyen; szükséges, hogy a belső hiúság, gőg arra serkentse, hogy e szellemi gyengeség dacára értékeset teremtsenek. Ez utóbbit igen gyakran valamelyes váratlan és erős hatású külső behatás válthatja ki és a munkaképtelen psychopatát túlzottan munkabíróvá teheti. És éppen úgy, mint a testi defectusok leküzdésében valamelyes compensatio, illetve túlcompensatio jelentkezhetik, a szellemi téren is megnyilvánulhat ez. A psychopathás magasabbértékűség sohasem helyezhető egyszintbe az egészséges magasabbértékűséggel. Mig az utóbbinál csendes, egyforma és cél tudatos akarást látunk, addig az előbbinél a kedvetlenség érzése abban nyilvánul, hogy a szellemi teremtés nem egyöntetű, hanem időszakos, hol lázas tevékenységben jelentkezik, hol pedig a kimerülés jelei észlelhetők. Az időszakosság azonban hosszabb gyakorlás után némileg csökkenhet és bizonyos határig kiegyenlítődhethet. (Neurol. Zentralbl., 38. kötet, 1919, 89. l.)

Goldberger Márk dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az ampullákban levő sterilizált gyógyszeroldatok eltarthatóságára vonatkozó vizsgálatokat végzett *Heffter*. Coffeinsó-oldatok legalább 10 hónapig maradtak változatlanok, g-strophantin-oldatok pedig 13 hónapig tartották meg hatásukat. (Ber. d. Deutsch. Pharm. Gesellsch., 29. kötet, 2. füzet.)

Haemoglobinuria paroxysmalis egy esetében *Bruhn-Fahraeus* gyógyulást látott bekövetkezni neosalvarsan használatát után (4 befecskendezés összesen 1.2 gramm neosalvarsannal). (Hygiea, 81. kötet, 5. füzet.)

Az influenza prophylaxisára *Müller-Waldeck* a mandoláknak jodtincturával beecsetelését ajánlja; nagyon érzékeny részére egyéneknek a jodtinctura ugyanannyi glycerinnel hígítandó. Jó eredménnyel használja továbbá úgy prophylacticum, mint gyógyszer gyanánt az *epidosin* nevű szert, a mely tej-

czukorral készült tabletták alakjában kapható és formalint meg guajacolot tartalmaz; a tablettáknak a szájban lassan elolvadása közben formalin válik szabaddá, a mely desinficiálja a mandolákat, mint az influenzás fertőzés fő bejutási kapuit, a guajacol pedig a tüdőbeli szövödmények megelőzése, illetőleg befolyásolása révén fejt ki kedvező hatást. (Mediz. Klinik, 1919, 18. szám.)

Styptisatum néven új vérzéscellenes szert állítanak elő a bursa pastorisból, a melyet már a középkorban használtak vérzések ellen; a hatás erősítésére kevés oxymethyl-hydrastinint is tartalmaz a szer. Belsőleg 10—15 csepp adandó 3-szor naponként, bőr alá fecskendezés alakjában pedig egy ampullányi naponként. *Krummacher* nagyon jó eredménnyel használta menorrhagia eseteiben. (Monatschr. f. Geburtshilfe, 1919, április.)

Influenza ellen legjobbnak találta *Arnoldi* a chinint intramuscularis befecskendezés alakjában (0.5 gramm chininum muriaticum urethannal; phiolákban befecskendezésre készen kapható). Cardiacum gyanánt a kámfort ajánlja, meg pedig gyakoribb kisebb (1—2 cm³-es) adagokban. (Berliner klin. Wochenschrift, 1919, 18. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Budapesti orvosi ujság, 1919, 25. szám. *Jakobi József*: Tömeges beléndek (hyoscyamus niger) mérgezés Kolozsivárt.

Vegyes hírek.

A régi országos közegészségügyi tanács mint ilyen megszűnt és helyét az *Országos Egészségügyi Tanács* foglalja el, mint a munkügyi és népjóléti népbiztoság mellett működő szaktestület. Tennivalói nagyjából azonosak a régi tanácséival, csak a megváltozott viszonyok miatt az orvosi személyi ügyek (orvosi állások betöltése) véleményezése körül lesz természetesen több dolga. A rendes tagok száma 18-ban van megállapítva, ezenkívül a régi egy másodelnök helyett két alelnök lesz. A kinevezés 3 évre szól és csak egyszer hosszabbítható meg további 3 évvel; a ki 6 éven át tagja volt a tanácsnak, csak három évi szünet után lehet újból tagja.

A fogászati doktorátust vezették be a heidelbergi egyetemen. Eléréséhez nyolcz félévi tanulmányidő, egy dissertatio benyújtása és szóbeli vizsga a fogászatból, anatómiából, physiologiából és egy szabadon választható más szakából az orvostudományok kivántatik. A freiburgi egyetemen is be akarják hozni a fogorvosi promotiót.

A hamburgi egyetem orvosi karához a mult számunkban közöltek felül még a következőket nevezték ki: a születést rendes tanárává *Th. Heynemann-t*; tiszteletbeli tanárok lettek: *Th. C. Deneke*, *C. A. Th. Rumpel*, *M. Simmonds*, *P. G. Unna*; rendkívüli tanárok lettek: *E. Arning* (dermatologia), *A. Buchholz* (psychiatria), *Th. Fahr* (körboncztan), *E. Franke* (szemészet), *H. Fülleborn* (tropsi betegségek), *J. Hegener* (orr-, torok- és gégebajok), *C. Hegler* (belorvostan), *J. Kister* (hygiene), *H. Much* (serologia), *M. Nonne* (neurologia), *K. Reuter* (anatomia), *W. Rüder* (gynaekologia), *A. Saenger* (idegyógyászat), *H. Schottmüller* (belorvostan), *C. Sick* (sebészet), *R. Sudeck* (sebészet), *A. Thost* (orr-, torok- és gégebajok).

Személyi hírek külföldről. *P. Baumgarten* tübingeni tanár, a nagyhirű körbonczoló és bakteriologus, nyugalmoba vonult. — *O. Tunmann* dr. berni docent a bécsi egyetemen a pharmacognosia rendes tanárává nevezték ki. — *M. Hajek* dr. ugyancsak a bécsi egyetemen az orr-, gége- és fülbetegségek nyilvános rendkívüli tanára lett. — *F. Tranner*, a gráci egyetem fogászati intézetének vezetője, a rendes tanári címet és jelleget kapta. — *R. Weiser* dr.-t nyilvános rendkívüli tanárrá és a bécsi egyetem fogászati intézetének vezetőjévé nevezték ki. — Rendkívüli tanárok lettek a bécsi egyetemen: *O. Förderl* (sebészet), *A. Fuchs* (psychiatria és neurologia), *W. Falta* (táplálkozás és anyagcserebetegségek), *H. Eppinger* (belorvostan) és *K. Meixner* (törvényszéki orvostan).

Meghalt. *Fr. Merkel*, az anatomia tanára a göttingeni egyetemen, kitűnő anatomus, 74 éves korában.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rákapart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró légkészülékek, Irigritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Székely-dr. Szilas diagnosztikai laboratoriuma, Erzsébet-körut 22. Tel. József 129-27. Dajka-vizsgálat.

Csernel-Bloch-Rajka Baktériológiai laboratorium. Dajka-vizsgáló intézet. Sas-u. 20. Tel. 159-69.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szerzet intézet r.-i. Budapest, VI., Teréz-körut 31. sz. Baktériológiai, serológiai, vegyi vizsgálatok. Dajka vizsgálat. Telefon 20-19.

Dr. Reich-féle Budapesti medlo-mechanikai intézet. Sesselweis-utca 2. Kosauth Lajos-utca sarkán. Vezető orvosok: Dr. Melha Armand. Dr. N. Hill Paula és Dr. Mandler Ottó.

ZANDER

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (VIII. rendes tudományos ülés 1919 márczius 12.-én). Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 283—284. lap.

Budapesti Orvosegyesület.

(VIII. rendes tudományos ülés 1919 április 12.-én.)

Elnök: Tóth István.

Jegyző: Csiky József.

(Folytatás.)

A vizeletretentio dynamikája, kórtana, körjelzése és gyógyítása.

Remete Jenő: Egy classikus szerző sem fest egységes képet a retentióról. A francia iskola (*Guyon* és *Albarran*) főleg az alsó, a német iskola (*Küster* és *Israel*) főleg a felső húgyutakat veszi figyelembe. Ennek hiányát óhajtja az előadó pótolni, mikor alapul véve saját vizsgálatait és therapiás újításait, egységes képet nyújt a retentio minden formájáról, kivonatosan előadva készülő könyvének megfelelő fejezetét. Tárgyalja a kérdés kórboncztanát, részben *Guyon*, részben a saját vizsgálatai nyomán s bemutat néhány jellemzőbb praeparatumot. Részletezi a retentio makro- és mikroskopiáját.

Állatkísérleteire támaszkodva, részletesen kitér a hólyagból való retrograd áramlás nagy problémájára s *Goldschmidt* és *Lewin* teoriáját fogadja el.

A kérdés kórtanát a klinikai megfigyelések és nagyszámú kystoskopiai vizsgálata alapján adja elő. A retentio okai: 1. congestió, 2. gyuladás, 3. idegrendszeri elváltozás, 4. traumák, 5. stricturák, 6. prostata-, hyper- és atrophia, daganat, 7. a húgycső kövei, idegen testjei, parazitái, 8. lázas, ittas állapot, mérgezések, 9. a környező szervek daganatainak nyomása a húgycsőtractus valamely részére.

Ezután ecseteli a retentio klinikai és tüneti képét, bőven részletezve annak diagnosist.

Különösen nagy súlyt helyez a therapiára, a hol az előadásban részletesen leirt s méltatott evacuatiós katheretizálás helyett az ő eljárását, a melyet „stillicidiumnak“ nevez, ajánlja. Bemutatja az eljárás matematikai alapját, a mely szerint végtelenül egyszerűen, minden gyakorló orvos részére hozzáférhetően megkapjuk, hogy bármely retentiót hogyan és mennyi idő alatt kell megoldani, illetve levezetni ($x \geq \frac{R}{50}$, a hol x a retentio levezetésére szolgáló órák száma, R a retentio nagysága grammokban, 50 pedig az a szám, a mely térfogatcsökkenés óránként az előadó vizsgálatai szerint a hólyag számára a legelőnyösebb).

Végül még a retentiók műtéti megoldásait ismerteti.

Pseudoneuritis optici congenita.

Nestlinger Miklós: Az általános orvostudomány szempontjából legelső helyet a látóidegfő megbetegedései foglalják el, elsősorban a duzzadással járó folyamatok, a neuritis optici, illetve papillitis intumescens. Ezek rendszeren jól körülírt kórfarmák, vannak azonban vesezületett változatai a látóidegfőnek, mikor ez a családásig utánozza a neuritis optica kórképét, ez pseudoneuritis optica congenita elnevezés alatt ismeretes, és néha annyira hasonlatos, hogy csak a hosszas megfigyelés, az idő dönti el a diagnosist. Egyik esete 9 hó óta áll változatlanul megfigyelése alatt, az illető myopiás kisebb fokban, a mi magában véve szokatlan jelenség az úgynevezett pseudoneuritis optici congenita eseteiben; az illetőnek baját kiváló szemorvosok neuritis opticinak véle-

nyezték, s az állapota jelenleg is teljesen olyan, mint 9 hó előtt. 1.75 dioptria concav üveggel $\frac{5}{5}$ -öt lát. Bemutat kistokú hypermetropia mellett fennálló pseudoneuritis optici congenitát; fennálló asthenopiás panaszokkal jelentkezett; állapota 4 hó óta teljesen változatlan s +1.0 dioptria convexel jól dolgozik közlelől, rajzol stb. Bemutat végül három 11—13 éves gyereket, kettőt nagyfokú hypermetropiával, egyet közepes myopiával és kis astigmatismussal, kiken typusos pseudoneuritis optici congenita van jelen. Igen fontos a neuritis optici diagnosissal óvatosan bánni. Indokolt volna kezdődő neuritis optici eseteiben különösen hangsúlyozni az esetleges vérzéseknek vagy a papillát környező retina zavarodottságának jelenlétét vagy hiányát.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Nagyfokú végbélelőesés eseteiben *Kümmell* újabban a következő eljárást használja: Laparotomia felpolczott medence mellett, az előesett végbél visszahúzása, a míg a prolapsus eltűnt. Ezután a rectum, illetőleg az alsó colon-részlet odavarrása a gerincoszlop ligamentum longitudinale anteriorához (kissé görbült tüvel a promontorium magasságában a nevezett ligamentumba vagy alája szúrunk és körülbelül 3 cm. távolságban kiszúrjuk a tűt, majd hasonló terjedelemben felöltjük a tüvel a rectumot a mesorectumon, illetőleg mesocolonon tapadása helyén; biztosság okából három ilyen selyemvarratot alkalmazunk egymástól 1 cm. távolságban). A műtét néhány perc alatt elvégezhető és ezért az öregkorban is (pedig éppen e korban leggyakoribb a szóban levő baj) használható. *Kümmell* eddig 7 esetben használta az eljárást (egy eset kivételével a többi 60 éven felüli egyénekre vonatkozik, egy beteg 70 éves, egy pedig 78 éves volt); az illetők a műtét előtt csaknem állandóan az ágyhoz voltak kötve, állapotuk rendkívül kínos volt; a műtét után aránylag rövid idő múlva elhagyhatták az ágyat, recidiva eddig nem jelentkezett. A műtét megtoldása az analis gyűrű megszükitésével nem mutatkozott szükségesnek. (Aerztlicher Verein in Hamburg márczius 18.-án tartott ülése.)

Csecsemőkori bronchitis capillaris és pneumonia eseteiben *Vogel* jó eredménnyel használja az adrenalint bőr alá fecskendezés alakjában. Az $\frac{1}{100}$ -s oldatból az eset súlyossága szerint 0.2—0.5 cm.³-t fecskendez be naponként 2—8-szor. 71 eset közül csak 3 végződött halálosan, a mortalitas tehát 4%. (Verein deutscher Aerzte in Prag 1919 márczius 14.-én tartott ülése.)

Súlyos mirigygümőkórban szenvedő gyermeket mutatott be *Wichmann* az „Aerztlicher Verein in Hamburg“ április 15.-én tartott ülésén. A betegből kiirtott mirigy kivonatanak befecskendezése nagyon kedvező hatásúnak bizonyult.

A phosphorsav jelentőségéről az izomműködésre tartott előadást *Emden* a frankfurti orvosegyesület márczius 31.-i ülésén. A harántcsikolt izomzatban egy sajátos hexosephosphorsav-összetételű talált, melyet egy az izomzatban, de más szervekben is jelenlevő fermentum tejsavra és phosphorsavra bont szét. Az említett összeköttetés, a

melynek a lactacidogen nevet adta, nyilván az izom contractiós anyagának tekintendő oly értelemben, hogy a bomlásakor szabaddá váló energia a közvetlen forrása az izomerőnek; az izomösszehúzódáshoz szükséges energia tehát nem oxydatiós úton termelődik, mint a !ogyan eddig gondoltuk. A szervezet ezenkívül nem lactacidogen szerves phosphorsavval is rendelkezik, a melynek mennyisége szintén szoros összefüggésben áll az izom működésével; ez az u. n. tartalék-phosphorsav a szükséghez képest átalakul lactacidogenné. Ez a folyamat az izomműködés fenntartására, illetőleg az izommunka folyamán elvesztett lactacidogen pótlására okvetlenül szükséges és az előadó kísérletei szerint phosphatnak a szervezetbe vitelével fokozható. Ergostat-kísérletek kimutatták, hogy phosphat adása esetén jóval több munka végezhető a teljes kifáradásig; kimerítő menetelések alkalmával azok, a kik phosphatot kaptak, sokkal élénkebbek maradtak. Természetesen tekintetbe veendő itt az a körülmény is, hogy a phosphat az idegrendszerre élénkítő hatású lehet, ennél fogva a jelzett befolyás létrejöttében az idegrendszerre gyakorolt hatás is közrejátszhatik. Éppen az idegrendszerre gyakorolt izgató hatás az oka annak, hogy este adva natriumphosphatot 3 gramm mennyiségben, az alvás rosszabbodhatik. Fokozott bélműködés is mutatkozik, a mely némelyeken a hasmenésig fokozódhatik; de úgy az alvásra, mint a bélre gyakorolt hatás a szernek némi megszokása után majdnem mindig megszűnik, az általános üdítő és az izomműködést fokozó hatás azonban megmarad.

Az előadáshoz fűződött eszmecsereben *Noorden*, utalva az előadás tárgyának nagy jelentőségére, felemlítette, hogy ő is végzett kísérleteket calciumphosphattal testi és szellemi kifáradás eseteiben, még pedig kitűnő eredménnyel; szivgyengeség és cukorbetegség eseteiben nem látott hatást. A szernek huzamosabb használata mellett olyan állapot következhetik be, a melyet phosphatismusnak lehetne nevezni. Minthogy a szer kedvező hatása feltűnő, az illetők alig tudják nélkülözni, huzamosabban használják és a megvonás után túlságosan gyorsan fáradnak el. Napi 5 gramm natriumphosphat használata mellett nem fejlődnek ki az abstinentia jelenségei, ha a megvonást lassan végezzük, 14 belül napon. Egyébként azonban azt ajánlja, hogy inkább takarékoskodjunk a natriumphosphattal és helyette phosphortartalmú tápszereket adjunk, első sorban korpát nagyon finoman megőrölve.

Kalberlah kimerülteken nagyon jó hatását látta a phosphat-kezelésnek. Napi 2—3 gramm mellett nem mutatkoznak abstinentia-jelenségek. Szervi idegbajokban és neurastheniában nem volt eredmény. Legjobb volt a hatás túlságosan sokat dolgozott nőknél és mindama betegségekben, a melyek rendellenes fokú izomfáradékonysággal járnak, így infantilismus és elhárásodás eseteiben is.

PÁLYÁZATOK.

ált. 470/919. szám.

A vezetésem alatt lévő közokórházban elhalálozás folytán megüresedett szemész főorvosi állásra a pályázatot a munkaügyi és népjóléti népbiztoság 1964/IV. 1919 számú rendelete alapján megismétlem.

Az állás ez idő szerinti javadalmazása 2900 korona fizetés, 800 korona lakáspénz, a törvényes korpótlék, drágasági és háborús segély. A kinevezés élethossziglan tart, s az állás nyugdíjjal egybekötött.

Szakképzettségüket s eddigi működésüket igazoló, hivatalos állás-

ban lévő pályázók, pályázataikat hivatalvezetőjük útján törzslap melléklésével, nem hivatalos állásban lévők pedig rövid életrással Somogyvármegye munkás- és katonatanácsának czimezve 1919 június 29.-ig a közokórház vezetőségénél nyujtsák be.

Kaposvár, 1919 június hó 11.-én.

Szigethi Gyula Sándor dr., kórházvezető.



Merjodin syphilisnél.

Intern szer, jól tűrhető. Kombinálható injektiós kezeléssel (Arsen, Quecksilber stb.)

meglepő sikerrel

még nagyon nehéz esetekben is. Adag: 3-szor 1—4 tableta.

Gravidáknál

az utolsó hónapokban, valamint

phthisikusoknál és gyermekeknél

is alkalmazható.

„A Hg a bevett mennyiség helyes arányában választódik ki.”

(Münchener Med. Wochenschrift, 1913, Nr. 11.)

Gyári csomagolás (50 tableta) K 3.75 gyógyszerárakban orvosi rendelés alapján kapható.

M különlegességi brosurát és kísérleti mennyiségeket a t. orvos uraknak díjmentesen küld H. Trommsdorff, vegyi gyár, Aachen 8 ZA.

Sozjodol-Natrium diphteriánál.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérum-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz.

HIMLŐNYIROK.

Szérumok

Typhus, cholera, tetanus, meningitis, diphtheritis, gonococcus, streptococcus, staphylococcus stb. fertőzések ellen.

Védőoltóanyagok (Vaccinák)

Telefon 20-19.

Sürgőnyezim: Pápay-oltóintézet.

Skabies Ebaga

(Dr. Matzenauer R. egyet. tanár szerint)

diskrét scabies-kuránál nélkülözhetetlen

szagtalan, láthatatlan

és

zsirtalan.

Dr. Bayer és Társa Budapest,

IX., Rákos-utca 17.

ORVOSI HETILAP



Szerkesztőség:
IX., Knežits-utca 15.

ALAPITOTTA
MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA
ANTAL GÉZA és HÓGYES ENDRE.

Kiadóhivatal
IX., Knežits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap
2¹/₂—3¹/₂ íven.

SZERKESZTI ÉS KIADJA
LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON
FŐSZERKESZTŐ.

Küldemények és előfizetések címe

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knežits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETŐFI" irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

Előfizetési árak:
helyben és vidéken
egész évre 40 kor
fél évre 20 "
negyed évre 10 "
Orvostanhallgatók, szigorló
orvosok és a kötelező kórház
gyakorlatot teljesítők a felét
és a portót fizetik.

Égyes számok kaphatók Kilián
Frigyes egyetemi könyvkeres-
kedésében (Váci-utca 32 sz.)
Egyes szám ára 1 korona.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Szana Sándor és Totis Béla: Hiányosan táplált szopós csecsemők dyspepsiája. 285. lap.
Hollaender Leó és Ernst Zoltán: Adatok a „vegyes fertőzések” malária-esetekhez. 288. lap.
Heller Lajos: Közlemény a leMBERGI 4. számú Wassermann-állomásról. (Vezető: Freund Gyula.) Adalékok a Wassermann-reactio elméletéhez. 290. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle, Belorvoson. Engel: Az agkori betegségek sajátosságairól. — Szülészet és nőorvoson. Winter: A hyperemesis gravidarum. — Venerés betegségek. R. Habermann és F. Mautshagen: A Hoffmann-féle mirigypunctiónak a syphilis korai felismerésében való jelentőségéről. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. A. Fischer; A kalzan. 292.—296. lap.
Magyar orvosi irodalom. 296. lap.
Vegyes hírek. 296. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Hiányosan táplált szopós csecsemők dyspepsiája.

Irta: Szana Sándor dr. és Totis Béla dr.

A természetesen táplált csecsemők táplálkozási zavarai-
ban teljesen német befolyás alatt (Czerny) a magyar paediatría
is a legnagyobb figyelmet a túltáplálásra fordította. A csecsemő-
gyógyászat azt tanítja, hogy a szopós csecsemőknél a főve-
szély a túltáplálás és ennek elkerülésére kívánja, hogy az
orvosok és védőnők az anyákat az ötször, vagy legfeljebb
hatszor való szoptatásra beszéljék rá. Alig találunk az iro-
dalomban figyelmeztetést arra, hogy szopós csecsemőkön az
éhezés is kiválthat táplálkozási zavarokat, csak a legújabban
megjelent német munkákban, így Jaschke tankönyvében, lát-
juk már azt, hogy Czerny és Keller tanát a szopós csecse-
mők túltáplálásának gyakoriságáról nem fogadják el. A magyar
gyermekorvosok, köztük legelkeesebben Berend, Czerny tana
alapján szintén minden figyelmüket a túltáplálás ellen való
védekezésre fordították és szigorúan tanították az anyákat a
3 vagy 4 óránkénti szoptatásra és az éjszakai nagyobb szop-
tatási szünet betartására.

Ma már azonban, főleg a magángyakorlatban tett tapasztalatok
alapján, a gyermekorvosok legnagyobb része látja, hogy a túltáplálás
korántsem oly gyakori szopós csecsemőkön, mint azt Czerny és Keller
tanította. Sőt éppen a magángyakorlatban látunk sokszor — s ezt vallja
Berend is — szigorú orvosi utasításokra történt nagy időközökben való
szoptatás miatt rosszul fejlődő csecsemőket. Igen látogatott
csecsemőgyógyászati rendelésen láttuk, hogy szigorú 4 órán-
kénti szoptatást éjjeli szünettel rendeltek 1600 gramm súlyú
lueses csecsemőnek!

Mi a budapesti munkásbiztosító pénztár ferencvárosi
anya- és csecsemővédelmi rendelésén azt tapasztaltuk, hogy
kizárólag szoptatott csecsemőkön túltáplálásból eredő táplál-
kozási zavar meglehetősen ritka.

Ellenben anyagunkon láttuk azt, hogy szopós csecse-
mőkön a hiányos táplálás folytán kiváltott zavarok minden-
naposak. Láttuk ezenkívül, hogy a hiányosan táplált, vagyis
éhező szopós csecsemő a túltáplálásból eredő dyspepsiához tel-
jesen hasonló körképet mutathat.

Azt hisszük, hogy ez a két tény nem eléggé ismeretes
az orvosok előtt.

A rendelésünkön megjelent, kizárólagosan szoptatott
csecsemőkön a túltáplálásból eredő táplálkozási zavarok azért
ritkák ma már, mert az anyák a védőnő által már előzete-

sen ki lettek oktatva, hogy csecsemőjüket gyakrabban, mint
3, sőt 4 óránként a szopás végétől számítva, semmiesetre se
szoptassák, és arra, hogy igyekezzenek éjjel ezenkívül még
egy nagyobb szünetet is betartani.

Annál gyakrabban jelentek meg azonban anyák, a kik
ugyanazokat a panaszokat adták elő, amelyeket túltáplál-
ásból eredő dyspepsia eseteiben szoktunk hallani: a csecsemő
nyugtalan, nem alszik, igen sokat sír, szopás közben a mellet
elereszti, naponta több zöldes-nyálkás széklet ürít, egyes ese-
tekben szopás után hány. Ilyenkor, mielőtt bármily diagnosit
tettünk volna és bármit rendeltünk volna, minden esetben
próbaszoptatást végeztettünk. Ezekből a próbaszoptatásokból
azután kitértünk, hogy az ily panaszokkal jövő anyák csecsemői
a próbaszoptatás alkalmával csak ritkán szoptak oly mennyi-
séget, melyből túltáplálásra következtethettünk volna és az
esetek túlnyomó többségében azt találtuk, hogy a szükséges-
nél jóval kisebb mennyiséget szoptak, vagyis ilyen meny-
nyiséggel, 3 vagy 4 órai szoptatási időközöt betartva, hiányo-
san voltak táplálva.

Ez esetek közül a rendelkezés eddig körülbelül ötvenet
észlelhettünk hosszabb ideig. Ezekben kivétel nélkül gyako-
ribb szoptatást rendeltünk el, még pedig, hogy ne 3 óránként
szoptasson az anya, hanem 2 óránként, de mindig csak egy
mellből. Ha ez sem volt elégséges, akkor az anya minden
alkalommal 2 óránként mindkét mellén szoptassa a csecse-
mőt. Eredményeink ezen az úton kiválóak voltak, úgy, hogy
egyetlenegy esetben szorultunk csak vegyes táplálékra,
vagyis tehéntejigításokkal csak egy esetben kellett hozzá-
táplálnunk.

A csecsemők a gyakoribb szoptatás mellett nyugodtak
lettek, jól aludtak, székük megjavult, a hányás elmaradt és
minden betegségtünet nélkül ezentúl súlyban gyarapodtak.

A gyakoribb szoptatás jó eredményeit elsősorban azzal
a valósággal kell magyaráznunk, amelylyel Rietschel az ő
naponta nyolcszor szoptatott csecsemőinek táplálkozási gör-
béivel bizonyított be, tudniillik, hogy a szopási számok szapo-
ritásával a szoptott napi anyatej-mennyiség is nő. Másodsor
idézünk mellé Jaschke gondolatát, amely szerint a szoptató-
anya melle gyakoribb igényekre gyorsabban és jobban reagál,
mint a ritkákra, úgy hogy Jaschke klinikáján éppen ezért az
első napokban naponta nyolcszor teteti mellre a csecsemőt.

Elsősorban hangsúlyoznunk kell, hogy ezek az esetek
igen nagy számmal fordultak elő, úgy hogy arra lehetne gon-
dolni, hogy a rendelkezésünkön megjelenő anyák szocialis hely-
zetével járó hiányos táplálkozás okozta ezt a gyakran jelent-
kező hypogalactiát. A mi anyagunkat ugyanis legfőképpen oly
munkásnők csecsemői adják, akik terheységük végéig gyár-
ban dolgoznak és rosszul táplálkoznak.

De a magángyakorlatban is ugyanazokat a tapasztalatokat tettük mi és mások is, úgy hogy ezeknek a hypogalactiáknak nem az anyák szociális helyzete az oka.

Fel kell említenünk azt a valóságot, hogy nincs egyöntetű megállapodás a szoptatások számának kérdésében. A francziák a nyolczszor való szoptatást ajánlják emlékeztető lapjaikon az anyáknak, ez körülbelül 2½ óránként való szoptatásnak felel meg.

Rietschel, aki *Keller* és *Pys* intézetében ápolt szopós csecsemők rosszul fejlődésének főokát a szigorú ötször való szoptatásban látja, szintén felvetette a gondolatot, hogy ezeknek a csecsemőknek az ötször való szoptatás azért nem elégséges, mert az anyák rosszul táplált gyári munkásnők és *Czerny* ritkán való szoptatásának tanát úgy tudja megérteni, hogy arra gondol, hogy *Czerny* tapasztalatait bőteji cseh asszonyokon tette. *Rietschel* a szoptatás technikájáról szóló gyönyörű munkájában élénken küzd a szigorú ötször való szoptatás ellen. Közli *Keller* intézeti anyagának eredményeit, amelyben azt láthatjuk, hogy *Keller* intézetében az ötször való szoptatás mellett igen gyakran kényszerültek az allaitment mixte-re.

A mi felfogásunk tapasztalataink alapján az, hogy a szoptatások számának megállapításakor *ki lehet indulni standardként a 3 vagy 4 órás szoptatásból*, de ha a csecsemő rosszul fejlődik és dyspepsiás tüneteket észlelünk, akkor a szükséges szoptatások számát individualisan kell megállapítanunk. Vagyis a *sablonos szoptatási számmal csak addig lehetünk megelégedve, a míg a csecsemő a szoptatási szám mellett jól fejlődik.*

Nem esünk tehát abba a túlzásba amelybe *Rietschel*, aki azt kívánja, hogy a szoptatási szám megállapítása mindig individualis kell hogy legyen. Kiindulhatunk a 3 vagy 4 órás szoptatásból s csak ha ennél a csecsemő nem fejlődik jól, állapítjuk meg az individualis szükségletet.

Megfigyelésünkben fontos tehát az, hogy ezekben az esetekben nem izazi hypogalactiával állunk szemben. Eseteinkben a kórkép kizárólag a ritkább szoptatás következménye és sűrűbb szoptatásra elmarad.

Másik rendkívül figyelemreméltó tapasztalatunk az volt, hogy ezek az esetek csaknem kizárólag az első trimenonban fordulnak elő.

Erre *Moro* is felhívta a figyelmet egy nemrég, észlelteink után megjelent dolgozatában, a melyben egyrésztől felhívja a figyelmet a három hónapnál fiatalabb csecsemők igen gyakori dyspepsiás jelenségeire, a melyeket a gyomorbélcsatornát beidegző idegrendszer fokozott ingerlékenységével magyaráz. Ugyanítt mondja azt is, hogy a *dyspepsiás jelenségek* mellett való hiányos tápláláskor is előfordulnak és hogy ezek *gyakoribb szoptatáskor elmulnak.* *Moro* az első trimenonról szóló munkájában azonban nem nyilatkozik az ez időben beálló túltáplálások gyakoriságának kérdéséről. A mi észleleteink azt bizonyítják, hogy az első három hónapra *jellegetes az a valóság is, hogy túltáplálás ilyen korú szopós csecsemőkön igen ritkán fordul elő.* Ha ehhez hozzávesszük *Jaschke* ama tételét, melyet az újszülöttek táplálásáról szóló tankönyvében találunk, hogy az *első élethetekben túltáplálást még sohasem észlelt*, láthatjuk, hogy a *Czerny* után felvett divatos félelem a túltáplálástól a kizárólag szoptatott csecsemőnél — a munkásanyáknál legalább — nem indokolt.

Ezek alapján nagyon valószínű, hogy Magyarországon az első élethetekben észlelhető óriási csecsemőhalandóságnak (néhány vidéken 17%) az okát nem a túltáplálásban kell keresnünk. A nagy csecsemőhalandóság okát kutatva, a köldökkezelésen, a keresztelési szokásokon és túlsúfolt lakásokon kívül, melyekben az első lélekzetvétel fertőzhet, vizsgálunk kellene azt is, hogy vajjon nem az-e az egyik ok, hogy az újszülött az anya piszkos mellének bakteriumfloráját szívja be már az első órákban.

Harmadik fontos tapasztalatunk, és erre kívánjuk a legfőbb súlyt fektetni, az volt, hogy, mint már említettük, a hiányosan tápláltaknak bizonyult csecsemőkön az ana-

mnesis igen gyakran olyan volt, a milyent túltáplálásból eredő táplálkozási zavarok esetén szoktunk hallani.

E panaszok között feltűnő volt a gyakori, naponként 4—5, színében és consistentiájában dyspepsiára jellemző széketlet. *Czerny*, kit a budapesti iskola követ, a csecsemő táplálásáról szóló tankönyvében azt mondja, hogy egyszerűen a széketletek nagyobb számából már túltáplálásra következtethetünk. Ezen az alapon ezekből az anamnesisekből, a melyekben a dyspepsiás széketletek majdnem mindig szerepeltek, igen gyakran kellett volna túltáplálást diagnoskálnunk és a csecsemőt 12—24 órán át éheztetnünk, vagy legalább is ritkábban szoptattatnunk. Elképzelhető, hogy az amúgy is hiányosan táplált csecsemő állapotát mennyire rontottuk volna és az ilyen vázlatos kezeléskor milyen könnyen jön létre az a már nehezen reparálható állapot, melyet *Langstein* és *Mayer* könyvükben igen szellemesen „*ATROPHIA E MEDICO*”-nak neveznek. Minden rossz széketletű csecsemőnek éheztetését *Finkelstein* is veszélyesnek tartja és az ilyen vázlatos kezeléstől óva int. Ugyanaz a veszély áll itt elő, amelyre *Finkelstein* és *Mayer* hívta fel a figyelmet, a mikor a csecsemőkórházakban a parenteralis fertőzések következtében beálló dyspepsiás székű csecsemőket éheztettek. A leglényegesebb tehát, a mire a figyelmet fel kívánjuk hívni, a *sablonozás veszélye dyspepsiás szék esetén.*

A sablonozás a tankönyvek és nem a szakirodalom hibája. Igy a dyspepsiás széketleteknek jelentkezését hiányosan táplált csecsemőkön *Rosenstern* leírta és ezt „*pseudo-dyspepsiának*” nevezte. Észleleteit *Rietschel*, *Langstein*, *Mayer*, *Jaschke* megerősítette. *Rosenstern* a dyspepsiás széketletek okát hiányos táplálás esetén adni nem tudja.

A mi eseteink a dyspepsiás széketletek jelentkezését hiányosan táplált csecsemőkön megerősítik és magyarázatul vagy arra kell gondolnunk, hogy hiányos táplálkozás esetén a bélepíthel fokozottabb leválása van jelen, vagy pedig a mire *Moro* gondol, hogy e széketleteket három hónapnál fiatalabb csecsemőkön neuropathiás jelenségeknek kell tartanunk.

A hányás körülbelül 50%-ban szerepelt a hiányosan táplált csecsemők anamnesisében. Francia szerzők, különösen *Variot*, állítják, hogy a hányás egyik tünete a hiányos táplálkozásnak. *Variot* a „*vomissement par hypoalimentation*”-ról mint gyakori tünetről beszél. *Jaschke* tagadja, hogy a hányás hiányosan táplált csecsemőkön oly gyakori jelenség volna, mint azt *Variot* állítja. *Rosenstern* neuropathiás jelenségeknek tartja. *Finkelstein*-nak az a véleménye, hogy a hiányos táplálkozás hányásra nem vezethet.

Berend tankönyvében hangsúlyozza, hogy a szopós csecsemők hányása mindig túltáplálási tünet, a csecsemő hányással védekezik a túltáplálás ellen. Ugyanezt tanítja a védőnőknek is. Ezzel a fiatal orvosok és védőnők figyelmét ilyen irányba tereli. Tankönyvének más oldalán figyelmeztet azonban a *Variot*-tól leírt hányásokra az éhező csecsemőkön. Mi azt tapasztaltuk, hogy a hányás hiányosan táplált csecsemőkön valóban előforduló tünet, a mely a szoptatások számának szaporítására elmarad.

A szopós csecsemők hiányos táplálásából eredő kórkép igen változatos, úgy, hogy annak egységes leírása nem lehetséges. Mindenesetre elmondhatjuk, hogy a tankönyvek által leírt képet nem látjuk. A tankönyvek szerint a nyugtalanság ritka, inkább feltűnő a gyermek nyugodtsága. Ezt mi nem mondhatjuk. Volt ugyan esetünk — de ez kivétel —, a hol az anya csecsemőjével szoptatási segélyért járt el az anya- és csecsemővédelmi rendelésre és a csecsemő teljesen nyugodt, tökéletesen egészséges csecsemő benyomását tette, az anyjának sem volt panaszja. A súlymérések alapján azonban azt tapasztaltuk, hogy a csecsemő 4 hét alatt semmit sem gyarapodott. A csecsemőt az anyja háromóránként szoptatta. A próbaszoptatás alkalmával kitűnt, hogy a csecsemő keveset szopott. A csecsemőt kétóránként szoptattattuk, a mi úgy volt lehetséges, hogy ha aludt, felkeltettük; a csecsemő súlyában szépen gyarapodott.

Az esetek túlnyomó részében a panaszok közül előtérben

állott a csecsemő nyugtalanága. A csecsemők sokat sírnak még szopás közben is és igen keveset alusznak.

A széklelet viselkedése a hiányosan táplált csecsemőkön nagyon változó. Vannak esetek, főleg idősebb csecsemők, amelyekben obstipatio a panasz. A tankönyvekben leírt és a hiányosan táplált csecsemőkre jellegzetesnek mondott „Hungerstuhl“-t egyetlen egy esetben láttuk. Rendszeresen a már tárgyalt dyspepsiás székleletek.

A bőrön a hiányos táplálásra jellegzetes elváltozást nem láttunk. Pys felhívja a figyelmet hiányosan táplált csecsemőkön az alsó ajak pirosságára és ekzemájára, a mely a szívás folytán jönne létre. Ilyen eseteket nem láttunk. Rosenstern a sarokdecubitust tartja jellemzőnek. Intertrigót eseteinkben elég gyakran láttunk, úgy hogy azt a felfogást, hogy az intertrigo a túltáplálásra volna jellemző, nem erősíthetjük meg.

Pys és Birk hívta fel a figyelmet arra, hogy hiányos táplálkozás folytán az első hetekben exsudatív diathesis jelenségei jelentkezhetnek a csecsemőn. Langstein és mások erős kritikával fogadták ezt a feltevést, a melyet a mi észleléseink sem erősíthetnek meg.

Moll kísérleteivel azt bizonyította, hogy éhezés esetén a csecsemő vizeletével kiválasztott phosphor nagy fokban megkevesbedik vagy egészen eltűnik, ellentétben minden más betegséggel. Ily irányú vizsgálatokat nem végeztünk.

Legfontosabb tünete a hiányosan táplált csecsemőnek, hogy súlyában nem gyarapszik. Voltak eseteink, a hol a súlygörbe egyforma volt mindaddig, míg a gyakoribb szoptatást be nem vezettük, s voltak olyanok, a hol a súlygörbe ingadozott. Tekintettel arra, hogy nem fejlődő csecsemőkön más betegség-tünetek is jelentkeznek, a melyek az anyát is aggasztják, az orvost pedig abba a tévhitbe hozhatják, hogy túltáplálással, vagy valami más táplálkozási zavarral áll szemben, ebbe bele nem törődhetünk és az a véleményünk, hogy minden nem fejlődő szopós csecsemőn meg kell határozni az orvosnak a szopott napi mennyiséget és ennek alapján kell megállapítani a szoptatások számát.

A hiányos táplálás diagnosizához kizárólag a próbaszoptatás, illetőleg a szopott napi mennyiség megállapítása által juthatunk. Az összes felsorolt tünetek közül egy sem jellemző a hiányos táplálásra, sőt más táplálkozási zavarok, így túltáplálás alkalmával is előfordulhatnak. Nézetünk szerint a kizárólagosan szoptatott csecsemőn, ha a dyspepsia kórképe mutatkozik, azt, hogy ez túltáplálásból, vagy hiányos táplálásból keletkezett-e, kizárólagosan a szopott napi anyatejmennyiség megállapításával határozhatjuk meg.

A hiányos táplálkozás megállapítása után elsősorban azt kell keresnünk, hogy nincs-e a csecsemőben az ok. Így volt esetünk, a hol a csecsemő soorja volt az oka a hiányos táplálkozásnak.

Az első hetekben fontosnak tartjuk az emlő vizsgálatát, mert esetleg kezdődő rhagasokat akadályozhatunk meg, amelyek az anyát akaratlanul is befolyásolják a szoptatásban.

Azonban az emlő vizsgálatából semmiféle következtetést sem vonhatunk le annak tejelválasztó képességére. Sem az emlő nagysága, sem tapintata, sőt mint azt Jaschke is hangsúlyozza, még az emlő próbafejése sem enged semmiféle következtetést a szopható tejmenyiségekre.

Berend a hypogalactiák egy részét másodlagos jelenségnek tartja, azt állítja, hogy úgy jön létre, hogy az előzetes túltáplálás a csecsemőben dyspepsiát okoz, a dyspepsiás csecsemő étvágytalan, rosszul szopik és az anya teje elapad. Ezt Berend Tauffer tanár klinikáján végzett pontos mérésekkel mutatta ki. A mi eseteinkben fiatal csecsemőkön a leg gondosabb anamnesissel sem tudtunk előzetes túltáplálást feltételézni és az anya által előadott szoptatási időközök is olyanok voltak, a melyek a túltáplálást kizárták, de a posteriori is kizárhattuk a túltáplálást abból a valóságból, hogy betegekink a gyakoribb szoptatásra meggyógyultak.

Mindenesetre Berend eme tana figyelmessé tesz bennünket arra, hogy ne sablonozunk mi sem, hanem a gyakoribb szoptatást therapiái kísérletnek tekintsük, melynek eredményeit pontos súlymérésekkel ellenőriznünk kell. Csak ha a

gyakoribb szoptatással szopott napi tejmenyiség több és a csecsemő gyarapszik, van meg a bizonyíték arra, hogy a csecsemő nem étvágytalanból szopott keveset, hanem a négy órai vagy három órai szoptatás mellett hypogalactia volt.

Az anyák gyakori hypogalactiájának másik esetleges okát, socialis helyzetüket és a hiányos táplálkozást, már említettük és mondottuk, hogy ez azért nem jön számításba, mert jól táplálkozó anyák között is észleltünk hasonló eseteket a magánygyakorlatban.

A szopós csecsemők hiányos táplálkozásának egyik okát a szerzők már régen keresik a csecsemők neuropathiás constitutiójában. Nyugtalan csecsemők, kik szopás közben is sírnak és a mellett szopás közben is eleresztik, volnának e típus képviselői. Az ilyen esetekben a paediatra a csecsemőnek korai vegyes táplálkozását ajánlja. Heim, ki erre nálunk a figyelmet felhívta, a Stefánia-Szövetség kiadásában most megjelent füzetben a csecsemő táplálásáról szintén azt ajánlja, hogy ezeken a csecsemőkön minél korábban allaitement mixte-re térjünk át. Berend-nek és Szandá-nak komoly aggályaik voltak az iránt, hogy széles orvosi körökben terjesztessék népszerű füzetekben a neuropathiás csecsemőkről szóló tan, mert félt, hogy ez épp oly sablonossá fog válni, mint a szigorú 4 óránként való szoptatásnak a tana és sablonos orvosok gyakran fognak fiatal csecsemőkön az oly nagy fokban vesélyes mesterséges táplálással kísérletezni.

A szopás közben nyugtalan és ezért rosszul szopó csecsemőket Schlossmann „brustscheue Kinder“-nek nevezte; ezeken a csecsemőkön Reuss csak úgy vél segíthetni, ha hosszú szopási szünetet tartatunk be, hogy az éhezés által kényszerítsük a csecsemőt a szopásra. A mi eseteink, a melyek között igen gyakran fordult elő nyugtalan csecsemő, kivétel nélkül csak a gyakoribb szoptatásra rendbejöttek és a neuropathiás jelenségek elmaradtak, úgy hogy arra kell gondolnunk, vajjon éhező csecsemőkön e jelenségek nem másodlagosak-e és nem az éhezés váltja-e ki őket. Tehát a gyermek nem azért éhez, mert ideges, hanem azért ideges, mert éhez.

Az elégtelen táplálásból eredő táplálkozási zavar kezelése tapasztalataink szerint igen egyszerű. A tankönyvek emlőmassagét, ha ez nem segít, fiatal csecsemőnek dajkacserét, idősebbnek allaitement mixte-et ajánlanak. A csecsemők úgynevezett neuropathiás terheltségéből eredő étvágytalanága esetén igen sok szerző ajánlja a Grüber-féle pepsin-sósavat. Heim plasmont adat.

A mi eseteink mind ezen therapiás eszközök nélkül, kizárólag a gyakoribb szoptatásra — egy esetben allaitement mixte re — meggyógyultak.

Eseteink közül egy pár jellemzőt közlünk:

1. K. T. (929-es naplósám), 2 hónapos, december hó 9.-én 3650 gramm. Anya panasolja, hogy a csecsemő igen nyugtalan, sokat sír, naponta 4 zöldes-nyálkás széke van, 3 óránként szoptatta. Próbaszoptatás alkalmával a csecsemő 50 grammot szopik. Kétóránkénti szoptatást rendelünk. December 19.-én a csecsemő 4000 gramm, anya kifejezetten előadja, hogy a csecsemő nyugodt, naponta egyszer rendes széke van.

2. K. P. (851-es naplósám), 3 hetes, október 11.-én 3350 gramm. Igen sokat sír, születése óta gyakori zöldes székek, szopás után hány. Háromóránként szopik. Október hó 21.-én 3350 gramm. A panaszok fennállanak. A próbaszoptatás alkalmával 50 grammot szopik. Kétóránkénti szoptatást rendelünk. November 6.-án 3600 gramm, nem sír, jól van, nem hány, rendes székek. November 20.-án 3800 gramm, jól van.

3. O. A. (816-os naplósám), 1 hónapos, szeptember 10.-én 3100 gramm, sokat sír, sokszor obstipált, máskor zöldes, túrós, naponként 4-5 szék is. Az anya a védőnő tanácsára 3 $\frac{1}{2}$ óránként szoptatta. Szeptember 13.-án próbaszoptatás, melynek eredménye 50 gramm. Kétóránkénti szoptatást rendelünk. Szeptember 18.-án 3250 gramm, csendes. Október 19.-én 3850 gramm, jól van, naponta egy rendes szék, nem sír. Október 23.-án 4200 gramm, november 5.-én 4400 gramm.

4. T. K. (373-as naplósám), 2 hónapos, április 22.-én 3650 gramm. A csecsemő nyugtalan, sokat sír, szopás közben a mellett elereszt, szopás után hány. Naponta 2-3 zöldes-nyálkás szék. Anya háromóránként szoptatta. Próbaszoptatás alkalmával 50 grammot szopik. Kétóránkénti szoptatást rendelünk. Május 7.-én 4150 gramm, május 23.-án 4750 gramm, június 12.-én 4900 gramm, június 24.-én 5050 gramm, július 6.-án 5800 gramm. Panaszok az egész idő alatt nem voltak. Jó székek, csecsemő nyugodt.

5. T. T. (45-ös naplósám), 2 hónapos, február 4.-én 3050 gramm, anya azzal jön, hogy csecsemőjének bélhurutja van. Csecsemő hány

minden szopás után. Naponta 6–7 zöldes-nyálkás széke van. Anya háromóránként szoptatta. A próbaszoptatás alkalmával a csecsemő 50 grammot szopik, kétóránkénti szoptatást rendelünk. Március 1.-én a csecsemő jól van, panaszok nincsenek, 3350 gramm. Március 10.-én 3550 gramm, március 18.-án 3750 gramm, április 8.-án 3950 gramm, április 24.-én 4300 gramm, csecsemő részéről semmiféle panasz nincsen.

6. A. Zs. (708-as naplósám), 1 hónapos. Április 2.-án 3200 gramm. Dyspepsiás panaszok. Anya háromóránként szoptat, próbaszoptatás alkalmával 50 grammot szopik. Kétóránkénti szoptatást rendelünk. Április 22.-én 3700 gramm, jól van. Panaszok nincsenek.

7. Gy. B. (716-os naplósám), 3 hónapos, július 8.-án 3500 gramm. Anya előadja, hogy a csecsemőnek születése óta gyakori rossz széke van, szopás után gyakran hány, háromóránként szoptatta. A próbaszoptatás alkalmával 50 grammot szopik. Kétóránkénti szoptatást rendelünk. Július 30.-án 4230 gramm, jól van, naponta egy rendes szék. Augusztus 13.-án 4600 gramm, szeptember 9.-én 5200 gramm.

8. Sch. E. (838-as naplósám), 3 hónapos. Október 4.-én 4200 gramm. Orvosi receptre négyóránként szoptatta. Obstipált, szopás után gyakran hány. Próbaszoptatás alkalmával 80 grammot szopik. Háromóránkénti szoptatást rendelünk. Október 16.-án 4300 gramm, október 22.-én 4400 gramm, november 5.-én 4600 gramm, november 11.-én 4800 gramm, nem hány, naponta egy rendes szék.

9. Sch. M. (92-es naplósám), 3 hetes, március 1.-én 3000 gramm. Súlyos dyszeptikus panaszok. Anya háromóránként szoptatta. Próbaszoptatáskor a csecsemő 60 grammot szopik. Kétóránkénti szoptatást rendelünk. Március 18.-án a csecsemő 3200 gramm, panaszok nincsenek. Március 27.-én 3300 gramm, április 2.-án 3450 gramm, április 8.-án 3600 gramm.

10. M. I. (359-es naplósám), 2 hónapos, április 22.-én 3200 gramm. Anya háromóránként szoptatta. Csecsemő igen nyugtalan, szopás közben sír és a mellét elereszti. Naponta több dyspepsiás szék. Szopás után hány. Próbaszoptatás alkalmával 40 grammot szopik. Kétóránkénti szoptatást rendelünk, a mi után az összes panaszok elmaradnak és a csecsemő következőképpen fejlődik: Május 3.-án 3350 gramm, május 17.-én 3550 gramm, július 12.-én 5000 gramm, augusztus 9.-én 5600 gramm.

11. U. F. (904-es naplósám), 6 hetes, november hó 12.-én 3950 gramm, háromóránként szoptott mindkét mellből. Minden harmadik napon hashajtóra zöldes szék. Szopás után gyakran hány, igen sokat sír. Próbaszoptatáskor mindkét mellből összesen 50 grammot szopik. Kétóránkénti szoptatást rendelünk mindkét mellből. November 28.-án csecsemő 4250 gramm, jól van. Naponta egy rendes szék, nem hány. December 10.-én 4700 gramm.

12. Kollegánó hív 2 hónapos csecsemőjéhez. Csecsemőjét szigorúan háromóránként szoptatta. Elmondja, hogy a csecsemőnek születése óta állandóan naponta 4–4 zöldes-nyálkás széke van, úgy, hogy már több ízben hashajtót adott és éhezett. Igen rosszul fejlett csecsemő. Próbaszoptatáskor kitént, hogy 30–40 grammot szopik egy alkalommal. Kétóránkénti szoptatást rendelünk, a csecsemő széketéte azóta tökéletesen rendben, súlyban egyenletesen, állandóan gyarapodik.

Mindezek alapján a következőket kívánjuk megállapítani:

1. A Czerny tana alapján kiképzett orvosok, valamint anya- és csecsemővédőnők hatása alatt elterjedt szigorú 3 vagy 4 óránkénti szoptatás mellett elég gyakran látunk hiányosan táplált csecsemőket is.

2. Közleményünknek nem az a célja, hogy a csecsemőknek gyakoribb szoptattatását ajánljuk. Ellenben fel kívánjuk hívni a figyelmet arra, hogy a csecsemők szopásának számát standard-szerűen megállapíthatjuk és kiindulhatunk a 3 vagy 4 óránkénti szoptatásból, de ezt sablonosan fen tartani nem szabad, csak akkor, ha a csecsemő ezen szoptatási szám mellett jól fejlődik. Mert vannak csecsemők, akik a 3 vagy 4 óránkénti szoptatás mellett rosszul fejlődnek és dyspepsiás tüneteket mutatnak.

3. Eseteinkből láthatjuk, hogy a szopós csecsemők semmiféle betegség-tünete nem jellegzetes a hiányos vagy a túltáplálásra. Kizárólag a próbaszoptatással megállapított napi anyatejmenyiség alapján dönthetjük el, hogy a tünetek mire vezethetők vissza.

4. Ha a próbaszoptatás azt mutatja, hogy hiányos táplálás van jelen, most már gyakoribb szoptatást kell elrendelnünk. Ez a rendelkezés therapiiai kísérlet, a mely bevált és fenntartható, ha a gyermek a gyakoribb szoptatás mellett többet szopik és gyarapszik. A hypogalactia másodlagos (Berend), ha a csecsemő a gyakoribb szoptatás mellett dyspepsia folytán sem szopik eleget és nem gyarapszik.

Irodalom. Berend: A csecsemőbetegségek orvoslása. Budapest, 1907. Singer és Wolfner. — Czerny: Inanition bei Ernährungsstörungen der Säuglinge. Abh. üb. Verdauungs- und Stoffw.-Krankh., III, 2. — Czerny und Keller: Des Kindes Ernährung. Leipzig, 1917. Deuticke. — Finkelstein: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. Berlin, 1905. Fischer. — Heim: A csecsemő táplálása. Stefánia-Szövetség. — Jaschke: Physio-

logie, Pflege und Ernährung des Neugeborenen. Wiesbaden, 1917. Bergmann. — Jaschke: Zur Physiologie und Technik der natürlichen Ernährung des Neugeborenen. Monatschrift f. Geb. u. Gyn., 29., 677. — Keller und Birk: Kinderpflege-Lehrbuch. Berlin, 1917. Springer. — Langstein und Mayer: Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel. Wiesbaden, 1914. Bergmann. — Moll: Die klinische Bedeutung der Phosphorausscheidung im Harn der Brustkinder. Jahrb. f. Kinderheilk., 69. — Moro: Das erste Trimenon. Münch. med. Wochenschr., 1918, 65, 42. szám. — Reuss: Krankheiten des Neugeborenen. Berlin, 1914. Springer. — Rietschel: Zur Technik der Ernährung der Brustkinder in den ersten Lebensmonaten. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1912, 25., 4. — Rosenstern: Über Inanition im Säuglingsalter. Erg. d. inn. Med. und Kinderheilk., 1911, 7., 332. — Pys: Zur Physiologie der Neugeborenen. Monatschr. für Kinderheilk., 9., 514. — Schlossmann: Zur Frage der natürlichen Ernährung des Säuglings. Arch. f. Kinderheilk., 1900, 30., 288. — Stefánia-Szövetség: Anya- és csecsemővédőnők vezérfonala. (Berend része.) — Variot: Les troubles causés par l'hypoalimentation des nourissons. La clinique inf., 1911.

Adatok a „vegyes fertőzéses“ malaria- esetekhez.

Irta: Hollaender Leó dr. és Ernst Zoltán dr.

A malaria-plasmodiumok biológiai különbözőségének kérdése ma már minálunk alig lehet vita tárgya. A háborús malariás megbetegedések nagy száma azonban sok olyan esetet vetett felszínre, melyekben úgy látszik, hogy a körlefolyásnak, illetve a véreletnek vegyes fertőzéssel való magyarázata nem szolgál elég felvilágosítással. Míg a német szerzők nagyrészt szakítottak az egységes plasmodiumok lehetőségével, addig Laveran és tanítványai nem ismerik el, hogy a tropica és tertiana egymástól különböző kórokozótól okozhatnak és a két alaknak egymásba való átmenetét lehetőknek tartják.¹ Azok a szerzők, akik a két alaknak ugyanazon esetben — rendszeren nem egy időpontban — való megjelenésével találkozottak, ha nem is foglalnak határozottan állást, nem zárkozhattak el attól, hogy a kérdés még nincsen eldöntve és e megjelenési formákra nagy figyelem fordítandó. Forsbach és Pyszkovszky² három olyan esetet közölt, melyekben a tropicának saját szerű „átalakulását“ észlelték. Mindhárom esetükben hónapokig tartó tropica után tertiana jelentkezett olyan helyen, a hol újabb infectionak a lehetősége ki volt zárva. Eseteikben a tertiana jelentkezésének időpontja nyárra esik. A francia szerzők az alakok átváltozását ugyancsak a nyári évszak bekövetkezésével hozzák összefüggésbe. Mietens³ hasonló eseteiben a recidivák bekövetkezése szintén nyárra esik. Ugy Mietens, valamint Plehn legutóbbi közleményében⁴ nem tartja valószínűnek, hogy eseteikben vegyes fertőzésről volna szó. Plehn⁵ egy Afrikából Hamburgba tropica-lázzal és plasmodiumlelettel érkező betegen egy hó mulva typosus tertiana-recidivát észlelt és ennek megfelelően a vérben tertiana-plasmodiumokat talált. Ezt nem vegyes fertőzéssel, hanem azzal magyarázza, hogy ugyanazon plasmodium a megváltozott körülmények között különbözőképpen viselkedik. Ezzel szemben Nocht és Werner,⁶ valamint Hoffmann,⁷ a kik több, Plehn-től leírt esethez hasonlókat észleltek, azon véleményen vannak, hogy ez esetekben eredetileg vegyes fertőzés állott fenn és a különböző fajú plasmodiumok okozta recidivák más-más időben jelentkeztek.

Az alábbiakban 17 esetnek a körlefolyását tüntetjük fel, a melyeknek mindegyikében akkor, mikor mi a betegeket észlelés alá vettük, úgy a körlefolyás, mint a vérelet alapján

¹ Párisi tudományos akadémia ülésreferatuma: Münch. med. Wochenschrift, 1917, 29. és 40. szám.

² Mischinfektionen mit Tropica und Tertiana? Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 9. szám.

³ Beziehungen der Malaria tropica zur M. tertiana. Münch. med. Wochenschrift, 1919, 3. szám.

⁴ Zur Parasitologie, Klinik und Therapie der Malaria. Münch. med. Wochenschrift, 1919, 7. szám.

⁵ Zur Frage der Artenheit der Malariaparasiten. Deutsche med. Wochenschrift, 1907, 30. szám.

⁶ Beobachtungen über relative Chininresistenz bei Malaria. Deutsche med. Wochenschrift, 1910, 34. szám.

⁷ Tertianarezidiv nach Malaria tropica. Deutsche med. Wochenschrift, 1909, 11. szám.

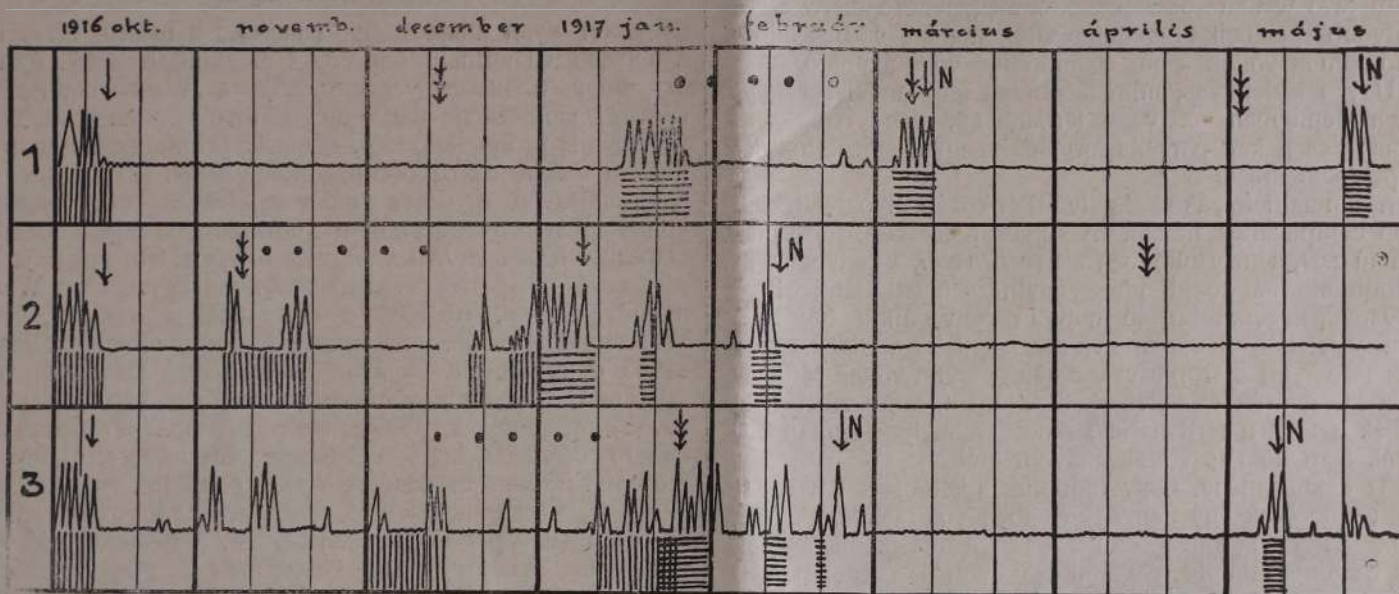
tropica-fertőzés volt, majd kezelés közben recidiváltak, typosus tertiana-kórlefojással és vérelettel.

Az esetek Albániából kerültek 1916 októberében a budapesti Debrői-úti hadikórházba. Minthogy a láztypusról és véreletről pontos képet nyertünk, a betegek chinint kaptak, naponta kétszer $\frac{1}{2}$ grammot, fokozatosan növekvő szünetekkel. 15 esetben a recidivák beállta után azonnal vagy néhány nappal (függetlenül attól, hogy a recidiva milyen

typust mutatott) 5 intravenás neosalvarsan-injectiót adtunk 1 hetes intervallumokban, 0,30 dosissal. Az újabb recidivákban per os adagolt methylenkékkel próbálkoztunk és mint-hogy ez is hatástalannak bizonyult, újabb chininkúrához fogtunk *Nocht* szerint adagolva.

Az alábbi ábra feltünteti a 17 eset közül 3-nak a lázgörbjét, véreletét és therapiáját.

A jelenlegi viszonyok nem engedik meg, hogy a teljes



A lázgörbe alatt a vérelet vonalkázással van jelezve; a függélyes vonalak tropica-parasitákat, a vízszintesek tertiana-parasitákat jelentenek. A therapiát a lázgörbe feletti nyilak és pontok jelzik. Az első nyíl a chininkúra kezdetét, az „N”-nel jelölt nyilak a Nocht-kúra kezdetét, a három-hegyű nyilak a chinin-, illetve Nocht-kúra befejezését mutatják. A neosalvarsan-injectiók egy-egy ponttal vannak feltüntetve, a methylenkék-adagolás pedig kéthegyű nyillal. A vérvizsgálat rendszeresen történt és a hol a lázgörbe alatt jelzés nincsen, ott a vérben plasmodiumok nem találtak. A 3. sz. görbe a 8. sz. esetre vonatkozik.

ábrát (mely mind a 17 esetet a fenti háromhoz hasonlóan tünteti fel) közétegyük.

A kórtörténetek rövid kivonatát a következőkben közöljük:

1. Naponta hidegrázás. A vérben tropica-plasmodiumok. 72 napig tartó emelkedő szünetekkel chinin-adagolás. A kúra befejezése után 23 nappal tertiana-recidiva. 5 neosalvarsan-injectio. Az utolsó injectio után 11 nappal recidiva (tertiana). Methylenkék hatástalan. A Nocht-kúrának csaknem a végéig láztalan, a befejezés előtt recidiva (tertiana).

2. Naponta hidegrázás. A vérben tropica-plasmodiumok. A chinin-adagolás 36. napján recidiva (tropica). 5 neosalvarsan-injectio. Az utolsó injectio után 22 nappal recidiva (tertiana). Methylenkék hatástalan. A Nocht-kúra alatt és utána egy hónapig recidivamentes.

3. Naponta hidegrázás. A vérben tropica-plasmodiumok. A chinin-adagolás 57 napig tart, mely alatt recidivamentes. A kúra után kisebb hőemelkedések. A vérben plasmodiumok nem találhatók. Neosalvarsant nem adunk. A chininkúra befejezése után 64 nappal tertiana-lázgörbe, a vérben tertiana-plasmodiumok. Nocht-kúra alatt és utána egy hónapig láztalan.

4. Naponta hidegrázás. A vérben tropica-plasmodiumok. A chinin-adagolás 39. napján recidiva. Plasmodiumok nem találhatók. 5 neosalvarsan-injectio. Az utolsó injectio után 26 nappal tertiana-recidiva. Methylenkék hatástalan. Nocht-kúra, a melynek végén tertiana-recidiva áll be. Súlyos lefojású eset, melyben többször súlyosabb gastrointestinalis tünetek jelentkeztek, úgy hogy a chinint intravenásan kellett adni.

5. Naponta hidegrázás. A vérben tropica-plasmodiumok. A chinin-adagolás alatt recidiva nincsen, a plasmodiumok eltűnnek. A 73 napig tartó chininkúra után a plasmodiumok a vérben újra megjelennek lázroham nélkül. 5 neosalvarsan-injectio. Az utolsó injectio után 11 nap mulva a vérben tertiana-plasmodium igen kis számmal, 13 nap mulva (tertiana) lázroham. Methylenkék hatástalan. Nocht-kúra alatt plasmodiumok nem találhatók.

6. Naponta hidegrázás. A vérben tropica-plasmodiumok. 48 napig tartó chininkúra alatt a vérből a plasmodiumok eltűnnek, valódi roham nincsen. A kúra befejezése után 26 nappal tertiana-roham, a vérben tertiana-plasmodiumok. 5 neosalvarsan-injectio. Az utolsó injectio után 2 nappal tertiana-recidiva. A vérben tertiana-plasmodiumok. A Nocht-kúra befejezése előtt közvetlenül tertiana-recidiva.

7. Naponta hidegrázás, a vérben tropica-plasmodiumok, 59 napig tartó chininkúra alatt és után 3 hónapig plasmodiumok nem találhatók (állandóan kisebb hőemelkedések). A chininkúra befejezése után 107 nappal tertiana-recidiva. A vérben tertiana-plasmodiumok. 5 neosalvarsan-injectio.

8. Naponta hidegrázás, a vérben tropica-plasmodiumok. A chininkúra alatt többször recidiva negatív vérelettel. 54 napig tartó kúra

végén a vérben tropica-plasmodiumok. 5 neosalvarsan-injectio. Az utolsó injectiót követő napon recidiva, a vérben tropica-plasmodiumok. A tropica-alakot tertiana váltja fel. Methylenkék hatástalan. A Nocht-kúra végén tertiana-recidiva pozitív vérelettel.

9. Naponta hidegrázás, a vérben tropica-plasmodiumok. 52 napig tartó chininkúra után recidiva. 5 neosalvarsan-injectio. Ezek alatt recidivák pozitív (tropica) vérelettel. Methylenkék hatástalan. Családi okokból szabadságot kap, a mely alatt saját előadása szerint többször kapott lázrohamot és chininkezelésben részesült. Visszatérése után tertiana-lázlefojás, a vérben tertiana-plasmodiumok.

10. Naponta hidegrázás, a vérben tropica-plasmodiumok. 59 napig tartó chininkúra befejezése előtt 2 nappal tertiana-recidiva. 5 neosalvarsan-injectio. Ezek közben recidivák, pozitív vérelettel (tertiana). Methylenkék hatástalan. A Nocht-kúra alatt és utána 3 hétig láz alan, negatív vérelettel.

11. Naponta hidegrázás, a vérben tropica-plasmodiumok. 64 napig tartó chininkúra befejezése előtt recidiva (tropica). Az 5 neosalvarsan-injectio alatt a vérből a tropica-plasmodiumok nem tűnnek el. Methylenkék hatástalan. Nocht-kúra, a melynek végén tertiana-recidiva pozitív plasmodium-lelettel.

12. Naponta hidegrázás, a vérben tropica-plasmodiumok. A chininkúra 48. napján recidiva, pozitív vérelettel. A neosalvarsan-injectiók alatt a plasmodiumok nem tűnnek el. Methylenkék hatástalan. A Nocht-kúra befejezése előtt tertiana-recidiva pozitív vérelettel.

13. Naponta hidegrázás. A vérben tropica-plasmodiumok. 62 napig tartó chininkúra alatt és utána 31 napig láztalan, negatív vérelettel. Azután tertiana-recidiva, a vérben tertiana-plasmodiumok. A salvarsan-injectiók alatt láztalan. Az utolsó injectio után 5 nap mulva tertiana-recidiva. A Nocht-kúra végén tertiana-recidiva.

14. Naponta hidegrázás, a vérben tropica-plasmodiumok. A 62 napig tartó chininkezelés alatt gyakoriak a kisebb hőemelkedések, valamint utána is; azonban a kúra alatt és utána is 98 napig a vérben plasmodiumok nem találhatók, akkor 38° láz mellett megjelennek a tertiana-plasmodiumok.

15. Naponta hidegrázás. A vérben tropica-plasmodiumok. A chininadagolás nyolczadik napján tertiana-recidiva. A chininkúra után 6 nappal tertiana-recidiva. 5 neosalvarsan közben a vér plasmodiummentes. Az utolsó injectio után 14 nappal tertiana-recidiva. A Nocht-kúra alatt láztalan, negatív vérelet.

16. Naponta hidegrázás. A vérben tropica-plasmodiumok. 65 napig tartó chininkúra alatt a vérben plasmodiumok nincsenek. A kúra befejezése után 21 nappal tertiana-recidiva. 5 neosalvarsan alatt kis hőemelkedések mellett negatív vérelet. Az utolsó injectio után 10 nappal tertiana-recidiva. A Nocht-kúra alatt és utána 1 hónapig láztalan, negatív vérelet.

17. Láztalan állapotban a vérben tropica-plasmodiumok. 5 neosalvarsan-injectio után a vérben csaknem állandóan tropica-plasmodiumok, rendszertelenül jelentkező lázrohamok. Az utolsó neosalvarsan után 92 nappal tertiana-recidiva. A vérben tertiana-plasmodiumok. A Nocht-kúra alatt láztalan, negatív vérelet.

A főlvételkor készített praeparatumokban a tropica-plasmodiumok typosus formáit láttuk; egy eset kivételével mindegyikben számos félhold volt látható, egy esetben csak kis gyűrűk. A tertiana jelentkezését nemcsak a typosus lázmenet jelezte, hanem a gyűrűk és a különböző fejlettségi szakban levő tertiana-oszlási alakok megjelenése is. Az esetek legnagyobb részében, függetlenül attól, hogy a vérben milyen plasmodiumok voltak jelen, eosinophilia volt található.

Ugy a lázlefoylás, mint a vérelet teljesen tiszta képet adott, a mennyiben az vagy tertianának, vagy tropicának felelt meg és a két parasita-formának egymásmellettsége a kórképet nem mosta el.⁸

A klinikai lefoylás kevés kivétellel közepsúlyos volt, különösebb complicatiók nélkül. A súlyosabbak közé tartozott a 8. számú eset, a mely különben az *egyetlen volt*, a melyben a két plasmodiumformát rövid ideig együtt lehetett látni. Itt az 5. salvarsan-injectiót követő napon recidiva állott be, tiszta tropica-verelettel. 9 nap mulva megjelentek a tertiana-oszlási alakok is, együtt a tropicával, 3 napig együtt voltak láthatók, majd a kis gyűrűk és a félholdak eltűntek, hogy teljesen átengedjék a teret a tertiana-alakoknak, a melyek azután észlelésünk alatt nem is voltak eltávolíthatók.

Az a körülmény, hogy tudniillik a két alaknak a jelentkezése együtt csak egyetlen egy esetben volt található, igen feltűnő. Az egyik alak eltűnése és a másik megjelenése között az időtartam igen különböző volt és e szempontból különös figyelmet érdemel a 2. számú eset, melyben kisebb hőemelkedések mellett a tropica-alakok makacsul tartották magukat: január 10.-én még félholdak találtak, a *következő napon*, 11.-én, félholdak egyáltalán nem voltak láthatók, ellenben nagy számmal jelentek meg a tertiana-schizonták és gyűrűk, typosus tertiana-lázlefoylással.

A vérképnek, illetve a kórképnek ezt a kizárólag egy alaktól való dominálását általában úgy magyarázzák, hogy az egyik alak elnyomja a másikat. Felvéve azt az esetet, hogy a szervezet kétféle plasmodiumtól van fertőzve, kérdés, hogy mi okozza azt, hogy az egyik, a véráramba kerülve, a circularis szaporodási folyamaton keresztülmenve, uralkodik a kórképen, míg a másik rejtve marad, és azután az egész mintegy *időszaki hullámvás* formájában megváltozik, az eddig uralkodó forma teljesen eltűnik és átengedi a teret a másiknak.

Eseteink azt a feltevést, mintha ez a nyári időszak beálltával volna összefüggésben, egyáltalában nem igazolják. A tertiana-alakoknak első jelentkezését mi egy esetben októberben, egy esetben decemberben, 7 esetben januárban, 2 esetben februárban, 1 esetben márciusban, 2 esetben áprilisban és 3 esetben májusban észleltük.

Az addig rejtett alaknak spontan jelentkezését nem észleltük és nem lehetetlen az sem, hogy a változás a medicatio által okoztatik.

Eseteinkben a tropica-alakok a medicatióval szemben kevésbé resistensnek bizonyultak, legalább is a mi a klinikai képet és a véreletet illeti. Hogy egy későbbi, esetleg évek mulva beálló recidiva milyen alakban fog jelentkezni, igen kérdéses. Lehetséges, hogy a kezelés következtében a tropica-alakok elpusztulnak, de az is meglehet, hogy csak legyengítve eltűntek a szemünk elől, szerepet cserélve az addig rejtve maradt tertiana-alakokkal.

Az itt leírt lefoylásnak a megfordítottját, hogy tudniillik tertiana-alakok lettek volna először láthatók és ezek helyébe jelentkeztek volna tropica-alakok: egy esetben sem észleltük.

E lelet — a vegyes fertőzés alapján állva — adat annak a régi feltevésnek a megdöntéséhez is, mely szerint a tertiana a kezeléssel szemben kevésbé resistens mint a tropica,

valamint igazolja azt is, hogy a tertianának a salvarsannal szemben különösebb érzékenysége nincsen.

Az észlelés teljesen anophelesmentes vidéken történt, úgy hogy az utólagos fertőzés lehetőségét kizártnak tarthatjuk.

Közlemény a lemergi 4. számú Wassermann-állomásról. (Vezető: Freund Gyula.)

Adalékok a Wassermann-reactio elméletéhez.

Irta: Heller Lajos.

Két olyan tulajdonsága ismeretes a lueses vérsavónak, a melyek azt a normalis vérsavótól megkülönböztetik. Az egyik az, hogy a lueses vérsavó adja a Wassermann-reactiót (Wassermann-reactio alatt e dolgozatban a normalextractummal véghezvitt próba értendő), a másik különbség abban áll, hogy a lueses savó globulinje könnyebben csapható ki, mint a normalsavóé. A lueses savó e sajátságán, hogy globulinje könnyebben csapható ki, mint a normalsavóé, egész sor reactio alapszik: Klausner, Bruck, Hermann-Perutz stb. reactiója. Ezek a reactiók elég nagy százalékszámokban egyeznek a Wassermann-reactióval. Közelfekvő volt tehát a gondolat, hogy a Wassermann-reactio, melynek általánosan elfogadott magyarázata nincs, ugyancsak a lueses savó ama sajátságán alapszik, hogy globulinje könnyebben csapható ki, mint a normalsavóé. Minthogy a Wassermann-reactiónál szabadszemmel látható csapadék nem keletkezik, természetes, hogy egy ultramikroskopos csapadékokra kellett gondolni. Azt a feltevést, hogy ily ultramikroskopos colloidszapadék complementet adsorbeálhat, vagy magával kicsaphat, Seligmann vizsgálatai indokolják. Másrészt meg Jakobsthal megfigyelése szerint a lueses savó lipid-extractummal ultramikroskopos csapadékot ad. E gondolatmeneten elindulva, feladatombul tűztem ki néhány fehérjekicsapó szernek abból a szempontból való megvizsgálását, hogy van-e Wassermann-antigen jellegük vagy nincs. Kísérleteim első eredményét szándékoztam éppen összefoglalni, a mikor az újabb irodalomhoz hozzájutva, értesültem róla, hogy ugyanezt a kérdést Bruck is feltette.

Mielőtt alkohollal, chloroformmal és ammoniumsulfattal végzett kísérleteim eredményéről beszámolnék, az öngátlást próbálom a fenti gondolatmenet szerint megmagyarázni. Kísérleteimet a Berczeller által közölt mikrosztatívával végeztem, a mely az anyaggal való nagyfokú takarékoságot teszi lehetővé. (L. Berczeller: Bioch. Zeitschrift, 83. sz.) Huszonnégy óránál nem régiebb inactiv savókeverékekkel dolgoztam, a positiv keverékbe erősen positiv savókat, a normalsavókeverékbe a nem lues-osztályról származó Wassermann-negativ savókat vettem. Az I. kísérletben egy +++ positiv serumkeveréknek és egy normalsavókeveréknek ugyanazon dosisai vannak beállítva a NaCl-nak balról jobbra csökkenő dosisaival. A complement felülről lefelé csökkenő három hígításban van alkalmazva. Egy reactio összterfogatata 0.25 cm³. Ebből: serum 0.025 cm³, complement (a phys. NaCl-dal megfelelően hígítottból) 0.025 cm³, NaCl a megfelelő hígításából 0.1 cm³. A haemolysises systema 5%-os birkavérsejtsuspensiónak és 0.1:50 arányban hígított haemolysises savónak egyenlő mennyiségben való keverékéből: 0.1 cm³. A savót és complementet capillarpipettával töltöttem be. Az alkalmazott complement a vérszettek feloldásához szükséges minimum hétszeresét 1:12 hígításban tartalmazta. Az alkalmazott amboceptoroknak a mennyisége körülbelül hétszerannyi volt, mint a mennyi a vérszettek oldásához okvetlenül szükséges lett volna. A II. kísérlet berendezése hasonló az elsőéhez, csak hogy itt a positiv és negativ savókeverékekkel analog módon egy NaCl-controll is van beállítva, a hol a savó helyén phys. NaCl szerepel. Az első kísérlet complement-hígításai: 1:5, 1:10, 1:20, a másodikéi: 1:3, 1:6, 1:9. Ez utóbbi kísérlet complementje 1:16 hígításban tartalmazta a minimalisan oldó dosis hétszeresét. A reactio első phasisa 1 óra hosszat, második phasisa 1 1/2 óra hosszat állott 37° C-on. A leolvasás körülbelül 10 órával a II. phasis után történt. A mint az első kísérlet mutatja, az öngátlás nem is annyira öngátlás, mint inkább gátlás NaCl-dal, melynek

⁸ Heinrich: Mischinfektionen und Latenserscheinungen der Malaria. Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 42. szám.

I. kísérlet.

A NaCl koncentrációja :			2:567	2:334	2:101	1:868	1:635	1:402	1:169	0:936	0:703	0:470
Negatív savókeverék:	complement:	1:5	+++	+++	+++	+++	++	±	-	-	-	-
		1:10	+++	+++	+++	+++	+++	+++	±	-	-	-
		1:20	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++	+	±	±
+++ pozitív savókeverék:	complement:	1:5	+++	+++	+++	+++	+++	±	-	-	-	-
		1:10	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+	±	-	-
		1:20	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++	+

fokozatosan emelkedő dosisaival az öngátlás is fokozatosan emelkedik, ugyanazon serumdosis mellett. A pozitív és negatív savó öngátlása között minimalis differentia van abban az értelemben, hogy a pozitív savó erősebben öngátló. A II. kísérlet NaCl-controll jelzésű rovatában látható, hogy a NaCl maga is anticomplementaer hatású, úgy mint az antigen. Van dosisa, mely egyedül nem, csak valamely serummal együtt, még kisebb dosisa pedig negatív savóval nem, csak pozitív savóval köt complementet. Az ily értelmű differentiak azonban nagyon csekélyek. Az öngátlás tehát gátlás NaCl-dal, mely mint fehérjét kicsapó só egy a globulin kicsapódását

megelőző állapotot, akár ultramikroskopos globulinkicsapódást hoz létre a savóban.

Alkohollal és chloroformmal végzett vizsgálataim alapján annyit mondhatok, hogy nem sikerült megállapítani, hogy e két reagensnek Wassermann-antigen jellege lenne. Ha mutatkoztak is jelenségek, melyek ez utóbbi feltevés mellett szóltak, mégis oly rendszertelenül, hogy e jelenségek-ből e két reagens Wassermann-antigen jellegére vonatkozó igenlő következtetést levonni nem lehetett. A minek különben talán az is oka, hogy a reagensek magasabb dosisaikban a vörös vértestekre haemolyzálóan hatnak.

II. kísérlet.

A NaCl koncentrációja :			3:966	3:733	3:5	3:266	3:033	2:8	2:567	2:334	2:101	1:868
NaCl controll:	complement:	1:3	+++	++	++	±	-	-	-	-	-	-
		1:6	+++	+++	+++	++	+	-	-	-	-	-
		1:9	+++	+++	+++	+++	++	\	-	-	-	-
Negatív savókeverék:	complement:	1:3	+++	+++	++	+	-	-	-	-	-	-
		1:6	+++	+++	+++	+++	++	+	-	-	-	-
		1:9	+++	+++	+++	+++	+++	++	+	±	-	-
+++ pozitív savókeverék:	complement:	1:3	+++	+++	+++	++	+	±	-	-	-	-
		1:6	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++	±	-	-
		1:9	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+	±	-

Az ammoniumsulfat szerepét a III. kísérlet mutatja. Ennek berendezése hasonló az első két kísérlet berendezéséhez. Itt az ammoniumsulfat balról jobbra csökkenő koncentrációi vannak beállítva a serum állandó mennyégei mellett. A complement felülről lefelé csökkenő három hígításban van véve (1:10, 1:20, 1:40). Egy reactio összterfogata: 0.23 cm³. Ebből: serum 0.02 cm³, phys. NaCl 0.03 cm³, complement a phys. NaCl-dal megfelelően hígítottból 0.05 cm³, a phys. NaCl-dal megfelelően hígított ammoniumsulfat 0.03 cm³. A haemolysises systema, úgy mint az első

két kísérletben: 0.1 cm³. A betöltést úgy végeztem, hogy savó, phys. NaCl és complement megfelelő arányú keverékből töltöttem be 0.1 cm³-t, azután 0.03 cm³-t a megfelelő koncentrációjú ammoniumsulfat-oldatból egy capillarpipettával. A használt complement 1:10 hígításban tartalmazta a minimalisan oldó dosis hétszeresét. Az ammon. sulf.-controll jelzésű rovatban a serum helyett phys. NaCl van betöltve. (Mivel az ammoniumsulfat-hígításokat egy törzsoldatból phys. NaCl-dal való hígítás útján állítottam elő, az oldatok NaCl koncentrációjában is vannak kis különbségek, melyek a III.

III. kísérlet.

Az oldat 100 cm ³ -ében foglalt amm. sulf. mennyisége grammokban:			13:125	11:250	9:375	8:437	7:500	6:562	5:625	4:687	4:219	3:750	3:281	2:812
Ammonium-sulfat -controll:	complement:	1:10	+++	++	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		1:20	+++	+++	++	++	±	±	-	-	-	-	-	-
		1:40	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++	+	±	±	-	-
Negatív savó-keverék:	complement:	1:10	+++	+++	+++	++	±	-	-	-	-	-	-	-
		1:20	+++	+++	+++	+++	+++	+++	±	-	-	-	-	-
		1:40	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++	++	+	+	±
+++ pozitív savó-keverék:	complement:	1:10	+++	+++	+++	+++	++	+	±	-	-	-	-	-
		1:20	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++	±	±	±	±
		1:40	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Az oldat 100 cm ³ -ében foglalt NaCl mennyisége grammokban:			0:701	0:722	0:744	0:754	0:765	0:776	0:786	0:797	0:802	0:807	0:813	0:818

kísérlet táblázatán fel vannak tüntetve.) Mint a III. kísérlet mutatja, az ammoniumsulfat magasabb dosisaiban serum nélkül is megköt complementet. Lefelé menve magában nem, valamely serummal igen, még kisebb dosisban negatív savóval nem, pozitív savóval még mindig köt complementet. Ez a határ azonban elég szűk, a melyen belül a normalsavó és lueses savó közti differentiák kiadódnak. Az ammoniumsulfat tehát oly concentratioviszonyok mellett, midőn látható csapadék a serumban nem keletkezik, Wassermann-antigenül alkalmaztatván, gyenge Wassermann-antigen characterét mutatja. E valóság megegyezik ama Bruck-tól először kifejezett felfogásával a Wassermann-reactionnak, a mely szerint a Wassermann-antigen, mint globulin-kicsapó szer, a lueses savóban nagyobb ultramikroskopos globulin-kicsapódást idéz elő, mint a normalsavóban. A complement tehát a lueseserum + antigen keverékben nagyobb mértékben adsorbéálódik vagy csapódik ki, mint a normalserum + antigen keverékben. Bruck ilyen értelemben az alkoholban és a szerves savakban keresi a normalextract hatóanyagát. (Münch. med. Wochenschr., 1917, 36. sz.) Mégis amaz igen nagy quantitativ különbségnél fogva, mely az ammoniumsulfat és a normalextractum antigencharacteré közt van, valamint alkohollal és chloroformmal végzett vizsgálataim alapján is, azt hiszem, megokolt az a feltevés, hogy az alkoholban és savakban nem lesz lehetséges a normalextractum hatóanyagát megtalálni. Különben az alkohol másodrendű jelentőségére jellemző az is, hogy vizes normalextractumok vannak, melyek az alkoholos normalextractummal egyező eredményeket szolgáltatnak. (Lesser-féle antigen. Freund Gy. antiforminnal készült extractja.) Hirschfeld és Klinger (Münch. med. Wochenschr., 1917, 46. sz.) is a lueses savó globulinjének megváltozásával magyarázzák a Wassermann-reaction létrejöttét, azonban az extract hatóanyagát nem az alkoholban és a szerves savakban keresik, hanem szerintük az extractum lipid- és fehérjehasadási termékei chemiai affinitas alapján adsorbéáltnak a globulintól, ezek a complex molekulák azután magukhoz ragadják a complement globulinját is. Hogy azonban itt csakugyan chemiai affinitas játszanék szerepet, nem tekinthető beigazoltnak. Az ammoniumsulfat és a normalextractum affigencharacteré közötti óriási quantitativ különbséget úgy

magyaráznom, hogy a normalextractum és savó két colloid lévén, egymást csapják ki. Tehát a differentia, mely a lueses savó globulinjének könnyebb kicsaphatóságán alapuló ultramikroskopos globulincsapadék-többletet eredményezi, az egyidejű lipidkicsapódás folytán megsokszorozódva jut kifejezésre. A lipidcsapadéknak valószínűleg még nagyobb szerep jut a complement megkötése alkalmával, mint a globulincsapadéknak. Hogy itt chemiai affinitas is szerepet játszik-e, azt közvetve a normalextractumhoz physikailag közelálló colloidok antigencharacterének vizsgálatával is meg lehetne közelíteni. E pontnál utalnom kell a Lange által a liquor cerebrospinalis vizsgálatára ajánlott és állítólag bevált arany-solra.

Összefoglalás: Abból a feltevésből kiindulva, hogy a Wassermann-reaction a lueses savó globulinjének könnyebb kicsaphatóságán alapszik, fehérjekicsapó szereket vizsgáltam Wassermann-antigen characterükre vonatkozólag. Vizsgálataim eredményeként a lueses savó ammoniumsulfattal mint antigennel több complementet köt meg, mint a normalsavó. Ez a differentia azonban sokkal kisebb, mint amekkorát a normalextractummal való complementkötési kísérletben találunk. Valószínű tehát, hogy a lueses savó globulinjének könnyebb kicsaphatóságán alapuló ultramikroskopos globulin-lipoid csapadéktöbblet az, a mi a complement adsorptiója vagy magával kicsapása útján a Wassermann-reactionnál észlelt complementkötésbeli differentiát előidézi.

IRODALOM-SZEMLE

Lapszemle.

Belorvostan.

Az agkori betegségek sajátosságairól ír Engel magántanár az Orvosképzés ez évi 1.—3. füzetében. Az agkorban úgy az egyes szerveknek, mint azok összességének, az egész szervezetnek csökkent alkalmazkodóképessége van jelen, ennek folytán kóros körülmények között a működéselég-telenség könnyebben következik be. Csökkent a szervezet reagálóképessége, kisebbek azok az elváltozások, a melyeket a

betegség okával szemben való reakciónak fogunk fel, pl. a láz. Az agg ember hőmérséke lázas betegségben tehát ceteris paribus kisebb, mint a felnőtté, még hogyha a végbélbeli hőmérséket vesszük is tekintetbe. Az agg ember a vérvesztéséget rosszul tűri és rosszul pótolja; rosszul tűri, mert ereinek teltségi állapota nem szabályozódik oly jól, mint a fiatalabb korban, és rosszul pótolja, mert működő csontvelőjének mennyisége kisebb.

A reakciók tünetek hiánya okozza, hogy gyakran súlyos betegség nagyon kevés tünettől jár. A tüneteknek ez a kevésbbé kifejezett volta, sőt hiánya jellemzi az agg betegségeit.

Egyes fertőző betegségek az aggkorban nem fordulnak elő vagy ritkábbak, a minék az oka talán az észrevétlen módon szerzett immunitás, de talán a szervezet kémiai összetételének megváltozása is szerepet játszik. Más betegségekkel szemben ellenben az agg szervezet immunitása kisebb, mint a fiatalabb, részben talán ezzel függ össze az, hogy az aggkorban a legtöbb fertőző betegség lefolyása súlyosabb, mint a fiatalabb korban (typhus, orbáncz, cholera, vérhas stb.). Az immunitás csökkenése okozza, hogy a tüdőtuberculosis gyakoribb az aggkorban, mint pl. negyven és ötven között és hogy sokszor oly rohamos lefolyású, mint a gyermekkorban vagy az egészen fiatal korban. Általában az agg a fertőző betegségeket rosszabbul tűri, mint a felnőtt. Ennek az oka több körülményben van. Az aggról láttuk, hogy többnyire sovány, izomzatban, zsírban szegény. Fertőző betegségben az aggkorban igen könnyen következik be makacs étvágytalanság, a mely lehetetlenné tesz minden táplálékfelvételt. Ha egyrészt e miatt, másrészt a fertőző betegség emésztő hatása miatt az agg testállománya még jobban fogy, akkor a testi gyengeség nagyon is könnyen érhet el aggasztó fokot. Az amúgy is renyhe bélműködés a fertőző betegség folyamán még lassúbb lesz, könnyen következik be súlyos bélsárpanlás. A fertőző betegség az aggot ágyban fekvésre kényszeríti. Az agg köhögése a mellkas merevsége, a mellkas és a has izomzatának gyengesége miatt amúgy is erőtlén és hatástalan; ha a gyengeség fokozódik, a váladék kiürítése még nehezebbé, ezért és a szív működésnek rosszabb volta miatt az ágyba kényszerített aggban könnyebben keletkezik súlyos tüdőgyulladás. Az erek beidegzésének szabályozása sem történik oly pontosan, mint a fiatalabb korban, e miatt az agg collapsusra nagyon hajlik. A lázcsillapító szerekkel éppen ezért az aggkorban nagyon óvatosan kell bánni.

Az agg ember fertőző betegsége alig mutatja azt a szabályosságot, a melyet különben megszoktunk. A lázmenet nem typosos, nem kezdődik rázóhideggel az a betegség, a mely különben azzal jár s nem végződik krízissel az, a mely fiatalon mindig így nyer befejezést.

A mily rosszul tűri az agg a fertőző betegséget, oly rossz, elhúzódó a reconvalescentia is. Felnőttről tudjuk, hogy a reconvalescentia sajátos anyagcseréje miatt (erős nitrogenvisszatartás) az izomállomány helyreállása gyorsan következik be; az aggkorban ez hiányzik vagy alig van meg, innen van, hogy sok agg erejét fertőző betegség után egyáltalán nem nyeri többé vissza.

Az úgynevezett gyermekbetegségek (kanyaró, vörheny stb.) az aggkorban alig fordulnak elő. A himlő is aránylag ritka. De nem ritka az orbáncz. E bajban a bőr lobos reakciója renyhe, a bőr duzzanata, pirossága sokkal kevésbé kifejezett, mint a fiatalabb korban, úgy hogy tekintve a láznak is csekélyebb voltát, a betegség megismerése sokszor nem könnyű.

Hasmenéssel járó súlyosabb fertőző betegséget, vérhas, cholera pl. az agg rendkívül rosszul tűr, ezek szinte kivétel nélkül végzetesek reá.

Nem ilyen súlyos az aggkorban a typhus. Az agg e betegségében a láz a már említett általános szabálynak megfelelően átlag sokkal kisebb. A hasmenés ritka, roseola gyakran nincs, a lép nem nagyobbodik meg annyira. A betegség körülbelül annyi ideig tart, mint a fiatalabb korban, de a kórjólata ceteris paribus rosszabb.

Az aggnak sajátos reagálása a fertőző betegséggel szem-

ben legkirívóbban a karélyos tüdőgyulladásban nyilvánul meg. E betegségnek úgy anatómiai, mint klinikai képe csak ritka esetben olyan az agg-, mint a fiatalabb korban. A bonczoló asztalon a gyuladós tüdő tömörülése nem oly nagyfokú, a gyuladt terület nem emelkedik ki annyira, nem oly száraz, mindez azért, mert az izzadmány fibrinben szegényebb, mint a fiatalabb korban. Klinikailag a betegség többnyire nem hirtelenül, hanem lassan, lappangó módon keletkezik. Bevezető rázóhideggel aránylag ritkán találkozunk. A láz nem nagy, sokszor a beteg csak subfebrilis, csak a végbél hőmérőzése derít ki 38–39° C lázat, de nem ritka az sem, hogy még a végbélben is rendes a hőmérséklet. Erősebb oldalszúrás nincsen, nehézlélekzés alig van, a köpet nem véres, nem sáfrányszínű, sokszor alig köp a beteg. Vizsgálatkor nagy, kifejezett tomputatot alig találunk, a bronchialis lélekzés, habár kifejezett, nem oly éles, mint a fiatalabb korban. Feltűnő a beteg gyengesége, étvágytalansága, a nyelv nagyon is száraz volta. Tüdőgyulladás nem egy esetében a láztalan betegnek a most említett tüneteken kívül subjectiv betegségtünete nincsen is, hiányzik nevezetesen minden a tüdőre vonatkozó tünet. Régi szabály azért, hogy előrehaladt korú ember indokolatlan étvágytalansága, erejének leromlása esetén mindig gondosan meg kell vizsgálni a tüdőt, az objectív vizsgálat sokszor derít ki ilyenkor pneumoniát. Elég gyakori, hogy néhány nap óta csak étvágytalannak, gyengének látszó, nem vagy alig panaszkodó öreg ember hirtelen meghal s a bonczolás tüdőgyuladást derít ki. Az agg tüdőgyuladása ritkán végződik krízissel. Az oldódás sokkal nehezebb. Sokszor hetekig, sőt hónapokig tart, míg a beszűrdött terület teljesen feltisztul, ezen idő alatt gyakran lázassá válhat az agg, sőt állandóan lázas állapot maradhat meg. Gyakori a carnificatio, utána következő tüdőzsugorodással, továbbá a beszűrdött terület elgenyvesedése vagy elüszkösödése. Az agg tüdőgyuladása tehát rendkívül súlyos megbetegedés, a mely 35–65% halálozással jár. Az igazán agg emberek közül soknak a halála következik be tüdőgyulladás folytán. Általában azt lehet mondani, hogy minél erősebb reakcióval jár a tüdőgyulladás, minél inkább hasonlít az agg tüdőgyuladása a felnőttéhez, annál jobb a kórjólát; minél inkább astheniás jellegű a gyuladás, annál súlyosabbnak kell mondanunk a betegségeit.

Még kevésbé tömeges az aggkori hurutos tüdőgyulladás tömörülése. Egyrészt ez a körülmény, másrészt az, hogy az aggkori emphysema nehezíti a tömörült góczoknak kikopogtatását, okozza, hogy aggon hurutos tüdőgyuladást kopogtatással csak nagyobb területen való összefolyás mellett sikerül kimutatni. Meglevő hörgőhurat mellett aggon még inkább kell tehát a subjectiv tünetekből a bekövetkezett hurutos tüdőgyuladásra következtetni, mint fiatalabb emberen.

Rége azt hitték, hogy a tüdőgümőkórság az aggkorban ritka és ha elő is fordul, a lefolyása nagyon enyhe. Sőt akadt olyan szerző is, a ki azt állította, hogy ötvenen felül nagyon mindegy, van-e valakinek tüdőtuberculosis vagy nincsen. Az újabbkori vizsgálatok azonban kiderítették azt, hogy az ötvenes éveken túl a tüdőtuberculosisnak úgy gyakorisága, mint súlyossága újból növekszik. A régebbi téves felfogás oka az volt, hogy a gümőkórság az aggkorban nehezebben ismerhető fel. Az agg amúgy is köhög, a köhögés tehát nem kelti fel annyira a tüdőbaj gyanúját. A láz aránylag ritka, köpet alig van, az étvágytalanságot, a lassan fokozódó gyengeséget és lesóványodást aggkori elváltozásnak tartják, e miatt a pontos tüdővizsgálatot, a köpet vizsgálatát elhanyagolják. A mellett a kisebb góczoknak kikopogtatását nehezíti a tüdőhatárok tágult volta, a dobos kopogtatási hang. Az aggkorban a tüdőgümőkórság úgy idősülten a zsugorodással járó fibrosus alakban fordul elő (ez a gyakoribb), mint széteséssel és üregképződéssel járó inkább hevenyész alakban, sőt az előrehaladt aggkorban a phthisis florida sem ritka és miliaris tuberculosis is előfordul. Ha idősebb, már régen köhögős ember erőbeli állapota romlik, mindig gondoljunk gümőkórságra, vizsgáljuk meg gondosan a tüdőt, sohase mulasztjuk el a köpetvizsgálatot és lehetőleg a Röntgen-vizsgálatot se.

A tápláló-csatorna betegségeiről aránylag nem sok a mondanivaló. A gyomor, a bél sérülékenyebb, mint a fiatalabb korban. A fogak hiánya, a rágóizmok gyengesége miatt az étel darabosan kerül a gyomorba, e miatt, továbbá az emésztő nedvek csekélyebb mennyisége, a gyomor és bél továbbító működésének renyhesége miatt könnyen fejlődik ki gyomor- és bélhurut és könnyen lesz idősültté. A hurut az amúgy is gyöngye szervezetet könnyen elerőtleníti, e miatt, kiváltképpen pedig azért, mert az agg étvágya ilyesfajta betegségben nagyon könnyen vész el és csak nagyon lassan áll helyre, még aránylag könnyű betegségnek is nagy a jelentősége. Gyakori az achylia gastrica, valamint az ennek következtében beálló hasmenés. Erre valló gyanu esetén a próbareggelvizsgálatot épp úgy el lehet végezni, mint a fiatalabb korban. A gyomorrák gyakori, az itt is megnyilvánuló tünetszegénységen kívül mást e betegségről nem szükséges megemlíteni. Aránylag ritka a gyomorfekély. Idősült fekély, a mely a fiatalabb korban kezdődött, elhúzódhat az aggkorba, friss fekély azonban alig keletkezik. Gyomor- és bélsúlyedése majd minden agg embernek van. A székrekedésre való hajlamosság miatt bélelzáródás tünetei esetén sérven és bélrákon kívül elsősorban koprostasisra gondoljunk. Gyakori az aggkorban az epeköbetegség; jelentősége nagyobb azért, mert a szervezetet könnyebben viseli meg és mert életveszedelmes szövödmény esetén a műtét nagyobb veszedelemmel jár, mint a fiatalabb korban.

A pankreas sorvadása az aggkorban rendszeren nagyfokú; ereinek előrehaladt sclerosisa okozza az agg cukorvizelését.

Kevés agg van, a ki nem köhög. Ennek az oka az, hogy alig van agg ember, a kinek úgynevezett senilis bronchitise ne volna. Az idő folyamán sokszor kiállott meghűléses hurut, a nyálkaelválasztó kehelysejteknek az aggkorban való megszorodása nyálkaelválasztással járó hörgőhurutot okoz. Hozzájárul a hurut fentartásához az, hogy egyrészt a csillószőrök hiánya, másrészt a mellkas merevsége és az izomzat gyengesége miatt megnehezített a váladék kiürítése; az egyszerű meghűléses hurut e miatt könnyen válik idősültté. Gyakori az idősült hurut időszakoskénti rosszabbodása. A váladékpangás miatt gyakori a hörgőtágulás, a mit a hörgők nyálkahártyájának sorvadása persze csak még elősegít.

Épp úgy mint a csecsemőkorban, gyakori a levegőutak hevenyész fertőzőes hurutja. Az aggkorban ez mindig jelentős betegség, a melyet sohasem szabad könnyen venni. A felnőttel szemben, a kin inkább a felső levegőutak hurutja (gége, lélekzöcsőhurut) gyakori, aggon inkább a hörgőkben, sőt mint súlyosbító körülmény a kisebb hörgőkben lokalizálódik a hurut. Mindaz, a mi a köhögést és a kiköpést nehezíti, elősegíti a váladék pangását és ezzel a betegségnek kiterjedtét a választ. Gyakori a bronchitis capillaris; előrehaladása néha rohamos, 1—2 nap alatt fulladásos tünetek között hal meg a beteg. Máskor a szívgyengeség tünetei kerülnek előtérbe. Épp úgy mint a csecsemőkorban, az aggkorban is minden hevenyész hörgőhurutban a könnyen bekövetkező hurutos tüdőgyulladás veszélyére mindig gondolni kell.

Az emphysema senile tulajdonképpen a tüdő aggkori sorvadása és mint ilyen minden aggon bekövetkezik. Az aggnak már említett gyakori idősült hörgőhurutja az emphysemát persze fokozza. A tüdő határa tágult, a rekesz mélyen áll, lélekzési kitérés alig végez. A jobb szív hypertrophiája emphysema senile-ben nem következik be, a tüdőverőér második hangja nem ékelt. A végső stadiumban az emphysema senile csak úgy szívcompensatiót okoz, mint az emphysema substantivum, megduzzad a máj, vizenyőség mutatkozik, mely után rövidesen beáll a halál. Az emphysemáról tudnunk kell azt is, hogy ez az elváltozás lényegesen hozzájárul ahhoz, hogy a hörgőhurut, a tüdőgyulladás az aggra vészhezó betegséggé váljon.

A vérkeringési szervek legfontosabb elváltozása az arteriosclerosis. Miként felnőttön, az aggon is nagyobbfokú szív hypertrophia csak akkor keletkezik, ha az elváltozás a splanchnicus területén is nagyfokú. A szív ereinek arteriosclerosis következtében beálló szívizomelfajulás az aggkor

legfontosabb betegsége, a mely a szívnek lassan fokozódó elégtelenségét vonja maga után és mint ilyen számos agg halálának közvetlen oka. Angina pectoris, angina abdominalis, claudicatio intermittens stb. csakúgy előfordul aggon, mint a kevésbé előrehaladt korúak arteriosclerosisában.

Az agg ember szívének alig van tartalékereje vagy nincsen is, akár van kimutatható arteriosclerosis és szívmegegyobbodás, akár nincsen; ez utóbbi esetben azért, mert ilyenkor a szív sorvadt.

Az alsó végtag ereinek előrehaladó sclerosisa okozza az aggkorban gyakori és rendszerint halálos gangraena senile-t.

A vese arteriosclerosis fehérvizelést és vérnyomás-emelkedést okoz, mely azonban a szív reagálóképességének csökkent volta miatt sohasem oly nagyfokú, mint a kevésbé előrehaladt korban. Minden az aggkorban bekövetkező étvágy-csökkenésben, lázban, de minden súlyosabb betegség benyomását keltő állapotban prostatamegegyobbodás okozta másodlagos hólyag- és vesemedenczegegyuladásra kell gondolni.

Az elhújasodás az aggkorban aránylag ritka. Aggon az izomzat gyengesége, a szív, a tüdő elváltozása miatt már kisebbfokú elhújasodás is súlyos zavarral járhat (relatív elhújasodás). Fontos tudnunk azt is, hogy agg ember a soványító kúrát felette rosszul tűri. Már a táplálék megszorítása is nagyfokú gyengülést okoz, még inkább fenyegetne ennek veszedelme, ha azt hashajtóval, ivókúrával vagy pajzsmirigytablettá adásával kötnők össze.

A cukorbetegség az aggkorban nagyon gyakori. A vizelet mennyisége nem oly nagyfokú, mint a fiatalabb korban, a cukor mennyisége is kisebb, mindezek miatt a cukorbeteg rendellenesen nagy étvágya is hiányzik az aggkorban. Acidosisra nem nagyon hajlik az agg, comában éppen azért az agg cukorbeteg csak kis része hal meg, többnyire az arteriosclerosis előrehaladása vet véget életüknek.

Aránylag gyakori betegsége az aggkornak a deformáló ízületi elváltozás, a melynek typusa a malum senile coxae. Az egyik oldali csípőtájékra lokalizálódó, majd a derékba és a combba kisugárzó erős fájással kezdődik, a mely kezdetben spontán, valamint gyógyítószerre (meleg fürdő stb.) múlik, később azonban állandósul. Kezdetől fogva nehezíti az agg járását, eleinte a beteg bottal mégis tud járni, később azonban teljesen ágyhoz kötött. Előrehaladó marasmus vagy tüdőgyulladás vet véget a hosszú szenvedésnek. Előfordul az aggkorban, kivált nőkön, a több ízületre kiterjedő deformáló arthritis, valamint a gerincoszlop teljes merevségét előidéző és nagy fájással járó spondylitis deformans is.

Az agg ember agyveleje keringési, valamint toxinos zavarral szemben igen érzékeny. Gyors felülés könnyen okoz szédülést, sőt ájulást is. Épp úgy ájulást okozhat hasi bővérőség révén erélyes hashajtó is. A nervus vagus-nak a nyakon való megnyomása aggon súlyos eszméletzavart okozhat. Fertőző betegség, táplálkozás-zavar az agy működőképességét gyorsan csökkenti, ezért lesz az agg ember eszmélete már aránylag kisebb betegség folyamán is zavarttá.

Az aggkori reszketést nem lehet physiologiásnak mondani, sok nagyon előrehaladt korú agg nem reszket, mások aránylag korán mutatkozik a reszketés. Legerősebb és rendszerint a legkorábbi is a reszketés a jobb felső végtagon, utána jön a fej, a nyelv, az állkapocs reszketése. Alvás közben szünetel, munka, izgalom fokozza. Az aggkorban gyakori a neurasthenia, a hysteria, ritka a chorea, a mely többnyire dementiával társul. Gyakoribb az epilepsia, a mely az aggkorban úgyszólván sohasem genuin, hanem mindig tüneti jellegű és többnyire agyarteriosclerosis következménye. Typusos betegsége az aggkornak a paralysis agitans. Az agy ereinek előrehaladó sclerosisa erős szédülést, fejfájást okoz, és okozza az agg ideg betegségei közül a két legfontosabbat, az agyvérzést és az agylágyulást. A két betegség tünettaná ugyanaz, mint a fiatalabb korban, de ceteris paribus súlyosabb betegséggnek kell őket mondanunk az aggkorban; az eszmélet nehezebben tér vissza, könnyebben keletkezik nyelési és súlyedésszerű tüdőgyulladás, a bénulás javulása lassúbb és nem is következik be oly fokban, mint fiatalabb emberen.

A dementia senilist az agg agyvelejének egyszerű sorvadása önmagában nem okozza; minden ezzel foglalkozó munka említi *Mommsen*-nek és *Bunsen*-nek erősen sorvadott agyát, a kik pedig életük végéig nagy és értékes szellemi munkát végeztek. Az agy verőereinek előrehaladó sclerosisa játszsza létrehozásában mindenesetre a főszerepet. A dementia sohasem kezdődik hirtelenül; lassan, észrevétlenül áll be, a senilis ember psychés működése sokszor éles határ nélkül válik dementiaiá. A már kifejlődött dementia hónapokon, sőt ritkábban több éven át is változatlan maradhat, lefolyását tartkítja, sokszor erősen sietteteti közbejövő és ismétlődő kisebb agyvérzés, még inkább pedig lágyulás. *Siemerling* leírása szerint a dementia képe a következő: Az agg kezdeményezőképesége elvész, cselekvőképessége megbénul, lassanként eltompul, közömbössé lesz. Mind gyakoribb a szédülés, a fejfájás, az álmatlanság fokozódik. Az agg testtartása, mozgása feltűnően petyhüdt lesz, mind erősebben reszket, hangja is reszkető, színtelen, monoton. Fokozódik a záróizmok gyengesége, majd működésképtelenségük áll be. Nagyfokú ingerlékenység változhatnak teljes részvéltelenséggel, ilyenkor egyáltalán nem ügyel magára a beteg. piszkos, vizelettel, bélsárral könnyen szennyeződik. Majd elveszti tájékozó képességét, gyakran mutatkozik melancholiás, paranoiás, sőt manias jellegű roham és többnyire marasmusban beáll a halál.

Aránylag ritka betegsége az aggnak a paraplegia senilis; oka lehet az agyvelőben (multiplex lágyulás), a gerincvelőben (ugyancsak érmegbetegedés okozta lágyulás), de lehet úgy lát-szik az ok magában az alsó végtagizmokban is.

Arteriosclerosis szerepel a neuritis senilis-nek nevezett tünetcsoportban is, a mely kivált az alkaron és a lábszáron mutatkozik zsibbadás, kisebb fájás és elég jelentékeny izom-sorvadás képében.

A mi az aggok gyógyítását illeti: a gyógyszerek adagja kisebb, mint a fiatal korban, átlagosan annak $\frac{3}{4}$ -ét vesszük. Csak kevés szerrel szemben különösebben érzékeny az agg, aránylag rosszul tűri az opium készítményeit; óvatosan bánjunk a lázcsillapító szerekkel, éppúgy a legnagyobb óvatossággal szabad csak alkalmaznunk mindennemű vízkúrát; hideg, sőt már hűvös vizet sem tűr az agg, a forró fürdő, iszapfürdő, gőzfürdő tilos az agyvérzés veszélye miatt. A mellkasra, a hasra borogatást lehetőleg ne alkalmazzunk. Erélyes hashajtót ne adjunk, ellenben kezdjük minden betegség gyógyítását enyhe hashajtóval. Ivókúrával (karlsbadi, marienbadi stb.) aggon ne kísérletezzünk. Vérvesztését az agg rosszul tűr és rosszul pótol, éppen azért az érmetszés útján kibocsátott vér mennyiségével inkább takarékoskodjunk, erős fejfájás, nagy vérnyomás esetén 150–200 cm³ véri bocsássunk csak ki. Ügyeljünk, hogy az agg minden betegségében, a mennyire csak lehet, töltsön 1–2 órát ágyon kívül, kényelmes karosszékben ülve. A műtét veszélye a vérvesztés nagyobb jelentősége, a szervezet csekélyebb reagálóképessége, valamint az elkerülhetetlen fekvésnek esetlegesen tüdőgyuladást okozó hatása miatt nagyobb az aggkorban. A narcosist lehetőleg kerülni kell.

Szülészet és nőorvostan.

A hyperemesis gravidarum *Winter* tanár szerint ideges, többnyire psychogen alappal bíró betegség gyanánt kezdődik; a hányás azonban meggyöngíti a szervezetet, megkárosítja a szervek működését, a mi főleg ama szervek működéscsökkenésében jut kifejezésre, a melyeknek a terhességben fokozott követelményeknek kell megfelelniök; ezek a szervek a máj és a vese. A máj a legfontosabb méregtelenítő szerv; amikor tehát nem működik eléggé, a képződő mérgeket nem tudja eléggé ártalmatlanná tenni, ezek megszapornak; másfelől a vesék, mint a szervezetben termelődő mérgek kiválasztási szervei, csökkent működésük folytán nem tudják ezt a feladatukat kellőképpen elvégezni, s annál kevésbé a hiányos májműködés folytán fokozott mennyiségű mérget kiválasztani, a mely azután a maga részéről is hozzájárul a vesék további megkárosításához. Ilyen módon a kezdetben

tisztán ideges eredetű baj intoxicatiós bajjá változik át és mint ilyen 3–18 nap alatt fejlődhetik végzetessé. A májműködés csökkent voltának felismerésére gyakorlatilag jól használható módszerrel még nem rendelkezünk, úgy hogy csak az icterus hívja fel a figyelmet — ha más oka nem mutatható ki — a már meglevő intoxicatióra. A vesék részéről az albuminuria és cylindruria a figyelmeztető jel.

A mi már most a kezelést illeti: mindenekelőtt mélyen a beteg lelki világába és a külső viszonyokba hatoló anamnesissel megállapítandó, nem forog-e fenn valamilyen psychogen ok (a terhesség megszakadásának vágya valami okból, a szüléstől való félelem stb.); ha találunk ilyent, lehetőleg ki kell rekesztenünk; főleg a nagyon elterjedt abortusvágy ellen kell küzdenünk, a mi sokkal eredményesebb lenne, ha valamennyi orvos azonos álláspontot foglalna el, s a beteg nem találna tüstént más orvost, a ki a hyperemesis miatt rögtön vállalkozik a terhesség megszakítására. Ha nincs psychogen momentum avagy ez nem rekeszhető ki, symptomás kezelést foganatosítunk, a mely elsősorban természetesen az idegrendszer befolyásolására irányul; idetartozik a teljes ágynyugalom, mindennemű izgalom és a családtagok távollátása, bromklysmák, morphium, pantopon, a szájon át táplálkozásnak beszüntetése és helyettesítése tápláló klysmákkal, a vízvesztés pótlása rectalis folyadékbevitellel, esetleg látszólagos kezelés (főleg hysteriásokon), például gyomoröblítés, erosiók esetelése, méhhátrahajlás kiegyenlítése stb.). Ha az imént említett módon néhány nap alatt nem áll be javulás, klinikára kell szállítanunk a beteget; a szerző eseteinek több mint $\frac{3}{4}$ részében ennek psychés hatása elegendő volt a gyógyulásra. Ha a beteg visszautasítja a klinikára szállítatását, a beteget otthonában kell folytatatólagos tüneti kezeléssel pontosan megfigyelni és az intoxicatio első tüneteinek jelentkezésekor a művi abortust egy ülésben elvégezni. (*Medizinische Klinik*, 1919, 22. szám.)

Venereás betegségek.

A Hoffmann-féle mirigypunctiónak a syphilis korai fölismerésében való jelentőségéről ír *R. Habermann* és *F. Mauelshagen* (Bonn). A syphilis korai diagnosisa egyre nagyobb jelentőségű kezd lenni az orvostudományban, mert a gyors abortiv gyógyításnak első föltétele. Minden eljárást és eszközt meg kell tehát ragadnunk, hogy a korai diagnos minél könnyebben elérhető legyen. Vannak, akik még ma is állítják, hogy nem valamennyi syphilises primaeraffectióban mutatható ki a spirochaeta. Ezzel szemben bizonyos, hogy a vizsgálati anyagnak gondos és szakszerű vétele csaknem mindenkor eredményt ad. Nagy segítségünkre lehet nehezebb esetekben a mirigypunctió eljárás, melyet *Hoffmann* már 1905-ben ajánlott. Ez abból áll, hogy *Record*-fecskendő tujét a már korán jellegzetesen duzzadt tájéki mirigyekbe szúrjuk s azok aspirált nedvében keresünk spirochaetákat. Az eljárásnak apró technikai fogásait természetesen be kell tartani. Előnye az eljárásnak az, hogy a spirochaeták így tisztán nyerhetők, a mi különösen ulcus mixtum és gangraenosum eseteiben fontos, szintúgy akkor, a mikor a syphilises primaeraffectiót előzetesen helytelenül edző vagy fertőtlenítő anyagokkal kezelték. A szerző a mirigyek punctióját primaer syphilisnek 33 esetében végezte; 30 esetben (90%) positiv spirochaetalelet volt az eredmény. A 13 secundaer lueses esetben végzett mirigypunctio ezzel szemben már csak 9 esetben derítette ki spirochaeták jelenlétét. A spirochaetáknak szám-beli csökkenése ilyenkor nyilván a helyi szöveti allergiára és a phagocytosisra vezethető vissza. Ugyancsak punctio útján vizsgálható spirochaetákra a primaeraffectio beszűrődéses alapja is. A szerző itt 80%-ban kapott positiv eredményt. A főczél azonban mindenkor az legyen, hogy a syphilist mielőbb absolut bizonyossággal megállapítsuk. Ha a rendes és szokásos spirochaetavizsgálat kivételesen nem ad eredményt, alkalmazzuk a primaer affectio avagy a tájéki mirigy punctióját. Semmiesetre se várjuk meg, míg már a serologiai vizsgálat is positiv választ ad. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1919, 21. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A kalzan nevű újabb mészkeszítmenyvel (tejsavas calcium és tejsavas natrium kettős sója) végzett állatkísérleteket A. Fischer. E kísérletek eredménye szerint nagyobb kalzan-adagok lényegesen gyorsítják a törött csontok gyógyulását; ezenkívül a vér haemoglobintartalma tetemesen fokozódik, az étvágy javul, a testsúly emelkedik; károsító hatás a szervezetre nem mutatható ki. (Medizinische Klinik, 1919, 16. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 24. szám. Molnár Elek László: A hadifogyók scorbutjáról. **Rablóczy Imre:** A parotiskövek és a nyálmirigyek x-sugaras vizsgálatáról. 25. szám. **Fejér Gyula:** Tapasztalataim a hadi-fajdalmában önkényesen véget életének. **Juhl Mór:** A veres vérszéklet thermoresistentiájáról egészséges és beteg emberben.

Budapesti orvosi újság, 1919, 26. szám. Milkó Vilmos: A háborús czombtörések kezelése.

Vegyes hírek.

Kisebb hírek külföldről. A bécsi poliklinikán új osztályt létesítettek a csecsemőkori betegségek számára; vezetője A. Reuss docens. — A kölni új egyetemet június 12.-én nyitották meg.

Meghalt. Adolphi tanár, a köznegységi egyetem anatómiai intézetének osztályvezetője. A dorpati egyetem újból felállításakor az ottani egyetem anatómia-tanárává nevezték ki. Hazája összeomlása feletti fájalmában önkényesen véget életének. — Th. P. Müller dr., a közegészségtan rendk. tanára Grácban.

Személyi hírek külföldről. J. Heitle (sebészet), E. Streissler (sebészet), R. Polland (dermatologia), R. Hesse (szemészet), A. Kessler (belorvostan) a gráci egyetemen rendkívüli tanárrá nevezték ki. — K. Holtei (gyermekorvostan, Grác) és F. Herrenschwand (szemészet, Innsbruck) a rendkívüli tanári címet kapta.

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121—02.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézet

Budapest, IV., Ferencz József-rakpari 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Anontherapia, forró légkészkülékek, trigoriterapia, fürdők. Schnee-féle degrassator. Höbensonne. Quarzlampe.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérumintézet r.-t. Budapest, VI. ker., Teréz-körút 31. sz. Telefon 20—19.

Kurzusok: Laboratoriumi diagnosztikai eljárások. Oltóanyag- és szérum-termelési methodika.

Dr. Réh Elektromagneses gyóglintézet, VII., Városligeti fasor 15. sz.

Az összes modern villamos gyóglmódk. Röntgen-laboratorium. Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis, — bénulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest, VI. ker., Andrassy-ut 55. Telefon 87—73.

PALYAZATOK.

13141/1919. szám.

Az Országos Munkásbetegsegélyző és Balesetbiztosító Pénztár az alább jelzett javadalmazással a jelen pályázati hirdetménynek a Munkügyi és Népjóléti Közlönyben való első megjelenésétől számított 8. (nyolcadik) napnak délután 2 órájáig terjedő határidővel pályázatot hirdet a pestúj helyi munkáskórházban üresedésben lévő nőgyógyász- és belgyógyász- (tüdőspecialista) főorvosi állásokra.

Az állásokkal egybekötött javadalmazások végleges megállapítása most van rendezés alatt, addig is a munkáskórház többi osztályvezető főorvosára érvényes következő javadalmazást nyújtja a munkáskórház. Nevezetesen évi 2400 korona tiszteletdíjat, évi 1900 korona pótlékot és évi 1200 korona kocsiátalányt.

A pályázati kérvények a fent megjelölt határidőig az O. M. B. P.

igazgatóságának címezve a pénztár hivatalos helyiségében (Budapest, VII. Wesselényi-utca 71. III.) a segédhivatal vezetőjénél hétköznaponként déli 12 órától 2 óráig terjedő idő alatt nyújtandó be. A határidőn túl érkező kérvények nem vehetők figyelembe.

A pályázóknak sajátkezűleg írt kérvényéhez életkorukat és honosságukat igazoló születési bizonyítványt és egészségüket igazoló hatósági vagy pénztári orvosi bizonyítványt kell csatolni. A ki 40. évét meghaladja, annak az Országos Pénztár igazgatóságának előterjesztésére a Munkügyi és Népjóléti Népbiztoság kiváló szakorvosi érdemek alapján a korhatár alól felmentést adhat.

Pályázhat minden magyar főiskolán oklevelet nyert (vagy nostrifikált oklevéllel rendelkező) orvos, előnyben részesül azonban az olyan pályázó, a ki kórházi önálló nőgyógyászati, illetve tüdőgyógyászati gyakorlatot igazol.

A megválasztandó főorvos a kórházban a délelőtti folyamán tartozik látogatását és rendeléseit teljesíteni.

Az állást az O. M. B. P. önkormányzata tölti be és az illető állásának elfoglalása előtt hivatali fogadalmat tartozik tenni. A szolgálati viszonyt a létező mindenkor szolgálati és fegyelmi szabályzat és a munkáskórházi szabályzat határozza meg. A választás egy évi próba-időre szól, a mely idő alatt a szolgálati viszony minden kártérítés nélkül három havi felmondással megszüntethető. Egy évi sikeres próba-idő után az állás végleges.

Kelt Budapesten, az O. M. B. P. elnökségének 1919 május hó 20.-án tartott üléséből.

Országos Munkásbiztosító Pénztár.

ált. 470/919. szám.

A vezetésem alatt lévő közkórházban elhalálozás folytán megüresedett szemész főorvosi állásra a pályázatot a munkügyi és népjóléti népbiztoság 1964/IV. 1919 számú rendelete alapján megismétlem.

Az állás ez idő szerinti javadalmazása 2900 korona fizetés, 800 korona lakáspénz, a törvényes korpótlék, drágasági és háborús segély. A kinevezés élethosszigan tart, s az állás nyugdíjjal egybekötött.

Szakképzettségüket s eddigi működésüket igazoló, hivatalos állásban lévő pályázók, pályázataikat hivatalvezetőjük útján törzslap melléklésével, nem hivatalos állásban lévők pedig rövid életréssal Somogyvármegye munkás- és katonatanácsának címezve 1919 június 29.-ig a közkórház vezetőségénél nyújtsák be.

Kaposvár, 1919 június hó 11.-én.

Szigethi Gyula Sándor dr., kórházvezető.

Dr. Pápay-féle oltóanyag- és szérum-intézet r.-t. Budapest, VI., Teréz-körút 31. sz.

HIMLŐNYIROK.

Szérumok Typhus, cholera, tetanus, meningitis, diphtheritis, gonococcus, streptococcus, staphylococcus stb. fertőzések ellen.

Védőoltóanyagok (Vaccinák)

Telefon 20—19.

Sürgőnyezim: Pápay-oltóintézet.

Lilienfeld pótberendezések és a kombinált Lilienfeld-Röntgen: „Radio-Silex“

készülékek magyarországi egyedárusítója

Ericsson magy. villamosági r.-t. ezelőtt: Deckert és Homolka Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28—09, 89—64.

Röntgen-csővek, lemezek stb. állandóan raktáron.

IRODALOM:

Wiener Medizin. Wochenschrift: Dr. Buchala und Prof. Matsenauer; Budapesti Orvosi Újság; Dr. Róth. A. poliklinikai assistens Prof. Törökknél; Der Militärarzt: Stabsarzt Majewsky, Garnisonsspital No. 14; Orvosi Hetilap: Dr. Lisznyai, Prof. Havas assistense; Öesterr. Ärzte-Zeitung: Doc. N. Milochnich; Derm. Wochenschrift: Dr. E. Freund, Triest; Berliner klinische Wochenschrift: Dr. M. Hesse.

UES-KEZELÉS NÉL

AZ INUNCTIÓS-KURA MELLŐZHETŐ, mert ugyanoly biztos hatás érhető el a

MERLUSÁN-TABLETTÁK

C, H, O, N Hg belsőleges adagolásával. Ez az egyetlen Hg-fehérje vegyület, mely az alkalikus bélsatornában még H₂S jelenlétében is oldatban marad, miáltal felszívódása biztosított van.

BEVONULÁSKOR NÉLKÜLÖZHETETLEN

Gyártja: Dr. BAYER ÉS TÁRSA VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPESTEN.