

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY

EGYET. TANÁR ES

SZÉKELY ÁGOSTON

EGYET. TANÁR

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.



TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Henszelman Aladár: Közlés a budapesti egyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájából. (Igazgató: Kéty László dr., ny. r. tanár) Újabb adatok a féregnyúlvány Röntgen-vizsgálatához. 197. lap.

Rados Endre: Regressiv elváltozások retinalis gliómában. 199. lap.

John M. Károly: A Zsigmond-utcai közkórház (Irgalmasok) gyermekosztályáról. Megjegyzések Bauer Lajos dr. „Miként használhatjuk fel az úgynevezett összetett tejet csecsemőtáplálékul? Túrós leves készítése” című, az Orvosi Hetilap ez évi 13. számában megjelent közléséhez. 200. lap.

Tar Lajos: A lakáskérdés sürgős rendezése a tuberculosis szempontjából. 201. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle.* *Belorvosok.* *Bojksen:* Biochemiai reakciók carcinómában. — *Gyermekorvosok.* *Bingel:* A diphtheria kezelése közönséges lóserummal. — *Kaupe:* A csecsemők tápláláskozta bőrszínesedése. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* *Sternberg:* A diureticumok használata. — *Roeder:* Az altatószerek használata a gyermekkorban. — *Kreht:* Verodigen. — *Teuscher:* Plaut-Vincent-angina gyógyítása. 203–204. lap.

Magyar orvosi irodalom. 204. lap.

Vegyes hírek. 204. lap.

Tudományos Társulatok. 205. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti egyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájából. (Igazgató: Kéty László dr., ny. r. tanár.)

Újabb adatok a féregnyúlvány Röntgen-vizsgálatához.

Irta: *Henszelman Aladár* dr., egyetemi tanársegéd.

1914-ben megjelent ilyenmű közleményem¹ és *Aubourg, Belot, Stierlin, Schlesinger, Rieder, Oberndorfer, Groedel, M. Cohn, Case, Jordan, Grigorieff, Singer és Holzknacht, Schwarz, Desternes és Bandon* feljegyzései óta néhány újabb megfigyelést tettem a féregnyúlvány Röntgen-vizsgálatát illetően. Erdekességük a tárgy természetéből folyik; hiszen egy elrejtett, kicsinyke, rudimentaer szerv photographiáját bámulatos szépen megkaphatjuk, ha szem előtt tartjuk az itt elmondandókat. És érdemes is vele foglalkozni, mert kóros eseteket is vizsgálva, megtanulunk látni és appendixdiagnosist csinálni. Itt csak az előbbi mozzanatra terjeszkedem ki; az utóbbi megfigyeléseim még nem eléggé számosak.

Ha nem veszünk magunknak fáradságot, hogy a coecumot megemeljük és esetleg retrocoecalisán betekintsünk, alig, esetleg sohasem fogunk appendixet látni. Hiszen még az esetben is, a mikor nem retro- vagy praecoecalisán fekszik (az esetek 80%-a), az állóhelyzetben történő vizsgálatkor a lógó coecumzsák az appendix contourjaival összefolyik és teljesen vagy részben elfedi azt. Nekünk a coecumot meg kell emelnünk, hogy az appendixet mindentől elkülönítsük.

Ha valahol az abdomenben, úgy itt gyakorolhatunk compressiót. A has vastagságát csökkentjük, a secundaer sugarak keletkezését részben megelőzzük, részben elfogjuk őket a tubussal és közelebb férközünk a keresett appendixhez. Világos, ragyogó fényterületet kaphatunk a compressiót kifejtő tubus nyílásában és ezt úgy irányítjuk, hogy az appendix beleessék, a contourjai minden zavaró szomszédságtól mentesen belevetődjenek. *Megfelelő kézmozdulat tehát, a melylyel a coecumot felemeljük, nyomás, a melylyel felvilágosítunk és — előttünk áll az appendix.* A ki ezt először látja, felejthetetlen benyomást szerez, oly meglepő ez a kép a nemszakorvosok számára is.

A coecumot sokszor már csak azért is meg kell emelnünk, mert túlságosan mélyre lenyúlik, a linea terminalist meghaladja, tehát olyan helyre kerül, a hol a compressió számára nem volna hozzáférhető. Ilyenkor bizony a tubus segítségével lassan, emelőszerű mozgásokkal fejtem ki a mély-

ből és emelem meg a coecumot a kívánt magasságba. Nagyon ritkán megtörténik, hogy ez a kiemelés sehogyan sem sikerül, mert nagyon is mélyre lenyúlik, vagy mert zsugorodott a mesocoecum.

Az appendix képe jóformán semmi mással össze nem téveszthető, annyira jellegzetes. Esetleg a coecum előtti ileumszakasz jöhetne e téren tekintetbe, vagyis a részlegesen, vékonyan, éppen telődő vagy már majdnem teljesen kiürülő ileum; továbbá, de ez már durva tévedés volna, egy a tubussal való nyomás folytán szétterülő és felritkuló telődésű coecum-részlet. Az ileum, ha csak a mesocoecum nem zsugorodott, felhágó módon vagy legfeljebb derékszögben nyílik a coecumba (*Lane*), rendesen kisujjvastag a telődése. Ha a tubussal a valv. Bauhini táján olyan nyomást fejt ki, hogy az ileum a vakbél felé záródjék, növelhetem az ileum tartalmát. Ezáltal kétes esetekben meggyőződhetem, hogy valóban az ileummal van dolgom. Néha massage-zsal sikerül retrograd módon a coecumból az ileum megtöltése (elégtelen a Bauhin-billentyű). Ha szétnyomott coecum-részlet utánozza az appendix alakját, csökkentjük a nyomást vagy szüntessük meg teljesen és a tévedés rögtön kiderül. Igen súlyos hiba volna az appendix összetévesztése a linea terminalissal.

Leggyakrabban látható az appendix 8–24 órával a contrastpép elfogyasztása után, vagyis akkor, a mikor a vakbél kiürülése már megindult, esetleg befejeződött. Coecalis típusú obstipatio esetében még később. Azonban elég gyakran láthatjuk a coecum kezdődő telődésekor is, vagyis már 4–6 órával az étkezés után. Per os gyakrabban telődik, mint contrastbeöntéses vizsgálatkor. Hasmenések esetében nagyon ritkán láttam appendixtelődést, annál gyakrabban azonban szokványos székrekedés eseteiben. Éppen hasmenéses állapotban nyert appendixképekben volt a telődésük részleges, hiányos, nagy üres közökkel olyannyira, hogy akárhánszor nem voltam benne bizonyos, vajjon csakugyan az appendixet látom-e.

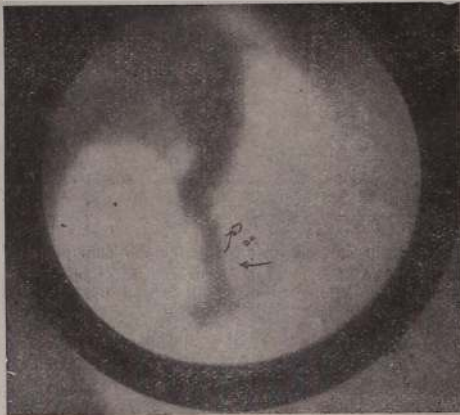
A gilisztaszerű appendix rendesen kanyargós lefutású, kacskaringós. Sokszor a vége hurkot alkot vagy guzs alakjában behajlott s egyúttal magasabban elhelyezett a többi részhez képest. Mintegy magasra felcsavarodó „fark” képét mutatja a „testhez” viszonyítva. Sokszor oly hosszú (15–20 cm.), hogy nem fér bele a tubusom fénymezejébe, a mikor is 1–2 tubusnyílás szélességgel median felé kell haladnom, hogy a „farkot” megtaláljam és lefényképezhessem. Néha nem „malaczfark”-szerű az appendix, hanem teljesen egyenesen, mintegy kinyújtva lefelé fut. Tapasztaltam, hogy ezen appendixféleségek igen rövidek. (Nem részlegesen telődött appendixek, hiszen a kihegyeződő fark látható.) Egy ízben patkóalakú appendixképet kaptam.

¹ Kleine röntgenologische Vorrichtung zur Erzeugung von Wurmfortsatzbildern. Berliner klin. Wochenschrift, 1914, 32. sz.

Ha a tubussal az appendixre túlerős nyomást gyakorolok, néha azonban már csekélyebb nyomásra is, az appendix telődése szakaszos lesz, vagyis egyes részei kipréselődnek, vékonyabbak lesznek vagy eltűnnek, míg a szomszédos sza-

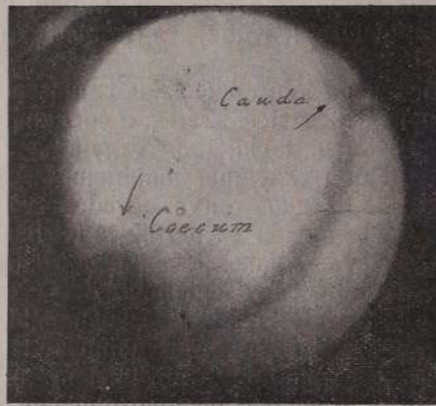
appendixet, különben kiürül. Úgy látszik, ezen „nem physiologiás“ telődés ellen tiltakozik az appendix.

Az appendixnek nemcsak az alakja figyelmeztet a gilisztáéra, valósággal ilyenféle mozgást, peristaltikát is végez.



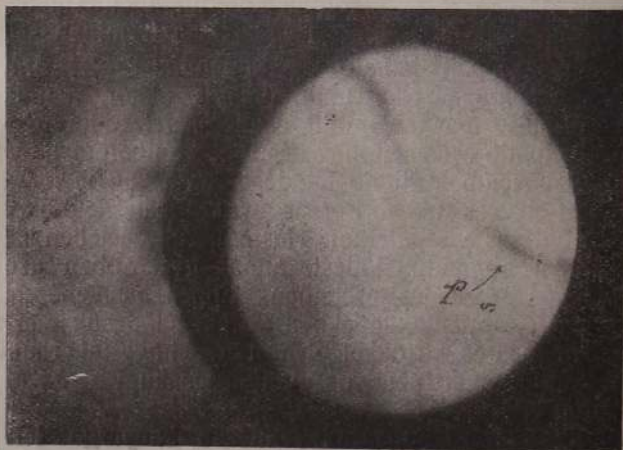
1. ábra.

Egyenesen lefelé irányított, rövid appendix. A farka derékszögben görbül.



2. ábra.

Malaczfarkszerűen felkunkorodó végű, cranio-medial haladó appendix.



3. ábra.

Igen hosszú appendix coecalis harmada. A képen látható részlet közepe gyengébben telődött. Irány: medio-caudalis.

kaszok vastagodnak. Erőteljes nyomásra és a coecum felé való símitásra ritkán teljesen kiürül, azonban a tubust ilyenkor elemelve, gyorsan újból telődik. Részlegesen telődő appendixnél sajtolással, massage-zsal, a mely a coecumtól az appendix felé irányul, az utóbbit néha teljesen megtölthetem a coecum tartalmával, de ilyenkor sietnem kell az exponálással és nem szabad elengednem egy pillanatra sem az



4. ábra.

Medio-caudalisan irányított appendix ostorszerűen kunkorodó farkvéggel.



5. ábra.

Partialisan telődött, hurokszerűen visszahajló és egyenesen cranialis irányban haladó appendix.



6. ábra.

Aboral irányított appendix peristalticával.

Ezt elég gyakran láthatjuk, csak jó sokáig kell egy ülésben figyelniük. Ha sorozatos felvételeket csináltam, a képek mindegyikén más és másféle alakot mutatott az appendix, jóllehet a tubust az egész idő alatt nem mozdítottam el.

Az appendixet mindannyiszor megkeresem, illetőleg az appendixtáját mindig feltárom, valahányszor csak gyomor-béltractust vizsgállok. Olyan gyakorlatra és kézügyességre tehetünk

szert, hogy egy kézfogással és nyomás kifejtésével a retro-és paracoecalis tájat egy pillanat alatt beállíthatjuk. Ezt egy esetben sem engedem el, akárcsak a lép megtekintését a thorax és az abdomen átvilágításakor. Másodpercek árán az igen csekély fáradozás bőven kárpótolva van, ha szép appendixképet találunk.

A compressor, a melyet a féregnyúlvány vizsgálatakor használok, az általam szerkesztett *compressio exponator*.² Ez egy, a secundaer sugarak kiküszöbölésére és nyomáskifejtésre szolgáló tubusból (*Bucky-effectus*), továbbá a hozzáépített vizsgáló-ernyőből, casettából és a casettába betolható erősítő ernyővel felszerelt lemeztartóból áll. A vizsgálandó testrészt, nem mint rendszeren, a tubus és a lemez közé kerül, hanem a két utóbbi egymással szilárdan összefüggve, a vizsgálandó testrészt elé jut. Az eszköz tehát egyetlen a maga nemében, már csak azért is, mert a már régebben bevált conusos compressort felvételi célokra is alkalmassá teszi. Használatkor a hátulsi diaphragmát is igénybe veszem. A felvétel az átvilágítás controlljával történik. Egy ülésben, az átvilágítással egy időben, ugyanazon Röntgen- vagy még inkább *Lilienfeld*-csővel, vagyis kemény fényvel készítem az appendix-képeket. Ezek rendszeren pillanatfelvételek.

Regressiv elváltozások retinalis gliomában.*

Irta: *Rados Endre dr.*

Számtalan esetben figyelték meg a szemgolyó regressiv folyamatait, illetőleg zsugorodását gliomák kapcsán, hogy csak *Wieden*, *Grand*, *Schmidt-Rimpler*, *Gradle*, *Wagenmann*, *Knieper*, *de Kleyn*, *Lindenfeld* közleményeit említssem, kik a zsugorodó szemben regressiv elváltozásokat írnak le.

Purtscher újabban azt a nézetet vallja, hogy a látó szemben előfordulnak regressiv folyamatok s így kivételesen spontán gyógyulás következhetik be retina-glioma esetén.

Már rég ismertetes, hogy egészen kicsi, cseresznyemagmekkoraságú gliomában különböző regressiv folyamatok vannak jelen. *Wintersteiner* ezt úgy magyarázza, hogy a retina gliomája kezdetben lassan növekszik, csak a későbbi stadiumot jellemzi a gyors növekedés, így a daganat nagyságából nem következtethetünk annak korára.

A regressiv elváltozások részben a daganat szövetében, részben a daganat érfalzatában találhatók.

Az előbbi elváltozásokra vonatkozólag az egyes szerzők véleménye nem teljesen egyező. Hogy csak a nagyobb idevonatkozó dolgozatokat említssem, *Gama Pinto* a regressiv elváltozásokat a következő 4 csoportba osztja be: elmeszesedés (*Robin*), elzsirosodás (*Virchow*), pigmentlerakodás (*Knapp*) és elsajtosodás (*Hirschberg*). E szerző szerint az elmeszesedés és pigmentlerakodás nem valódi regressiv elváltozás, mert méz és pigment csak az elváltozatlan sejtek közé rakódik le, az elmeszesedett részek változatlan glioma-szövetből állanak, a hol esetleg csak a sejtek életképessége szenvedett alteratiót. A zsiros degenerációnál finom zsiroszemcsék mutatkoznak peripherián, a zsiros degeneratio és elsajtosodás csak különböző fokozatai az elváltozásnak. *Wintersteiner* megkülönböztet nekrosist (coagulatio, elsajtosodás, colliquatio, mumificatio és gangraena), zsiros elfajulást, elmeszesedést, hyalin-elfajulást és végül haemochromatosis. Nekrosisnál, illetőleg elzsirosodásnál a magnak egy része elszintelenedik, a chromatin támasztó anyaga egyes helyeken összetömrül s egyidejűleg a sejtprotoplasmában megjelenik a zsiros degeneratio.

Néha cholesterin-kristályok jelentkeznek. *Wintersteiner* az elmeszesedést a nekrotikus és elzsirosodott részek másodlagos degenerációjának tartja, hyalin-, illetőleg colloid-lerakódást csak elszórtan figyelt meg. *Leber* azt tartja, hogy necrosis az erekől távoleső helyeken jelentkezik, miáltal alveolaris

külső fejlődhetik. Ő megkülönböztet zsiros degeneratio tcholesterinkristály-lerakódással, elmeszesedést a necrosisos daganat-részekben, mely az ereket is érheti, azonkívül mucinos elfajulást.

Az elváltozások másik csoportja az érfalzatot érinti, mit *Gama Pinto* gliománál állandónak és karakteristikusnak tart. Az ő eseteiben azonban a szétesett anyag nem volt azonos a colloid-állománnyal, hanem szerinte a hyalin későbbi modifikált stadiuma volt. Az ő vizsgálatai előtt *Baumgarten* hangsúlyozta először, hogy az erek megvastagodott, üvegszerűen áttetsző hüvelylyel vannak körülveve, melyen negatív az amyloid reactio. *Wintersteiner* a daganat ereiben végbemenő degeneratiót felosztja üvegszerű degeneratióra, elmeszesedésre, thrombosisra és az egész érfalzat nekrosisára, amellet hangsúlyozza, hogy némely esetben az érfalzat hyalin elfajulása különösen kifejezett és a legapróbb erekben is jelen van. *Leber* megkülönbözteti az erek sclerosisát, ellentétben a hyalin-elfajulással, hol az érfalzatot vastag, fibrillaris, eosinnal festődő réteg alkotja, hol éppen a rostos anyag vastagságától van feltételezve az érfalzat sclerosisának homogen képe. Későbbi stadiumban az adventitia megvastagodása folytán érvastagodások jönnek létre, melyek szűkülethez, illetőleg lumenelzáródáshoz vezetnek, utoljára nekrotizálódik a falzat. Az érfalzat elmeszesedése, különösen a capillariskban, ép, nem degenerált erekben is jelentkezhet.

Mint már fentebb említettem, a degeneratio különféle formái állandóan előfordulnak gliomákban. A degeneratiók egyes fokozatait azonban az említett szerzők anélkül ismertették, hogy kiemelték volna, hogy a különböző degeneratiós termékek egymással okozati összefüggésben állanak, hogy egy degeneratio tulajdonképpen csak előzetes stadiuma egy a degeneratiós sorozatban következő elfajulásnak, hogy az elfajulások egész skálát alkotnak, melynek az egyes degeneratiós stadiumok csupán alkotó részei és pontosan követhető az egymásba való átmenet, mely végül cystosus üregek létesítésére vezet. Ezen fokozatok minden gliomában megfigyelhetők, különösen kifejezetten láttam egy esetben, hol a glioma retinae 35 évig állott fenn, egy extrabulbaris csomó is volt s a legkülönbözőbb degeneratiók voltak láthatók.

A beteg 38 éves, szeme 3 éves kora óta volt zsugorodott, de teljesen izgalommentes maradt. Egy idő óta fájdalmas, fényérzés nincs. Csak az enucleatio után derült ki, hogy a phthisikus szemben glioma retinae regressiv elváltozása van jelen, amiben a látóideg is részt vesz s egy extrabulbaris csomó is találtott.

Mellözve a szem pontos leírását, csak a degeneratiós jelenségekre leszünk tekintettel, mivel ez az eset klasszikus példája az egyes degeneratiós stadiumok egymásutániségának. A szem belseje ki van töltve egy szétesett tömeggel, melyben a szem egyes hártái (érhártya, ideghártya) nem ismerhetők fel. Helyenként láthatók erek, typusos glioma-burokkal körülveve, melyben a sejtek még felismerhetők. Az extrabulbaris csomóban több még degenerált részlet van, azért a glioma-structura itt inkább felismerhető. Minthogy felmetszéskor a szemben tömeges csontszerű állományt találtunk, ezért szükségesnek tartottam a beágyazás előtt a decalcinálást.

A regressiv elváltozások vérzés, oedema, továbbá hyalin-és lipid-elfajulás, méz-, illetőleg pigmentlerakodás alakjában jelentkeznek s végeredményben kis, mikroskopos cystás képletek keletkeznek, melyek helyenként egymásba folyva nagyobb cystácskák létesülésére vezetnek.

A hyalin-degeneratio nemcsak a daganat tömegében, hanem az érfalzatban és az érfalzat körül is kiterjedten előfordul. A kisebb erek hyalinburkában a hyalin caracteristikus festési tulajdonságain kívül a fibrinreactiót is megkapjuk. Ezzel ellentétben a daganatszövetben a hyalin helyenként a serosus oedemába átmenő és mint hyalin alig mutatható ki festési eljárásokkal. Más szóval: a primaer, a legrégebb elváltozás az érfalzatot éri, magában a daganatban a daganat-

² Eine einfache Aufnahmetechnik zur Röntgenuntersuchung der Baueingeweide von Dr. A. Henszelman. Berliner klin Wochenschrift, 1914, 44. szám.

*Az 1918. évi heidelbergi szemészgyűlésen tartott előadás.

sejtek nem degenerálódnak, hanem a vérből és a szövetnedvekből származó idegen anyag rakódik le bennük.

A központi idegrendszer pathologiai elváltozásaiban gyakran előforduló hyalin chemiailag nem teljesen elkülöníthető képződmény. *Recklinghausen* a mucint, hyalint és amyloidot colloid gyűjtőnév alatt foglalja össze. *Ziegler* és *Ernst* colloid alatt epithelialis, hyalin alatt kötőszöveti eredetű degenerációs termékeket ért. A kutatók egész sora iparkodott a hyalint, colloidot és amyloidot festési, majd kémiai viselkedésük alapján elkülöníteni, de ezekben a kísérletekben olyan gyakori volt az egymásba való átmenetel, hogy nem lehet különböző degenerációs termékekre gondolni, hanem fel kell venni, hogy a lerakódott anyag későbbi átváltozásoknak van alávetve és ezek következtében változnak a reakciói. *Holeschnikoff* fibrin-, illetve alaukarmin-festéssel ugyanazt a lerakódást két részre különítette el. *Alzheimer* is megerősítette ezt a megfigyelést. Épp ezért egyik vagy másik reactio kimaradásából nem szabad más szerkezetű degenerációs termékre gondolnunk. *Lubarsch* skálájában az egyik szélen a fibrinoid, a másik szélen az amyloid anyagok vannak, középen a hyalin.

Az érfalzat ilyen elváltozása a mi esetünkben serosus folyadék kilépésére kellett hogy vezessen, azután fermenthatás folytán megalvadásra, később hyalin-lerakódásra, tehát a daganatrész hyalin-infiltrációjára.

Ezekben a hyalinosan elfajult szigetekben aztán secundaer módon elmeszesedés következik be, a mi a retina gliomájában általában igen gyakran fordul elő s már a legrégibb szerzők is megfigyelték.

Ezt az izolált elmeszesedést *Pfaundler* a mechanikai selectióval akarta magyarázni, mások azonban szövetelváltozást vetik fel, tudniillik, hogy a szövetelemek csak akkor incrustálódnak mészszel, illetve vesznek fel pigmentet, ha annyira sérültek, hogy savi hatásúak lettek; jelentékenyen támogatja szerintük feltevésüket ez anyagok basophil tulajdonsága. *Huebschmann* azt találta, hogy az intima elmeszesedésekor az elastikus rostok kémiai elváltozást szenvednek, morphologiai elváltozás nem észlelhető. *Unna* az elastikus rostoknak egy öregkori elváltozását írja le, melyet *Dimítrieff* is észlelt, tudniillik a rostok a basikus festékekhez való kémiai affinitást nyernek azáltal, hogy a normalis elastin elacinná alakul át. *Bittrolff* a tüdőben létrejövő elmeszesedésben és pigmentlerakódásban tapasztalta az elastikus rostok morphologiai és festési jelentékeny elváltozásait. A szétesett glioma kémiai alterációját továbbá a jól ismert lipid elfajulás jellemzi, mely peripheriásan a sejt protoplasmájában jelentkezik és csak később észlelhetők a sejtanyagban is degenerációs jelenségek. A lipid elfajulást szenvedett sejtek korántsem kívülről bevándorolt phagocyták, hanem a tumorban jelentkező degenerációt mutatják és átmenetet alkotnak a glioma resorptiós elváltozásaihoz. Resorptiós elváltozások következtében kisebb cystosus üregek létesülnek, melyeknek nincs sejtbelésük, hanem elszórtan vannak a daganat tömegében és egymással többszörösen összefüggnek. A cystafalak további resorptiója következtében ezek a kis üregek egymásba folynak s így keletkeznek a nagyobb cysták, a mint azt már a központi idegrendszer gliomájának regressiv elváltozásaiból ismerjük.

A glioma retinae regressiv elváltozásai tehát részint infiltratív, részint direct degeneratív elváltozások, hol a mechanikai momentumok mellett a szövetek kémiai átalakulása döntő szerepet játszik. Az infiltratív degenerációs elváltozások egymással szoros összefüggésben létesítik a következő degenerációs termék megjelenését. A végeredmény a degenerált szigetek szétesése, illetve resorptiója, miáltal mikroszkopos cysták keletkeznek. Ezen cysták keletkezéséhez hozzájárul a növekedés folyamán az intraocularis nyomásemelkedés következtében jelentkező secundaer glaukoma.

A vázolt degeneratív, illetve resorptív folyamatok a glioma spontán gyógyulását célozzák, mint az más rossz-

indulatú daganatokon is kimutatható, s a mely spontán gyógyulási tendentia az ismertett, közel 35 év óta fennállott gliomában igen kifejezett volt.

A Zsigmond-utcai közkórház (Irgalmasok) gyermekosztályáról.

Megjegyzések

Bauer Lajos dr. „Miként használhatjuk fel az úgynevezett összement tejet csecsemőtáplálékul? Túrós leves készítése“ című, az Orvosi Hetilap ez évi 13. számában megjelent közléséhez.

Irta: *John M. Károly* dr., közkórházi főorvos.

Bauer a forraláskor összement tejből a túrónak felhasználásával fiatalabb és idősebb csecsemők részére táplálékot készít. Eljárása szerint zabderczéből, illetve lisztből készült sózott és cukrozott 1 liternyi nyálka vagy liszt-főzethez az 1 liter összement tehéntejből nyert túrónak a felét szitán többször átdörzsölve hozzá kell adni. Saját szavaival: „a túros leves nemcsak tejhiány esetén, hanem hosszú időn keresztül adagolható a csecsemőknek, anélkül, hogy a qualitativ inanitio veszedelmétől lehetne tartanunk, minthogy a csecsemők szervezetének szükséges összes táplálék-alkotórészeket elegendő mennyiségben tartalmazza“.

Túrónak a csecsemőkorban gyógy- és tápcélokra való alkalmazása nem új eljárás. 1910-ben ismertette *Finkelstein* és *L. F. Meyer* a fehérjés tejet, mely a tehéntejből oltóval kicsapott túróból, a tejcukor mennyiségének csökkentésével és a savóconcentratio egyidejű felhígításával íróval készül. *Heim* és *John* (1912) a fehérjés tejet a szerintük nem fontos író-alkatrészétől megfosztva, különböző tejhígításokkal állították elő s ezáltal mint túros tejet mindenki számára hozzáférhetővé tették.

Bauer eljárásában novum a savanyodott túrónak felhasználása, a tej savójának és így a benne foglalt ásványi anyagoknak: a sóknak teljes mellőzésével.

Az említett újítások azok, melyek e sorok megírására készítenek. Nem volna helye az ellenvetésnek, ha a tejhiány napjain átsegíteni hivatott tápszerről volna csupán szó, de a szerző kimondottan „hosszú időn keresztül“ kívánja adagoltatni túros levest.

A közlésben az adagolás tartamáról, az esetek számáról, a megfigyelés idejéről, az elért táperedményekről még csak vázlatos feljegyzés sincsen, úgy hogy mindezekről tájékozatlan marad az olvasó.

A szakembernek pedig éppen az említett „quantitativ inanitio“-tól kell féltennie a túros levest hosszú időn keresztül táplált csecsemőket. E tápszert a tej savójának mellőzésével készülni és így nélkülözni fogja a *tej sóinak legnagyobb részét*. Ásványi anyagokra, különösen phosphorra és mészre a nagy sótartalmú szöveteknek, elsősorban a növekedő csontoknak feltétlenül szükségük van. Rontja még a helyzetet az a körülmény is, hogy a fehérjés és túros tej készítésére felhasznált túró éppen mésztartalmában különbözik lényegesen a savanyodás közben keletkezett túrótól. A tej természetes meg-savanyodása alkalmával a tejcukor bakterialis megbontásakor keletkező tejsav a caseint basisától (a mésztől) elválasztja és az előbbi kicsapódik. Az oltóerjesztővel okozott megalvadás, bár a külső jelenségek igen hasonlóak, az előbbitől teljesen eltérő folyamat. A caseinből paracasein hasad le, mely *mészszel egyesülve* mint olthatatlan paracaseincalcium (sajtanyag) válik ki.

A magam részéről a mésztartalmú túró sem merném a tejsavó sóinak teljes mellőzésével mint csecsemőtáplálékot hosszú ideig alkalmazni és ugyanezen okból még kevésbé a *Bauer*-féle túros levest. Az ilyen és hasonló tápszerek partialis inanitióra, ez esetben demineralizálódásra és a csontfejlődés zavaraira kell hogy vezessenek. Mindenesetre érdekes volna megtudni a megfigyelt esetek számát, az adagolás tartamát, a megfigyelés idejét, a súlygyarapodás menetét, hogy a csontrendszeren angolkóros jelenségek mily mértékben mutatkoztak s végül, hogy a contractilis elemek villamos vizsgálattal a rendestől mennyiben mutattak eltérést.

A lakáskérdés sürgős rendezése a tuberculosis szempontjából.

Irta Tar Lajos dr.

Akik az októberi forradalom után visszahúzódtak a socialis egészségügyi tudományos és gyakorlati munkától abban a hiszemben, hogy a változás nem lesz tartós és visszatérhetünk a régi szabású munkához, azokat ugyancsak nagy meglepetés elé állítja a márcziusi forradalom új állami rendje. Csakugyan itt az ideje végre, hogy passivitas helyett a társadalom egészségéért mi orvosok is előlépjünk és serpenyőbe vessük minden tudásunkat. Kötelességünk ez, különben mélyen a socialis egészségügybe vágó intézkedések híján lesznek az elemi orvosi szempontoknak is.

Itt a lakáskérdés.

Könyvtárt írtak össze a lakáskérdésnek a tuberculosis szempontjából való fontosságáról és most, hogy a kormányzótanács az összes lakásviszonyokat gyökeresen megváltoztató intézkedésekhez fogott, semmiféle hivatalos orvosi forum állás foglalásáról nincs tudomásunk. A Socialegészségügyi Tudományos Társaság szervező bizottsága sürgős javaslattal fordult a népjóléti, lakásügyi és közoktatásügyi népbiztosokhoz. Azt hiszem, czélszerű lesz ennek a javaslatnak velejét ismeretnem.

Kétségtelen, hogy a tuberculosis nem egyszerűen „lakásbetegség”. Bizonyos, hogy például budapesti socialhygienikusaink a lakásviszonyoknak a halandósággal és sajátképpen a tuberculosisal való kapcsolatát tárgyalva, nagyon is a *Pikler*-féle statisztikai számoszlopokra támaszkodnak és megfélekednek például a faji viszonyoknak, a zsidóság refractaer viselkedésének fontosságáról. Bizonyos továbbá, hogy olyan adatok, mint például az, hogy a III. kerület halandósága csaknem kétszerese a IV.-ének s a III. kerületben van ugyancsak a legtöbb egyszobás lakás, ilyen adatok még nem értékesíthetők döntő módon a lakásviszonyoknak a tuberculosis socialis aetiologiájában való szerepe mellett. A lakásviszonyok szorosan összefüggnek a vagyoniakkal és a hygienés culturával s e három tényezőnek gondos elválasztása nehéz, de nem is történik kellő gondal. Olyan jól ellenőrzött statisztikák, mint a *Romberg*-é Marburgról, nálunk alig készültek. Annyit azonban mindenesetre tudunk, hogy az egészséges, portalan, napos fekvésű, nagy légtérfogató, több lakrészű száraz lakásnak nemcsak a beteg hozzátartozóit óvó prophylaxis, hanem a gyógyulási eshetőségek szempontjából is nagy jelentősége van. Persze oly állítások, mint *Davy*-é, hogy az ablakok számával arányos a tuberculosis-halandóság, vajmi kétesek.

Ha ennek a körülménynek socialegészségügyi súlyát mérlegeljük és látjuk az eddig bizony eléggé elhírtelenkedett, tervszerűtlen lakásactiót, valóban felmerül a kérdés: vajjon helyes-e, hogy az amúgy is túlhevés iramot mi orvosok is gyorsítsuk azzal, hogy rendes viszonyok közt nagy előkészületű programot fogunk az események szekerébe?

Azt hiszem, hogy ez az ellenvetés nem állja meg a helyét. Nem pedig azért, mert az intézkedések forradalmi iramában minket amúgysem kérdeznak meg: nekünk az a kötelességünk, amint említém, hogy a túlhevés munka közepette mentünk meg annyit, amennyit lehet.

Egy másik ellenvetés a következő: Vajjon czélszerű-e megbolygatni a tüdőbajosok eddigi lakásait, a tuberculosis fészkeit, czélszerű-e ezzel a fertőzésnek a lakosság és a lakások eddig megkímélt részeit is kitenni? Nem volna-e egyáltalában helyesebb az, ha a még egészségeseket mentenők meg a betegségtől azzal, hogy az ő elhelyezésükről gondoskodnánk elsősorban?

Az utóbbi ellenvetés, bár az orvosi gondolkodási típusba ötközik, nincs magvasság híján; mindazáltal azt hiszem, hogy az orvosnak feltétlenül az az előbbre való dolga, hogy a már valóban beteget állítsa talpra, nem pedig az, hogy az esetleg megbetegedőről — aki kedvezőbb viszonyokra még elvárhat egy ideig — gondoskodják. Ami pedig a tuberculosis szét-hurczolását illeti, hát ez ugyan megtörténik és folyik állandóan a mi beleegyezésünk nélkül is. Tüdőbajosok csak úgy requi-

ráltak maguknak lakást, mint mások; csak hogy mivel orvosi rendszer, megfelelő lakás-selectio nélkül történtek ezek a lakás-foglalások, sokkal több kárt fognak okozni, mintha orvosi szervezés alatt történtek volna. A jómódú polgárság érdeke az, hogy éppen e szempontból rendszert vigyenek ebbe az actióba; akkor kevésbé lesz oka félni attól, hogy a budai házaikban, nyaralóikban lakó családokat megfertőzik a betolakodók.

Az a kérdés most már, hogy vajjon nem késtünk-e el a beavatkozással. Van-e még most, mikor ezeket írom, április derekán, annyi rendelkezésre álló lakás, illetve lakásrész, hogy érdemes a tuberculosis betegekért külön actiót indítani?

Azt hiszem, érdemes, bár eddig is sokat veszítettünk a késedelem miatt. Elsőbben is van még elég lakás a budai nyaralónegyedekben és egészséges fekvésű, modernebb épületekben. Tévedés azt hinni, hogy ezeket nagyjából proletár-családok foglalták volna el. Szó sincs róla. A jómódú nyaralótulajdonosok és főbérlok — teljesen érthető és szempontjukból méltányolható sacro egoismo-ból — lázas gyorsasággal adták ki szobáikat hacsak lehetséges nem családos, szolid hivatalnokoknak, főiskolai hallgatóknak, orvosoknak stb. Ugyanazoknak, akiknek eddig hónapokig kellett eredménytelenül ácsorogni, folyamodni a lakáshivatalban egyetlen szobáért, rendelőért. Ilymódon az egészségügyi actióra alkalmas helyiségek nagyjából oly egészséges, nem családos egyének kezébe került, akiknek azokra csak másodsorban van szükségük. Ezeket át kell telepíteni diákokhoz stb. A diákokhoz jórésze például kiürült, mert a diákság a hirtelen tömegesen jószívűvé lett főbérlok jóvoltából elegánsabb körzetekhez jutott.

Ez nincs rendjén.

A diákoknak nem vétünk vele, ha diákszallókba juttatjuk őket, a magam idejében még ez se volt. Egészséges (nincs most a kivételt igénylő betegekről szó) családtalan szellemi munkásokon sem esik sérelem, ha a gellérthegy nyaraló egyik verandája és két szobája két hivatalnok helyett egy zárt tüdőbajban szenvedő nyomdász többtagú családjának jut. Ne feledjük, hogy az igazságtalanságok megtorlásul mindig nagyobb igaztalanságokat szülnek.

Vágjunk ennek elébe, mindegyik félre méltányos módon. Ahhoz az elvhez szó sem férhet, hogy más lakásra elsősorban annak legyen jogosultsága, akinek ez gyakran életkérdése. Ahhoz sem férhet szó, hogy amennyire a fertőzés továbbhurczolása megakadályozható, elsősorban a tüdőbetegeket kell megfelelő lakáshoz juttatni.

Ebben az actióban *jelenleg* a következő három főelvet tartunk szem előtt:

1. A tüdőbeteg testi (és szellemi) munkások és családjai elhelyezésére oly módot kell találni a részletekben is, hogy ez ne csak a beteg, hanem a hozzátartozók érdekeire is (munkaalkalom, iskoláztatás, közlekedés stb.) tekintettel legyen.

2. Alkalmazkodjunk az egész lakáskérdés belpolitikai okokból eredő sürgős megoldási üteméhez: tervszerűen, de gyorsan *kell* most cselekedni.

3. Az actiónak azonban a tuberculosis-kérdés *végleges* megoldási lehetőségeinek alapjára kell helyezkednie s ilyen irányban kell megállapítania az összefüggő socialis intézkedéseket.

Az actiónak három irányban kell haladnia:

I. A tüdőbetegeknek alkalmas épületek, telepek, kerti, erdei körzetek kataszterezése.

II. A tüdőbetegek (t. i. a lakást igénylők) katasztere.

III. Az elhelyezés technikája és az ezzel kapcsolatos további ipari, élelmezési, közoktatási stb. teendők.

I.

1. A kerületi munkástanácsok lakásbizottságainak keretében egy-egy (vagy szükség szerint több) orvosi bizottság is szerveztessék, mely két munkásból s egy orvostól álljon.

2. Ez a bizottság állapítsa meg a már beszolgáltatott lakáskataszterek alapján, hogy mely lakások, illetve lakrészek

alkalmasak zárt, mely különálló épületek alkalmasak mint „tuberculosis-házak“ nyílt tüdőbajosok családjainak befogadására.

3. A pestkörnyéki falvak mily mértékben alkalmasak tüdőbajosok elhelyezésére.

4. Mely területeket, épületeket, barakkokat lehetne felhasználni erdei fekvőcsarnokok, „night-camps“-telepek, erdei iskolák, sanatorium-iskolák, napközi otthonok, játszótérek és kertészetek számára.

5. A fekvőcsarnokok, erdei iskolák stb. helye egy-egy nagyobb, tüdőbetegekkel benépesített területhez arányítva határozassék meg.

6. Kívánatos, hogy minden tüdőgondozó intézetnek rayszerű tanulmányi, valamint szakszerű felügyeleti célokra legalább egy-egy fekvőcsarnok, lehetőleg norvég típusú fekvőbeteg-otthonnal, erdei iskola, napközi otthon, erdei műhely orvosi irányítása biztosítsák; természetesen csakis a közoktatási népbiztosságnál is felállítandó orvosi szerv befolyásával és a pedagógiai hatóság bevonásával. Ilyenformán tökéletes intézmény-rendszert érjünk el. A tüdőgondozó intézetnek módjában volna a tuberculosis-kérdést összes vonatkozásaiban tanulmányozni, ellenőrizni és irányítani.

7. A körzeti tüdőbeteg-elhelyezésről térkép készítése kívánatos.

Az itt előadott pontokhoz a következő megjegyzéseket csatolom. Budapestnek ma legalább 34—35.000 csak munkáspénztári beteget jelentő tüdőbetege van. Ezen a lesújtó állapoton tíz darab ezerágyas kórház, ötven kétszázágyas kórház vagy sanatorium sem segíthet. Jelenleg még az összes kimutatottan nyílt esetek elhelyezéséről sem lehet szó. Aztán meg vagyok győződve róla, hogy a mai kormányrendszer sem fogja még a nyílt betegeket sem kórházba kényszeríteni. A kórház annak, aki semmiáron sem akar benne élni, igen gyakran nem használ. Már pedig ilyen nagyon sok van és lesz még akkor is, ha, amint kívánatos, sanatorium-jellegűvé és cíművé tesszük a tuberculosis-kórházakat, a mint már Koch is ajánlotta volt.

Nem találok abban semmi igazságtalanságot, ha például Budakeszít, mely béke idején is jórészt súlyos tüdőbetegek elszállításával foglalkozott, kellő felvilágosítással és a lakrészek kíméletel igénybevételével tuberculosis-teleppé tesszük. Természetes, hogy ilyesmit erőszakkal végrehajtani nem ajánlatos. A községnek ezért kedvezményeket kell biztosítani; arra pedig már a milieu-hatás kártékony volta miatt se gondoljunk, hogy ilyen községet csupa súlyos beteggel telepítsünk tele. Elég, ha a „nyílt“ kategóriájú eseteket küldhetjük oda, ezek közt akad számos könnyű is, úgy hogy a telepen tartózkodók jótékony illúziója teljes marad.

II.

1. A lakásváltoztatásra jogosult tüdőbajosok összeállítására mind a betegség, mind a lakás minőségének megállapítása szükséges. A betegség igazolására illetékesek azok a kórházak, klinikák, tüdősanatoriumok, a melyekben az illető beteget a legutóbbi 9 hónapon belül, mint fekvőbeteget kezelték.

2. Munkástüdőgondozók és munkáspénztári orvosok igazolják oly betegek betegségét, a kik a legutóbbi 6 hónapon belül betegségük miatt legalább 4 hétig táppénzesek voltak.

3. Mindazok a betegek, a kik ilyen módon betegségüket nem igazolhatják, forduljanak orvosi bizonyítvány kiállítása végett a tüdőgondozó intézetekhez és egyéb rendeletileg megnevezendő kórházakhoz.

4. Az orvos előtt a lakásszükséget a jelenlegi lakásnak a házbizalmiak által (célszerűen szerkesztett blankettán) feltüntetett állapotával kell igazolni.

5. Az orvos borítékba zárt bizonyítványa a betegség stadiumáról és lehetőleg nyílt vagy zárt voltáról adjon felvilágosítást.

6. A munkástanácsok lakásbizottságai a tüdőbeteg pro-

letárokat külön csoportban fogadják az ácsorgás elkerülése végett.

7. A kerületi lakásbizottságokhoz érkezett lakáskérelmek jogosultságát a helyszínén ugyanazok a kerületi orvosi bizottságok állapítják meg, melyek a lakáskatasztert fölvtették.

8. Ezek a bizottságok ne csak az egészségtelen (átalakításra, fertőtlenítésre stb. szoruló) lakásokról készítsenek statisztikát, hanem állapítsák meg egy-zersmind, hogy a hozzátartozók (gyermek) közül kik szorulnak erdei iskolában, sanatorium-iskolában stb. való elhelyezésre.

9. A beteg családok elhelyezése a hozzátartozók gazdasági érdekeinek figyelembevételével történjék. Kívánatos, hogy ha az üzemek socializálva vannak, a munkások ilyen szempontú áthelyezése lehetséges legyen. Természetes, hogy itt arról a nagyszámú zárt esetről van szó, melyben a beteg munkáját abbahagyni nem akarja. Legfontosabb e szempontól az a körülmény, hogy a lakásváltoztatásra szoruló munkások legnagyobb része a pesti kültereken lakik, viszont a legtöbb alkalmas, egészségügyileg kívánatos lakás, valamint erdei napközi otthonnak, iskolának alkalmas hely és épület Budán van.

10. Ennek az actiónak a kapcsán készítsenek az orvosi bizottságok tájékoztató statisztikát arról, hogy a beteg munkások hány százaléka hajlandó más pályára lépni s az erre szükséges átképzésnek (erdei műhely stb.) magát alávetni.

III.

A betegek és hozzátartozók elhelyezésére vonatkozólag a következőket tartsuk szem előtt:

1. Nem elég, ha megfelelőbb lakást biztosítunk a betegnek és családjának. Szóbelileg is, oktató füzetkével is erélyesen ki kell oktatni a lakás tisztántartására, hygienéjére és a megszorítandó tüdőgondozók által állandó, szigorú ellenőrzést kell gyakorolnunk.

2. Az a szándék, hogy a tüdőbetegeket csakis falvakban, vagy külön telepeken helyezzék el, már a hozzátartozók, sőt a betegek gyakori ellenkezése miatt is kivihetetlen. A környékbeli megfelelő klímájú és lakáshygienéjű falvak férőhelyeinek száma különben sem elégséges. Külön telepek építése célszerű, de nem tartozik az itt vázolt sürgős actio keretébe.

3. De nem is szükséges az actiónak ilyen keretekbe való szorítása. Kétségtelen, hogy az egységes telepeken sokkal könnyebben megvalósíthatók az egységes egészségügyi és gazdasági intézkedések, de ezek értékét ne becsüljük túl. A mai jegyrendszer és a tüdőgondozók fokozott működése nagyrészt pótolni tudja az egységes teleptől várható előnyöket.

4. Föltétlenül el kell vetni azt az elvet, hogy ilyen telepen csak a súlyos betegeket helyezzük el. Sokkal célszerűbb, ha nem a kimondottan súlyos, hanem a nyílt tuberculosisban szenvedőket csoportosítjuk; ezek közt számos jó kórjóslatú eset akad. A megállapítottan, vagy bizonyos valószínűséggel nyílt eseteket mindenestre külön épületekbe (tuberculosis-házak) és telepekbe csoportosítsuk. Arról, hogy fertőző tüdőbajosokat oly módon és oly lakrészekbe helyezzünk el, hogy ezáltal az egészséges régi lakókat veszélyeztessük, szó sem lehet. Ezért természetes, hogy az egész actiót az egész vonalon orvosoknak kell lebonyolítaniok és a helyszíni kataszter alapján intézniök. A súlyos, immár alig befolyásolható eseteket népsanatoriumokba gyűjtsük. Erőszakot alkalmazni nem szabad azokon, akik kórházba menni vonakodnak.

5. A lakásactiót ki kell egészíteni sürgősen megvalósítható egyéb socialegészségügyi intézkedésekkel.

a) A tüdőbetegek veszélyeztetett, vagy alkatuknál fogva hajlamosított gyermekeit megfelelő napközi otthonokban, erdei iskolákban kell elhelyezni, ha szükséges, állandó bennlakásra és ellátásra is (erdei internatusok).

b) A már activ folyamatban szenvedő, valamint csontszűs gyermekek részére külön erdei sanatoriumiskolák állítandók fel; iskolák, mert a jórészt sablonos orvosi kezelés végett a gyermeket esetleg évekig foglalkozás nélkül hagyni fölösleges, sőt káros.

c) Haladéktalanul kötelezővé kell tenni az ifjúmunkásoknak készülő gyermekek pályaválasztás céljára kötelező orvosi vizsgálatát, továbbá

d) az iskolagyámi és igen gyökeresen megreformált iskola-orvosi intézményt. Az óvónők és tanítók, tanítónők képzését socialegészségügyi irányban is ki kell egészíteni.

A tüdőbajban szenvedő munkás gyógyulási eshetőségeit meg kell javítanunk.

c) Külön élelmiszer- (kenyér-, liszt-, zsir-, lekvár-) jegyeket és szénjegyeket kell számára biztosítanunk. Elég megdöbbenő, hogy az egész háborús élelmezés kérdéséből kihagyták ezt a fontos momentumot.

f) Erdei műhelyek és hasonló intézmények által meg kell szerveznünk a más pályára való ipari átképzést. Az üzemek socializálásának egyik előnye lesz az, hogy lehetségessé teszi nagy arányokban is a pályacserét.

g) Amennyiben ez a munkás ellenkezése, vagy egyelőre socialis okok miatt is kivihetetlen volna, el kell készítenünk az összes üzemekben levő egyes, többé vagy kevésbé ártalmas munkabeosztások jegyzékét és végre kell hajtánunk az összes üzemekben sürgősen megteremthető iparegészségügyi javításokat. (Szellőztetés szabályozása, padlómosás, köpöcsészek stb.)

6. Sürgősen el kell készíteni az építkezések megindulásáig a már Liebermann-sürgette házépítkezési szabályzatot.

7. Az egész actiót a lakásügyi népbiztosság mellett létesített és közvetlenül csak az illetékes népbiztosoknak felelős orvosi szervnek kell a kezébe vennie s irányítania.

8. Hasonló módon kell szervezni az ország egyéb városainak lakáskérdését is.

Ismételten hangsúlyozom, hogy ennek a nagyvonalú vázlatnak nem az a célja, hogy az egész tuberculosis-kérdés megoldásával foglalkozzék, hanem csak az, hogy kiszabja egy oly actió főbb teendőit, a melyet be lehet és be kell kapcsolni a mai forradalmi átalakulás dynamájába. Az eredmény javarészt az intézkedés gyorsaságán múlik. A forradalom elől félreállnunk nem szabad, hanem rajta kell lennünk, hogy az mentől egészségesebb legyen; és ha nem is teszünk többet, mint hogy gyökeres intézkedésekkel lenyomjuk Budapest tuberculosis-halandóságát, akkor is maradandót végzünk.

IRODALOM-SZEMLE

Lapszemle.

Belorvostan.

Biochemiai reakciók carcinomában. Boyksen rostocki sebész carcinoma-gyógysavóval kísérletezett emberen és állatokon. Vizsgálataiban a carcinomás szöveteknek állati szervezetbe való beoltásakor észlelhető jelenségekből indul ki s megerősíti Ehrlich eredményét, mely szerint az átoltott carcinoma nem nő tovább. A daganatsejteknek e szerint specifikus táptalajra van szükségük, melyet csak az a szervezet tud nyújtani, melyből növekedésük kiindult. Az állati szervezet emberi carcinomára alig reagál. Boyksen vizsgálatainak első részében műtétilag eltávolított carcinomrészleteket felaprózott, szétbontott s testhőmérsékű physiologiás konyhasó-oldattal suspensiót készített belőlük. A suspensiót a kísérleti állat nyak-venájába fecskendezte, a következőket észlelte. Az első napon könnyű hőemelkedés állott be, a közérzet tangálva alig volt. Az állatokat különböző időközökben megölvén, a kórbonczolástani kép számos pneumoniás gócot mutatott, melyet a pathologusok desquamatiós pneumoniának fogtak fel. 20 nap után a góczok lényegesen megkisebbedtek voltak. 3 hó után már csak apró hegek voltak láthatók. Az erek részben hyalinos elfajulást mutattak. A hegek leginkább a pleurakupban voltak észlelhetők s 10—18 hónapig állottak fenn. A carcinomás szövet tehát látszólag nyomtalanul eltűnt a szervezetből. Idővel mégis mutatkoztak jelek, melyek a

befecskendezett tumoranyagának a szervezetre gyakorolt tartós hatása mellett tanuskodnak.

Igy sajátságos volt, hogy a nőstényállatok a szaporodásnál rendellenességeket mutattak. Abortáltak vagy pedig életképtelen fiatalokat szültek, melyek csakhamar elpusztultak. Az egyik állat 18 hónappal az oltás után általános gyengeségen elpusztult.

További vizsgálatai során az *Abderhalden* által kezdeményezett s az elberfeldi gyár által előállított carcinoma-gyógysavó hatását próbálta ki emberen. A serumot a gyár carcinoma-metastasisnak lóba való befecskendése útján állította elő. A gyógysavót 4 inoperabilis végbélcarcinoma esetében alkalmazta a betegek hozzájárulásával, anus praeternaturalis műtete után. Anaphylaxiás jelenségek elkerülése végett rövid időközökben 10 injectiót adott a betegeknek, minden alkalommal 20 cm³ gyógysavóval.

Subcutan és intramuscularis alkalmazásnál igen kínzó, kemény beszüremkedések fejlődtek, a betegek heves fájdalomról panaszkodtak, melyek csak morphiinnal voltak csillapíthatók. Intravenás alkalmazásnál a befecskendés után 20 percczel minden esetben erős hidegrázás után 40° C-ig emelkedő hőemelkedések jelentkeztek. Ennek megfelelő volt a közérzet is.

Egy ambulans beteg, kinek a serum utolsó mentsvára volt, intramuscularis injectio után 8 órával súlyos toxikus tünetek között meghalt.

Egy esetben az ascites növekedést mutatott, más esetben az állapot 3 injectio után annyira rosszabbodott, hogy a szer további alkalmazásától el kellett állani. Ismét más esetekben lábszároedema és bélsárhányás állott be, mely 7 napig tartott; mechanikai bélelzáródás kizárható volt. Ez a beteg néhány nap múlva meghalt.

Egy esetet sikerült végig kezelni, de a daganat növekedésében változás nem volt észlelhető. Az *Abderhalden*-féle carcinomás gyógyszerumot a teljes eredménytelenségnek constataciója után a szerző kis dosisokban diagnostikai célra igyekezett felhasználni. 1/4—1/2 cm³ intracutan alkalmazása mellett egészséges emberen mérsékelt fájdalom mellett diffus, kékes-vörös, a serumexanthemához hasonló bőrszíneződés jelentkezett, mely a beszúrás helyét udvarszerűleg vette körül. Carcinomásokon az exanthema halványabb volt, az infiltratio inkább helyi jellegű. 12 órával később az esetek többségében körkörös bőrvérzés jelentkezett. Normal lósavó nem váltott ki reactiót. A reactio 48 óra alatt zajlott le.

Reagensüvegben a gyógyszerum és egészséges vagy carcinomás serum erős fehérjecsapadékot ad, mely reactio értékelése azonban tisztázatlan dolog. (Münchener med. Wochenschrift, 1919, 4. szám.) Weber dr.

Gyermekorvostan.

A diphtheria kezelése közönséges lóserummal.

Bingel kísérletei, melyek azt látszottak igazolni, hogy a diphtheria-serum gyógyító hatását nem antitoxin-tartalmának, hanem fajidegen fehérje voltának köszöni, arra készítették *Feer*-t, hogy hasonló kísérleteket végezzen. *Feer* kísérletei 122 esetre vonatkoznak (65 esetben diphtheria-serumot, 57 esetben közönséges lóserumot alkalmazott). Közönséges lóserumot csak könnyű esetekben használt, hogy szükség esetén még idejekorán alkalmazhasson diphtheria-serumot. Ez az óvatosság helyénvalónak bizonyult, mert 7 esetben sor került rá. A kísérletek azt mutatták, hogy a közönséges lóserummal kezelt esetekben, dacára annak, hogy ezek az esetek átlag 0,8 nappal korábban kerültek kezelés alá, a lepedék 2—4 nappal később vált le, mint a diphtheria-serummal kezelt esetekben. Míg a diphtheria-serum alkalmazása mellett csak egyszer fordult elő, hogy utólag új lepedék keletkezett, addig a közönséges lóserum használata után ezt 7-szer észlelték, sőt egy esetben a tonsillára szorítókozó folyamat kétszer alkalmazott lóserum dacára 5 nap múlva a gégére terjedt, a mit *Feer* különösen hangsúlyoz, mert a diphtheria-serum rendszeres alkalmazása óta hosszú gyakorlatában ez még nem fordult elő. Végül megemlíti *Feer*, hogy ámbár a diph-

theria-serummal a súlyosabb esetek kezeltettek, az így kezeltettek közül csak kétfőben fordult elő az inyitorla postdiphtheriás hűdése, a közönséges lóserummal kezelt esetek közül ezzel szemben négyben.

Feer e kísérletei annyira a diphtheria-serum mellett és a közönséges lóserum ellen bizonyítottak, hogy nem is kísérletezett tovább. Bingel kísérleteinek eredményét annyira rejtélyesnek tartja, hogy felveti a kérdést, nem származott-e a kísérleteiben alkalmazott „közönséges lóserum“ diphtheriás lóól, avagy nem történt-e véletlen összetévesztés. (Münchner med. Wochenschrift, 1919, 13. sz.)

Herskovits János dr.

A csecsemők táplálásokozta bőrelszíneződéséről referál Kaupe bonni gyermekorvos. Csecsemő-otthonokban tette azt a megfigyelést, hogy sárgarépával táplált csecsemők arcszínje sárga lett, noha étvágyuk, székletük, közérzetük jó volt. A székletében a sárgarépa maradványait megtalálta. Kísérletképpen beszüntette a sárgarépával való táplálást s ekkor az arczbőr sárga színe eltűnt, de ismét adva a sárgarépát, a sárga szín ismét előállott. Megjegyzendő azonban, hogy ez a sárga bőrelszíneződés nem minden sárgarépával táplált csecsemőn volt megállapítható. A kissé narancs-sárgába hajló sárga szín az arczbőrön, az orrszárnyakon, a homlokokon és ritka esetben a nyakon jelentkezik, míg a test többi részén és a kötőhártyán nem. A diagnózis a székletét vizsgálata dönti el. Az elszíneződést a sárgarépa festőanyagát által létrehozottnak tekinti. Az irodalomban sehol sem találta leírva. (München. med. Wochenschrift, 1919, 12. sz.)

Steigenberger Dezső dr.

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

A diureticumokról ír Sternberg tanár, különös tekintettel arra, hogy mostanában az utóbbi időkben leginkább használt theobromin- és theophyllin-összetettések már alig kaphatók s így utalva vagyunk a régebbi diureticumokra. Jó szolgálatokat tesz mindenekelőtt a liquor kalii acetici napi 20—30 gramm mennyiségben; ez 1—2 pohárnyi vízzel hígítva és siruppal vagy mézzel megédesítve napi 3—5 részletben fogyasztandó el; czélszerűen adható valamilyen diuresis főzettel (például decoctum ortonidis-szel) együtt is. Kitűnő szer a húgyanyag is; az urea purából 40—60 grammot ad naponként málnaszörppel, cukros vagy mézes vízzel. Szív-baj okozta vizenyő eseteiben, a mikor tehát tulajdonképpen nephritis nem áll fenn, hanem egyszerűen pangásos vese vehető fel, e mellett a beteg étvágya jó, hányásra hajlamoság nincs, sokszor jó szolgálatot tesz a scilla és a blatta orientalis: Rp. Pulv. fol. digitalis, Pulv. bulbi scillae, Pulv. blattae orientalis, Coffeini natrio-benzoici aa 0.10. Naponként 3-szor egy port étkezés után; gyomorzavarok sokszor elkerülhetők, ha utána 1—2 késhegynyi calcium carbonicumot vétünk be. Ha a beteg per os nem tűr semmiféle gyógyszert sem, a következő klysmát rendelhetjük: Rp. Inf. fol. digital. 1.0:35.0; Coffeini natrio-salicylici 0.5; Tinct. opii simpl. guttas XV; Morphii hydrochlorici 0.02; Mucil. salep 35.0. S. Klysm. Este adandó 3—4 napon át. Nagyon elősegíti az említett szerek által elérhető diuresist, ha bizonyos előkészítő eljárásokat is igénybe veszünk. Ezek sorába tartozik először is az erélyes hashajtás, például két napon át kora reggel nagy pohár keserűvíz, vagy egy nagy adag calomel jalappával (Rp. Calomelanos, Pulv. tub. jalappae aa 0.4). Nephritisben szenvedőknek, a kiknek a szíve még jól működik, az orvosságos diuresist megelőzően 2—3 napon át izzasztást rendelhetünk: forró bepakkolást $\frac{3}{4}$ —1 órára, forró légfürdőt az ágyban az ismeretes berendezések valamelyikének segítségével (mindkettőt természetesen az orvos felügyelete mellett) vagy 1 centigramm pilocarpinum hydrochloricumot fecskendezünk a bőr alá, óvatosságból kámmal és coffeinnel kombinálva. Sokszor czélszerű a diureticumok adása előtt, avagy a digitalis-therapiát megelőzően a transsudatum mechanikai eltávolítása (mellkas- vagy haspunctio, a bőr alatti kötőszövet capillaris drainézése), természetesen a legszigorúbb

asepsis mellett. Nagyon fontos a vérszegény diaeta; húsieves kerülendő. (Ars medici, 1919, 3. szám.)

Az altatószerek használatáról a gyermekkorban irt cikkében Roeder a göttingeni gyermekklinikán szerzett tapasztalatai alapján dicsérően nyilatkozik a nirvanolról. Adagja csecsemőknek 0.075, nagyobb gyermekeknek 0.3 gr. A ritkán előforduló gyógyszeres exanthemán kívül más kellemetlen mellékhatása nincs. (Therap. Monatshefte, 1919, 2. sz.)

A verodigen nem más, mint a digitalis-levelek hidegvizes kivonata chloroformmal kirázva. Kraft állította elő először és gitalinnak nevezte; újabban a Boehringer-gyár verodigen néven hozza forgalomba. Vízben körülbelül 1:600, arányban oldódik, oldata közönséges hőmérséken jól eláll, magasabb hőmérséken azonban kristályos csapadék válik ki; már ez a körülmény is mutatja, hogy a digitalisnak ez az alkotórésze a használatos forrázatban nem lehet jelen. Krehl tanár hosszas tapasztalata alapján nagyon ajánlja a verodigent mint olyan szert, a melylyel mindazt, a mit digitalis-szal elérhetünk, gyorsan, biztosan és kellemesen érhetjük el. Különösen kiemeli, hogy az emésztőszerveket nem igen bántalmazza. 8 milligramm megfelel 10 centigramm közepes erősségű digitalis-pornak. Az első napon 2—3-szor 8 milligramm adandó, a második napon is ennyi, azután pedig csökkentjük az adagot a kamaraösszehúzódnak számának csökkenése arányában. 8 és 4 milligrammos tablettákban kapható. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 11. szám.)

Plaut-Vincent-angina és gingivitis makacs eseteiben Teuscher feltűnő jó eredménnyel használta a salvarsant beecsetelés alakjában 0.6:300.0 oldattal. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 13. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 17. szám. Schein Mór: Az emberi és állati szervezet növése és a vénülés. Ráthonyi Reusz Frigyes: A hadi neurosisokról.

Budapesti orvosi ujság, 1919, 18. szám. Keller Kálmán: A migraines dispositióról és látási phaenomenekről.

Vegyes hírek.

Nagy László dr. siremlékére a régebben kimutatott összegzen kívül újabban még a következő adományok folytak be: Szentgyörgyi Elemér dr. Budapest 10 kor., Révész Vidor dr. és neje Bencze Mária 80 kor., tasnádi Nagy András dr. Budapest 100 kor., tasnádi Nagy Mária Budapest 25 kor., összesen 215 kor. A gyűjtés ezzel lezáratt; a siremlék már fel is állítottat a farkasréti temetőben.

Hírek külföldről. Szinte észrevétlenül egy új egyetemmel szaporodott a német egyetemek száma: a hamburgival. Az új egyetem négy karból áll, a mely karok azonban eltérőek a többi német egyetem kari beosztásától: philologiai, természettudományi, államjogi és orvosi karból. Az utóbbi első dékánja Kümmel tanár. Az egyetemet Hamburg városa tartja fenn.

Meghalt. Károly József dr. balatonboglári körorvos 33 éves korában április 11.-én.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró légekészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höbensonne. Quarzlampa.

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

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

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (IV. rendes tudományos ülés 1919 március 8.-án.)

Budapesti Orvosegyesület

(IV. rendes tudományos ülés 1919 március 8.-án.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Csiky József.

Chininmérgezés okozta látóideg- és ideghártya-bántalom esete.

Ifj. Liebermann Leó: 50 éves férfibeteget mutat be, ki két és fél hónappal ezelőtt fejfájás ellen egyszerre 10 gr. chinint (20 drb. $\frac{1}{2}$ grammos chinintablettát) vett be. Ettől 12 óráig aludt s mikor felébredt, azt vette észre, hogy látása teljesen elveszett, fényérzése nem volt. Két napig nagyot hallott. Egy hét múlva fényérzése kezdett visszatérni s látása lassu javulásnak indult.

Bemutató osztályára 6 héttel később került a következő állapottal: Látás mindkét szemén 1—2 méter ujjolvasás, centrumig szűkült látótérrel. Sárgásfehér, nem egészen éles szélű papillák, bőven bevonva kötőszövettel, a lamina cribrosa likacsai nem láthatók, az arteria centralis retinae törzsei és ágai igen vékonyak, teljesen fehérek, vért tartalmazó lumen bennük fordított képben való tükrözéskor nem látható, csak egyenes képben (nagyobb nagyítás) látszik a nagy értörzsekben hajszálvékony piros lumen. A vénák szintén igen vékonyak, de a faluk kötőszövetes elváltozást nem mutat. A macula lutea táján néhány sárgásfehér petty.

A látás azóta centralisan $\frac{5}{15}$ -re javult mindkét szemén, de a látótér nem táglult, most is minden irányban majdnem a centrumig szűkült, legfeljebb 10—15^o-nyi. Színlátás van, de nagyon bizonytalan.

Az esetet, önmagában véve való ritkaságán kívül, azért is érdemesnek tartotta bemutatni, mert a chininnek a szemre való ezen hatása teljesen azonos a túlnagy adag optochin káros hatásával. Állaton experimentalis chininhatás folytán és emberen több esetben pontosan észlelt optochin-amblyopiánál hasonló leletet írt le *Birch-Hirschfeld*, azzal a különbséggel, hogy ilyen nagyfokú perivascularis kötőszövetképződést a szemfenéki arteriákon úgy látszik még nem észleltek, a mi érthető, mert 10 grammot egyszerre sem chininből, sem optochinból nem szokás bevenni.

A therapia jodkáli adagolásából és naponta történt amylnitrit-beleheltetésből állott, azonban nem tartja biztosnak a bemutató, hogy a látásjavulás a therapiás kísérlet eredménye. Nitritet prophylaxisosan ajánlottak már az optochintól okozott vérérszűkülés ellen azzal egyidejűleg adni; utólag, ilyen nagyfokú perivascularis kötőszövetképződés mellett nem nagyon valószínű, hogy vérértágító hatása még lehetne. A beteg ugyan azt állítja, hogy minden amylnitrit-kipiruláskor, és azután is, tisztábban látott; számszerűleg ezt kimutatni nem lehetett.

Birch-Hirschfeld experimentalis vizsgálatai szerint egyébként a chininhatás nemcsak a vérérszűkülésből és kötőszövetes perivascularitisből áll, hanem az ideghártya dűcsejtjeinek és a látóideg-rostoknak direct mérgezése is szerepel s ennek nyomában támad az atrophia.

A szemészt meglepi, hogy ilyen szemfenéki kép mellett látás még egyáltalán lehetséges.

Rados Andre: *Liebermann* első bemutatása kapcsán kérdezi, hogy a beteg milyen chinin-készítményt szedett: chininum hydrochloricumot, sulfuricumot, avagy bisulfuricumot. Legritkábban fordulnak elő mérgezések chininum sulfuricum használatakor (*Zani* írt le egy esetet), legveszélyesebb utóhatás dolgában a hydrochloricum, melynél a resorptio és kiválasztás a legrosszabb.

Kérdezi továbbá, hogy milyen a beteg pupilla-reactiója. T. i. chinin-mérgezésben a pupilla nyilván mindig tág és fényre nem reagál, akkor is, a mikor a szemfenéki elváltozások dacára látás van. Kivétel az, a mikor a pupilla eleinte szűk s csak később tágul. A jellegzetes pupilla-elváltozások sokáig megmaradnak s a diagnózis biztosítása szempontjából igen fontosak.

A chinin hatását illetőleg megjegyzi, hogy ez két csoportra osztandó: az érfalakra és az idegelemekre gyakorolt hatásra.

Az érfalakra gyakorolt hatás nem egyszerű érgörcs, mert akkor megszűntével hyperaemiának kellene mutatkoznia, továbbá amylnitrite

meg kellene szünnie. A hatás leginkább hasonlítható a chininnek a síma és harántcsíkt izomra gyakorolt hatásához, a mely pedig leginkább a hullamerevség képéhez hasonlít.

Ifj. **Liebermann Leó:** *Rados* első kérdésére, hogy milyen chinin-készítményt vett be a beteg, nem tud felvilágosítást adni, a beteg csak annyit tud, hogy a harcterről hozott $\frac{1}{2}$ gr.-os katonai chinintabletták voltak.

A pupillareactio az észlelés egész ideje alatt rendes volt, de csak centralis bevilágításnál, mert a látótér a centrumig szűkült. Hogy milyen volt röviddel a mérgezés után, azt nem tudhatja, mert a beteget csak 6 héttel később kapta.

Influenza utáni panophthalmitis és orbitaphlegmone esete.

Ifj. **Liebermann Leó:** *Schmieden*, a hallei sebész éppen a napokban állította össze az influenza sebészi complicatióit, a mennyiben eddig ismertette lettek. Ezek: pleuraempyema, pericarditis, tracheafekélyek, mediastinalis phlegmone, nyaki nyirokmirigyek abscessusa, parotitis, peritonitis, colitis, appendicitis, cholecystitis, meningitis, poliomyelitis anterior, peripherias neuritis, thrombophlebitis, arthritis, osteomyelitis, lágyrésztályogok a mellkas és has falában, otitis és végül panophthalmitis egy esete, melyet *Löwenstein* 1918 őszén közölt. *Schiller* 3 nappal ezelőtt egy nomát mutatott be. *Mohr Mihály* az 1890-es évekbeli influenzajárványból ismertetett egy kétoldali orbitalis phlegmonét.

Szólok az itt bemutatott betegen panophthalmitist és orbitalis phlegmonét észlelt influenza kapcsán két héttel az influenza után; továbbá beszámolok egy 12 éves leánygyermek esetéről, kit *Haberern* főorvossal együtt kezelt s kinek influenza után támadt periostalis abscessusa volt a felső szemgödri szélből kiindulólag a felső szemhéjban.

Mindkét esetben a phlegmone az influenza metastasisokra annyira jellemző szivós, kemény beszűrődést mutatta, melyből incisióra geny nem ürült. Az említett gyermekben a felső szemhéj a szemgödri szélhez rögzítődve gyöngyűt, jelétül a csonthártyabeli eredetnek; a bemutatott, most már szintén lezajlott esetben az orbitalis phlegmone az alsó kötőhártya-áthajlást erősen kiboltosította; ezen a ponton történt a mély incisio, utána lassú gyógyulás. A panophthalmitis természetesen phthisis bulbival végződik. Az alsó kötőhártyaáthajlás most is még prolabált állapotban van.

A metastasisos iridochorioiditis sepsises megbetegedésekben ha nem is gyakori localisatio, de nem tartozik a legnagyobb ritkaságok közé; orbitalis phlegmone azonban nem szokott hozzá társulni, mint a hogy ez esetben történt.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1600/1919.

Borsodvármegye sajószentpéteri járásában üresedésben levő bánhorvati **körorvosi állásra**, a székhelynek jelenleg Dédes községbe való áthelyezésével, pályázatot hirdetek.

A körhöz jelenleg a leendő Dédes székhelyen kívül Sajóivánka, Barczika, Vadna, Nagybarcza, Bánhorvát, Bántapolcsány, Bánfalva, Sajóvelezd, Mályinka, Tardona községek tartoznak.

A körorvos javadalmazása:

1. 1600 kor. fizetés és megfelelő ötödéves korpótlék.
2. 147364/1911. számú belügyministeri rendelettel engedélyezett 800 kor. helyipótlék.
3. 400 kor. útiátalány.
4. 400 kor. lakbér.
5. Az összes háborús segélyek és a szabályrendeletileg megállapított orvosi díjak.

Felhívom az állást elnyerni óhajtókat, hogy a szabályszerűen felszerelt kérvényeiket a sajószentpéteri járási közigazgatási hivatalhoz **folyó évi május 12.-éig** annál is inkább adják be, mert később érkező kérvényeiket nem fogom figyelembe venni.

Az állás elnyeréséről értesített orvos állását tartozik azonnal elfoglalni.

Sajószentpéter, 1919 április 12.

Maklár, járási közig. előadó.

Külföldi különlegességek hiányában !

Ajánljuk klinikailag kipróbált és gyakorlatilag kitűnően bevált belföldi különlegességeink rendelését :

DOMOPON

Az opium összalkaloidait vízben oldható és tiszta állapotban tartalmazó készítmény. A morphin- és opium-készítmények helyett az orvosi gyakorlat összes ágaiban alkalmazható. — **Eredeti csomagolások.**

Domopon-tabletták
1 cső 20 tabl., 1 tabl.=0.01
Ára: K 6.—

2% Domopon-oldat
10 g-os csepegtető üvegben
Ára: K 8.60

Domopon-injekciók
1 dobozban 6 ampulla, 1 amp.=
1 ccm.=0.02 Ára: K 7.20

Rendelhető továbbá bármely más gyógyszerrel összetéve.

Domargin

Az **Albargin** helyettesítője. Név törv. védve. **Ezüst gelatose-készítmény.** Körülbelül **10¹/₂%-os** szervesen kötött **nem ionizált ezüst-tartalommal.** Erősen mélyreható. Indikációk: Heveny és idült gonorrhoea 0.1—2%. Urethritis posterior és cystitis 3%. Prophylaxis 5—10%.

Protal

Név törv. védve. Az Argentum proteinicumot és Protargolt teljesen pótló szer 8% ezüsttartalommal. Bevált, **nem izgató ANTIGONORRHOICUM.**

Sulfotin

7.5%-os Kalium sulfogujajacolicum szörp. — 200 g-os üveg ára K 8.—.

Novatropin

Az összes atropin hatású gyógyszerek közül a legkevésbé mérgező (dr. Issekutz szerint halálos adag 4.80 g). Therapeutikus hatása az atropinéval egyenlő, alkalmazása azonban nem okoz kellemetlen központi izgalmi tüneteket, nyugtalanságot stb. Gyermeknekél is alkalmazható. Indikált úgy a bel-, valamint szemgyógyászatban, atropin, homatropin, illetve ezek vegyületei helyett. Rendelhető tabletták, cseppek és injekciók alakjában eredeti csomagolásban, szükség esetén pedig más gyógyszerekkel összetéve. — **Novatropin-tabletták** 1 cső 20 tabl., 1 tabl.=0.0025. Ára K 3.60, **0.2%-os Novatropin-oldat** 20 g-os csepegtető üvegben. Ára K 6.—. **Novatropin-injekciók** 1 dobozban 6 ampulla, 1 amp.=1 ccm.=0.0025. Ára K 6.—

Strychnotonin

A monomethylidinatriumarsenat és sósavas strychnin isotoniás oldata steril ampullákban, subcutan injekciókhoz. 20 ampullás eredeti csomagolás K 12.—, 100 ampullás kórházi csomagolás K 38.—.

Cadogel

colloidális kátrány-készítmény, acut és chronikus bőrbántalmak souverain gyógyszere.
CADOGEL 66%, CADOGEL 33%, CADOGEL 10%

Isopirin

Acidum acetylo salicil. tabletták. Eredeti csomagolás 10 tabletta á 0.5 g.

Arsotonin

A monomethylidinatriumarsenat isotoniás oldata steril ampullákban, subcutan injekciókhoz. 1 amp. = 0.05 g monomethylidinatriumarsenat. 20 ampullás eredeti csomagolás K 15.—, 100 ampullás kórházi csomagolás K 45.—.

Orvosi mintát és irodalmat kívánatra készséggel küld:

„CHINOIN“ gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t. (Dr. Kereszty és Dr. Wolf)
UJPEST, Tó-utca 5.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY
FŐSZERKESZTŐ.EGYET. TANÁR ES SZÉKELY-ÁGOSTON
EGYET. TANÁR
SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Borszéký Károly: Közlés a fővárosi óbudai (sz. Margit) közkórház sebészeti osztályáról. A jejunális fekély sebészeti kezelése. 207. lap.

Somogyi Rezső: Az Országos Hadigondozó Hivatal rózsahégyi gyógyintézetének közleménye. (Vezető-orvos: Róth Miklós dr., tanársegéd.) Kísérletes vizsgálatok a dagantok nem sebészeti kezelése köréből. 210. lap.

Kosztolányi Árpád: Közlemény a budapesti szent István-kórház gyermekosztályáról. (Főorvos: Halmis Géza dr., egyetemi magántanár.) A chorea minor gyógyulása influenza következtében. 212. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvostan. Ragnar Berg: Az ásványanyagcsere befolyása a fehéranyagcsere. — **Sutter:** Gonorrhoeás általános fertőzés. — **Finkelnberg:** Az ideges cardiovascularis zavarok jelentősége az arteriosclerosis fejlődésében. — **Wörner:** A malaria rendellenes lefolyása. — **Grumme:** Asthma bronchiale gyógyítása. — **Schürer:** A piramidon hatása lázas fertőzőbetegségeken. — **Szülészeti és nőorvos-tan. Sachs:** Nem szirtalanított gyapottal való tamponálás. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Münzel:** Trypallavin. 213—214.

Magyar orvosi irodalom. 214. lap.

Vegyes hírek. 214. lap.

Tudományos Társulatok. 215. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a fővárosi óbudai (sz. Margit) közkórház sebészeti osztályáról.

A jejunális fekély sebészeti kezelése.

Irta: **Borszéký Károly dr.,** egyet. cz. rendk. tanár, főorvos.

A gyomor és duodenum peptikus fekélyei miatt végzett gastroentero-anastomosisok után sokkal gyakrabban keletkezik az anastomosishoz felhasznált jejunális kacsban a gyomoréhoz, illetve a duodenuméhoz hasonló fekély, minthet általában gondolják. Nem is olyan nagyon régen a felismert és megoperált jejunális fekély ritkaságszámba ment és legtöbbször vagy Roux-, vagy Braun-féle entero-enteroanastomosisal kombinált elülső anastomosisok után jelentkezett, úgyannyira, hogy a hátulsó anastomosisokat, különösen a „kacs nélküli”-eket éppen a jejunális fekély elkerülésére ajánlották. A mióta azonban hátulsó anastomosisok mindgyakrabban végeztenek, kiderült, hogy a gyomorbél-egyesítés e módja épp oly kevésbé mentesít a jejunális fekély keletkezésétől, mint az anastomosisal egyidejűleg végzett pylorus-kirekesztés vagy -elzárás. De nemcsak a „kacs nélküli” készített anastomosis vagy bármely más műteti mód nem biztosít a jejunális fekély ellen, hanem az anastomosis után rendszeresen folytatott belső kezelés sem: úgy hogy be kell vallanunk, hogy e súlyos és sokszor végzetes baj elkerülésében vagy megelőzésében még ma is tehetetlenek vagyunk.

A gyomor- és duodenum-fekély sebészeti kezelését (figyelmetlenül kívül hagyva a fekélyátfúródás okozta közvetlen életveszedelmet) ma nem tartjuk olyan radikális gyógyításnak, amelylyel a beteget véglegesen meg tudjuk gyógyítani. A callosus fekély kimetszésével, vagy bármily műtettel, amely a fekélyt a keringésből kirekeszti és nyugalomba helyezi, a mechanikai és chemiai insultusoktól megóvva (gastroenteroanastomosis, pyloruskirekesztés), csak a fekély begyógyulására kedvező körülményeket teremtünk, illetve a fekély okozta szövődményeknek (átfúródás, vérzés) vesszük elejét olyan esetekben, amelyekben a belső kezelés eredménytelennek bizonyult: a meglévő fekélyt műtettel meg lehet gyógyítani, de újabb fekély keletkezését meggátolni, az arra való dispositiót megszüntetni nem lehet. **Haberer, Finsterer,** valamint **Clairmont** legújabbban a gyomor nagyobb kiterjedésű resectiójával e dispositió megszüntetését akarják és remélik elérni, de hogy helyes úton járnak-e akkor, a mikor a sósav-túlproductiót tartják a fekély egyedüli előidéző okának és az elválasztó felület megkisebbitésével akarják meggátolni az új fekély keletkezését, csak a tapasztalatok fogják eldönteni.

Ennek, a műtettel meg nem szüntetett dispositiónak kell tulajdonítani a jejunális fekély keletkezését is, mert, a mint említettem, sem rendszeres belső kezeléssel, sem semmiféle műteti móddal annak kifejlődését meggátolni nem lehet; hogy keletkezésében nemcsak a hyperchlorhydria szerepel, azt legjobban az bizonyítja, hogy hyperaciditással nem járó esetekben is jelentkezik.

Jelenlétét megállapítani nem nehéz, ha gyomoroperált-jainkat hosszú időn keresztül rendszeres ellenőrzés alatt tartjuk; a kórkép annyira tipusos, hogy alig tévedhetünk.

A műtét után rendszerint hosszabb-rövidebb ideig tartó javulás, sőt tökéletes jólét következik be; mindazok a kellemetlenségek, amelyek a fekély okozott, elmúlnak: a gyomorégés, az emésztéssel járó heves, kisugárzó fájdalmak megszűnnek, a betegek jól táplálkoznak, meghízhatnak, teljesen munkabírók, úgyannyira, hogy nem ritkán nagy rábeszélésre és a jövőnek igen sötét színekben való feltüntetésére van szükség, hogy az operált betegeket rá tudjuk venni arra, hogy állapotukat orvosilag ellenőriztessék és állandó diétát tartsanak. Ez a kedvező állapot néha csak 2—3 hónapig, néha ugyanannyi vagy még több évig is eltart, a mikor lassanként ugyanazok a tünetek kezdenek mutatkozni, amelyek a műtét előtt megvoltak. A szerint, a mint a gyomor-bél-sipoly a gyomor elülső vagy hátulsó felületén foglal helyet, illetve a szerint, hogy a fekély közvetlenül az anastomosis nyílásából terjed az elvezető jejunumkacsra, illetve attól távolabb az elvezető jejunális kacsban jelentkezett: vagy kiürítési zavarok, vagy heves, alig csillapítható kisugárzó fájdalmak fognak előtérbe lépni. A gyomor chemismusa néha nem változott, néha a már megszűnt hyperchlorhydria ismét beáll, néha vér mutatható ki a székben. A nagy fájdalomosság, az erők rohamos csökkenése és a testsúlycsökkenés minden előrehaladottabb esetre jellegző.

Körboncolástanilag a jejunális fekély a gyomor vagy duodenum fekélyétől semmiben sem különbözik; különösen jellegzetes ama sajátossága, hogy a fekély alapját tévő serosa már kis fekély esetén is kérgesen megvastagodott és a környezettel összekapaszkodott. A fekély tipusosan vagy a gyomornyílásból indul ki, úgy hogy egyenesen az elvezető kacsba folytatódik, vagy az anastomosis-nyílástól távolabbi helyen keletkezik, rendszerint a mesenterium tapadásával szemközti szélén. Fekély nemcsak egy, hanem több is képződhetik, de ilyenkor rendszeren kisebbek szoktak lenni és egymás szomszédságában ülnek. E callosus, hogy úgy mondjuk, idősült jejunális fekélyalakon kívül vannak olyan alakú fekélyek is, amelyeknek környéke alig, vagy egyáltalában nem infiltrált, úgy hogy sértetlen bél falon át nem is ismerhetők fel; létezésük csakis átfúródásuk esetén lesz nyilvánvalóvá.

A gyomor elülső felületéhez rögzített jejunalis kacsban támadó fekélyhez a cseplesz nagy kiterjedésben odatapad és összenövésnek jönnek létre vagy az elülső hasfal hashártyaborítékával, vagy a haránt remesével. A fekélynek a mélység felé való terjedésével áttörés jöhet létre a hasfalba, tályog keletkezik, a melynek kiürülése után gyomor-, illetve bél-sipoly marad vissza; a colonnal való összekapaszkodás esetében közlekedés létesülhet a jejunum és a colon között, illetve, ha a fekély a gyomortól nincs távol, a gyomor és colon között; ilyen colon-gyomorsipoly igen súlyos következménye a fekélyáttörésnek, mert bélsárhányásra és a beteg rohamos elgyengülésére vezet.

Az elülső anastomosisok után keletkezett jejunalis fekélyeket már korán fel lehet ismerni, mert a fekély helyén a hasfal érintésre vagy percussiókalapáccsal való enyhe ütögetésre körülírt érzékenységet mutat és kiterjedtebb cseplesz-odanövés eseteiben resistentia is konstatalható. A vastagbéllel való communicatio létrejöttét Röntgen-vizsgálattal vagy gyomornedv-vizsgálattal lehet megállapítani.

A hátulsó anastomosisok után keletkezett fekély felismerése nehezebb, mert a fekély a tapintás számára nehezen hozzáférhető helyen van; ilyen esetekben a fájdalmak a derékba és a vállak felé sugároznak ki. A fekély a szomszédságában levő minden egyes szervvel összekapaszkodhat (és össze is szokott kapaszkodni), úgy hogy műtét alkalmával egy össze-visszanőtt conglomerátumot találunk az anastomosis helye körül, a mely a tájékozódást nagyon megnehezíti. Áttörések és eltolt tályogképződések a legkülönbözőbb helyek felé szintén nem tartoznak a ritkaságok közé.

Minthogy a jejunumfekély kifejlődését megakadályozni nem tudjuk, annak korai felismerésére kell törekedni, hogy lehetőleg olyankor kerüljön az ilyen beteg a sebészhez, a mikor még áttörés vagy kiterjedtebb odanövés nem keletkeztek. A jejunalis fekély legbiztosabb *prophylaxisa* az volna, hogy a gyomor- és duodenumfekélyeket vagy egyáltalában ne operáljuk, vagy a műtét csak a fekély kimetszésében álljon a gastroenterostomia mellőzésével.

Hogy a gyomor- és duodenumfekélyt kell-e egyáltalában operálni, illetve milyen elhelyeződés mellett és milyen szakban javalt a műtét: a felett vitatkozhatnak a belgyógyászok. Mi úgyis csak olyan betegeket kapunk műtetre, akiknél a belső kezelés vagy teljesen eredménytelen maradt, vagy a kik a hosszas, költséges belső kezelésbe már belefáradtak és beleuntak, és socialis helyzetük, különösen a mai nehéz beszerzési viszonyok mellett, rendszeres diéta kezelését lehetetlenné teszi. A mi csupán csak a fekélykimetszéssel járó sebészi kezelést illeti, ezt a fekély egyedüli és biztos gyógyszerének nem tarthatjuk; ugyanis sokszor tapasztalat bizonyítja, hogy a recidivák nem tartoznak a ritkaságok közé. Ezenkívül a legtöbb duodenalis fekély resectiója technikailag kivihetetlen és sok callosus penetráló fekély kimetszése oly nagy és súlyos beavatkozást jelent, a melynek a beteget csak nagyon szigorú indicatio alapján szabad kitenni. Úgy, hogy a legtöbb sebész bármilyen elhelyeződésű fekély esetében a gastroenterostomiát elengedhetetlenül szükségesnek tartja, mert a gyomorba ömlő epe, pancreas és duodenalis váladék állandó közömbösítő hatásától, valamint a pylorus mechanikai vagy spasmusos megszűkülésének megszüntetésétől reménylik a fekély gyógyulására a legkedvezőbb körülményeket előidézni és tartósan biztosítani. A mindennapi tapasztalat is sokszorosan igazolja a gastroenterostomia gyógyító hatását. E felfogás és tapasztalat magyarázza azt a legújabbban megnyilvánult törekvést (*Paterson, Schmilinsky*), hogy az anastomosishoz felhasznált jejunalis kacs kettévágása után az odavezető kacsnak a gyomorba való implantációjával az epe és pancreasváladék a maga egészében vezetetik be a gyomorba, hogy belőle semmi se távozhasson az elvezető jejunalis kacsba és ezáltal a közömbösítő hatás teljessé tétessék. (*Schmilinsky* el is nevezte eljárását „innere Apotheke“-nek.)

A már kifejlődött jejunalis fekély gyógyításában a belgyógyászati kezelés a legtöbbször sikertelen; javulást legfeljebb a *Wilms*-től inaugurált Röntgen-kezeléstől várhatunk, a mely

a meglevő hyperaciditas csökkentése útján hatna gyógyítólag; hogy az eredmények a várakozásnak valóban megfelelnek-e, azt csak bővebb tapasztalatok és hosszabb megfigyelések fogják eldönthetni.

A *sebészi kezelés* itt is, mint gyomor- és duodenalis fekély esetén, vagy a fekélynek a bélpassageból való kiiktatásában vagy annak kimetszésében áll. A keringésből való kirekesztésnek többféle módja van; a fekély elhelyeződése, kiterjedése, az összenövés nagysága stb., valamint a beteg állapota fogja megszabni, hogy melyik műtéti módot alkalmazzuk.

Ha a beteg nagyon legyengült állapotban van és a fekély sokszorosán és szívósan oda van növe a környezethez (hátulsó anastomosis), úgy hogy az odanövés megoldása és magának az anatómiai situációnak a tisztázása igen fáradságos és hosszadalmas manipulációt tesz szükségessé: akkor legcélzerűbb meg sem bolygatni az összenövéseket, hanem a gyomrot az anastomosishoz felhasznált bélkacscaal együtt egy *jejunostomia* útján nyugalomba helyezni. Természetesen ez a megoldás nem végleges, hanem csupán csak arra való, hogy a beteget a pillanatnyi életveszedelemből mentsük ki, feltápláljuk és ha erőbeli állapota megjavult, egy második ülésben a fekélyt véglegesen ellássuk. Egyik operált esetemben én is kénytelen voltam e megoldáshoz folyamodni, abban a reményben, hogy e kis beavatkozással sikerülni fog a beteg megmenteni.

1. eset. P. Sándor, 36 éves lakatos. Praepylorikus elhelyeződésű penetráló fekély miatt 1915 február 3.-án Mayo-féle hátulsó gastroenterostomia + Eiselsberg-féle pylorus-kirekesztés. 1917 elejéig teljes munkaképesség és jólét; azóta étkezés után erős gyomorpufladás, görcsök, időnként hányás és fájdalmak. Röntgen-vizsgálat: a gyomorszajadék szűkült, a gyomor tágult, a kiürülés igen rossz. Az ajánlott műtétbe nem akar belegyezni. 1917 június 4.-én felvétel a kórházba. Nagyon erősen lesoványodott, a hányadékban és székben vér. Június 5.-10.-éig csak végbélen át táplálva, hypodermoklysis. Állapota nem javul. Június 11.-én műtét aethernarcosisban. A gyomor tágult, hátrafelé erősen rögzített; az anastomosis helye körül ökölnyi resistentia; az elvezető jejunalis kacs körülbelül arasznyi darabon rögzítve; a colon transversum megfelelő darabja szintén rögzítve. Jejunostomia. Június 13.-án inanitiós tünetek között beáll a halál.

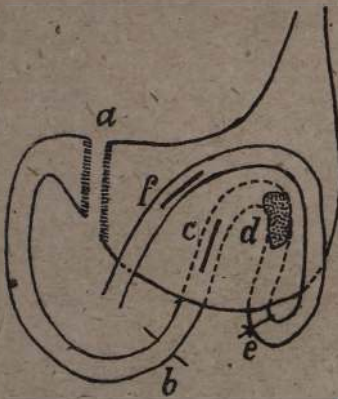
Egy második módja a fekélykirekesztésnek *egy új gastroenterostomia készítésében* áll a fekély meghagyásával. Mennél tökéletesebben sikerül a műtéttel a fekélyt a bélpassageból kiiktatni, annál több a valószínűség arra, hogy a nyugalomba helyezett fekély meggyógyul. Ezért tökéletlen a fekélykirekesztés ama módja, a mikor a fekélyes résztől aboralisan fekvő jejunalis kacsot egyszerűen összeköttetésbe hozzuk a gyomorral, a nélkül, hogy a fekélyes béldarabbal valamit is csinálnánk. Ez is csak szükségoperatio, a melyhez kénytelenek vagyunk folyamodni, ha a beteg állapota miatt a radikális műtét kivihetetlen és átjárhatatlan pylorus mellett (előzetes pyloruskirekesztés) a jejunalis fekély közvetlenül a gyomorszajadék körül foglalván helyet, a gyomor kiürülése akadályozva van. Egy esetben én is így jártam el és minden várakozás ellenére a műtét igen jó eredménnyel járt.

2. eset. K. Lajos, 43 éves hivatalnok. 1915 május 12.-én erős vérzést okozó duodenalis fekély miatt gastroenterostomia Mayo szerint + Eiselsberg-féle pyloruskirekesztés. A műtét után igen nehezen szedte össze magát és teljesen jól csak mintegy 4 hónapon át érezte magát a kórházból való távozása után. 1916 januárjában erős fájdalmak; Röntgen-vizsgálat semmi körosat sem tud kimutatni; hasfalsérve miatt haskötő. 1916 februárban állandó véres szék, a fájdalmak fokozódtak. 1916 márczius 22.-én felvétel a kórházba; peritonealis izgalmi tünetek: csuklás, meteorismus, székrekedés. Márczius 23.-án műtét aethernarcosisban. A gyomor és vékonybelek pufladtak; a gyomornyílás erősen szűkült és környéke mindenütt beszűrődött, körülötte mindenfelé erős odanövés. A duodenalis fekély helyén heges megvastagodás, csepleszodanövés. Gastroenterostomia antecolica antica igen tág nyílással. Zavartalan lefolyás. Április 25.-én gyógyultan távozik. December 7.-én testsúlygyarapodás, teljes munkaképesség.

Valamivel tökéletesebb a kirekesztés, ha az *anastomosis* tól elvezető jejunalis kacsot a pylorus-elzárás módjára *leköttjük* és ezután készítünk egy új gyomorbél-összeköttetést. Így jártam el a következő esetben:

3. eset. Sz. Hermin, 19 éves gyári munkásnő. 1916 november hó 16.-án callosus pylorus-fekély miatt hátulsó gastroenterostomia Mayo

szerint + Eiselsberg-féle pylorus-kirekesztés. 1918 márcziusig teljes jólét és munkaképesség; semmi kúrát sem tartott. 1918 április 2-án felvétel a kórházba. Ékezés után erős fájdalmak és görcsök, időnként hányás, erős lefogyás. 1918 április 12-én műtét. Laza odanövések a gyomor, a vékonybél és a colon transversum között; szétfejtésük, néhány serosa-repedést nem számítva, elég könnyen sikerül. A gyomornyílás nem szűkült, de az elvezető jejunalis kacs felé eső szöglet beszűrődött, kemény; ez a keményedés közvetlen az elvezető jejunalis kacsba folytatódik; a mesenterium tapadásával szemközi szélén egy fillérnyi fekély. Tekintve, hogy az anastomosis közvetlenül a plica duodeno-jejunalis felett kezdődő jejunalis kacsval végeztetett és hogy a gyomor egy része is infiltrált volt; a fekély kimetszése igen nagy technikai nehézségbe ütközne, ezért a fekély kimetszése helyett előlő gastroenterostomiát készíték tág nyílással. A jejunalis kacsot a fekély alatt két harántujjal a rectushüvelyből hasított fascia-csíkkal lekötöm és a lekötést serosa-varratokkal borítom (1. ábra). Egy hasfaltályogot leszámítva, zavartalan lefolyás; május 17-én gyógyultan távozik. Azóta nem jelentkezett.



1. ábra.

a Eiselsberg-féle pylorus-kirekesztés, b plica duodeno-jejunalis, c Mayo-féle gastroenterostomia, d jejunalis fekély, e fascia-csíkkal való lekötés, f újonnan készített előlő anastomosis.

Legtökéletesebb a kirekesztés, ha az anastomosishoz felhasznált jejunalis kacsot úgy a gyomornyílás előtt, mint az után keresztülmetszzük, a két véget vakon elzárjuk és a bélpassagét az átmetszett felületek egyesítésével állítjuk helyre és azután készítettünk egy új gastroenterostomiát. Ily módon a jejunum ama darabja, a melyen a fekély van, vakon elzáratik és semmiféle funkciót nem teljesítvén, teljes nyugalomba kerül; ezzel a fekély begyógyulására a legkedvezőbb körülmények következtek be. Egy esetben én is így jártam el, még pedig igen jó eredménnyel.

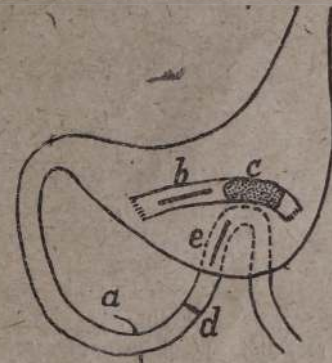
4. eset. W. Salamon, 47 éves kereskedő. 1912-ben egy vidéki kórházban gyomorbaj miatt megoperálták; közelebbi adatokat megtudni nem sikerült. 1917 eleje óta gyakori hányás, nagy fájdalmak, erős lesoványodás. 1917 november 2-án kórházba felvétel. Röntgen-vizsgálat: Erősen szűkült pylorus, tágult gyomor; lassú ürülés a gastroenterostomián nyíláson. November 9-én műtét aether-narcosisban. Tágult gyomor, heges pylorus. Előlő anastomosis antiperistaltikusan elhelyezett jejunum-kacsval; az anastomosis-nyílás jól átjárható; az elvezető jejunum-kacs tágult, 3 harántujjal a nyílás alatt koronári fekély; colon transversum, vékonybél és cseplesz van a fekélyes béldarabhoz elég könnyen leválaszthatólag odatapadva. Az anastomosishoz felhasznált jejunum-kacsot közvetlenül a gyomornyílástól oralisan és a fekély szélétől 3 harántujjal aboralisan harántal átmetszve, mindkét véget dohányzacskóvarrattal vakon elzárom és a jejunum visszamaradó két lumenét circularis varrattal egyesítve, egy hátulsi Mayo-anastomosis készítek (2. ábra). Három napon át tartó makacs hányás után zavartalan lefolyás. December 1-én testsúlyban gyarapodva, gyógyultan távozik. 1918 május–szeptemberben teljesen jól érzi magát, újabb Röntgen-vizsgálatnak nem akarja alávetni magát.

A kirekesztő-műtétek — még a legtökéletesebbek is — csak palliatív műtétek, mert a fekély megmarad és sorsa mindig bizonytalan; érthető tehát a sebészek ama törekvése, hogy a jejunalis fekély kimetszésével minden szövödménynek elejét vegyék; igaz ugyan, hogy radikálisnak ezt a gyógyítást sem lehet tekinteni (bár annak nevezzük), mert a dispositio és a fekélyt előidéző ok nincs megszüntetve, de a tapasztalat — eddigelé legalább — azt mutatja, hogy az ilyenfajta fekélykimetszés után a gyógyulás állandó szokott lenni és recidivák nem következnek be.

A fekély kimetszését a legújabb időkig csak elvéve végeztük, mert a műtétkor igen nagy technikai nehézségekkel

kellett megküzdni, a beavatkozás nagy halálozással járt. Előlő gastroenteroanastomosisok után e technikai nehézségeket még sikerült legyőzni, mert a jejunumon levő fekély elávolítására szükségessé vált gyomor- és jejunum-, esetleg colon-resectio után minden nehézség nélkül lehetett a részékkelt jejunum folytonosságát ismét helyreállítani; elegendő mozgatható jejunum-rész állott rendelkezésünkre, úgy hogy e műtét alkalmával csak annak hosszadalmassága és a beavatkozás súlyossága volt számításba veendő.

Másképpen áll azonban a dolog hátulsi anastomosis után keletkezett fekély eseteiben. Leszámítva, hogy a sokszoros odanövések, a gyomor hátulsi falának rögzítettsége a fekélyhez való hozzáférhetést és általában a tájékozódást nagyon megnehezítik, a fekély kimetszése után a bélhuzam folytonosságának helyreállítása ütközik igen nagy



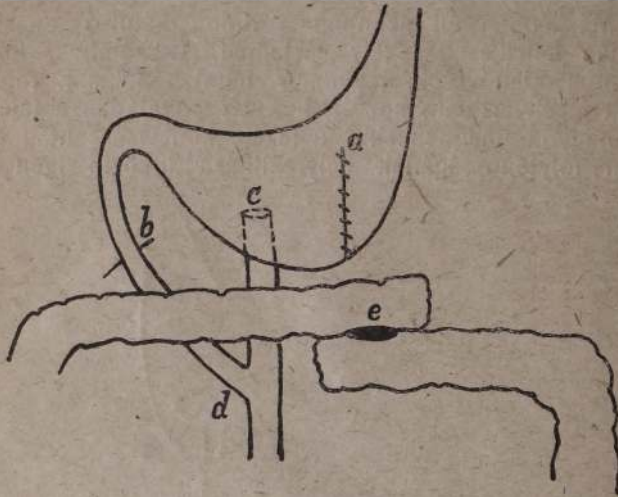
2. ábra.

a plica duodeno-jejunalis, b régi előlő gastroenterostomiás nyílás, c jejunalis fekély, d a jejunum-csonkokat egyesítő körkörös varrat, e újonnan készített hátulsi anastomosis.

nehézségbe. Hátulsi anastomosis esetén ugyanis, különösen az újabban általában alkalmazott „kacs nélküli“ anastomosis esetén a jejunum oralis részének keresztülmetszése közvetlenül a plica duodeno-jejunalis előtt kell hogy történjék, úgy hogy a bél folytonosságát a duodenumnak rögzített, mozgathatatlanságával kell helyreállítani. A bélhuzam e folytonosságának helyreállítása itt háromféle módon történhet: vagy úgy, hogy a duodenum az elvezető kacsba (a Roux-gastroenterostomia módjára), vagy a gyomorba implantáltatik, vagy a duodenum egyesítetik a jejunummal. Mindegyik módnak igen nehezen leküzdhető, sőt legtöbbször leküzdhetetlen akadálya a duodenum-csonk rögzítettsége, a mely a varrat exact keresztülvételét lehetetlenné teszi mindamaz esetekben, a melyekben a gyomorszájadék és a plica duodeno-jejunalis közötti jejunumdarab rövid. Egyik operált esetemben (5. eset) a duodenum-csonk óvatos körkörös felpraeparálása után sikerült ugyan nagy nehézségek között a csonk implantációját elvégezni, de e nehézségeket teljesen csak a Clairmont ajánlotta eljárással lehet megoldani; az ő eljárásával ugyanis a duodenum baloldal felől való mobilizálásával a duodenum felhágó rögzített részletét a plica és az art. mesenterica superior keresztezési helye közötti darabon könnyen mozgathatóvá lehet tenni a borító hashártya hosszanti bemetszése után. E mobilizálás segítségével elegendő hosszú duodenum-darab áll rendelkezésünkre, a mely a varrat vagy implantatio elvégzését minden nehézség nélkül lehetővé teszi. Clairmont maga 3, sikerrel végzett ilyen műtéte (Münchener med. Wochenschrift, 1918, 39. sz.) a legjobban bizonyítja eljárásának nagy előnyeit, a mely a jejunalis fekély kimetszésének nehéz kérdését egy csapással megoldotta.

Nekem mostanáig két ízben volt alkalmam a fekély resectióját végezni; az egyik esetben, a melyben a fekélynek a colonba való áttörése jejunum-colonsipolyra vezetett, colon-resectiót is kellett végezni, a súlyos műtétet a beteg nem bírta ki; a második esetben már a Clairmont-féle duodenum-mobilisatiót alkalmaztam; ez a beteg gyógyult. Az esetek a következők:

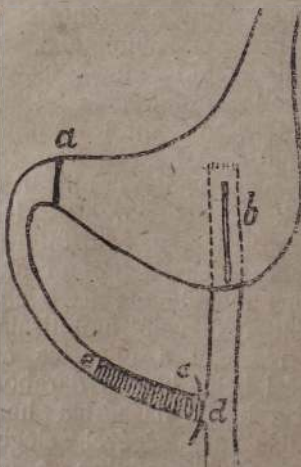
5. eset. Sz. Lajosné, 38 éves földművesnő. 1915 novemberben heges pylorus-szűkület miatt hátulsó gastroenterostomia Mayo szerint. 1918 elejéig teljes jólét és munkaképesség; azóta erős fájdalmak, gyakori bűzös hányás, igen erős lefogyás. 1918 márczius 10.-én felvétel. Diffus érzékenység az epigastriumban; étkezés után 2-3 órával erős görcsök. Márczius 23.-án műtét aether-narcosisban. Tágult, petyhüdt gyomor, helyzetében hátrafelé és a colon felé rögzítve. Az összenövések óvatos széjjelválasztása után kiderül, hogy az anastomosis helyének megfelelő darabon a colon és a jejunum széjjelválaszthatatlan kemény tömeget alkot. A colonnak a gyomorhoz és a jejunumhoz



3. ábra.

a jejunalis fekély resectiója utáni gyomorvarrat, b plica duodeno-jejunalis, c a gyomor hátulsó felületébe implantált jejunum, d az elvezető jejunum-kacsba implantált odavezető jejunum, e vastagbélcsomokot egyesítő oldalvarrat.

tapadt 10 cm.-nyi darabját reszekálván, a gyomron maradt colon-darabbal együtt a gastroenterostomiás nyílásnak megfelelően gyermektenyérszerű darabját a gyomornak és 12 cm.-nyi darabját a jejunumnak reszekálom. A jejunum resectiója orálsan a plica duodeno-jejunalistól két harántujjal történt. Az egyesítések a resectio elvégzése után a következő módon és sorrendben történtek: 1. gyomorvarrat haránt-irányban; 2. a jejunum peripheriás csomkjának implantatioja a gyomor hátulsó felületébe; 3. a jejunum centralis csomkjának implantatioja az elvezető jejunalis kacsba; eme implantatio a duodenum rögzített darabjának óvatos körülmetszése után vált csak lehetővé, de a varrat még így is csak nagy nehézség között volt elvégezhető; 4. a coloncsonkok oldalegysítése (3. ábra).



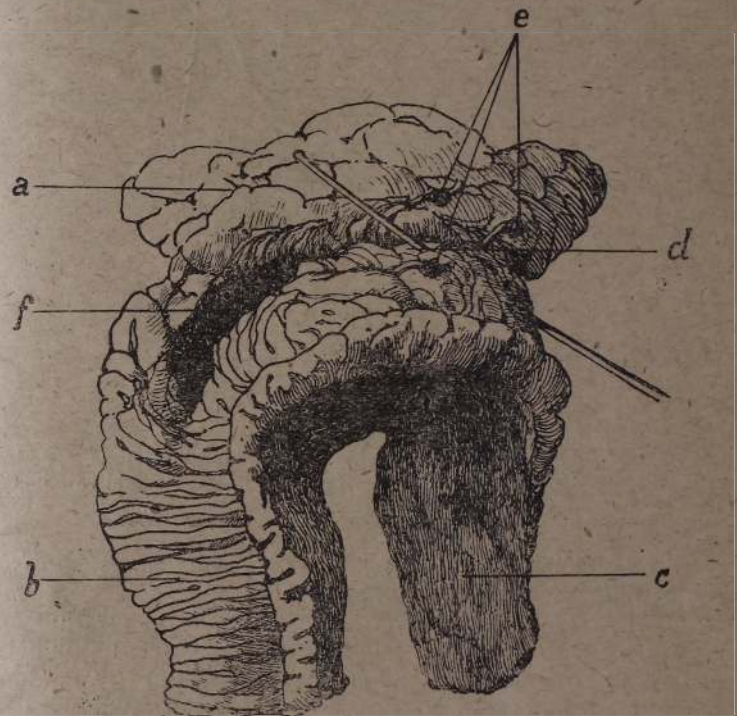
4. ábra.

a pylorus-lekötés fascia-csikkal, b fekélyresectio utáni gyomornyílás anastomosisba hozva az elvezető jejunum-kacsával, c plica duodeno-jejunalis, d az odavezető jejunum-kacs implantatioja az elvezető kacsba, e mobilizált duodenum-részlet.

A beteg a narcosisból felébredt, de minden fáradozás dacára a műtétet követő éjjel meghalt. A kimetszett készítmény felvágása után kiderült, hogy a gyomor-anastomosis nyílásából kiindulva, egy hosszú, mély fekély van az elvezető jejunum-kacsban, a mely vékony szonda számára átjárható nyíláson át beletört a vastagbélbe.

6. eset. J. Antal, 52 éves czipész. 1917 április 13.-án a belgyógyászati osztályról (Marsovszky főorvos) duodenalis fekély diagnossal helyzetetett át és emiatt végeztetett rajta Mayo-féle hátulsó gastro-

enterostomia és a pylorusnak fascia-csikkal való lekötése Wilms szerint. Teljes jólét 1918 közepéig, ekkor kiújult panaszok és görcsök miatt újabb műtét ajánlva, a melybe nem akar beleegyezni. 1918 szeptember 20.-án lett felvéve a kórházba; erős fájdalmak, igen nagyfokú lesóványodás. Október 2.-án műtét aether-narcosisban. A pyloruson kérges megvastagodás, a pylorus átjárhatatlan. Az anastomosis helyén a gyomor elülső falán át diffus keményedést és megvastagodást érezni; e területhez a mesocolon és a cseplesz mintegy gyermektenyérszerű darabon oda van tapadva; az összenövések széjjelválasztása elég könnyen sikerül; az anastomosishoz oda- és attól elvezető jejunum-kacs keresztülmetszése után sikerül a gyomrot kiemelni. Az odavezető jejunum-kacs átmetszése közvetlenül a plica duodeno-jejunalis előtt történt. Most az anastomosisnak megfelelő darabját a gyomornak a vele összefüggésben levő jejunum-darabbal együtt reszekálom és az így keletkezett nyílást a gyomorban a jejunum elvezető kacsával hozom anastomosisba. A duodenum felhágó ágának mobilizálása után Clairmont szerint minden nehézség és feszülés nélkül sikerül a duodenumot az elvezető jejunalis kacsba implantálni (4. ábra).



5. ábra.

a reszekált gyomordarab, b elvezető, c odavezető jejunum-kacs, d megszűkült gastroenterostomiás nyílás szondával, e 19 hónap előtt végzett gastroenterostomiás varratok, f jejunalis fekély.

Nehéz reconvalescentia és a hasfalaknak minden genyedés nélkül való részleges széjjelválasztása után 1918 november 10.-én gyógyultan távozik. Minden panasz megszűnt, jól táplálkozik, testsúlyban gyarapodott. A kimetszett készítményen (5. ábra) a 19 hónap előtt végzett gastroenterostomia varratai még részben megvannak; az elvezető jejunalis kacsban 3 cm.-nyire a szűkült gyomorszájadéktól egy hossz-irányú, 4 cm. hosszú, mély fekély látható a mesenterium tapadásával szemközti szélén.

Operált eseteim mutatják, hogy a jejunalis fekély gyógyításában úgy a palliatív, mint a radikális műtéttel jó eredményeket lehet elérni; a duodenum baloldal felől való mobilizálásával Clairmont szerint azonban a radikális kezelésmód javalatai lényegesen kibővíthetők és alkalmas esetekben, a mikor a duodenum peritonealis borítéka nem heges, ez az eljárás minden más felett előnyt érdemel.

Az Országos Hadigondozó Hivatal rózsashegyi gyógyintézetének közleménye. (Vezető-orvos: Róth Miklós dr. tanársegéd.)

Kísérletes vizsgálatok a daganatok nem sebészi kezelése köréből.*

Írta: Somogyi Rezső dr.

Átoltható állati daganatokkal végzett therapiás vizsgálatokról óhajtanék beszámolni. Rendelkezésemre állott Ehrlich-féle egércarcinoma, egérsarkoma és chondroma, azonkívül Uhlenhut-féle orsósejtű patkánysarkoma. Az állatokon nyert

* A Budapesti Orvosegyesületben 1918 december 7.-én tartott előadás.

tapasztalat nem vihető át minden további nélkül az emberre, de kritikával bizonyos útmutatásokat nyerhetünk az embereken folytatandó therapiát illetőleg. Közismert *Hauszmann* mondása: „ein Mäusekrebs ist kein Menschenkrebs“, de meszszenő analogia a kettő között mégis fennáll és a különbség talán nem nagyobb, mint más azonos kórformáknak emberen és állaton való megnyilvánulása között.

A mi a methodikát illeti, amint azt az Orvosi Archivumban megjelent munkámban vázoltam, legjobban vált be az ikerállatoknak ugyanazon testrészen, ugyanannyi daganat-emulsióval való oltása. Az oltás után bizonyos idő múlva előállott egyenlő nagy daganatokat mutató állatokat használtam fel, melyek egy része kezeltetett, más része kezelés nélkül controllnak maradt. Főképpen patkányokon végeztem vizsgálataimat, a mi az észlelést illetőleg előnyös is, mert *Lewin C.* szerint: Die Rattengeschwulst scheint in ihrem Verhalten den bösartigen Geschwülsten des Menschen von allen beschriebenen Tiertumoren am nächsten zu kommen.¹

A szert intravenásan, ha pedig ez nem sikerült, subcutan, a daganattól távol adtam. Ha subcutan nem alkalmazható szerről volt szó, akkor per os használtam. Az újabb irodalomból utalok *Fränkl* és *Führer*, valamint *Joannovic*² munkáira, kik legnagyobb részt daganatos egereken végezték kísérleteiket.

Az ajánlott rákellenes gyógyeljárások tengeréből csak azokat választom, melyekről állatkísérleteim vannak és amelyek a controllal összehasonlítva, objectivebben ítéltetők meg, mint a betegágyánál tett tapasztalatok, ahol a nagy kilengéseket nem számítva, nem tudjuk, mi lett volna a lefolyás a gyógytényező nélkül. Ugyanis valamely gyógytényezőnek a beteg emberen való értékelése egy több ismeretlenű egyenlet. Befolyással vannak az individuum constitúciója, a kórfolyamat egyéni sajátosságai és a gyógytényező. Állatkísérletben, ha egyenlően fejlett ikreken végezzük vizsgálatainkat, akkor ezek constitúcióját általában közel egyenlőnek vehetjük, egyenlő daganat-oltóanyag a daganat individualitását teszi általában egyenlővé, úgy hogy egy egyenletünk marad egy ismeretlennel, amelyet már meg tudunk oldani.

Előre kell bocsájtanom, hogy a kezelt állatoknak a controllnál korább bekövetkező pusztulása gyakran magának a gyógytényező alkalmazásával járó traumának az eredménye. Maga a subcutan injectio indifferens anyaggal nem befolyásolja a daganatnövést, valamint az intravenás alkalmazás sem. Így steril physiologiás konyhasó-oldattal subcutan és intravenásan kezelt daganatos patkányok nem mutattak különbséget a nem kezelt controllokkal szemben. Ha azonban a befecskendezett oldat fájdalmat okoz, ha az állatot rögzíteni kell, ezek mind oly behatások, melyek egymagukban siettetik az állat halálát, tehát az életmeghosszabbító hatása valamely gyógytényezőnek fokozott értéket képvisel.

A nem sebészi daganatgyógyítás általában két úton képzelhető: először úgy, hogy a gyógytényező magát a daganatsejteket teszi tönkre, másodszor úgy, hogy a szervezet daganatellenes védőapparatusát fokozott munkára bírja. A daganatsejtek direct előlése a szervezet egyéb sejtjeinek károsítása nélkül nem lokális behatás útján nagy elővigyázatot igényel.

Ha alapul vesszük a *Friedrich*-tól és *König*³-tól a radiotherapiára felállított arányt, hogy a carcinomasejt érzékenysége a szervezet sejtjeinek érzékenységéhez úgy aránylik, mint 4:3, akkor látjuk, hogy nehéz dolog a carcinomát már károsító 75%-ot túllépni, de innen maradni a szervezet sejtjeit is károsító 100%-on. Ezért vannak gyógytényezők, hogy csak a *Wassermann*-féle selen-eosint említsem, melyek hiánytalan sorozatokban bírták resorptióra a daganatokat, de gyorsan elpusztult a daganattól meggyógyult állat is. A másik út a szervezet védőberendezésének fokozott munkára való bírása. E mód sikeres alkalmazhatóságának előfeltétele,

hogy a szervezet még reagálni tudjon, tehát alig van kilátása a cachexiás szakban való alkalmazásának; másodszor feltétele, hogy elég hosszú idő álljon még rendelkezésre a hatás kifejlődéséig, mert itt a hatás nem következik be azonnal. Az állatkísérletek idején általában megfontolandó, hogy oltás után az állatok 4—8 hétig élnek. A kezelésre alkalmas egyenlő nagy daganatú állatokat csak körülbelül 2 héttel az oltás után lehet kiválasztani. Az utolsó hét általában cachexiában telik el, úgy hogy mindössze 2—3 hét áll rendelkezésre a tényező hatásának kifejlődésére. Ez idő alatt érvényre juthatnak a daganatsejteket közvetlen előlő agensek, de nem azok, melyek a szervezet védőberendezését fokozzák a daganat propagálása ellen. Utóbbiak tanulmányozása állatokon talán olyképpen lehetséges, hogy előre kezelt állatot oltunk daganattal. Talán így megszerezünk ezt a spatiumot, mely hiányzik, hogy oltott állaton az ellenanyagok termelése fokozódjék, amire pedig emberen rendesen van idő.

Ezek után lássuk az egyes gyógytényezőket. Az idő rövidsége miatt e helyütt csak a vizsgálatok eredményeit foglalhatom össze.

I. Chemiai agensek.

Arsen. Sarkomaemulsióhoz térfogatának tízedrészét kitevő Fowler-oldatot adtam szobahőn való negyedórás állás után és $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{2}$ cm³ mennyiségben ikerpatkányokba fecskendeztem a folyadékot. 11 nap múlva a controllok kis-diányi daganatot mutatnak, az arsennel kezelték babnyit. Tehát lényeges retardatiót találtam, de az alkalmazott koncentrációban nem ölte meg a Fowler-oldat a daganatsejteket. Tekintetbe véve, hogy az injiciált mennyiség 0.5 mgr. arsenessavat tartalmazott, ha már kifejlett tumornál akarnám a patkány szervezetét oly koncentrációjú arsennel elárasztani, hogy a daganatot az in vitro levő percentuációban érje, akkor annyi arsenessavat kellene egyszerre injiciálni, amennyi messze túlhaladja a dosis letalis minimumát és még alkalmazhatósága esetén is csak retardatiót, nem pedig daganatsejtölést érünk el a fentiek értelmében. Ebből talán az a következtetés vonható, hogy a daganatokban szenvedőkön némely esetben kétségtelenül hatásos arsen az alkalmazható adagban nem a daganatsejteket öli el, hanem más úton, valószínűleg a szervezet védőberendezésének működésfokozása által hat növéstgátlólag a daganatra. Lehetséges ugyan, hogy az arsen ismételt adagolásakor előálló retardatio fractionált destillatio módjára egyre csökkentvén a daganatsejt proliferációképességét, feltartóztatja a daganatnövést és így mégis közvetlen a daganatsejtre hat. A jó hatás, melyet a majdnem merész adagolásra *Lefebure* és követői észleltek, kik napi 182 csepp Fowler-oldat adagig emelkedtek, ez utóbbi feltevés mellett szól. Úgy, hogy kis adagban alkalmazott arsennel a szervezet daganatellenes immunitását fokozzuk, nagy adaggal e mellett egyenesen a daganatsejtekre is hatunk.

Már kifejlett daganatok mellett per os alkalmazott arsen egy kísérletben eleinte csökkentette a daganat növekedését, a kezelt állatok daganatai a kezelés kezdete után 7 nappal úgy aránylottak a controllhoz, mint 2:3, később azonban a különbség kiegyenlítődőtt és végül a kezelés után 17 nappal a kezelt állatok daganata oly nagy volt, mint a controlloké.

Egy másik kísérletben a per os adagolt arsen kissé csökkentette a daganat növekedését oly arányban, mint 48:54, de az élettartamot nem hosszabbította meg.

Egy harmadik kísérletben a per os adagolt arsen a daganatnövést fokozta, a kezelt állat előbb pusztult el.

Egy következő kísérletben a subcutan adagolt arsen a daganatnövést csökkentette oly arányban, mint 7:17.5, de a kezelt állat előbb pusztult el, mint a controll.

Más kísérletben az intravenásan és subcutan alkalmazott arsen a daganatnövést gátolta oly arányban, mint $\frac{3}{4}$:2; az élettartamot is meghosszabbította. Ugyanebben a kísérletben egy másik csoportban az arsen nem befolyásolta sem a daganatnövést, az arány olyan volt, mint 65.5:70, sem az élettartamot nem hosszabbította, egymásutáni napokban pusztult el a kezelt és nem a kezelt állat.

¹ Die bösartigen Geschwülste, 42. oldal.

² Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 1917, 1918.

³ Münchener med. Wochenschrift, 1916, 41. szám.

Egy következő csoportban a subcutan adagolt arsen a daganatnövést nem gátolta, az élettartamot nem hosszabbította.

Egy másik kísérletben az intravenásan és subcutan alkalmazott arsen a tumornövést lényegesen csökkentette; az arány olyan volt, mint 35:5:60, a kezelt állat tovább élt, mint a kontroll.

Előkezelés arsennel nem gátolta a tumor megfogamzását. Igaz ugyan, hogy az előkészítés csak egy héttig tartott és az oltás után 8 nappal regisztráltam az eredményt; tehát az arsenhatás kifejlődésére mindössze 15 nap állott rendelkezésre.

Egy héten átvaló utókezelés arsennel nem akadályozta, hogy 8 nap alatt daganat fogamozzék meg.

Egy héten át arsennel való előkezelés a daganat növést annyira retardálja, hogy oltás után 2 héttel a controlokhoz úgy aránylanak a kezelt állatok daganatai, mint 6:2 $\frac{1}{2}$, azonkívül a kezelt állatok közül egy daganat teljesen, egy legnagyobb részét visszafejlődött, míg a controlokból egy sem.

Az eredményeket összefoglalva, valószínűnek kell tartanunk, hogy az arsen az alkalmazott adagokban a szervezet daganatellenes védőberendezését bírja fokozott működésre és ez úton hat, mert ha a daganatsejtekre hatna elsősorban, akkor egyenletesebb hatást várnánk, minthogy ezek minden kísérletben nagyjából állandók.

Neosalvarsannal intravenásan vagy intramuscularisan kezelt állat daganata később exulcerált, az állat ennek megfelelően tovább élt, de a daganatnövekedésre hatás nem volt észlelhető. Az adag itt az állat súlyára vonatkoztatva az emberen szokásosnak tiszterese volt.

Egy másik kísérletben az emberen szokásos adagnak megfelelő mennyiségű neosalvarsannal kezelt állat intravenás és intramuscularis alkalmazás mellett a kontrollal egyenlő nagy daganatot mutatott, az ulceratio egyidőben állott be, a kezelt állat előbb pusztult el.

Kénese. Intravenásan alkalmazott sublimat a daganatnövést nem gátolta, a kezelt állat előbb pusztult el, mint a kontroll.

Jodkáli. Per os adagolt jodkáli a daganatnövést csökkentette olyan arányban, mint 2:3, a metastasis-képződést nem gátolta meg, az élettartamot nem befolyásolta.

Egy másik kísérletben a per os adagolt jodkáli nem gyakorolt befolyást a daganatnövekedésre, a kezelt állatok tovább éltek, mint a controlok, annak dacára, hogy stomatitiszt kaptak.

Intraperitonealis daganatoltás után a per os való jodkáli-kezelés meghosszabbította a kezelt állat életét és a daganat a kontrollnál kisebb volt.

Egy másik kísérletben intraperitonealis tumoroltás után intravenásan és subcutan adagolt jodkáli a daganatnövést nem csökkentette.

Subcutan adagolt jodkáli egy kísérletben a daganatnövést nem gátolta, az arány olyan volt, mint 4:5:7, a kezelt állat tovább élt, mint a kontroll.

Egy másik kísérletben egy csoportban a jodkálival intravenásan és subcutan kezelt állat daganata a kontrollnál nagyobb, élettartama rövidebb volt, egy másik csoportban a kezelt állat daganata kisebb volt, az állat tovább élt, mint a kontroll.

Egy heti előkezelés jodkálival nem gátolta az oltott daganat megfogamzását.

Egy másik kísérletben szintén egy heti előkezelés jodkálival nem gátolta a daganat megfogamzását.

Egy harmadik kísérletben azonban egy heti előkezelés jodkálival a daganatnövést csökkentette oly arányban, mint 1:2.

A jodkáli hatása nem állandó, de néha megvan a daganatnövést csökkentő befolyása. A hatás módja itt is valószínűleg a szervezet védőberendezésének fokozott működése.

Réz. Intravenásan és subcutan adagolt cuprisulfat a daganatnövést kissé gátolta.

Vas. Intravenásan és subcutan adagolt vasion ferri-

chlorid alakjában a daganat növekedését nem gátolta, az élettartamot kissé meghosszabbította, vérzést okozott a daganatban.

Timsó. Intravenás alkalmazása a daganatnövést gátolta, az arány olyan volt, mint 2:5:7.

Phosphorolaj. Alkalmazása per os történt, a kontroll tiszta olajat kapott ugyanannyi mennyiségben.

Egy kísérletben a phosphorolaj a daganatnövést gátolta olyan arányban, mint 1:3.

Egy másik kísérletben a phosphorolajjal kezelt állat daganata kisebb volt a kontrollénál, az arány olyan volt, mint 39:5:49:5, az élettartamot nem befolyásolta.

Egy harmadik kísérletben a phosphorolajjal kezelt állat (patkány) daganata a kontrollénál nagyobb volt, az arány olyan volt, mint 43:32:5. Az élettartamot nem befolyásolta.

Egy negyedik kísérletben a phosphorolaj nem gátolta a daganatnövést és a kezelt állat előbb pusztult el, mint a kontroll.

A phosphorolajjal tehát meggyőzően jó eredményeket nem kaptam.

Silicatok. Natriumsilicat-oldattal intravenásan, subcutan, intramuscularisan és per os kezelt állat daganata kisebb volt, mint a kontrollé oly arányban, mint 3:5, az élettartamot hosszabbította, a kezelt állat kitűnő erőbeli állapotban volt a kontrollhoz képest.

Digitalis. Adigannal intravenásan és digitalissal per os kezelt állat daganata a kontrolléval egyenlő nagy volt.

(Vége következik.)

Közlemény a budapesti szent István-kórház gyermekosztályáról.
(Főorvos: Halmis Géza dr., egyetemi magántanár.)

A chorea minor gyógyulása influenza következtében.

Közli: *Kosztolányi Árpád* dr., orvos.

Az oly sokféle alakban és szövődésménnyel megjelenő spanyol influenzának chorea minorral szövődött két esetét volt alkalmam észlelni a fenti osztályon. A gyors és tökéletes gyógyulás miatt megérdemlik ezeket, hogy foglalkozzunk velük. Mindkét esetet egy időben észleltük, mindkettő csaknem teljesen egyformán folyt le.

Az első esetben a beteget két hét óta kezeltük chorea minor ellen; betegsége harmadik hetében az osztályon szörványosan előfordult influenzában betegedett meg. A másik esetben az igen súlyos choreás beteg kórházban tartózkodása második napján magas lázzal betegedett meg influenzában, tehát a fertőzést már magával hozta a kórházba.

E súlyos chorea minor-alakok, melyekben gyógyszeres és hydrotherapiás kezeléssel legtöbbször csak sok hét vagy hónapok múlva érünk el gyógyulást, úgy szólván egy csapásra meggyógyultak a súlyos influenza jelentkezésének hetedik, illetőleg kilencedik napján. A gyermekek, a kik addig annyira súlyos állapotban voltak, hogy csak nehezen tudtak beszélni s incoordinált mozgásaik olyannyira erősek voltak, hogy egy helyben állni és járni teljesen képtelenek voltak s így ágyukat ki kellett párnázni, hogy véresre ne üssék magukat, spanyol lázban megbetegedésükkor sokkal nyugodtabbak, psychésen kevésbé izgékonyak lettek, beszédjük szabadabbá vált és végtagmozgásaik abbahagyták gyötrő voltukat, majd végül az arczjáték is megszűnt.

A betegek kórrajza röviden a következő:

I. eset. F. A., 13 éves leány, felvétel 1918 december 23.-án. Egy héttig volt otthon beteg. Közepesen fejlett és táplált. A tüdőben kóros elváltozás nincs. A szivhangok tiszták. Rendkívüli nyugtalanság, mely fokozódik, ha kérdéseket intéznek hozzá. Ide-oda dobja magát, típusos choreás mozgások, melyek mindentéle cselekedet véghezvitelkor fokozódnak és azokat megakadályozzák. Beszéde dadogó, alig érthető, táplálkozni egyedül nem tud, a nyelés nehezített, az írás teljesen lehetetlen. Ágnyugalom. Sol. ars. Fowleri két csepptől 8 cseppig, másodnaponkénti emelkedéssel, 1919 január 8.-áig, a mikor magas láz (39:2°), köhögés, kistökű nátha fejlődött, nagy elesettséggel és tagfájdalmakkal. Az arsen elhagyjuk. A tüdő felett szívós, eiszórtan con-

sonáló zörejek. Január 10.-én a baloldali alsó lebezyben tompult kopogtatási hang, sok apró hólyagú zöreje, hörgi légzés. A choreás mozgások alig észrevehetőek, psychésen sokkal nyugodtabb. Január 15.-én mindkét tüdő felett sok, vegyes hólyagú szörtyzöreje, beszéde szabadabb, a choreás mozgás teljesen megszűnt, írni egészen jól tud. Január 20.-án teljesen láztalan, közérzete jó. Január 22.-én a jobb felső és alsó karon sűrűn, az egész testen elszórtan lenzsényi és kisebb, az alpból kiemelkedő, viszkető kiütés: lichen urticatus. A tüdők felett teljesen tiszta légzés, a szívhangok tiszták. Február 9.-én gyógyultan távozik anélkül, hogy a choreának legkisebb jele volna észrevehető.

2. eset. H. A., 13 éves leány, felvételt 1919. január 5.-én. Pár napig volt otthon beteg. Gyengén fejlett és táplált, elhanyagolt állapotban levő gyermek. Ajkain, nyelvén harapás-nyomok. Igen nyugtalan, dobálja magát, egy pillanatra sem marad nyugodt. Akaratlagos mozgásokat utánzó, öntudatlan, akaratlan kívüli mozgásokat végez arczizmaival, felső és alsó végtagjaival. A végtagmozgások igen hevesek, úgy hogy helyben állni vagy járni képtelen. Beszéde dadogó, érthetetlen, a nyelés akadályozott. Évesi kísérletkor a kanalat kiejti kezéből. Ingerlékeny, gyakran sír. A tüdők felett érdes be- és kilégzés, szívós zörejek, diffus bronchitis. A szívhangok tiszták. A hőmérsék felvételkor 38.1°. Agynyugalom. Sol. ars. Fowleri két csepp. Másnap 39.6° C legmagasabb hőmérséklet, nagy fájdalom a végtagokban, a köhögés fokozódott. Az arsenit kihagyjuk. Január 9.-én mindkét tüdő felett alul-hátul consonáló szörtyzörejek, hörgi légzés. Natr. bicarb. 2:90, liq. amm. anis. XV. Priessnitz-borogatás. Január 10.-én arthralgiás fájdalmak mindkét térdizületben, nagyfokú érzékenység. Párakötés a térdekre. Január 11.-én a choreás nyugtalanság enyhült. Január 15.-én mindkét tüdő felett sok szörtyzöreje, crepitationo. Hőmérsék 39.2°. A choreás mozgások teljesen megszűntek, psychice teljesen nyugodt. Dec. cort. quill. 1:90, Natr. bicarb. 0.5. Január 25.-én láztalan. A tüdők felett hátul-alul finom szörtyzörejek. Február 10.-én a tüdők felett tiszta légzés, a szív ép, az izületek szabadok, a choreának semmiféle jele sem észlelhető többé.

A mint a kórrajzokból látjuk, az influenza nemcsak befolyásolta, hanem meg is gyógyította a choreát. Különösen a második esetben volt feltűnő ez, a melyben az arsenes kezelést éppen csak hogy elkezdjük (napi két cseppnél tartott) s a mely eset súlyosságával jóval felülmulta az elsőt. Az influenza jelentkezésétől számított kilencedik napon teljesen megszűnt a chorea. Az első esetben is, bár tagadhatatlan javulás állott be az arsenes kezelésre: írni valahogyan tudott már a beteg s beszédje is érthetőbbé vált, meglepő volt az influenza jelentkezésekor beállott gyors gyógyulás, a mely ilyen súlyos choreás esetekben gyógyszeres kezelésre is csak 3—5 hónap alatt várható. Itt az influenzában való megbetegedés napjától a chorea minor gyógyulásáig csak hét nap telt el s a chorea kezdetétől annak gyógyulásáig négy hét. Az arsenes kezelésben napi 8 cseppnél tartottunk, a mi olyan kis mennyiség, hogy egyedül négy hét alatt nem gyógyít meg ilyen súlyos choreát.

A gyógyulás tökéletesnek mondható, a mennyiben a betegek a kórházból való távozásukkor semmi jelét sem mutatták a choreának. Az esetleges recidivákra felhívtuk a szülők figyelmét; véglegesnek a gyógyulást csak akkor mondhatjuk, ha recidiva egyáltalában nem fog előfordulni betegneinken.

A gyógyulás bekövetkezése minden valószínűséggel az influenza mikrobáinak a chorea minor eddig ismeretlen kórokozójára gyakorolt hatásával magyarázható, vagy esetleg a magas láz egyedül hozta létre a gyógyulást. Megfigyeléseink hiányoznak, hogy más heveny fertőző betegségek miként befolyásolják a choreát.

Egyéb heveny fertőző betegségnek más betegségekre való analog hatását keresve, kell hogy eszünkbe jusszon az a tapasztalat, hogy morbilli és scarlatina lefolyása közben meggyógyul az ekzema, valamint a lupus vulgaris meggyógyulhat erysipelas jelentkezésekor.

IRODALOM-SZEMLE

Lapszemle.

Belorvostan.

Az ásványanyagcsere befolyásával a fehérjeanyagcserére foglalkozik már hosszabb ideje Ragnar Berg. Azt találta, hogy a táplálék kellő basisfőlsége mellett legjobb a fehérje kihasználódása, vagyis legkevesebb fehérje szüksé-

geltetik. A fehérjedús táplálkozás csak az esetben előnyös, ha egyben gondoskodunk elegendő szervesetlen basis bevételéről is; ellenkező esetben a fehérjében dús tápszerekkel bevitt főls mennyiségű szervesetlen sav, valamint a fehérje széteséséből származó sok nitrogentartalmú bomlástermék káros hatású. Tekintetbe veendő az is, hogy a táplálék savfőlsége mellett a fehérjeszétesés fokozott. Kellő basisfőlség mellett a húgsavtermelődés erősen csökken s egyben a húgy oldóképessége gyorsan fokozódik. Elegendő mennyiségű szervesetlen basis legyen tehát a táplálékban, főleg anyagcserebajokban, lázas betegségekben, a szív és a vese megbetegedéseiben, valamint neurastheniában. Basisokat bőven tartalmazó tápszerek a következők: vér, tej, méz, bor, gyümölcsnedvek, gyökeres és gumós növények, zöldségfélék (a sarjzöldségek: articsóka, spárga stb. kivételével), gyümölcsök az áfonya kivételével. Ezzel szemben savfőlséget tartalmaznak: a sör, a malátatartalmú italok, a hús, a gabonafélék, az érett hüvelyesek (a fiatal zöld borsó, zöld bab ellenben basis-dús), az áfonya, a dió, a sarjzöldségek és valamennyi leforrázott tápser. A zöldségfélék leforrázása tehát nemcsak azért mellőzendő, mert a leforrázás organikus táplálékanyagok elveszésével jár, hanem még inkább azért, mert a basisokat annyira kilúgozza, hogy a basisokban legdúsabb zöldségfélé is utána savfőlséget mutat. Annak kimutatására, vajjon a szervezet elég basisot kap-e a táplálékkal, nagyon egyszerű mód áll rendelkezésünkre: a neutralis lakmusz-oldatnak a vizelettel erősen meg kell kékülnie. Ha bőséges fehérjebevitel javalt, ezt ne hússal és tojással, hanem tejjel iparkodjunk elérni, nemcsak azért, mert a tej fehérjeje legkönnyebben és legjobban használódik ki, hanem azért is, mert a tej basisfőlséget tartalmaz, míg a hús és tojás savdús. Nem csupán a basis-állomány fokozására, hanem a méz és magnesia viszonyának javítására is tejhiány esetén ajánlatos valamilyen mézkiegészítést használnunk; a gyomor sósavhiánya esetén calcium lacticumot adjunk, egyébként pedig talán legjobb a calcium carbonicum praecipitatum. (Berliner klinische Wochenschrift, 1919, 11. szám.)

Gonorrhoeás általános fertőzés esetét ismerteti Sutter (Basel). A 2½ éves leányka látszólagos teljes jólét közepette rohamokban rosszabbodó sepsisszerű tünetekkel betegedett meg komplikáló diffus peritonitis, pneumonia, pertussis, kétoldali otitis media, izület-duzzadások és stomatitis kíséretében; emellett ismételt jelentkezett részben maculo-papulosus, részben erythemás, scarlatinához hasonló, részben hyperkeratosisos exanthema. A betegség lefolyásának későbbi szakában a vagina genyes kifolyásában gonococcusokat találtak, a melyek azután a fül genyében, a szájüreg genyes felrakódásaiban, sőt a vérben is kimutathatók voltak. (Zeitschr. f. klin. Mediz., 87. kötet, 1. és 2. füzet.)

Az ideges cardiovascularis zavarok jelentőségéről az arteriosclerosis fejlődésében ír Finkelnberg 180 eset alapján. Azt találta, hogy olyanok közül, akik éveken át szenvedtek ideges eredetű cardiovascularis zavarokban, egyetlen egyen sem lehetett az arteriosclerosis korai vagy rendellenesen gyors fejlődését megállapítani. 11 esetben ugyan fejlődött arteriosclerosis, ezekben az esetekben azonban oly hosszú idő telt el az ideges cardiovascularis zavarokat okozó trauma és az arteriosclerosis megjelenése között, hogy valamelyes összefüggés nem vehető fel és egyébként is az arteriosclerosis fejlődése ezekben az esetekben sem volt feltűnően gyors. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 60. kötet, 1—3. füzet.)

A malaria rendellenes lefolyására vonatkozó adatokat közöl Wörner. Így ismerteti a malaria comatosát. Több lázroham után lassan fokozódó kábultság jelentkezik, a mely néhány óra leforgása alatt tökéletes comába megy át. A körkép sokszor súlyos typhusra emlékeztet: eszméletzavar, lép-megnagyobbodás, continnus láz, leukopenia, diazoreactio; a vérvizsgálat eredménye azonban (tömeges kis gyűrűalakú parasita) rögtön eldönti a kérdést. A prognosis többnyire kedvező, ha a beteg a comatosus állapot első két napján jut kellő kezelés alá, a mely chinin intravenás adásában áll

(naponként 2–3-szor 0.5 gramm chininurethan 10–20 cm³ physiologiai konyhasóoldatban); egyben a vérkeringésre is nagy gond fordítandó; legjobb a chinin adása előtt 0.0003 gramm strophantint befecskendezni intravenásan. Pseudotabes malarica egy esetét is észlelte a szerző; chininre (eleinte intramuscularisan, később per os) a gastrikus krízisre emlékeztető jelenségek (hányás, gyomorfájás) javultak, majd megszűntek, a beteg járása megjavult, az ataxia visszafejődött, a reflexek ismét élénkebbek lettek; a pupillareactiók az egész lefolyás alatt rendesek voltak. (Berliner klin. Wochenschrift, 1919, 15. szám.)

Asthma bronchiale gyógyítására Grumme a jódot ajánlja a következő eszmemenet alapján. A roham vagus-izgalom által van feltételezve, a melyet a sympathicus tonusának csökkenése idéz elő; ez utóbbinak az oka pedig adrenalin-hiány a mellékvesék hiányos működése folytán. Az atropin kedvező hatása a vagus-tonust csökkentő befolyására vezethető vissza. Az adrenalin a csökkent sympathicus-tonus fokozása útján fejti ki jótékony hatását. Hasonló módon hat a pituitrin, a mennyiben a mellékveséket fokozott elválasztásra serkenti. Az asthmolysin nevű szer kedvező hatását adrenalin- és pituitrin-tartalma magyarázza. A mellékvesék hiányos működése kiegyenlíthető a pajzsmirigy fokozott működésével, mint a mely mintegy aktiválja a mellékveséket. A pajzsmirigy fokozottabb működésre serkenthető jódkészítményekkel. A szerző egy beteget egy év alatt 600 jodtropontablettát (0.05 gramm jodtartalommal) fogyasztott el s ez idő alatt s utána is még három évig nem volt rohama. (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, 7. szám.)

A pyramidon hatásáról lázas fertőzőbetegségekben ír Schürer kiütéses typhus eseteiben tett megfigyelései alapján. Különösen arra a kérdésre iparkodott választ kapni, vajjon a pyramidon kedvező hatása a beteg psychés állapotára a lázcsökkentő hatása által idéztetik-e elő, vagy pedig ettől függetlenül közvetlenül is hat-e a sensoriumra. Kiütéses typhusban feltűnő a pyramidon megnyugtató hatása; a beteg félelmi állapota és motoros nyugtalansága erősen csökken, sőt teljesen megszűnik, a sensorium tisztul, a kábultság szűnik. A pyramidon e kedvező hatása a psychés magatartásra teljesen független a szer lázellenes hatásától. Igaz ugyan, hogy az eseteknek körülbelül negyed részében naponként 5-ször adott 0.2 gramm pyramidonra a láz a második napon tetemesen csökken s azután a szernek jelzett további adagolása mellett 38° körül marad, a többi esetben azonban a láz csak nagyon mérsékelten csökken, de azért az említett tetemes nyugtató hatás mégis megvan. Az a látszólagos ellentmondás, hogy a pyramidon a beteget megnyugtató, a sensoriumot pedig feltisztítja, Weber ama megfigyelésében találja magyarázatát, hogy a pyramidon az agybeli nyomást csökkenti, már pedig tudjuk, hogy kiütéses typhus eseteiben az agy-nyomás fokozott; bonczolások alkalmával sokszor az agyvelő duzzadása és a hydrocephalus internus az egyedüli makroszkopos lelet; a lumbalis punctio kedvező hatásáról e betegségben pedig már többen beszámoltak. Kellemetlen mellékhatásokat a szerző sohasem látott; collapsus sohasem fordult elő. Pyramidonnal kezelt 25 eset közül csak 1 halt meg, a mi 4%-nak felel meg, noha ugyanabban a járványban a halálozás egyébként 20% volt. (Berliner klinische Wochenschrift, 1919, 15. szám.)

Szülészeti és nőorvostan.

Nem zsirtalanított gyapottal való tamponálás. Sachs tanár minden olyan vérzésnél, mely ligatura-val vagy alóltással valami okból nem csillapítható, nem zsirtalanított, vagyis a kereskedésben közönséges vatta név alatt ismert gyapotot ajánl a tamponálásra az eddig használatos hydrophil anyagok helyett. Három esetéről számol be, hol ezt a tamponálás-módot alkalmazta. Különösen érdekes az első esete, melyben hátulsó colporrhaphiás heg ment szét a műtét utáni 10. napon s okozott erős vérzést. Alóltások, tamponálások hydrophil anyagokkal és az összes más vérzéscsil-

lapító eljárások mind csődöt mondtak: az asszony újból és újból vérzett. Mikor az egyre növekvő anaemia már az asszony életét veszélyeztette, kitamponálta a hüvelyt 12 darab szilvanagyságú, szorosra kötött, közönséges vattából készült tamponnal s a vérzés megállott.

A szerző szerint hátránya a hydrophil anyagokkal való tamponálásnak egyrészt az, hogy a zsirtalanított anyag átívódván, a beteg vérezhet a tamponádon keresztül is, másrészt a vérel átívódott tampon kifűnő táptalajul szolgál az esetlegesen jelenlevő mikrobáknak.

A nem zsirtalanított vattával való tamponálásnak pedig megvan az az előnye, hogy, mint a tapasztalatok mutatták, a tampon absolute semmi vért sem szív magába, s ha a tamponálandó üreg feszesen volt kitömve, alatta sem gyülemlik meg a vér. Nincs tehát a mi bomolják és éppen ezért a tampon nem szükséges 24 óra múlva eltávolítani, hanem akár napokig is bennhagyhatjuk. Czikke végén a szerző ajánlja a nem zsirtalanított gazenak a forgalomba hozatalát, hogy a szülészeti méh-tamponálásra is használható legyen. (Münchener med. Wochenschrift.) Örfy dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A trypaflavin nevű újabb antisepticummal jó eredménnyel dolgozik Münzel. Genyedő, piszkos, necrosisos szövetzafatokkal fedett sebeket, üregeket és fistulákat gyorsan megisztítja s a sarjadzást tetemesen előmozdítja. Kiemelendő e szer teljes szagtalansága, nemkülönben az a körülmény, hogy semmiféle izgató hatása sincs a bőrre; ez utóbbi okból némelyek a műteti terület fertőtlenítésére a jodtinctura helyett trypaflavin alkoholos oldatát ajánlják. Egyedüli hátránya, hogy a szöveteket erősen sárgára festi; a kezekről azonban meleg szappanos vízzel mosakodás jól eltávolítja a színt, a fehérműből ellenben csak ismételt mosásra távozik. A trypaflavin kapható por, tableta és gaze alakjában. A tabletták egyenként 0.1 gramm trypaflavint és 0.9 gramm konyhasót tartalmaznak; 100 gramm vízben oldva tehát egy tablettát, 1‰ trypaflavin-oldatot kapunk, megközelítően physiologiai konyhasó-oldatban. Az oldatok sötét helyen, illetőleg sötét üvegben tartandók. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 10. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar Orvosi Archivum, 19. kötet, 5. füzet. *Belák Sándor*: 1. A vérsavó kolloid-chemiai jellemzéséről. 2. A kötőszerek pharmacologiajáról. *Kaufmann Irén*: A gerinczvelő hátulsó köteleinek fejlődéséről.

Gyógyászat, 1919, 18. szám. *Fischer Ignác*: Nehézségek az elmebetegségek elbírálása körül. *Scipiadés Elemér*: Háborús nyomok a szülészeti és nőgyógyászatban.

Budapesti orvosi újság, 1919, 19. szám. *Pogány Ödön*: Az otogen differential-diagnózis szerepe az általános orvosi gyakorlatban.

Vegyes hírek.

Meghalt. Bolgár Lőrincz dr., Abauj-Torna vármegye tiszteletbeli főorvosa, április 7.-én 55 éves korában Meczenzéken. — *J. Uriel dr.*, nyug. vezérfőorvos, a volt osztrák-magyar katonarorvosi kar egykori főnöke, 81 éves korában Bécsben.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

Csernel-Bloch-Rajka Bakteriologiai laboratorium. Dajka-vizsgáló intézet. Sas-u. 20. Tel. 159-39.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schneé-féle degrator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (IV. rendes tudományos ülés 1919 március 8.-án.)

Budapesti Orvosegyesület

(IV. rendes tudományos ülés 1919 március 8.-án.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Csiky József.

A súlyos bélhurut bizonyos alakjairól és kezelésükről.

Ötvös Ervin: A háborús súlyos colitist hadibetegségnek tartja, az aetiológiát is a lövészárok- és barlangélelet elő katonai életmódjában keresi. Hogy a colitis ezen fajtáját nem valamely dysenteriabacillus okozza, erre nézve *Kolle*, *Rumpel* és saját laboratoriumi és epidemiológiai észleleteire hivatkozik.

Felsorolja a subjectív és objectív tünetek közül az anamnesis bevonásával a következőket: tenesmus, szomjuság, étvágytalanság, gyengeség, jellemző szék, a folyadékvesztés és toxinhatás következményei, hőemelkedés. Néha jellemző szaga van a betegnek. A halál 3—5 hét alatt állott be. A gyógyulás elhúzódó volt, a szokásos kezeléssel dacolt.

Differentialdiagnostikai szempontból szóba jöhet: acut bacillaris dysenteria, colitis chron. purulenta, amoebás dysenteria, balantidium coli, paratyphus, kéneső-mérgezés, lues, tuberculosis, vastagbél-carcinoma és colitis mucosa.

A gyógykezelés kétféle módon lehetséges: sebési úton és belorvosi úton.

Az előadó kritika tárgyává teszi az egyes kezelési irányelveket és arra a meggyőződésre jut, hogy ha a colitis enyhe vagy nem túlsúlyos, akkor minden kezelés célra vezet. Súlyos esetben azonban az eddig használt módszerekkel többnyire nem tudott eredményt felmutatni. Legtöbb értéke van ezek között az orvosságos beöntéseknek, melyek azonban sokszor túrhetetlenül fájdalmasak, amiért is sok ellenzőjük van, többek között *A. Schmidt*, *Modrakowsky* és *Zweig*. De célszerűtlen az orvosságos magas-beöntés azért is, mert súlyos esetben a beöntést rögtön követő székürülés nem is enged időt a gyógyszerhatás kifejlődésének. Az orvosságos magas-beöntések jó eredményeinek okát a vivőszereként használt víz mechanikai hatásában látja. Ennek alapján a vastagbél megtisztítására olyan eljárást dolgozott ki, amely rendkívül egyszerű és amelynek principiuma megegyezik a többi nyálkahártyával bélelt üreg kezelésének principiumával (stomatitis, cystitis): a napi 1—2 liternyi beöntő-folyadék helyett az első napon 12, a másodikon 8, a harmadikon 4 liternyi közönséges meleg ivóvizet ad rectalisan, megfelelő kisebb dosisokra felosztva. A háromnapos turnust esetről-esetre variálja. Általában eltér *Genersich*, *Brosch* eljárásaitól, akik orvosságos beöntést végeztek nagytömegű, de egyszerre beömlesztett folyadékkal.

Az előadó részletesen ismerteti kezelésének menetét, amelyet megfelelő esetben per os adott obstipansokkal (opium, bismut) támogatott. Ha ugyanazon egyénen e szerek a bélmosás előtt adva hatástalanok voltak, a bél megtisztítása után gyakran meglepően jól és gyorsan hatottak.

Roth Miklós: 1916 tavaszán a IV. számú helyi hadigondozó-kórházban tömegesen jelentkeztek colitis-esetek. Dysenteriát nem találtak, azonban a betegek véréből bacillus colit és faecalis alkaligenest lehetett kitenyészteni. Az okot az ivóvíz fertőzésében lehetett megtalálni.

Klier Artur: A nem dysenteriás hasmenéseknél per os bevitt nagymennyiségű vízzel is jó eredményt lehet elérni.

Láng Adolf: 3 ízben volt alkalma appendicostomia útján dysenteriát gyógyítani próbálni; az eredmény sikertelenségének oka a folyamatnak a vékonybél alsó szakaszára való terjedése volt, hová az appendicostomia sebén keresztül a mosófolyadék nem juthatott. A műtét egyébként kis beavatkozás, mely localis anaesthesiában elvégezhető.

Fejes Lajos: A súlyos bélhurut azon kórképe, melyet az előadó jellemzett, a mögöttes országrészben alig ismeretes, mert a súlyos eseteket szállítani nem lehetett. Harcztéri kórházukba közvetlenül a front-ról jutottak a betegek. A bacteriológiai vizsgálat sem dysenteriabacillust, sem egyéb pathogen csírát nem derített ki, ugyanazon technika betartásával, amelylyel dysenteriabacillust nagy biztossággal sikerült kimutatni. A bolus alba és carbo animalis akkora dosisai, mint e therapia szószólói ajánlják, komoly objectív kellemetlenségeket, sőt

veszélyeket rejtenek magukban. Súlyos spasmust okozhatnak, oly fokban, hogy az ileus paralyticus kórkép áll elő, sőt újabban leírták, hogy a bélfal decubitusát és bélátfürödést is hozhatnak létre. Az *Ötvös* leírta rendszeres bélmosást mint teljesen ártalmatlan és igen súlyosnak látszó esetekben is célravezető eljárást legmelegebben ajánlja.

Világítógázmérgezés okozta látóideg- és ideghártya-bántalom esete.

Ifj. Liebermann Leó: A 19 éves nőbeteg 1918 december 12.-én suicidium okából kinyitotta a gázmelegítő 2 csapját és egy lámpacsapot; 7 óráig feküdt gázatmosphaerában; eszméletlen állapotban hozták a kórházba. További 12 óra múlva magához tért s jobb szemére nem látott; a bemutatató 3 nappal később látta első ízben. Látás akkor: a jobb szemem szem előtt ujjolvasás, de csak excentrikusan. A papilla szürkés, határai kissé elmosódottak, nasalis szélén sárgásfehér izzadmány, a papilla körül, valamint a macula lutea tájékán és a körül a retina oedemás, borus, a papillától a macula felé és a maculától a halánték felé fehéres csikokból álló kisu-gárgzás, magában a maculában egy nagyobb izzadmánycsomó és sok apró izzadmánypettyből álló koszoru.

Azóta a látás csak jelentéktelenül javult, nagy absolut centralis scotoma van jelen, a retina diffus borussága elmúlt, a papilla egészen elhalványodott, szélei kissé elmosódottak, leginkább a nasalis oldalon, a macula felé néhány finom csik húzódik a retinában s a maculában apró fehéres pettyek láthatók.

Minthogy a beteg bemondása szerint azelőtt mindkét szemén teljesen jól látott, minthogy a látás-zavar a gázmérgezés után azonnal mutatkozott, minthogy továbbá a megejtett Wassermann-reactio negativ eredményt adott s luesre egyébként sincs támpont, a mérgezéssel való összefüggés nem lehet kétséges.

Világítógázmérgezés után ilyen szembe elváltozást még nem írtak le.

Sajátságos, hogy a másik szem teljesen ép maradt; a toxikus ideghártyaelváltozások ugyanis többnyire bilaterálisak szoktak lenni.

Kenyeres Balázs: Annak megállapításával, hogy a *Liebermann* által bemutatott esetben észlelt utókövetkezménye a szénmonoxid-mérgezésnek rendkívül ritka és az irodalomban alig van említve, az egyesület figyelmét egy aránylag gyakran előforduló, de alig ismert következményre hívja fel. Olyan egyének holttestének megvizsgálásakor ugyanis, a kik világító gáz vagy széngáz belélegzése után még egy vagy több napig éltek, sajátos gázlagyulások góczok mutatkozhatnak az agyban, néha vérzéssel is, rendszerint azonos helyen a lencsemag csúcsán, a globus pallidusban. A mikor ilyen változások alapján a szénmonoxid-mérgezés gyanúját nyilvánította, az utólagos nyomozás a mérgezésre alkalmas adó okot rendszerint megállapította. Törvényszerűnek persze nem lehet mondani a lágyulásokat, az esetek eléggé nagy számában hiányoznak s ilyenkor, minthogy a boncolás-lelet egyébként nemleges, legfeljebb a tüdőekben mutatkozik vérsülyedés, esetleg telt húgyhólyag, ismeretlen okból meghalt egyén halála okának meghatározása nagy nehézségekkel jár. Szóba jöhet ilyenkor természetes halál, de felmerülhet másfajta mérgezés gyanúja is kivált ha a nyomozás alkalmával az öntudat nélkül fekvő beteg mellett üres üvegcét vagy elhullott gyanus port találnak. Ezekben az esetekben nagyon rászorulunk a kórházi észlelés adataira, a melyekből, sajnos, gyakran hiányzik a legfontosabb adat, a vérvizsgálatnak eredménye. Felsőzólásának tulajdonképpen ennek felemlítése volt a célja, azzal a kijelentéssel, hogy a törvényszéki orvostani intézet mindazoknak, a kiknek nincsen módjuk a vérvizsgálat elvégzésére, készséggel rendelkezésre áll.

Id. Liebermann Leó: Nem tartja egészen bizonyosnak, hogy CO okozza-e a leírt tüneteket. A világítógáz nálunk szénből készül, melyben kénvegyületek változó mennyiségben foglaltatnak, melyek égéskor SO₂-t adnak. Ez okozhat ilyenféle mérgezést. Több évvel ezelőt történtek kísérletek, melyek kimutatták, hogy kénessav-mérgezésben véresek állnak be különböző szervekben.

Kenyeres Balázs: Az elől, hogy vérzések és lágyulások másfajta mérgezésekben is ne fordulhatnának elő, nem zárkozik el; közzétett *Liebermann Leó* felszólalását; arra, a mit mondott, később előforduló esetekben különös figyelmet fog fordítani, ezidőszert azonban az a meggyőződése, hogy az említett lágyulások a szénmonoxid hatásának a következménye annyival is inkább, mert mutatkoznak azok akkor is, ha az öngyilkosok faszenet használnak, a melynek gőzei csak nagyon kevés kénvegyületet tartalmaznak.

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

HEXOPHAN

iznélküli
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.

AMPHOTROPIN

belsőleg szedendő
húgyantiseptikum

baktericid, diuretikus, epithelregeneráló.
Cystitisnél stb.-nél 3-szor napjában 0,5 gr.

Eredeti csomagolás:

20 tableta à 0,5 gr.
40 tableta à 0,5 gr.

HEDIOSIT

tápláló
diabetikus czukor.

Édes, könnyen oxydálódik, tápláló.
Diabetikus diaeta: naponta 10 gr.

Eredeti csomagolás:

20 kocka à 2,5 gr.
50 ill. 100 gr.

MELUBRIN

(phenyldimethylpyrazolonamidomethansulfosavas Nátrium.)

Nagyhatású

ANTIRHEUMATIKUM.

Tulajdonságai:

Jól tűrik, nagyhatású, belsőleg és injectiókra alkalmas, még súlyos szívkomplikációknál is melléktünetek nélkül alkalmazható.

Indicatiók:

Heveny és idült ízületi- és izomcsúz, lumbago, ischias, idegszábák, influenza, scharlach, tuberculosis stb.

Adagolása:

Antirheumatikum: belsőleg 3-4-szer napjában 1-2 tableta à 1 gr.
Izom között vagy intravenosusan: 1 ampulla 2 ill. 4 ccm.
Antipyretikum: 3-4-szer napjában 1 tableta à 0,5 ill. 1,0 gr.

Eredeti csomagolások:

Tabletták: 10, ill. 25 à 1 gr. vagy 20, ill. 50 à 0,5 gr.
Ampullák (50% oldat): 10 ampulla à 2 ccm. 5, ill. 10 ampulla à 2 ccm.

Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak.

TRIGEMIN

kitűnő
analgetikum.

Szívre nem hat. Fejidegzetre, trigeminus-neuralgiáknál kiváló hatású stb.

Eredeti csomagolás:

10, ill. 20 capsula à 0,25 g.
1-3-szor napjában 2-3 capsula à 0,25 g

ALBARGIN

kitűnő
antigonorrhoeicum.

Nem izgató, erősen baktericid, mélyreható.
Prophylaxis: 5-10%. Therapia: 0,1-3%.

Eredeti csomagolás:

20 tabl. à 0,2 gr.
50 tabl. à 0,2 gr.

ALUMNOL

nem mérgező
antiseptikum.

Gyulladást nem okozó, növést gátló.
Gennyesebekenél, gonorrhoea, katarrhusok.

Adagolás:

Gargalizálásra 0,25-1%
Antiseptikum 0,5-3%
Urologiában és dermatológiában 1-20%.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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



TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Epstein László:** Adatok az elmebaj kóros színlelésének pathogenesiséhez. 217. lap.
Hatiegan Gyula: Adatok az „Oedemkrankheit“ tünettárhoz. 220. lap.
Henszelman Aladár: Közlés a Hadigondozó Hivatal császárfürdői intézetéből. (Igazgató: Schulhof Vilmos dr.) Az inactív malaria mobilisatioja és a malaria újabb therapiái adjuvansa. 221. lap.
Somogyi Rezső: Az Országos Hadigondozó Hivatal rózsáhegyi gyógyintézetének közleménye. (Vezető-orvos: Róth Miklós dr., tanársegéd.) Kísérletes vizsgálatok a dagatok nem sebészi kezelése köréből. 221. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvosan. Kisch: Ismeretlen szemhész- és könyreflex. — **Goldschelder és Schrumpf:** Az aortitis luetica kezelése. — **W. Falta:** A czukorbajokon végzendő műtékek javalata és e betegek diatája. — **Keppler és Erkes:** A mesenterialis mirigyek gümökörje. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Greinert:** Dysmenorrhoea. — **Riese:** Gyermekkori glottis-görcs. — **Marx:** A köpetnek gümöbaccilusokra vizsgálata. — **Hunaeus:** Csecsemőkori nátha. 223–224. lap.

Magyar orvosi irodalom. 224. lap.

Vegyes hírek. 224. lap.

Tudományos Társulatok. 225–226. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Adatok az elmebaj kóros színlelésének pathogenesiséhez.*

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

Ismeretes, hogy *Dávid*, a régi zsidók későbbi királya, a mikor Saul elől Ákis filiszteus király országába menekült és az utóbbinak szolgálói őt felismervén, a király elé vezették, abbéli félelmében, hogy Ákis őt ki fogja szolgáltatni Saulnak, elmebajt színlelt, hogy az őt fenyegető veszélytől szabaduljon. A szentírás szavai szerint, a melyeket a Vulgata után *Káldi György* fordításában idézek: „... elváltoztatá arczát előttök, és ide s tova dőlöng vala kezeik között, és az ajtó szárnyaiba ütököz vala, nyála lefolyván szakállára. És Ákis mondá szolgálóinak: Láttátok, hogy ez ember bolond, miért hoztátok őt hozzám? Szűkölködünk-e bolondokban, mivel ezt behoztátok, hogy bolondoskodjék előttem?“ (Sámuel, vagy Kir. I. K. 21. rész. 13–15.)

Talán akad még valamikor egy lelkes pathographus, a ki e szemléltető, de ártatlan leírásból nagy tudományos-sággal megállapítja, hogy *Dávid* csakugyan elmebeteg volt, még pedig schizophreniában (dementia praecoxban) szenvedett, mert kétségtelennek találná, hogy az említett arczváltoztatás nem volt egyéb, mint a schizophreniára jellemző grimaszozás; az ide s tova dőlöngés negativismusra utal; az ajtó szárnyaiba való ütöközés, a mi a Vulgata magyarázója szerint tulajdonképpen úgy értendő, hogy az ajtón „karczolt vagy irkált különféle bolondos alakokat,“ csak egyike a schizophreniások számtalan fonákságainak, és végül a nyál-folyás a szellemi és mozgásbeli gátoltságot bizonyító katonias tünet.

De ha nem is akadna, a ki ilyenformán Ákist rehabilitálja, nincs okunk és jogunk ez utóbbinak ama naivitásán, hogy magát *Dávid* által megtévesztetni engedte, mosolyogni, mert az elmebaj színlelésének felismerésében a mai szakember sem áll sokkal biztosabb alapon, mint a 3000 év előtt élt laikus király.

Igazolja ezt az ellentét, a mely a színlelés felfogásában a szakemberek között tapasztalható. Amíg az egyik részük, még pedig a túlnyomó rész, a tiszta színlelést ritka jelenségnek tartja, úgy hogy a königsbergi *Meyer*¹ már nem

* Kivonatolva előadatott a Budapesti Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának 1918 május 13.-án tartott ülésén.

¹ Aus d. psych. u. Nervenlinik zu Königsberg i. Pr. Jahresb. f. Neur. u. Psych., 19. kötet, 12. oldal.

is olyképpen óhajtja feltenni a kérdést, hogy forog-e fenn színlelés vagy sem, hanem olyformán, hogy szellemi egészség vagy betegség áll-e fenn, és remélhetőnek mondja, hogy e kifejezés „simulatio“ az orvosi szokincsből mindinkább el fog tűnni; addig mások a kifejezett hysteriás megbetegedésben is mesterkélten beállítást látnak és a színlelést oly gyakran találják, hogy *Kleffberg*² svéd szerző éppenséggel színlelési szakértők szükségességét hangoztatja.

Ez az ellentét eddig kevésbé volt szembevető és a simulatio kérdése általában is tudományos és gyakorlati irányban egyaránt meglehetősen alárendelt jelentőséggel bírt, de a háborús tapasztalatok hatása alatt a discussio homlokerébe került és annyira kiéleződött, hogy egyik és másik oldalról is szinte szenvedélyes állásfoglalásra vezetett.

Igaz, hogy itt a simulatio kérdése nem annyira a szó szorosabb értelmében volt elmezavarral, mint inkább a hysteriával szemben van felvetve, de a kérdést kétféle választani nem lehet, mert hiszen egyetlen izomnak tic-szerű rángásától a mély öntudatzavarral járó epilepsziás görcsrohamig, az affektált kézmozdulattól a teljes katatoniai és a kóros érzékenységtől a kifejezett téveszméig oly lassú és fokozatos az átmenet, hogy hysteria és elmebaj között határvonalat húzni lehetetlen. Ha tehát sikerül a simulatiót a hysteriától megkülönböztetni, egyúttal adva van a megkülönböztetés lehetősége az elmebajjal szemben is; és éppúgy fordítva is.

Úgy vélem azonban, hogy eme lehetőséghez elvont pszichológiai fejtegetések útján, ha még oly tudományosak is, ha mégannyira algebrai képletekkel és geometriai alakokkal, új fogalmakkal és ezek számára gyártott új szavakkal operálnak is, közelebb nem jutunk, mint ahogyan — si parva licet componere magnis — *Kant* és *Hegel* philosophiai okfejtései az elmebetegségről semmivel sem járultak hozzá ez utóbbinak jobb megértéséhez.

Ily fejtegetések, a melyek legfeljebb tudományos időtöltésnek mondhatók és a melyekről éppen azért előnyösen és jólesően üt el *Ullitz*-nek tényeken alapuló és valóságokkal dolgozó remek tanulmánya,³ a mi utódainkat bizonyára épp úgy fogják szánnalmas mosolyra készíteni, mint a miként mi is mulatságosnak látjuk ama furcsábbnál-furcsább és valóssággal egy schizophreniának paranoid eszmemenetébe beleillő elmezavarratokat, a melyekkel a XVIII. század végétől a múlt század közepéig egyes orvosok a különböző elme-kórformák keletkezését magyarázni iparkodtak.

Ily fejtegetések tehát nem alkalmasak arra, hogy a simulatio kérdésének tisztázását elősegítsék. Eredmény e

² Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Ref. XV., 158. oldal.

Ullitz: Psychologie der Simulation. Stuttgart, 1918.

tekintetben vizsgálati módszereinknek exact irányban való kiépítése mellett csak az általános emberismerettel támogatott egyszerű és józan lélektani megfontolástól, a különböző kóros tünetcsoportoknak és azok elemeinek beható tanulmányozásától és az e téren szerzett tapasztalattól várható.

Bizonyos azonban, hogy minél nagyobb tapasztalatra tett szert az elmeorvos, minél több beteget látott, annál inkább tudja, hogy nem a típusos, hanem a típustól többé-kevésbé eltérő esetek a gyakoribbak, és azért minél régebben működik az elmeorvos szakmájában, annál tartózkodóbb lesz egyrészt a kórjelzés megtételében, másrészt annál inkább fog óvakodni attól, hogy egy adott esetet pusztán azért, mert az ismert kórformákkal szemben oly eltéréseket talál benne, a melyeneket eladdig nem tapasztalt, simulatiónak nyilvánítson.

És ez az óvatosság annál is inkább indokolt, mert ha akadnak egyének, a kik elmebaj színlelését megkísérik, akkor e törekvésnek, tapasztalat szerint, a legtöbb esetben kóros háttere van, a mennyiben a szimuláló egyén nem szenved ugyan a színlelt elmebajban, de a mellett más irányban valóban kóros elméjű vagy egyéb lelki rendellenességben leledzik és színlelési törekvése éppen ezzel a rendellenességgel áll bizonyos összefüggésben. „Simulation von Geistesstörung“ mondja *Binswanger*⁴ „in dem Sinne, dass ein geistig normaler Mensch längere Zeit hindurch die Symptome einer vollentwickelten und wohlcharakterisierten Geistesstörung vortäuscht, gehört zu den immerhin seltenen Vorkommnissen. Hingegen finden wir bei psychopathischen, resp. hysteropathischen Individuen . . . häufiger das Bestreben, einzelne psychische Krankheits Symptome . . . vorzutäuschen.“ *Kraepelin*⁵ is megjegyzi, hogy tapasztalatainál fogva idővel mind tartózkodóbb lett tiszta, azaz másféle elmebajjal nem járó színlelés felvételében, „zumal ich“, így mondja, „eine ganze Anzahl meiner ehemaligen Simulanten nachträglich habe verblöden sehen.“ Hasonlóképpen *Sommer*⁶ is e tekintetben a legnagyobb óvatosságot ajánlja, mert úgy találja, hogy a psychopathiás tüneteknek színlelése nagyon ritka és többnyire valóságos elmebaj forog fenn.

Ily körülmények között annak eldöntése, hogy simulatiónal állunk-e szemben, vagy sem, egy-egy esetben nagy nehézségekbe ütközhetik és tévedés akár az egyik, akár a másik irányban könnyen megtörténhetik, annál is inkább, mert előfordulnak, a mint *Moravcsik* helyesen emeli ki, „a végletekig menő makacs szimulánsok is.“⁷ Ily makacs szimulánsnak érdekes példáját és egyúttal azt, hogy mennyire lehetnek tévedésnek áldozatai még a legkiválóbb és legtapasztaltabb szakemberek is, tanulságosan mutatja egy a kilenczvenes évek elején intézetünkben észlelt eset, a mely később a lipótmezei elmeógyógyintézetbe kerülvén, *Salgó* észlelése alá került, a ki az esetet, a mely bizonyára ritkítja párját, részletesen ismertette.⁸

Az illető esetben szerepelt egyén, D. A., mint kilencz évi súlyos börtönre ítelt rab került zavart viselkedés és téves eszmék nyilvánítása miatt G.-ben megfigyelés alá és elmeállapotáról nem egészen öt év lefolyása alatt, a fogházorvos jelentését leszámítva, a mely öt szimulánsnak nyilvánította, négy terjedelmes orvosszakértői vélemény adatott le, a mely mindannyiszor más-más megállapításra vezetett, bár az egyik szakértő mindegyik alkalommal, a társszakértő pedig két-két alkalommal mindig ugyanaz volt. A társszakértő tisztét az első két alkalommal korának egyik leghíresebb elmeorvosa töltötte be és első véleménye abban csúcsosodott ki, hogy a megfigyelt egyén szimulál; alig egy évvel reá azonban epilepsziát állapít meg, mert időközben epilepsziászerű görcs-

rohamok észleltek a vizsgálat egyéneken, de fenntartja a simulatióna vonatkozó megállapítását a kórosnak látszó egyéb psychés tünetekre nézve. Másfél évvel később mint társszakértő az előbbinek tanárutódja szerepelt, és a szakértők véleménye most úgy hangzott, hogy D. A. reflexepilepsiában és annak folyamánaképpen beállott butaságban szenved („leidet an consecutivem Blödsinn infolge von Epilepsie“). A baj gyógyulását nagyon valószínűtlennek tartják, de tekintettel arra, hogy a reflexepilepsia javulása, sőt gyógyulása nem zárható ki, nem mondják teljesen lehetetlennek. Két évvel azután D. emberölés büntetése kapcsán, a melyet két „epilepsziás“ görcsroham közti rövid időszakban egy rabtársán követett el, ismét ugyanazon szakértők megfigyelése alá került, a kik ezúttal is epilepsziát állapítottak meg, de D. elmebeli állapotát már nem butaságnak minősítették, hanem erre vonatkozólag csak bizonyos fokú elmebeli gyengeséget és szellemi elfajultságot láttak fenforogni („ . . . einerseits unverkennbar ein gewisser Grad geistiger Schwäche infolge der langandauernden Epilepsie eingetreten ist, und anderseits D. schon von Haus aus abnorm veranlagt, psychisch degeneriert ist“). D.-t azonban gyógyíthatatlannak és közveszélyessége miatt élethossziglan internálandónak nyilvánították. Ez okból D. A.-t, a ki magyar állampolgár volt, a g.-i elmekórtani klinikán át, a hol a „reflex-epilepsia“ gyógyítása céljából az egyik szemgödörfeletti idegén kis műtétet végeztek, 1893 május 13. án az angyalföldi elme-egógyógyintézetbe szállították. És a mit a műtéttel nem sikerült elérni, azt az átszállítás egy csapásra eredményezte: epilepsziás roham többé nem jelentkezett rajta. De elme-egyenség, téves eszme, általában elmezavarbeli tünet sem volt rajta egy teljes évi megfigyelés tartama alatt kimutatható; csak hazudozási és gonosztevői hajlama jutott itt is változatlanul kifejezésre. E hajlam őt csakhamar ismét a rendőrség kezére juttatta, miután az angyalföldi elme-egógyógyintézetből „gyógyultan“ elbocsáttatott. A 30 napig tartott rendőri fogságban tanúsított viselkedése miatt és tekintettel psychiatriai múltjára újabb megfigyelés végett a lipótmezei elme-egógyógyintézetben helyezték el, a honnan hat hónap elteltével, miután simulatóját is beismerte volt, mint „nem elmebeteg“ bocsáttatott el, illetőleg adatott át a rendőrségnek.

Joggal és helyesen mondja *Salgó* ezen itt csak durván vázolt, minden tekintetben kivételesnek mondható esetről, hogy a legnagyobb szakfigyelmet érdemi nemcsak a színlelés hallatlan kitartása és a színlelt kóros állapot miatt, hanem azért is, mert a közreműködött elsőrangú szakértők nagy tapasztalata és gyakorlott tudása mellett a színlelés sikeressége ríktóan világítja meg az elmekórtan tökéletlenségeit.

De bár e megjegyzés az elmekórtannak több mint két évtized előtti állapotára vonatkozott, az a mai állapotára is talál, mert dacára annak a haladásnak, a melyet a pszichiatria éppen az utolsó két évtizedben, kivált segédtudományainak nagyarányú fejlődése folytán, tett, kórtani ismereteink az elmebajokról még ma is nagyobbára bizonytalan alapon nyugosznak.

E bizonytalanságból ered egy-egy „leleplezett“ esetben az a kétely is, hogy a megállapított vagy legalább megállapítottnak vélt simulatio nem takar-e másnemű, a színlelt kórképtől eltérő elmekóros állapotot és hogy a simulatio maga nem kóros jellegű-e.

Ennek megvilágítására óhajtanék a következőkben arra alkalmasnak látszó három esetről beszámolni.

I. Az első eset 1915 december 30.-án „Psychosis alcoholica?“ kórjelzéssel a rendőrség útján került intézetünkben felvételre. A rendőrorvosi értesítés szerint a beszállított ismeretlen nevű egyéntől a rendőrségen semmiféle előzményi adat nem volt megtudható és őt megvizsgálni sem lehetett. Az ott észlelt állapotát a rendőrorvos így írja le: „Nagyfokú izgatottság, szünet nélkül jár és kiabál czellájában s a közlekedőket leszúrással fenyegeti, hozzáintézett kérdésekre semmi feleletet nem ad. Nyugtalan viselkedése miatt kényszerzubbonyba tétetik. Nemi alkoholszag érezhető rajta, de három-

⁴ *Binswanger-Siemerling*: Lehrb. d. Psychiatrie, 4. kiad., 78. o.

⁵ *Kraepelin*: Psychiatrie, 8. kiad., I. köt., 542. old.

⁶ *Sommer*: Kriminalpsychologie, 223. oldal.

⁷ *Moravcsik-Sólyom*: Az orvos működési köre az igazságügyi közszolgálatban. Budapest, Grill, 1901, 374. oldal.

⁸ *Salgó*: Fälle von Simulation. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 52. kötet és Sikeres simulatio esete, Gyógyászat, 1895.

órai magánzárkában való tartózkodás után a megnyugvás legkisebb jele sem észlelhető.

A beteget kényszerzubbonyban hozzák az intézetbe, a hol felvételek arcza erősen kipirult, kérdésekre nem felel, maga elé néz a messzeségbe, néha topog, kintlevőkhöz beszél, szitkozódó, fenyegető hangokat hallat és ellenkezik a környezettel szemben. A másnap, decz. 31.-én, megejtett vizsgálat alkalmával nyomott és kissé ingerült hangulatú, a hozzáintézett kérdésekre nagyjából odavágóan felelve megmondja, hogy L. Pálnak hívják, 37 éves, 1884-ben (!) született; a folyó évet 1914-nek jelzi, majd azt mondja, hogy 1915 január, újév van, a napot helyesen pénteknek jelöli, de megjegyzi, hogy azt biztosan nem tudja. Nem emlékszik rá, hogy mikor és mi miatt hozták ide, nem is tudja, hogy hol van most, azt hiszi a rendőrségen van és rabok között tartózkodik, de ő nem gyilkolt, sem nem rabolt; tagadja azt is, hogy ittas vagy zavart lett volna, csak felingereltnek tudja magát és a felvételek azért nem mondták meg a nevét, mert mérges volt; a tegnap történetekre csak homályosan emlékszik, de arra emlékszik, hogy sokan voltak körülötte és a rendőrök is bejöttek ide. Előzményére vonatkozólag előadja, hogy atyja a bort nagyon szerette, sokszor ittas volt és 68 éves korában halt meg; anyja él, nyolcz testvére kis korában halt el, egy él. Anyja elbeszéléséből tudja, hogy kiskorában typhust állott ki és azóta füle folyik; gyermekkorában fején többször megsérült; egyszer kocsirol, egyszer szekérről esett le, egyszer jó rúgta meg a fején. Némelykor hasogatást érez a fejében, miért is felesége Diana szesszel szokta a fejét dörzsölni, most is fáj a feje. Nagy melegben szédül és akkor lefekszik, de azért az embereket megismeri, jobb keze és lába is rángatózik ilyenkor, a mi azonban csak egy pillanatig tart. Ily rángások miatt néha fel is ébred éjjel, bár egyébként rendszeren alszik. „Szív baja“ sohasem volt. A sört és a bort szereti, de csak annyit iszik, a mennyi jól esik; most 6—8 hete otthon van és azóta nem volt berúgva, de ha ez meg is esik vele, sohasem bánt senkit. Laza összefüggésben és közben-közben egyes dolgokról ellentétesen nyilatkozva, elmondja a hozzáintézett kérdésekre, hogy bevették katonának, de fülbaja miatt előbb K.-ban, azután E.-ben kórházba tették, majd a n.-i katonai tébolydába vitték, a hol öt hónapig volt. Azt mondták ugyanis róla, hogy az ablakon ki akar ugorni, meg hogy felakasztja magát, de ő csak nem bolond, hogy olyant tegyen. Miért haljon meg, a mikor neki felesége és szép gyermekei vannak? Két hónapja, hogy eljött N.-ből és azóta mint kocsis dolgozott, de közbe pihent is. Tegnap reggel 2 deci rosztopcsint ivott rummal és egy üveg sört, később bevették a rendőrségre, mert egy embert visszaütött, a ki őt megütötte, miután előzőleg kenyérét és husát ellopta és még őt nevezte csirkefogónak. Nem ismerte az illetőt, úriember volt. Értésére adatván, hogy Angyalföldön van, nehézkesen ismeri fel helyzetét; utóbb megmondja, hogy bolondok között van, de ő családja között akar lenni; emlegeti gyermekeit Petit, Rózit, s hangoztatja, hogy nincs neki semmi baja, hogy itt kelljen maradnia. Beszéd közben szavai között folyton sajtáságos felkiáltás- vagy nyöszörgésszerű hangokat „á“ „á“-t hallatt, a mit nem tud elhagyni. Mondja, hogy ez mult évi januárja óta van, a mikor a jégen elcsuszott és elesett; akkor mindkét füléből vér jött, azt mondták, hogy az ér van elrepedve.

A testi vizsgálat a következő leletet eredményezi: magasabb termetű, erőteljesen fejlett, jól táplált egyén, pupillái kissé szűkültek, a bal erősebben a jobbnál; fényre renyhén reagálnak; köthártyái erősen belőveltek, szemtekék időlegesen összetérfített állásban, arcán felületes érhálózat, ujjaiiban erős tremor, a mely részben karjaira is áterjed, térdreflex rendes, a hajzatos fejbőrön számos kisebb-nagyobb különböző alakú és korú bőrheg, hátul a nyakszirt alján harántul menő kis-újjnyi vastag kiemelkedés, a mely alatt megfelelő csontlécz is tapintható.

Az ezen vizsgálatot követő két napon nyugodt magaviseletű, de még nyomott hangulatú, úgy, hogy az elkülönítőből a figyelőszobába helyeztetik; keveset érintkezik kör-

nyezetével, zugolódik és szidja a rendőröket a miatt, hogy idehozták, a mi nem volt szükséges, és jajgat azon, hogy családját nem láthatja. Egy nappal később azonban aggódva kérde, hogy azért, a mit elkövetett, sokáig fogják-e őt itt tartani, és az osztályapolónak azt a vallomást teszi, hogy színlelte az elmebajt. Az orvos által erre vonatkozólag megkérdezett, szintén állítja, hogy előre megfontolt szándékkal tette azt, amiért beszállították az intézetbe, hogy t. i. miután előzőleg arra is gondolt volt, hogy neki meggy egy kirakatnak, kikötött azzal a bizonyos emberrel, mert be akart jutni az intézetbe, hogy ne kelljen bevonulnia a katonasághoz. Ivott ugyan aznap, de azért tudta, hogy mit csinál és az itteni vizsgálatkor is készakarva mondta korát és születési évét hibásan, mert valóban ő csak 35 éves. Most már bánja azonban, a mit tett, mert inkább menne hadimunkára, semhogy sokáig itt tartsák és családjától távol legyen. A családja utáni bánkódás és a félelem, hogy sokáig tartják az intézetben, annyira erőt vesz rajta, hogy sír és két napig egyáltalában nem eszik; szidja azt a „gazembert“, a ki őt rávette a „tettetésre“. Kijelenti, hogy hadimunkára akar menni.

Rábészülésre lassanként megnyugodván, előadja, hogy tavaly, 1915 januárius havában sorozták és mindjárt alkalmasnak is találták. Sorozás után egy fiatalemberrel találkozott, a ki őt e szavakkal „Mi az bácsi, maga is katona?“ megszólította és amidőn ő azon busult, hogy szép családját itt kell hagynia, megjegyezte, hogy, a mennyiben pár forintot nem sajnál, jó tanácsot fog neki adni, hogy miképpen szabadulhat a katonaságtól. Ő ráállt az alkura és néhány nap múlva egy kijelölt korcsmában találkozott, ahonnan a dolog megbeszélésére egy néptelen helyre mentek. Ott a fiatalember kioktatta, hogy veszekedjék, kötekedjék, csókoljon meg az utcán egy katolikus papot, ragasztgasson képeket fejfelé, beszéljen zavartan a feleségével is; ha tébolydába viszik, ne mondja meg a nevét stb. Ő kérdezte az illetőt, hogy nem lövik-e őt majd főbe? De ez megnyugtatta azzal, hogy hiszen senkisémet láthat az ő fejébe. Húsz forintot adott annak az embernek ajándékképpen a tanácsért. Márczius havában kellett neki bevonulnia E.-ben, a hol azonban csak két nappal később jelentkezett, mintsem kellett volna, mert nem félt az esetleges büntetéstől és mert azt mondták neki, hogy úgyis elegenden vannak ott. Beosztották egy századba, a hol egy keveset gyakorlatoztak, de neki, mert kerék ment át a lábán, nehezen ment a dolog és ezért „maródivizitre“ jelentkezett. Rögtön ezután K.-ba küldték felülvizsgálatra. Onnan egy ízben engedély nélkül hazautazott családjához U.-ra, a mit könnyen tehetett meg, mert polgári ruhában járt és csak különböző házi teendőket végzett. Ezután történt, arra még emlékszik, hogy egy alkalommal, amidőn a kórházban ebédnél ültek, a háborúról beszélgettek és egyesek említették, hogy ott a fejek, karok és lábak miként röpködnek. Ez őt annyira megfélemlítette, hogy ki akart ugorni az ablakon, mire az ágyhoz kötötték, bár az egészet inkább csak „markirozásból“ tette és előre is megmondta szobatársainak. Hozzájött azután az orvos és kérdezte, hogy emlékszik-e mit akart csinálni, a mire ő azt felelte, hogy nem emlékszik és említette, hogy otthon is már a vonat alá akart feküdni. Nyugodtan hallgatta azután, amint az orvos az apácák előtt megjegyezte, hogy ő pillanatnyi elmezavarban akarta tettét elkövetni. Kevéssel reá E.-be, majd N.-be szállították. Tudta, hogy tébolydába viszik, de azért útközben rendszeren beszélgetett az őt kísérő kaplással, a kinek még sört is fizetett, és csak azt mondta többször, hogy operálják meg a fejét, mert tudta, hogy azt nem lehet. Ugyanezt mondta többször a tébolydában is, a hol egyébként rendszeren viselkedett és kártyával, meg egyéb játékkal szórakozott. Munkára azonban hívás dacára sem akart járni és csak akkor kezdett dolgozni, a mikor az orvos neki kilátásba helyezte, hogy hazaengedi, ha őt munkaképesnek találja. Két héttel reá felesége kíséretében valóban el is bocsátották. Hazaérkezvén, munkába állt, de egy hét múlva abbahagyta a munkát és otthon maradván, a felesége előtt is adta a bolondot; olyanokat mondott, hogy jönnek a motorok, meg

a repülőgép, hogy a neje grófkisasszony, vesz neki selyemruhát és inasokat tart mellette, egyszer azt is mondta feleségének, hogy vitesse vissza N.-be, stb. Felesége erre elhívta a hatósági orost, hogy vizsgálja meg őt, és ő annak is össze-vissza beszélt, rossz évszámot mondott, azt mondta, hogy egy hónapig volt N.-ben, pedig őt hónapig volt ott. Egy hét múlva ismét dolgozni ment, de meghagyta a feleségének, hogy jelentse az orvosnak, hogy ő fel akarta magát akasztani. A munkát azért hagyta abba időközönként, hogy ne tekintsék őt egészségesnek és hogy ezáltal felesége tovább kapja a segílyt. Másrészt viszont nyugtalanította őt az, hogy a felesége segílyt kap, mert ez annak a jele volt, hogy ő még katona és behívhatják. Ettől pedig folyton félt és ezért állandóan az járt a fejében, hogy csinálnia kellene valamit, hogy őt bolondnak nézzék. Feltette magában, hogy bejön Pestre, az utcán levetkeződik, vagy megállítja a villamosokat, vagy kötözködni fog, kirakatokat ver be, és a rendőrségen nem fog beszélni. Fokozta a nyugtalanságát, hogy feleségét december vége felé felhívták a városházára és kikérdezték a felől, hogy ő mit csinál. Bár a felesége ott azt mondta róla, hogy össze-vissza beszél, ő mégis három napon keresztül állandóan aggódott, hogy behívják és azért még inkább azon törte a fejét, hogy mit is csináljon azon czélból, hogy betegnek nézzék és ezzel a behívást megakadályozza. Szerdán, december 29.-én végleg eltöklelte, hogy most már okvetlenül tenni fog valamit, a mi által elmebetegnek tünhetik fel; egész nap nem volt otthon és csak este ment haza, a mikor is tudakolta a feleségétől, hogy nem kereste-e őt senki. Megnyugtatta őt ugyan a felvilágosítás, hogy nem keresték, de elhatározta magában, hogy másnap, vagyis csütörtökön, okvetlenül kikezd valakivel. Lefeküdt, éjjel nyugodtan aludt és hajnalban szokás szerint elment munkára. A délelőtt folyamán egy fuvarral kiment a vasútra, a hol egy másik kocsisal találkozott, a ki gúnyolni kezdte őt a miatt, hogy folyton azt a bizonyos nyöszörgésszerű „á“-hangot hallatja és csúfolódva „i-á“-t kiáltott feléje. Ő gondolta magában: „éppen jóval kezdés ki“, de azért mégsem bántotta az illetőt, hanem visszament a kocsijához, a hol egy úriembert látott sonkát enni. Elhatározta, hogy majd abba fog belekötni; sonkát kért tehát az illetőtől és mert az nem adott neki, veszekedni kezdett vele, majd elkapta az esernyőjét és azzal megütötte. Erre rendőrt hívtak, a ki őt igazolásra szólította fel, de ő nem mondta meg a nevét, mire a rendőr felpofozta, míg ő maga úgy tett, mintha kés után nyúlna. E közben csődület támadt s ő hallotta, a mint egyesek mondták, hogy tettet, mások meg azt, hogy bolond. Ő az alatt feltette magában, hogy ha a rendőrségre viszik, nem fog beszélni, és ha elmeegógyintézetbe viszik, ott zavartan fog beszélni. Mialatt a rendőrrel dulakodott, el akarta venni a rendőr kardját is és ezt eltörni, mert egy ízben látott volt egy részeg embert, a ki részegségében ugyanezt tette. Nem jutott azonban hozzá, hogy azt megtegye, mert megkötötték és elvitték egy autogarageba, a honnan egy rendőr a mentőkért telefonált, hogy jöjjenek, mert egy dühöngő őrrület kell elvinni, ő meg erre a rendőrrre vonatkoztatva gondolta magában: „Mafla vagy“. Elvitték a rendőrkapitányságra, ahol a kötést levették róla, mire ő ütni kezdett; akkor leteperték és zubbonyba tették, majd kocsin idehozták. Utközben a mentőszolga és a rendőr egymással beszélgetve, az egyik megjegyezte „vajjon mit csinálnak ezzel az emberrel? hisz ez az ételt is odavágja“, mire a másik azt felelte: „Figyelőbe teszik.“ Ő pedig gondolta magában, hogy ő mindezt a gyermekeiért teszi. Idehozatván, nem mondta meg a nevét és eltöklelte volt, hogy azt később sem teszi, de utóbb mégis megmondta a nevét egy ápolónak azzal a szándékkal, hogy az orvosi kihallgatáskor majd mást fog mondani. Kezdetben e mellett meg is maradt, sőt még kötekedni akart és egyiket-másikat lökdösni a vizsgálat alatt, de ezt nem tette. Az elkülönítő szobában, a hová közvetlenül a felvétel után tették, nyugodtan feküdt és csak a gyermekeit, Petit és Rózit emlegette; este megvacsorázott és éjjel jól aludt. A figyelőben is, a hová újévkor helyezték át, nyugodt volt, csak sóhajtozott,

sirt és mondogatta, hogy mennyit kell annak szenvednie, a ki a gyermekeit szereti. Itt az osztályon azután egy beteg-társa, a ki már régen van az intézetben, azt mondta neki, hogy innen sohasem szabadul ki az ember, amire ő megijedt és elhatározta, hogy mindent kivall, mert az orvos nem lát a fejébe és így csakugyan itt marad, ha tovább is úgy tesz, mint eddig. Az osztályos ápolónak mindjárt be is vallotta tettetését, hangoztatván, hogy ezt csak a családjáért tette. E vallomásával nyugodtabb lett ugyan, de gyötörte a félelem, hogy sohasem eresztik el innen. Ezért is nem akart enni, mert inkább éhen pusztul, semhogy itt kelljen maradnia.

(Folytatása következik.)

Adatok az „Oedemkrankheit“ tünettanához.

Irta: *Hatiegan Gyula dr.*, a kolozsvári belgyógyászati klinika tanársegéde.

A háborús betegségek egyik érdekes alakja a háború tartamával mind gyakrabban észlelt „Oedemkrankheit“. Aetiológiáját illetőleg a táplálkozási zavarból keletkező pellagra, beri-beri, Barlow-kór, scorbut csoportjába sorozzuk. Míg az előbbiek azonban a vitaminok hiányából magyarázhatók, az „Oedemkrankheit“-ben főképp hypalimentatiót kell felvinnünk, mely mellett a vitaminoknak csak másodrangú szerep jut. Ugy aetiologailag, mint klinikailag legközelebb áll a scorbuthoz, melylyel sokszor társultan fordul elő.

Az „Oedemkrankheit“ fertőző elméletét már a legtöbben elvetették. Az infectiót legfeljebb mint elősegítő körülményt említik és a táplálkozás megváltozását veszik fel kórokozó gyanánt. Némelyek a só-, alkáli- és vízgazdag, mások a főképp állati „Zusatzstoff“-ban szegény táplálékra vezetnek vissza a betegséget. Leginkább elfogadott azonban *Jaksch*-nak ama kiterjedt tapasztalaton alapuló felfogása, hogy az „Oedemkrankheit“ oka a táplálék mennyiségének és minőségének a háború adta viszonyokból eredő megváltozása. Ha a táplálék állandóan 1400 caloria alatt van, továbbá a só- és vízgazdag táplálék mellett főképp a zsír és szénhidrát szenved, előbb-utóbb jelentkeznek e betegség tünetei.

A betegség kórboncolástani lényege a szervezet általános atrophíája, mely különösen a parenchymás szervekben kifejezett.

A betegséget jellemző tünetek a hydrops, a polyuria és a bradycardia. Míg az előbbi két tünetet a sejtek vízkötő képességének hiányából magyarázzák, melyhez még a szív-működés több-kevesebb zavara is hozzájárul, addig az utóbbit a n. accelerans tonusának sülyedéséből. Ha e három tünet megvan, a kórjelzés megtétele nem ütközik nehézségbe. A hydrops magában szívtünetek és fehérje nélkül rátereli a figyelmet e kórformára. A vizenyő rendszeren az alsó végtagokon, ritkábban az arczon jelentkezik, ascites és hydrothorax pedig alig észlelhető.

Nehezebb az eligazodás, ha a tünetek közül az egyik vagy másik, különösen pedig, ha a betegségre legjellemzőbb tünet, „az oedema“ hiányzik. *Klein* észlelt egy fogolytáborban oedemanélküli eseteket, melyekben a kórjelzést a bradycardia és polyuria mellett tömeges typosos esetek előfordulásából állította fel. Az általános lefogyás, livid, száraz bőr, subnormalis hőmérsék mellett a polyuria és bradycardia elégséges, de nem feltétlenül irányító a kórjelzés felállításakor. Minthogy a legtöbb észlelő előtérbe helyezte a vizenyőt, melyről az elnevezését is kapta a betegség, az oedemanélküli esetek többnyire felismeretlenül maradnak, vagy pedig csak gyanítjuk azokat.

Állomáshelyemen alkalmam volt az „Oedemkrankheit“ 7 typosos alakját észlelni. Ez esetek észlelésekor ama tapasztalatból indultam ki, hogy a betegség lényege általános sorvadás. Ez atrophíának functionális megnyilvánulását kerestem a fehérvérsejtképpen és a gyomornedv elválasztásában.

A fehérvérsejtképp többszörös vizsgálatokor rendes fehérvérsejtszám vagy leukopenia mellett feltűnő lymphocytosist

észleltem (40–60%). E vérkép rendszeres előfordulása és kifejezett volta feljogosít arra, hogy a többi tünet mellett kíségitő tünetnek tekintsem. Adataim leszegezése után az irodalom áttekintésekor *Knaik* és *Neumann* közleményében akadtam hasonló észlelésre. E gyakran leukopeniával járó, nagyfokú lymphocytosist a csontvelő kifáradásából magyarázhatjuk.

A gyomornedv vizsgálata alkalmával minden esetben a sósav teljes hiánya mellett 10 alatti össz-sósav mennyiséget kaptam. Ez adatok mellett *Faber* szerint jogosan felvehetjük az achylia jelenlétét. Ez az észlelésem sem egyedülálló. Az „Oedemkrankheit” irodalmának utólagos áttekintésekor *Knaik* közleményében találtam röviden megemlítve a gyomornedv sósavhiányának előfordulását e betegségben. *Knaik* e tünetnek nagyobb fontosságot nem tulajdonít és az achyliának a háborúban való gyakori előfordulásával magyarázza.

Ezen achyliának, hypoachyliának úgylátszik rendszeres előfordulása feltétlenül több figyelmet érdemel. Eseteim csekély száma nem jogosít fel messzebbmenő következtetésekre. A polyuria és bradycardia mellett azonban az oedemanélküli esetekben az achylia jelenléte feltétlenül kíségitő és útbaigazító a körjelzés megítélése alkalmával, amiért is elég fontos jelnek tartom különösen a vizenyőnélküli alakokban.

A gyomorsósavhiányt nem követi azonban a hasnyálmirigy achyliája. A duodenalis szondával kivett váladékban az amylo- és proteolysist rendszeres találtuk.

A gyomorsósav hiányát vagy megkevesbedését nem mint egy véletlen előforduló, e betegségtől független tünetet magyarázom, hanem mint annak egyik kíséritő tünetét, mely a betegség természetére eléggé jellemző. Az általános atrophia a gyomorsecretio felfüggesztésében is megnyilvánul. A háborús achylia gyomorhuruton alapulnak, melynek előidézésében a fertőzések kivül a háború adta táplálkozási zavarok játszanak főképp szerepet. Az „Oedemkrankheit”-ban az achylia előidézésében nem annyira a hurut, mint inkább a nyálkahártya valamely atrophias zavarára szerepel. Hogy az achylia megelőzi-e az „Oedemkrankheit” egyéb tüneteit, vagy pedig azok kapcsán áll be, erre vonatkozólag kellő tapasztalás hiánya miatt nehéz véleményt mondani. Valószínű, hogy a hypalimentatióból eredő általános atrophia kapcsán jelentkezik és így hozzátartozik e betegség klinikai képéhez. E felvételemben megerősít ama tapasztalásom is, melyet már 1914-ben *Döri*-vel együtt pellagrában tettem. E betegség legkülönbözőbb időszakában végzett gyomorvizsgálat a sósav teljes hiányát mutatta, amiért is e tünetet jellemzőnek, a kétes esetekben pedig kíségitőnek tartottam. A pellagra és „Oedemkrankheit” pedig aetiologiailag ugyanazon csoportba tartozó betegségek. Mindkét betegség alimentaris zavarból magyarázható, hol a gyomor- és bélcsatorna szerepe kétségtelen és ahol ennek megbetegedése érthető.

A későbbi vizsgálatok fogják majd eldönteni, hogy mennyiben használható fel különösen az oedemanélküli esetekben e tünet a körjelzés felállításakor. Részemről az „Oedemkrankheit” minden esetében a polyuria, oedema, bradycardia mellett szükségesnek tartom a lymphocytosist és a gyomornedv viselkedésének számbavételét. Fontosnak tartom ez utóbbit a therapia szempontjából is, amennyiben szénhydrat-, zsír- és calciumdús étrend mellett pepsinsósav adagolása csak előnyösen hatna.

Közlés a Hadigondozó Hivatal császárfürdői intézetéből.
(Igazgató: Schulhof Vilmos dr.)

Az inactiv malaria mobilisatiója és a malaria újabb therapijai adjuvansa.

(Előzetes közlemény.)

Irta: *Henszelman Aladár* dr., osztályvezető főorvos.

Hét eset kapcsán volt alkalmam a *benzol* új és igen érdekes pharmakodynamikájáról meggyőződnöm. Mind a hét esetben olyan egyöntetű hatást keltett, hogy ezen észleléseim, csekély számuk daczára, távolabbi, merészebb következtetésekre is feljogosítanak.

A *benzol* kis adagjaira gondoltam, mint az erythro-poëtikus systema ingerére, a midőn másfél év előtt egy cachexiával párosult súlyos, chininre és salvarsanra gyógyulni nem akaró tropusi malariás beteget vettem kísérleti kezelés alá. A 70 éves, Palesztinából malariával ideszakadt beteg évek óta szenvedett e bajban s állandóan chininnel élt. Napi 3×0.10 *benzol*-adagolásra az addig \ddot{c} ontinuos lázú beteg typosos lázrohamokat kapott és *benzol* + chinin szedése rövidesen láztalanságot, parasitamentességet, a lép, a máj visszafejlődését, a súlyos anaemia eltűnését eredményezte. A többi hat chronikus tertianás betegem havonként egészen félévenként egyszer vagy többször kiújuló rohamokban szenvedett. Napi 3×0.10 , majd később 1×0.50 *benzol* (in caps. gelat. cum oleo) szedésére, a *benzol*-szedés első, második, még gyakrabban harmadik vagy nyolczadik napján hidegrázással kapcsolatos magas lázrohamokat kaptak, a melyek a *benzol*-adagolás tartama alatt mindennap jelentkeztek. Olykor a *benzol* kihagyása után is még néhány napig nap-nap után ismétlődő rohamok jelentkeztek. Néhány napi lázmentesség után újból tisztán *benzol* adagolva, ismét mindennapos rohamok váltódtak ki. Ilyen megfigyelések után a betegeknek *benzol* chininnel vagy neosalvarsannal együtt nyujtva, láz- és parasitamentesek lettek. Azóta hónapok multak el recidiva nélkül; az anaemiájuk is megszűnt. Közülök az egyik igen nagyfokú vérszegénységben, majdnem naponkinti kisebb hőemelkedésekben szenvedett és ágyhoz kötött, teljesen elgyengült beteg volt, akit előzőleg chininnel és neosalvarsannal hiába kezeltem.

A *benzol* hatás megnyilvánulási ideje 4–6 óra, tehát a chininresorpt o idejével körülbelül megegyező.

Az esetek tanusága szerint a szájon át rövid ideig adott *benzol* a latens malariát mobilizálja, typosos lázrohamokat vált ki. A gametákat, amelyek leginkább az erythro-poëtikus szervekben vannak elrejtve, úgy látszik, oszlásra serkenti s az így kiszabaduló fiatal schizontokat a malaria-specificumok könnyen megtámadhatják.

E hét eset megfigyelése felbátorít arra, hogy felhívjam a figyelmet a *benzolra* mint diagnosticumra és therapijai adjuvansra.

Az Országos Hadigondozó Hivatal rózsahegygyógyintézetének közleménye. (Vezető-orvos: Róth Miklós dr. tanársegéd.)

Kísérletes vizsgálatok a daganatok nem sebészi kezelése köréből.

Irta: *Somogyi Rezső* dr.

(Vége.)

Chinin. Chininum bisulfuricum-oldattal per os kezelt daganatos patkányok a controlloknál tovább éltek, a daganatnövést nem gátolta a chinin.

Egy másik kísérletben a chinin a daganatnövést szintén nem befolyásolta. Az adagolás per os történt.

Egy harmadik kísérletben a per os adagolt chinin inkább fokozta a daganat növekedését olyan arányban, mint 40:30, az élettartamot inkább még rövidítette.

Egy következő kísérletben a per os alkalmazott chinin hatástalan volt a daganatnövésre intraperitonealisan oltott daganat mellett.

Egy másik kísérletben intravenásan alkalmazott chininum bisulfuricum a daganatnövést gátolta oly arányban, mint 49:6, az élettartamot hosszabbította.

Subcutan adagolt chinin a daganatnövést gátolta oly arányban, mint 20:38, az élettartamot nem hosszabbította meg.

Egy következő kísérletben a chininum bisulfuricummal intravenásan és subcutan kezelt állat kissé tovább élt, a controllon a daganatnövés nem befolyásoltott.

Chinin-előkezelés után 9 nappal oltott patkány negatív maradt, míg controllokon daganatok fejlődtek. Az alkalmazás subcutan történt.

Egy heti előkezelés chininnel per os nem akadályozta a daganatnövést.

Tizenhárom napi előkezelés chininnel nem akadályozta a daganat kifejlődését.

Egy másik kísérletben egy heti előkezelés per os adagolt chininnel felényi daganatot adott, az arány olyan volt, mint 5:11·5, az előkezelt állatok tovább éltek, mint a controllok.

A chinin tehát per os adagolásban alig hatott, de intravenás és subcutan alkalmazásban a daganatnövést gátolta és többször az élettartamot is meghosszabbította. Prophylactice is észlelhető hatása van a chininnek, a mi talán a metastasis-képződés meggátolását illetően bír jelentőséggel.

Condurango. Condurango macerato-decoctumával és extractumával per os kezelt patkány daganata a kontrollénál valamivel nagyobb volt, olyan arányban, mint 39·5:34·5, élettartama rövidebb.

Aqua calcissal kezelt patkány daganata nagyobb volt a kontrollénál oly arányban, mint 16·5:8·5 és az állat korábban is pusztult el. Még lassú növést daganat sem volt befolyásolható.

Electrargollal kezelt állat daganata a kontrollénál alig volt kisebb, az arány az volt, mint 31·5:3·6, de feltűnően bő necrosist észleltem a kezelt daganatban. A kezelt állat előbb pusztult el, mint a controll.

Aethyalkohollal subcutan kezelt állat daganata a kontrollénál kisebb volt oly arányban, mint 5:8·5, a kezelt állat rövidebb ideig élt, mint a controll. *Wrzosek*⁴ nem észlelt hatást alkoholinjekciókra egércarcinománál.

Fibrolysinnel intravenásan és subcutan kezelt patkány daganata a kontrolléval egyenlő nagy volt, 46·5, illetve 45 gr., de az élettartamot meghosszabbította, a kezelt állat kezdeti súlyát megtartotta, a controll testsúlyának $\frac{1}{7}$ -részével fogyott.

Methylenkék. 10/00-s metylenkékkel 15 perczig szobahőn állott daganatemulsio a kontrollénál nagyobb daganatra vezet.

Már kifejlett daganat esetén 1%-os metylenkék intravenás és subcutan alkalmazása a kontrollénál valamivel nagyobb daganatot ad, az arány olyan, mint 44·5:40·5, a kezelt állat előbb pusztult el.

Benzol. A Magyar Orvosi Archivumban 1917-ben megjelent munkámban erre vonatkozó tapasztalataimat a következőkben foglaltam össze: a benzol per os adagolva némely esetben gátolólag hatott a transplantabilis orsósejtű patkánysarkoma növekedésére. *Korányi* tanár felszólítására ez irányú kísérleteimet kiterjesztettem két irányban. Először is abban, vajjon a tumoroltást megelőzőleg adagolt benzol megakadályozza-e a daganatfejlődést, a mi esetleg a daganatbetegnek metastasis elleni prophylaxisához vezetne, hisz a daganatoltás tulajdonképpen mesterséges metastasis-képződésnek tekinthető. Azt találtam, hogy a daganatfejlődést nem akadályozta az 5 nappal az oltás előtt kezelt és egészen a daganat tapinthatóvá válásáig, azaz 6 nappal az oltás utánig folytatott benzoladagolás.

Másrészt volt esetem, hol már kifejlett daganat mellett adagolt benzol daczára metastasis fejlődött ki, még pedig a májban. Másodszer vizsgáltam, vajjon kombinált benzol-radium-kezelés jobb eredményt ad-e? Azt észleltem, hogy a radiumbesugárzás a benzol iránt sensibilizál. Előzőleg radiummal kezelt daganatos állat gyakran már kis adag benzolra elpusztul. Ezért oly kis adag benzolra kell a kombinált benzol-radium-kezeléskor lemenni, a mely már nemcsak magában véve hatástalan, de a radiumhatást sem fokozza. Egy újabb kísérletben a subcutan adagolt benzol olajjal a daganatnövést gátolta oly arányban, mint 20:38·5.

II. Physicalis-diaetás eljárások.

Meleg. Forró, 40—45° hőmérsékű fürdő alakjában a daganatnövést gátolta, az élettartamot hosszabbította, de a hatékony hő a dosis letális határain mozgott. Egy kísérletben a controll-daganat 1·16 gr. súlyú volt, a forró fürdővel kezelt állatoké 0·93, illetve 0·33 gr. Egy másik ki-

sérletben szintén retardálta a forró fürdő a daganatnövést oly arányban, mint 2:3, a kezelt állat tovább élt.

A hatás módját illetően egész csoportját a carcinoma ellen néha hatásos tényezőknél *Widal* abból a szempontból foglalja össze, hogy ezek a testhőmérsék fokozása folytán hatnak. Szerepelhet itt a daganatsejteknek a szervezet sejtjeinél kisebb resistenciája a hő iránt, de másrészt lehet, hogy a szervezet védőberendezése fokozza munkáját az emelkedett hőmérsék hatására. *Lissauer* azt találta, hogy 2—10 perczig 43—49° C vízbe mártott állatok amboceptor-tartalma 2—4-szeresére emelkedett. Valószínű, hogy hasonlóan a daganatsejtek ellen termelt anyagok is ily módon szaporodnak a hőmérsék emelésére.

Quarzlámpa-kezelés a daganat növekedését retardálta olyan arányban, mint 12·5:29·5, a kezelt állat tovább élt.

Radium. Radiumbesugárzással végzett állatkísérleteim eredményeit a következőkben foglalhatom össze: a radiumbesugárzás a transplantabilis orsósejtű patkánysarkoma növekedését gátolja, gyakran meghosszabbítja a kísérleti állat életét, de teljes gyógyulásra csak kivételesen vezet.

Meddő munka lenne a radium hatékonyságát kimutatni állaton, hisz emberen közismert; de elérhető bizonyos vitás kérdés eldöntése, esetleg az alkalmazás hatásos módosítása.

Azt találtam, hogy az állat prophylaxisos radiumbesugárzása, mint azt már a Röntgen-hatásról *Fränkl és Führer*⁵ megállapította, nem óvta az állatot a daganat megfogamzásától.

A daganatemulsio közvetlen radiumbesugárzása a következő eredménnyel járt: 30 perczig besugárzott daganatemulsio felényi daganatokat adott a controllhoz viszonyítva. Egy másik kísérletben szintén retardált növést mutatott a besugárzott daganatemulsio. *Wassermann* e hatást a genocceptorok károsításával magyarázza.

Az excitáló dosis (Reizdosis). Még nincs végleg eldöntve a kérdés, vajjon kis adagú besugárzás csakugyan fokozza-e a daganat növekedését. Felhozzák a „Reizdosis“ létezése ellen érvel, hogy nagy tömeg, pl. leukaemiás lép besugárzása alkalmával mindig kellene az elegendően kezelt léprészlet mellett egy kevésbé kezelt részletnek lenni. A hatás azonban az egész lépén egyenletesen nyilvánul, a mi ellene szólna a túl kis adag ellentétes hatásának.

Egy kísérletben a controllok daganata 35, illetve 38 gr. volt, a 8 cm. távrolról besugárzott daganat 16, a 12 cm.-ről besugárzott daganat 59 gr. volt. Tehát 20 cm.-en belül csökkentette a radium az alkalmazott mennyiségben és időben a daganatnövést, azon felül fokozta. Az élettartam a kísérletben a daganat nagyságával fordított arányban állt, majdnem kivétel nélkül, azaz minél nagyobb távolságból történt a besugárzás, annál előbb pusztult el az állat. Hasonló, de nem teljesen azonos eredményt más kísérletben is kaptam.

Mágneses mező felhasználásával a sugarak quantitativ vagy qualitativ módosítására szintén tettem próbát és azt találtam, hogy 2 esetben lényegesebb különbség sem a daganat növekedése szempontjából, sem az élettartamot illetően nem volt a mágneses mezőben besugárzott és a kontrollképpen ugyanazzal a praeparatummal mágneshatás nélkül besugárzott állat között. Egy esetben a mágnes gyöngíteni látszott a radium daganatnövést gátoló hatását.

A radiummal végzett besugárzások alkalmával meglepett, hogy daczára a daganat kisebbedésének, a besugárzás nem hosszabbítja meg lényegesen az állatok élettartamát, a nem kezelt daganatos állatokéval összehasonlítva. Ennek oka a radium káros hatása a szervezetre. Ugyanis az alkalmazás nem történhetik körülírtan a daganatra, mint emberen, hanem mindig a patkány testének jelentékeny részét éri.

Kísérleteimben a radiumtolerancia arányos a daganat nagyságával; gyakran nem a széteső daganatrészek felszívódása, hanem az általános gyengeség az oka a radiumhalálnak. Így egyenlő nagyságú daganatokat mutató ikerpatkányok egyikéből a daganatot eltávolítván, sugározom be egyenlő

⁴ Zeitschr. für Krebsforsch., XI. kötet.

⁵ Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 26. sz.

hosszú ideig ugyanazzal a radiumpraeparatummal a daganatos és a kioperált daganatú állatot. Az eredmény az volt, hogy 4 kísérletben mindannyiszor a tumortól megfosztott állat nem mutatott nagyobb tolerantiát a radium iránt, sőt előbb pusztult el, mint a kontroll. Egy ötödik kísérletben a daganatától megfosztott és a kontrollállat egyenlő radium-tolerantiát mutatott.

A radiumbesugárzás következtében kimult állatok lépe állandóan megkisebbedett, még pedig sokkal nagyobb mértékben, mint a testsúly és egyéb szervek súlycsökkenésének megfelel. Érthető ez, hiszen a lép a legsensibilisebb szerv a besugárzás iránt. Az egész állat súlycsökkenése intenzív besugárzásra az eredeti testsúlyának körülbelül $\frac{1}{4}$ részét teszi. A szív, tüdő, vese, mellékvese körülbelül eredeti súlyának $\frac{2}{3}$ -ára sorvad, a máj $\frac{1}{2}$ -ére, a lép $\frac{1}{4}$ -ére.

A léptájékot ólomlemezrel védvén, többször intenzívebb besugárzást bírtak el az állatok, mint más testtáj, pl. a mellkas ugyanolyan nagy területének védelmének.

Utóbbi adat remélni engedni, hogy pl. nagy emberi hasdaganatok besugárzásakor a lép védelme folytán nagyobb besugárzási adag lesz adható, mint most azokban az esetekben lehetséges, hol a radium utóható általános tünetei azt akadályozzák.

Miképpen paralyzálhatók a besugárzást követő tünetek, melyek valószínűleg részben a daganat-resorptio folytán állnak be, részben a radiumnak az egész szervezetre gyakorolt toxikus hatásán alapszanak? E kérdés gyakorlatilag igen fontos, mert előfordulhat, hogy az egyébként jó hatást mutató radiumtherapia a besugárzást követő toxikus tünetek miatt intenzíve nem folytatható. Azt tapasztaltam, hogy a diuresis fokozása, akár csak bővebb folyadékfelvétellel vagy Salvator-víz ivásával, a tüneteket gyorsan csökkentti, igaz hogy itt a toxikus anyagoknak a vérben való hígítása is enyhítőleg hathat. Ez azért is fontos, mert ha a diuresis fokozása javít a toxikus tüneteken, ez arra enged következtetni, hogy kristalloid anyagok, valószínűleg fehérje-szétválasztási termékek szerepelnek létrejöttükben.

A toxikus hatás csökkentésének másik lehetőségére *Bálint* tanár hívta fel figyelmemet. Ez abból állana, hogy a szervezetet (egyelőre állatkísérletekről van szó) a széteső daganattömeg ellen immunizálnók és ezzel a toxikus anyagok iránt a tolerantiát fokoznók.

Ez irányú kísérleteimről talán majd más alkalommal fogok beszámolni.

Végül intézetünk vezetőségének munkám lehetővé tételéért hálás köszönetet mondok.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

Ismeretlen szemháj- és könyreflexről ír *Kisch* kölni assistens. Középfülgyulladásos betegeken észrevette, hogy 25° C hőfokú folyadéknak a fülbe csepegtetésekor a betegek mindkét szemmel élénken hunyorítottak, szemüket felszólítás dacára sem tudták nyitva tartani. Kontrollkísérletek egészséges embereken azt mutatták, hogy normális emberen a külső hallójárat csontos részeinek és a dobhártyának mechanikai vagy calorikus irritációjával mindenkor élénk szemháj- és sok esetben könyreflex váltható ki. A reflex kiváltása sérülések elkerülése végett gombos végű szondával történik, mellyel a külső hallójárat csontos részeinek falát vagy a dobhártyát megérintjük. Normális emberen erre vagy élénk szemhunyorgatás, vagy $\frac{1}{2}$ —2 másodpercig tartó görcsös szemzáródás következik be. Csak ritkán mutatkozik a fej, sőt az egész felsőtest kitérése.

A reflex minden testhelyzetben kiváltható s helyes kivételénél fájdalmat nem okoz. A fülkagyló bőre avagy a porcós hallójárat részéről a reflex nem váltható ki. A dobhártya részéről könnyebben és intenzívebben váltható ki, mint a hallójárat érintésével. A csontos hallójáratnak felső-hátulsó része a legérzékenyebb, vagyis a trigeminusrostoknak a dobhártyához való belépési helye. A reflex calorikus úton is minden esetben biztosan kiváltható, és pedig a hallójáratnak 16 — 25° C hideg vagy 40 — 50° C forró vízzel való kifecskendésével. A fül-szemhájreflex a vestibularis nystagmushoz hasonlóan hideg-ingerrel intenzívebben váltódik ki, mint meleggel. Testhőmérsékü folyadékkal egyáltalán nem váltható ki. A reflexkiváltó folyadék mennyisége 0.2 — 0.5 cm³ az esetben, ha fecskendés helyett becsöpögtetéssel végezzük. A központi és peripheriás idegrendszer kóros elváltozásainál vagy nem váltható ki a reflex az egyik vagy mindkét fül részéről, vagy túl hosszú ideig, akár 3 perczig is eltart. Egészen véve a reflexnek öt félesége különböztethető meg: 1. nincs reactio; 2. a szemháj fibrillaris rángása szemzáródás nélkül (e kettő egészséges emberen nem fordul elő); 3. hunyorogás; 4. enyhe vagy görcsös szemhájzáródás az azonos oldali vagy mindkét szemén, és pedig instillatióra $\frac{1}{2}$ —4, fecskendésre 1—8 másodpercig; 5. a szemzárás 8 másodpercnél hosszabb tartamú. Ez normálisan nem fordul elő, A pupillák viselkedése pozitív reactio esetén természet-szerűleg nem észlelhető. Hiányzó reflex eseteiben pupillatágulat van jelen szemréstágulattal és exophthalmussal. A vizsgált 150 normalis reflex-eset 50%-ában azonos oldali könysecretio is jelentkezett. A reflexívet illetőleg bizonyos, hogy a centripetalis pályát a trigeminus adja, és pedig azért, mert az opticus részéről kiváltott könyvezés sohasem féloldali, másrészt a kiváltás helyét a V. rostjai idegzik be. A reflexív pontos ismeretéhez állatkísérletekre volna szükség, melyek eddig nem voltak elvégezhetőek. A pupillatágulatra vonatkozólag valószínű, hogy a sympathicus direct vagy indirect izgalma forog fenn. A dobhártya stratum mucosumát tudni illik a plexus tympanicus idegzi be, mely pedig a facialis és sympathicus anastomosisából keletkezik. (Pflügers Archiv f. Physiologie, 1918, 173. köt.) Weber dr.

Az aortitis luetica kezelése *Goldscheider* és *Schrumpf* szerint korán kezdendő meg és erélyes legyen. Az egyszerű jodtherapia, még nagy adagokkal is, teljesen elégtelen. Kombinált jod-kénese-salvarsan-kezelés használandó. Kifejezett szívelégtelenség esetén előbb digitalist és diuretint adunk; de ha a szívelégtelenség csak mérsékelt fokú, digitalis egyidejű adása mellett már megkezdhető az említett kombinált kezelés, a melynek menete átlagban ez: 6 héten át naponként 3 gramm jodnatrium; hetenként egy neosalvarsan-befecskendezés intravenásan; egyidejűleg kenőkéúra, vagy valamilyen oldható kénese befecskendezése, avagy kénese belsőleg. (Rp. Hydrargyri oxydati rubri 0.3, solve in solut. natrii jodati 20.0: 300.0. D. S. Naponként 3-szor kávéskanálnyi evés után). Ez a kúra két hónapi szünet után megismétlendő. Mérsékelt szívelégtelenség mellett a szervezet jól tűri a salvarsant, csak nagyobb fokú elégtelenség mellett kell óvatosan kis adagokkal kezdeni. Ellenjavalt a jelzett kombinált kezelés, ha egyidejűleg súlyos veseműködésbeli zavarok állanak fenn. Ezekben a prognosis szempontjából nagyon kedvezőtlen esetekben meg kell elégednünk a jod használatával. Az aortitisben szenvedő keveset egyék és igyék, az alkohol és a dohány kerülendő. A diaeta inkább lacto-vegetabilis legyen. Gondoskodnunk kell, főleg a mikor még activ a folyamat, calcium-sók beviteléről. Nagyon fontos a beteg lehető kiméltése, a megerőltető munka kerülése. A szénsavas fürdők nem ajánlatosak; egyáltalában kerülendők a szívet erősebben tonusozó, az aortafalzat ectasiáját és az esetleg már képződött aneurysma megrepedését elősegítő beavatkozások; ezért digitalist is csak az esetben adjunk, ha okvetetlenül szükséges. Ha a folyamat megnyugodott s a beteg jól érzi magát, sőt a Wassermann-reactio is esetleg negatívvá lett: az említett kombinált kezelés időnként mégis megismétlendő. (Zeitschr. f. physik. u. diät. Therapie, 22. kötet, 8. és 9. füzet.)

A cukorbetegségek végzendő műtétek javulatáról és a betegek diatájáról értekezik *W. Falta*. A diabetes és a sebészi megbetegedések közötti viszony kétféle: 1. Sebészi megbetegedések, melyek a diabetes-szel oki összefüggésbe nem hozhatók (appendicitis, cholecystitis, tumorok stb.). 2. Oly sebészi megbetegedések, melyek a diabetes következményei gyanánt foghatók fel (furunculus, carbunculus, gangraena). Az első csoport jelentősége abban áll, hogy a fennálló cukorbetegség a műtét veszélyességét fokozza, még pedig nem azzal, a mint azt régen állították, hogy a diabetikusok vulnerabilitása nagyobb, hanem a sebfertőzéssel szemben fennforgó csökkent ellentállóképesség következtében. Ennek közelebbi oka kiderítve nincs. A diabetes és a műtétek között azonban kölcsönhatás áll fenn, a mi a cukorbetegség rosszabbodásában, esetleg acidosis jelentkezésében nyilvánul meg.

A második csoport különállása nem egészen jogosult, minthogy a diabetikus gangraena ugyancsak az infectio iránti fogékonyság következménye. A gangraena arteriosclerosos diabetikusokon gyakoribb, mint nem diabetikus arteriosclerososokon. Ez alkalomból az arteriosclerosis és diabetes viszonyára kitérve, *Falta* ama meggyőződésének ad kifejezést, hogy nem a hyperglykaemia vezet arteriosclerosisra, hanem fordítva, az arteriosclerosis okozhat diabest. Minthogy mindakettő önmagában véve is hajlamosít infectióra, a kettő együttes jelentkezésekor az ártalmak összegeződéséről van szó. A sebészi indicatio felállításának szempontjából e combinatio jelentőséggel bír. Ezt leszámítva két szempont jön tekintetbe: 1. A műtét sürgőssége. 2. A diabetikus anyagcsere-zavar nagysága. Ha vitalis indicatio áll fenn, akkor a dolog egyszerű, ha azonban a műtét elhalasztható (cosmetikus műtétek stb.), akkor először az anyagcsere-zavar nagyságát kell megállapítanunk. Arteriosclerosis esetében ezenkívül tekintetbe kell vennünk az erek állapotát és a veséket is.

Gangraena esetében, ha az erek rosszak, az arteriosclerosis súlyos, akkor a műtéttel sietnünk kell. Épp úgy sürgőssé teszi a műtét beavatkozást, ha az anyagcsere-zavar jelentékeny, a cukortartalom magas, vagy ha acidosis van jelen. Azonban sem a cukortartalom, sem az acidosis jelenléte egyedül nem javalja a műtét sürgősségét diabetikus gangraenánál, kivéve akkor, ha ismerjük az előzőleg alkalmazott diatétát és az anyagcsere-zavar diatetikus befolyásolhatóságáról illetve ennek ellenkezőjéről meggyőződünk.

Nephrosclerosis jelenléte a műtét indicatio felállításakor annál is inkább óvatosságra int, mert súlyos albuminuriák mellett is beállhat műtét nélküli gyógyulás. Általánosságban *Falta* a conservativ álláspont mellett tör lándzsát. A mi a műtétre kerülő diabetikusok diatetikai előkészítését illeti, *Falta* azt ajánlja, hogy könnyű esetekben a cukormentesítés régi rendes módja alkalmazható. Középsúlyos és súlyos esetekben előzetes főzeléknapok után az amylaceás kúrát ajánlja úgy a műtét előtt, mint utána is. Acidosis esetében 60–100 gr. alkaliát adjunk natrium bicarbonium alakjában naponta. Cél-szerű ilyenkor az amylaceás kószot sómentesen vagy sószegényen adni, mert a natrium bicarbonicumnak sóretineáló hatása következtében könnyen állhatnak be zavaró oedemák. A műtét utáni diatétát szabályokba foglalni nem lehet, azokat mindig az illető esettől kell függővé tenni. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chir., 1918, 31. kötet.)

Weber dr.

A mesenterialis mirigyek gümőkórja gyakran jár oly tünetekkel, a melyek alapján egészen más betegség fennforgását vesszük fel; *Kepler* és *Erkes* ismertetett legutóbb néhány ilyen esetet *Bier* tanár klinikájáról. Három esetben annyira kifejezettek voltak az appendicitis tünetei, hogy egyik legmegbízhatóbb diagnostikai segédeszközüket, a röntgenezést, csak egyes esetben vették igénybe; a műtét alkalmával azonban nem találtak appendicitist, hanem elsajtosodott vagy elmeszesedett mirigyeket az ileocecalis szögletben. Két esetben a tünetek alapján ulcus ventriculi-ra, egy esetben pylorus-stenosisra tették a diagnosist, a műtét pedig a mesenterialis mirigyek gümőkórját derítette ki. Az ilyesféle tapasztalatok alapján a szerzők szükségesnek tartják, hogy mindazon hasműtétek

alkalmával, a melyekben a tünetek alapján felvett betegséget nem találjuk meg, pontosan vizsgáljuk meg a mesenterium mirigyait, s ha találunk köztük gümőkórosat, irtsuk ki. A therapiás röntgenezés ilyen esetekben mellőzendő a mirigyek szétesésének és átfürödésének veszélye miatt. (Medizinische Klinik, 1919, 13. szám.)

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

Dysmenorrhoea eseteiben *Greinert* jó eredménnyel használja a *menolsint*, amely tulajdonképpen azonos a yohimbinnel. A havibaj tartama alatt naponként 2–3 tableta adandó. Kellemetlen melléktünetek (fejfájás, nyugtalanság) ez adag mellett nem fordulnak elő, ha a beteg a szer használata idején szigorúan kerül az alkoholt. Ha még erősebb hatásra van szükség, a menolsinum compositum használandó, a mely codeinum phosphoricumot is tartalmaz, tablettánként 0.03 gramm mennyiségben. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 10. szám.)

A gyermekkori glottis-görcsöt nem görcstől, hanem a m. posticus hüdéséből eredőnek tartja *Riese* és ennek megfelelően a pituglandol használatától látott jó eredményt. (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, 77. kötet, 2. és 3. füzet.)

A köpetnek gümöbacillusokra vizsgálatában *Marx* tanár az eredeti Ziehl-Neelsen-eljárást oda módosította, hogy a methylenkével való utánfestést mellőzi, vagy pedig methylenkék helyett chrysoidin-oldatot (1 gramm 300 cm³ forró vízben oldva) használ 3 másodperczig. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 15. szám.)

Csecsemőkori nátha eseteiben az orrjáratok eldugulása ellen *Hunaeus* a következő cseppeket használta: Rp. Zinci sozojodolici 0.05, Novocaini 0.1, Sol. suprarenini (1:3000) 3.0, Aqu. destill. 10.0. S. Naponként 3-szor 4–5 csepp jut-tatandó az orrba. (Der Kinderarzt, 1918, 11. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 19. szám. *Sarbo Artur*: Az ágybanfelejtettek-ről. *Ráthonyi Reusz Frigyes*: A hadi neurosisokról.

Budapesti orvosi ujság, 1919, 20. szám. *Pogány Ödön*: Az otogen differential-diagnosis szerepe az általános orvosi gyakorlatban.

Vegyes hírek.

A tuberculosis-gyógyintézetek száma Német-Ausztriában 45, az ágyak száma 4700; rendelkezésre áll továbbá 42 tüdőbeteg-gondozó. 1918 és 1919-ben az állam 7 $\frac{1}{2}$ millió koronát fordított a gümőkór leküzdésére.

Kiseb hírek külföldről. A berlini Koch-intézetben chemotherapiiai osztályt létesítettek *Morgenroth* vezetésével. — *Kraske*, a freiburgi egyetem hírneves sebész-tanára, nyugalmába vonul. — A cseh-tót nemzetgyűlés elhatározta, hogy Brünnben négyfakultású egyetemet létesít. A zágrábi egyetem belorvostan-tanárának *Nicolai* berlini docentst hívták meg. — *Dürck* dr.-t, a müncheni városi kórház prosectorát tiszteletbeli tanárrá nevezték ki.

Meghalt. *B. S. Schultze*, a jeni egyetem volt hírneves szülész-tanára, a gynaekologusok nestora, 92 éves korában.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

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

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

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

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

Kurzusok: { Laboratoriumi diagnostikai eljárások. Oltóanyag- és szérum-termelési methodika.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Fereny József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró légekészülékek, irigritherapia, fürdők. Schneé-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (IV. rendes tudományos ülés 1919 március 8.-án és V. rendes tudományos ülés 1919 március 22.-én.) Budapesti Orvosegyesület otologiai szakosztálya (1919 március 21.-én tartott szakülés.)

Budapesti Orvosegyesület

(IV. rendes tudományos ülés 1919 március 8.-án.)

Elnök: Jendrássik Ernő.

Jegyző: Csiky József.

(Folytatás.)

Ammionlefüződés a jobb lábszáron.

Rablóczky Imre: A 46 éves földművelő-munkás egy éve kocsis a katonaságnál. Kórházba került a bal lábszáron két igen bűzös fekélyvel, a fekélyeket artificialisnak tartották. (Atypusos elhelyeződés, dögbűz, duzzadt lábszár és gyűjtőértágulat hiánya mellett.) A beteg másik, jobb lábszáron a közepén alól erős megvékonyodás látszik, a mi miatt a jobb láb sokkal gyengébb, mint a bal. Kifejti, miért kell elfogadnunk a beteg bemondását, hogy úgy született. Talán a köldökzsinór körülcsavarodása, állandó szorítása okozta ezt az elváltozást. A lábszárak egymáshoz való viszonyának összehasonlítása végett készített lemezképet, s azt figyelve, észrevette az art. tib. post. meszes rajzolatát a lábszárfekélyes lábon. A gyenge jobb láb munkatöbbletet rótt a bal lábra, rajta korai localis arteriosclerosis fejlődött ki. Bemutatja a lemezeket. Másutt a testben arteriosclerosisra gyanút keltő elváltozást nem találtak.

Fontos ez a lelet a betegre nézve, mert megmentette az öncsonkítás vadjától.

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

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

Bemutatás.

Renalis haematuria ritka esete.

Lobmayer Géza: Az eset bemutatását rendkívüli ritkása teszi indokolttá. Az irodalomban hasonló eset ismertetését nem találta. A körképet eddig csak kórbonctani alapon ismertük. A beteg rövid kórtörténete a következő: I. J. 47 éves férfitbeteg 5 év óta állandóan véresét vize; baloldali ágyéktáji fájdalmai vannak. Családjában tuberculosiban nem halt meg senki, ő maga rendkívül halovány, az utolsó időben erősen fogyott. A vesék nem tapinthatók ki. A mindkét veséről felvett Röntgen-kép negatív, ureterkatheterezéskor jobboldalt teljesen normalis, baloldalt rendkívül sok kilúgozott vörös vérszemet tartalmazó vizelet ürül. A február 14.-én sanatoriumban végzett baloldali vesekiirtás alkalmával teljesen ép vesét távolítottunk el, melynek felmetszésekor szabad szemmel csupán a vesemedence dorsalis falán mutatkozik elváltozás, kékes-barnásan elszíneződött két lencsenyi folt alakjában. Mikroskopi vizsgálat (Johan Béla): „A vesemedencéből és ureterből készített metszeteken feltűnik, hogy ezeknek hámbélése a felszint fedő urothel alsó felszínén szemölcsöket alkot, a melyek egyik-másik metszeten különálló fészkeknek imponálnak. E fészkek, illetve szemölcsök néha nagyon sűrűn vannak egymás mellett, a mélyebb rétegekbe azonban nem hatolnak. Egy helyen e fészkek nagyobb complexumot alkotnak és az itt levő fészkek belsejében meg lehetős kiterjedten lumenképződést találunk. Egyebütt is látunk különálló kisebb fészkek-csoportozatokban és itt-ott fészkek belsejében lumenképződést, a lumenek vagy üresek, vagy kolloidszerű anyag van bennük. Megjegyzendő még, hogy az urothelnek vascularisatioja nagyon jól kifejezett. Helyenként vérbőség látszik azokon a helyeken, a hol szabad szemmel a vesemedencében vért látunk, mikroszkop alatt a szövethézagokban vért találunk. A vesemedencében és ureterben feltűnő a Brunn-fészkek nagy száma, a melyek helyenként cystásan átalakulnak és így kezdődő pyelitis,

illetve ureteritis cystica képét mutatják. A nyálkahártyában friss vérzéseket kaptunk.“

Ezen kórszövettani lelet nélkül az esetet az essentialis vesevérzések vagy a látszólag ép veséből kiinduló vesevérzések mindinkább összezsugorodó csoportjába osztották volna.

Műtét után a vérzés teljesen megszűnt s a beteg nyolczadnapra gyógyultan hagyta el a sanatoriumot; azóta testsúlyban gyarapodott.

Johan Béla: Ismerteti a bemutató által operált vese, vesemedence, ureter histologiai vizsgálatának eredményét. A vesecövekben sehol vér nem volt. A vesemedencében és ureterben pyelitis, ill. ureteritis cystica képe. Ez az egyedüli morphologiai elváltozás, a mit talált. Emlékeztet arra, hogy az urothel erősen vascularizált hám, melynek elváltozásai mellett könnyebben jöhet létre vérzés, mint más hámon.

Budapesti Orvosegyesület otologiai szakosztálya

(1919 márc. 21.-én tartott szakülés.)

Elnök: Krepuska Géza.

Jegyző: Verzár Gyula.

Lueses cochlearis-, vestibularis- és facialis-kiesés.

Szász Tibor: A III. sz. belklinika egy 25 éves nőbetegét mutatja be, a kin jobboldali, egy nap leforgása alatt előállott facialis-, cochlearis- és vestibularis-kiesést észlelt; az anamnesis adatai amellé szólnak, hogy néhány napon keresztül az abducens is meg volt támadva. A +++ Wassermann megmutatta a baj okát. Kénesókezelésre a facialis és cochlearis kiesési tünetei visszafelődtek, de a vestibularis ág ma, három hónappal a baj kezdete után is beteg még, mert hőingerekre nem reagál. Érdekes, de már többször látott tünet, hogy forgatásra a beteg oldal úgy reagál, mint az egészséges. A szülő nem fogadja el azt a feltevést, hogy az endolymphában coagulomok vannak; neuritisnek tartja a bajt. Csakis szövettani vizsgálat hozhatja meg a döntést.

Révész Béla: A bemutatott eset érdekességét növeli, hogy a bántalom csak az egyik oldalra szorítkozott, holott rendszeren kétoldali szokott lenni.

Krepuska Géza: Helyeslőleg nyilatkozik, hogy a beteg salvansant nem kapott, mert az ilyen heveny lueses idegglobokban tapasztalatlilag a salvansant egyedül való használata káros befolyást gyakorol a hallóidegre.

Germán Tibor: Egy esetét említi, melyet az I. sz. tartalék-kórházban észlelt s a melyben ugyancsak egyoldali, hirtelen támadt lueses megbetegedése volt jelen a hallószervnek. Az érélyes antilueses kezelés dacára csupán a facialis-bénulás gyógyult meg teljesen, a cochlearis-érzékenység csak némileg tért vissza (hangos beszédet 30-40 cm.-ről hallott), a ramus vestibularis csak forgatásra reagált.

A lágyrészekkel fedett kisagyvelő lehűtésére előálló reakciós mozgás.

Szász Tibor: A III. sz. belklinika 41 éves férfitbetegén hét év előtt külföldön decompressió trepanatiót végeztek a jobb kisagyfélnek megfelelő helyen. Ha a csontablakot fedő lágyrészeket aethylchloriddal lehűti, a beteg mindkét, addig helyesen mutató felső végtagjával bal felé tér el a Bárány-féle vizsgálat alatt. A melegítés hatástalan. Az eset amellé szól, hogy egy-egy kisagyfél mindkét testfelet befolyásolja és nemcsak a maga oldalán levőt, mint eddig a gyakorlatban felvették. Pontos localisatióknak az eljárást nem tartja, de összhangban vannak az észlelt tünetek másokkal, amelyeket azgydaganatos betegekben és olyanokon észlelt, kiknek homlokukon volt az ablakuk.

Az ilyen adatok gyűjtésétől várja, hogy a localisatiós eljárások, melyek ma még nagyon hiányosak, értékükben emelkedni fognak.

Révész Béla: Örömmel látja a bemutatónak azt a törekvését, hogy a Bárány-féle lokalizálás hibaforrásait kiküszöbölni igyekszik és figyelmet a fronto-ponto-cerebellaris pálya útján előálló diagnostikai tévedésekre, melyeket a bemutató a fagyasztási methodussal szintén megmagyarázott.

Rejtő Sándor: *Bárány* 1911-ben végezte ilyen irányú kísérleteit és november 25.-én hozzászóló ott volt Bécsben a befelé mozgó centrum felfedezésekor. *Bárány* úgy véli, hogy minden ízület négyszerezen van képviselve mindegyik kisagyfélben. A mozgó középpontok ízületek és irányok szerinti rendezését valószínűnek tartva, a hasonló esetekben több ízület és irány kipróbálását ajánlja. *Bárány* maga is mint segédeszközt ajánlja félremutatási reakcióját, azért természetesen mint adjuvanst értékeljük mi is az eredményeit az idegyógyászat bonyolult kérdéseiben.

Szász Tibor: *Rejtő* hozzászólására megjegyzi, hogy a bemutatott esetben az a fontos, hogy a jobb kisagyfél lehülésére a bal testfél is reagál. A többi ízületben való vizsgálat természetesen megtörtént, de a demonstratio tárgya csak a reakciós mozgás maga volt, nem pedig a pontos lokalizálás. A *Bárány*-vizsgálatokat maga is csak úgy fogja fel, mint *Bárány*, és ha a többi klinikai tünettel egyezők az eredményei, nagy gyakorlati jelentőségük van. Eppen ezért fontos a hibáit heresni és azokat kiküszöbölni.

Elfogadható-e Ewald feltevése a félkörös ivjáratok ampullofugalis és ampullopetalis ingeréről.

Rejtő Sándor: *Ewald*-ra hivatkozva, a labirintus élet-tanáról író legtöbb szerző dogmaképpen fogadja el, hogy az endolymphának ampullopetalis elmozdulása okozza a nyugalmi tonus fokozódását, az ellenkező irányú pedig, az ampullofugalis, ennek csökkenését.

Ha a *Högyes* vizsgálataival pontosan megállapított izom-összeköttetések alapján vizsgáljuk e kérdést, éppen ellenkező eredményt kapunk.

Vegyük például a szemizmok eltérését a fej hirtelen jobbrafordulásakor a vízszintes síkban. A megállás pillanatában mind a két szem jobbfelé tér el, vagyis a m. r. l. d. és r. m. sin. működnek. Ugyanekkor a labirintusokban is jobbra irányuló lesz az endolympha elmozdulása, a mi a labirintusok anatómiai helyzete következtében a jobb-oldaliban ampullofugalis, a baloldaliban ampullopetalis ingert jelent.

Högyes alapján elfogadjuk, hogy a m. r. l. d. és a m. r. m. sin. a jobboldali labirintussal állanak összeköttetésben. Az adatokat egybevetve kitűnik, hogy a r. l. d. és r. m. sin. működése vagyis tonusának reflex úton történő fokozása a velük összeköttetésben álló jobb labirintus ampullofugalis endolympha-elmozdulásától függ. Az ampullofugalis áramlási irány ezek szerint a nyugalmi tonust fokozó, az ampullopetalis pedig csökkentő hatású.

De ugyanezt az eredményt adja *Ewald* vizsgálatainak és klasszikus kísérleteinek vizsgálása is, ha a *Marikovszky* kutatásainak izomösszeköttetéseit vesszük alapul, a ki úgy találta, hogy minden labirintus az ugyanazon oldali abducens, extensor és pronator és az ellenkező oldali adductor, flexor és supinator csoportokkal áll összeköttetésben. *Ewald* nem volt figyelemmel az erők pályáira, sajnos nem ismerhette *Högyes*-nek akkor még csak magyar nyelven közölt vizsgálatait és pusztán azon tényből, hogy az ampullopetalis irányú kétszerte erősebb ingernek találta, mint az ampullofugalist, önkényesen vélte az erősebbet a fokozó, a gyengébbet pedig a csökkentő erőhatásnak. Az előadó ezen fokozati különbséget teljesen számításon kívül hagyja, mert ezt a mesterséges viszonyok és a physikai törvények magyarázzák meg.

PÁLYÁZATOK.

2494/ki. 919. szám.

Fejér vármegye Kisláng községében rendszeresített községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Kézpénz-alapfizetés évi összege 2000 korona.
2. A békekötést követő polgári év végéig működési pótlék 4000 korona.
3. A vármegyei tisztviselőket megillető drágasági pótlék a vármegyei szabályrendeletben megállapított összegben és időtartamra.
4. 5 évenként 200 korona korpótlék.
5. Szabad lakás és szükséges mellékhelyiségek.

Mivel végleges orvosi lakás még felépítve nincs, addig is nőtlen orvos részére megfelelő ideiglenes lakás rendelkezésre áll. Felhívjuk mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítéseiket igazoló okmányokkal

felszerelt kérvényüket e hivatalhoz legkésőbb f. évi május hó 30.-áig benyújtásuk.

A választás határideje később lesz kitűzve.

Székesfehérvár, 1919 május hó 12.-én.

Járási intéző bizottság nevében:
Heltay s. k., politikai megbízott.

HIRDETÉSEK.

Kurhaus Semmering

Physikalis-diaetikus magaslati gyógyintézet, 1000 méter a tenger színe felett, egész éven át megszakítás nélküli üzem.

Főorvosok: Dr. Franz Hansy és Dr. Carl Kraus
egészségügyi tanácsosok.

THYOMALT HAAS

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

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

Javalva: a légzőszervek összes hurutos bántalmainál.

Mintaadaggal és irodalommal szívesen szolgál a készítő:

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

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

készülékek magyarországi egyedárúsítója

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.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. Intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szívesen szolgál:

Dr. EGGER LEO és EGGER J.
Gyógyszerészeti és vegyészeti czikkok gyára
BUDAPEST, VI., Révai-utca 12. szám.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Ónodi A.: Az aorta aneurysmájának áttörése a légcsőbe. 227. lap.

Ujj Sára: Közlemény a budapesti egyetemi gyermekklinikával kapcsolatos „Stefánia”-gyermekkorházról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.) Ileus verminosus gyógyult esete. 228. lap.

Márton Adolf: Közlemény a fővárosi Szent László- és Szent Gellért-kórháznak Gerlőczy Zsigmond dr. egyetemi tanár, igazgató-főorvos és Preisich Kornél dr. egyetemi magántanár, főorvos vezetése alatt álló osztályairól. A leukocyták jodreactiójáról járványos influenzában. 228. lap.

Epstein László: Adatok az elmebaj kóros színlelésének pathogenesiséhez. 229. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvosstan. Leschke: A szivbajok felismerésekor és megítélésük előforduló tévedések. — Stühmer: A salvasan után beálló agyoedema. — Salomon: A Karell-kúra módosítása. — E. F. Müller: A másodlagos anaemiák kezelése. — Sebészeti. Ham: Narcosisban bekövetkezett szivmegállásnak szivmasszá-lással sikeresen kezelt esete. 232—234. lap.

Magyar orvosi irodalom. 234. lap.

Vegyes hírek. 234. lap.

Tudományos Társulatok. 235—236. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az aorta aneurysmájának áttörése a légcsőbe.

Irt: Ónodi A. dr., egyetemi nyilvános rendes tanár, az orr- és gégegyógyászati klinika igazgatója.

Az első eset 57 éves nőbetegre vonatkozik, kit 1916 márczius havában légzési nehézségek miatt vettek fel klinikámra. Három hó előtt fájdalmas köhögése kezdődött, mely légzési nehézséggel járt. A gégetükrészeti vizsgálat mutatja, hogy a bal hangszalag a középvonalban mozdulatlan, a jobb hangszalag mozog. A fokozódó légzés-nehézségek miatt még felvétele napján légcsőmetszés végeztetett, de a nehézlégzés a kanül behelyezése után sem szűnt meg, a megkönnyebbülés csak a König-féle kanül behelyezése után következett be. A belgyógyászati vizsgálat eredménye: Enderteriitis verosimiliter luetica, insufficiencia aortae, stenosis ostii art. sin., aneurysma arcus aortae. Röntgen-lelet: A szívarnyék balfelé és befelé jelentékenyen megnagyobbodott. Az aorta ivétől a középarnyékhoz csatlakozóan csaknem ökölnyi pulzáló árnyék van jelen, mely balra forduláskor az ú. n. hátulso tüdőteret kitölti. Egy héttel később elvérzett a beteg. Kórbonczatani lelet: Tyúktójasnyi szűknyakú aneurysma az aorta descendens legfelső részén, mely egyrészt a gerincoszlopot, a III. csigolya testének elülső részét uzurálta, másrészt közvetlenül a bifurcatio fölött mintegy 3 cm. hosszú és 1½ cm. széles nyílással a tracheát perforálta. Az egész aortára kiterjedő mesarteriitis luetica volt jelen.

A klinikai lelet megmagyarázta a bal hangszalag median állását az aneurysmának a bal alsó gégeidegre gyakorolt nyomása folytán; a légzési nehézségnek csupán a König-féle kanül segítségével sikerült megszüntetése pedig mélyen fekvő légcsőszűkültre engedett következtetni. Mindkét felvételt megerősítette a bonczolat. A felvett Röntgen-kép mutatta az aorta-aneurysmát és in situ a bevezetett König-féle kanült, mely az aneurysma által okozott légcsőszűkületen, közvetlenül a bifurcatio felett, átment és megszüntette a légzési nehézségeket. A szövettani lelet a bal recurrensben ép idegrostok mellett elfajult rostokat is mutatott és ezen leletnek megfelelően a posticus-idegben több elfajult és kevés ép idegrostot. Ezen kórszövettani lelet megmagyarázza a bal hangszalag median állását, valamint a posticus-hűdés folyományaként bekövetkezett másodlagos contracturáját az antagonista szűkítő izmoknak.

A második eset M. P. 46 éves férfibetegre vonatkozik, a kit igen súlyos légzési nehézségekkel 1916 december hó 20.-án vettek fel a klinikára, a hol az aorta aneurysmáját állapították meg és haladéktalanul légcsőmetszést hajtottak végre. A gégében a hangszalagok mozgásai eltérést nem

mutattak. Egy hét múlva hirtelen vérzés állott be a szájon és a kanülon át; a beteg elvérzett. A bonczolás az arterio-sclerosis, a mesarteriitis luetica súlyos alakját mutatta és az aorta descendens legfelső részén almanagyságú aneurysmát, a mely a 2. és 3. hátcsigolyát arrodálta és a légcsövet át-



törte. Azonfelül a bárzsing elülső részén tractiós diverticulum volt jelen. Az aneurysma kétújjnyira a bifurcatio felett kis-újj számára átjárható nyíláson tört át a légcsőbe. Az alsó gégeidegek törzseit az aneurysma nem nyomta, miért is a hangszalagok mozgási eltérést nem mutattak. Az aneurysma nyomása okozta a nehézlégzést. Az ábra mutatja a megnyitott légcső készítményét az aneurysma szabálytalan szélű nagy áttörési nyílásával.

Közlemény a budapesti egyetemi gyermekklinikaival kapcsolatos „Stefánia”-gyermekkorházából. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.)

Ileus verminosus gyógyult esete.

Közli: Ujj Sára dr., egyet. tanársegéd.

Esetünk az obturációs ileusnak azon aránylag elég ritkán előforduló alakja, midőn a bél-lumen eltömülését nagyszámú s többnyire gomolyagba összecsomózott bélférgek — ascarisok — okozzák. Ismertetését indokoltá teszi az eset nagy gyakorlati jelentősége.

D. András, 7 éves fiú, az utóbbi időben vidéken tartózkodott s már több napja panaszkodott hasfájdalmáról. Anyja 1915 november 9.-én látogatta meg és heves hasfájdalmi miatt hozta fel a fiút Budapestre. November 10.-én mutatták be a kórházban azon panaszszal, hogy a fiú az előző nap óta nagyon rosszul van, mindent kihány, erős hasfájdalmi, görcsei vannak. Széke volt, de nem kielégítően.

Jól fejlett és jól táplált fiú, kissé kollabált, szemei beesettek, nyelve tiszta, de száraz. Több ízben hányásinger. A mellkasi szervek felett eltérés nincsen. A pulsus eléggé telt, száma percenként 90. Láztalan.

A has erősen, egyenetlenül elődomborodó, a hasfalán át bélcintórok kifejezetten láthatók s enyhe ütögetéssel élénk bélpéristaltica váltható ki. A has tapintásra diffuse érzékeny, a bal csipőtányér felett homályosan kis ökölnyi terjedelemben resistenciát észlelünk. Flatus nem ürül. Tekintettel a súlyos tünetekre, melyek alapján heveny bélelzáródást (invaginációt?) kellett felvennünk, azonnali műtéti beavatkozást tartottunk javaltnak.

Hasmetszés a középvonalban (Ádám Lajos egyet. magántanár), amikor kitűnik, hogy sem invaginatio, sem strangulatio nincs jelen. A peritoneumon, bélfalon kóros elváltozás nincs, hanem a vékonybél magasabb részeiben a bélfalon át helyenként hosszúságú, orsóalakú képletek tűnnek át, melyek tapintással ascarisoknak bizonyulnak, a lejjebb lévő vékonybélrészben pedig nagyobb számmal, egy helyen oly tömegben vannak jelen, hogy körülbelül kis ökölnyi daganatot alkotva, a bél lumenét teljesen elzárják. Bélmassage-zsal nem sikerült teljesen eloszlatni a daganatot, de sikerült megvizsgálni az ascaris-gomolyt. Réteges hasfalvarráttal a hasat zárjuk. Pár óra múlva ricinus-olajat adagolunk, de a fiú kihányja, majd beöntést adunk, de eredmény nélkül.

November 11. Láztalan. Több ízben hányt. A has még puffadtabb. Erős görcsös hasfájdalmi vannak. Délelőtt aqua laxat. Vienn.-t adagolunk, délután pedig santonint calomellel.

November 12. Láztalan. A közérzet nem javult. A hányás-inger fennáll. A beöntés eredmény nélkül marad, úgy, hogy ismét aqua laxat. Vienn.-t adunk. Délben volt első ízben széke, de igen kevés s ekkor három ascaris távozott.

November 13. A hányás megszűnt. 20 ascaris ürült. A has kevésbé puffadt. A közérzet javult.

November 14. A közérzet jó. Az étvágy kezd megjönni. Ezen a napon 50 ascaris távozott.

November 17. A hasse per primam intentionem egyesült. A has nem puffadt, nem érzékeny. Ascarisok még ürültek, de már gyéren.

November 21. A gyermek gyógyultan hagyta el a kórházat. Az eltávozott ascarisok száma összesen 85.

A diagnosis felállításakor nem gondoltunk helminthiasisra, mert az anamnesis erre semmiféle directívát sem nyújtott. De alig is gondolhattunk e felette ritka eshetőségre, midőn az ileus acutus ily súlyos alakjával álltunk szemben, mely azonnali műtéti beavatkozást igényelt. Hogy az ascarisok ily módon komolyan veszélyeztethetik-e a beteg életét, még nem is oly régen nagy irodalmi vita tárgya volt. Így Lebert véleménye (1880): „Nicht minder willkürlich, leichtfertig, ohne genaue Krankengeschichten und Obduktionsberichte ist die Annahme, dass Spülmwürmer durch ihre Massenhaftigkeit Darmverschluss und Tod durch Ileus herbeiführen können. Die Möglichkeit besteht, aber jeder Beweis für die Wirklichkeit fehlt.“ Pedig Bretonneau 1826-ban megjelent, a diphtheriáról írt korszakos munkájában már említi, hogy elvesztette egy reconvalescens diphtheriás betegét görcsök és hányás tünetei között s a bonczolásor két csomó összehonódott ascarist találtak, melyek a béllument elzárták, a bél-falat kitágították és arrodálták. Később úgy vélték, hogy a tömegesen jelenlévő ascarisok csak a halál után alkotnak csomókat, mert bonczolásor alkalmával találkoztak e képpel. Mosler és Peiper (1894) azonban már felvette, hogy még az élőben jönnek létre a csomók, a mint azt mi is kitapintottuk esetünkben a hasfalán át. Később Lynch (1904) és Nobécourt (1909) már határozottan állítja, hogy kivételes esetekben az ascarisok az életet veszélyeztető ileus kórképét is előidézhetik. (Lynch: „Former des pélotons.”) Hasonló

eseteket közölt még Pelzynski 1888-ban, Simon 1892-ben, Fellmann, valamint Miyake 1908-ban.

Az ascarisok tartózkodási helye a vékonybél lévén, itt okozzák rendszerint a bélelzáró csomót, de kivételesen a vastagbélben, sőt a Meckel-diverticulumban is okozhatják, mint azt Renon és Porot esetében látjuk.

Ha a közölt eseteket abból a szempontból nézzük, hogy mekkora a bélelzáródás súlyos képét létrehozó ascarisok száma, azt találjuk, hogy az ileus kifejlődése és súlyossága nincs mindig arányban az ascarisok számával. Azt tapasztaljuk ugyanis, hogy olykor igen nagy tömegben távoznak ascarisok aránylag rövid idő alatt a bétractusból s a bélpassage-t mégsem zavarják,* míg más esetben már néhány ascaris elegendő az esetünkhez hasonló súlyos kórkép létesítésére. Így Simon esetében 11 éves gyermekben a tünetek súlyossága miatt anus praeternaturalist kellett készíteni, melyen át másnap 7 élő ascarisból álló csomó távozott; utána a bélsár a rendes úton ürült s a beteg felgyógyult. Pelzynski a flexura coli lienalis táján nyomásra érzékeny daganatot észlelt, mely santonin- és calomel-adagolásra eltűnt, miközben 20 ascaris távozott. Stepp esetében a daganatot 40—50 ascaris alkotta, Miyake esetében 83. A Winocouroff közölte esetben összesen 110 ascaris távozott, a mi esetünkben pedig 85. Ugy, hogy Miyake nem ismeri el, hogy az ascarisok nagyobb tömegben való jelenléte egymagában okozhatná az ileust, hanem elősegítő momentum is kell, hogy szerepeljen; így igen bő étkezések, diéta-hibák, a has átfázása, továbbá testi megerőltetés, melyek mindannyian fokozzák a bélpéristaltikát.

A mi a kort illeti, főleg gyermekeken észlelték, a mi talán összefüggésbe hozható azzal, hogy az ascarisok a gyermekkorban aránylag gyakrabban fordulnak elő. Emellett szól az, hogy újabban, midőn a háború okozta rossz hygienés viszonyok miatt a bélférgeket felnőttekben is sűrűbben látjuk, néhány ilyen ascaris okozta ileus-esetről számoltak be felnőtteken.

Az ascaris okozta bélelzáródás kezelését illetőleg a súlyos esetekben azonnali laparotomia javalt. Laparotomia végzendő azon kevésbé súlyos esetekben is, melyek belső gyógyszerelésre nem enyhülnek. Nobécourt említi, hogy a Fellmann által észlelt 6 és a Miyake által észlelt 1, tehát összesen 7 eset közül 3 gyógyult műtéttel, 1 meghalt a műtét daczára és 3 meghalt a nélkül, hogy műtétet végeztek volna. E kis statisztikából is láthatjuk egyrészt az ileus verminosus nagy halálozási százalékát, másrészt pedig a sebészi beavatkozás indokoltságát. A diagnosis felállítása kétségtelenül nehéz s legtöbbször csak post mortem a bonczolásor, vagy laparotomia közben tűnik ki, hogy ascariasis okozta az ileus tüneteit.

Irodalom. V. Hutinel: Les maladies des enfants. Tome III. 1909. — J. Grancher, J. Comby: Traité des maladies de l'enfance. Tome II. 1904. — H. Nothnagel: Tierische Parasiten. 1894. — C. Gerhardt: Handbuch der Kinderkrankheiten. IV. Band., II. Abt., 1880. — Miyake: Archiv f. klin. Chir. LXXXV. Band., 1908. — Winocouroff: Zentralblatt f. Kinderheilkunde, 12. Jahrg., 1907. — Péteri: Orvosi Hetilap, 1910.

Közlemény a fővárosi Szent László- és Szent Gellért-kórháznak Gerlóczy Zsigmond dr. egyetemi tanár, igazgató-főorvos és Preisch Kornél dr. egyetemi magán-tanár, főorvos vezetése alatt álló osztályairól.

A leukocyták jodreactiójáról járványos influenzában.

Irta: Márton Adolf dr., alorvos.

A járványos influenzában végzett haematologiai vizsgálatok, amelyek különösen a vér leukocytaféleségeinek megváltozott viszonyaira vonatkoznak, reámutattak bizonyos különb-

* Klinikánk beteganyagában 1910-ben Péteri I. egyet. magántanár négy testvért észlelt egyazon időben, kik közül az elsőből 34, a másodikból 175, a harmadikból 449 és a negyedikből 39 ascaris távozott aránylag rövid idő alatt; hangsúlyozta, hogy az ascarisok tömeges jelenléte ezen esetekben alig befolyásolta szembetűnően a gyermekek közérzetét s defaecatiós zavarokat egyáltalában nem okozott.

ségekre, amelyek a nemkomplikált és komplikált (többnyire pneumonia) influenza-esetek között vannak.

Általában a szerzők nagyrésze arra az eredményre jutott, hogy nem komplikált influenza eseteiben leukopenia következik be (*Citron, Kroner, Jagic, Schiff és Mátyás*).

A komplikált influenzákban (többnyire pneumonia, empyema) leukocytosist találtak (*Rosenow, Citron, Rolly*).

Későbbi vizsgálatokból kitűnt, hogy a leukocytosis nem mindig jelentkezik, sokszor normalis marad a leukocyták száma, sőt leukopenia állhat fenn. *Jagic* az általa vizsgált, pneumoniával komplikált esetek felében nem talált leukocytosist. *Schiff* és *Mátyás* kilencz pneumoniás esete közül kettőben normalis volt a leukocyták száma, kettőben leukopenia állott fenn.

Kisterjedelmű pneumoniával szövődött esetekben *Schiff* és *Mátyás* a leukocyták számát normalisnak vagy csökkentnek találta, csak kivételesen volt leukocytosis.

Látjuk tehát, hogy pneumoniás influenza eseteiben a vérbeli elváltozások szabálytalanul jelentkeznek.

Ehrlich észlelte először, hogy bizonyos betegségekben jodérzékeny anyagok vannak a vérben, különösen a leukocytákban. *Czerny* szerint ezek a jodra reagáló sejtek a necrosos szigetektől kerülnek a véráramba. *Goldberger* és *Weisz* szerint a jodophil leukocyták a genyből kerülnek a véráramba, a jodérzékeny anyag a gyuladás helyén keletkezik. *Kaminer* szerint a leukocytosis játszik legnagyobb szerepet a jodophiliát létrehozó pathologiai tünetek között, annyira, hogy pozitív reactiót csak fennálló leukocytosis mellett észlelt. Lehet azonban leukocytosis jodophilia nélkül. A vizsgálok a jodreactiót pozitívnek találták pyaemiában, sepsisben, pneumoniában, diabetesben, progressiv anaemiában, scarlatinában stb. *Neutra* vizsgálatai szerint morbilli-esetek negatív reactiót adtak, többször volt pozitív a reactio olyan esetekben, amelyek pneumoniával voltak komplikálva.

A reactio legegyszerűbben úgy végezhető, hogy a megszáritott, nem fixált fedőlemez-készítményre egy csöpp jodgummi-oldatot csöppentünk (Jodi pur. gr. 1·0, Kali jod. gr. 3·0, Aquae d. gr. 100·0, Pulv. gummi arab. qu. s., amíg syrupszerű lesz), tárgylemezen lefedjük s olajimmersióval vizsgáljuk. Negatív reactio esetén a leukocyták vagy egyáltalában nem festődnek, úgy hogy a mag és a protoplasma alig különböztethető meg egymástól, vagy többnyire a protoplasma halványsárgára festődik, a mag nem festődik, elég jól megkülönböztethető a protoplasmától. Positív reactio esetén a protoplasma (leginkább a neurophileknél) kifejezetten sárgás-vörösesre, sárgás-barnára vagy vöröses-barnára, igen erős jodophiliánál sötét barnára festődik. A szemcsézettség jól kivehető. A mag itt sem festődik; szembeszőköen különbözik a protoplasmától.

Huszonkilencz influenza-esetben vizsgáltam a jodreactiót. A vizsgálatokat naponként végeztem.

I. Negatív reactiót adó esetek.

A vizsgált esetek közül nyolcz esetben a jodreactio negatív volt a betegség egész tartama alatt. Négy eset a betegség első, egy a betegség harmadik, egy a negyedik és kettő a hetedik napjától vizsgálatott. A betegek, egy a hetedik napon bekerült beteget kivéve, mind lázasak voltak, az influenza-diagnosis kétségtelen volt, complicatiót nem találtunk, a lefolyás sima, zavartalan volt. Egy esetben volt pozitív a reactio a harmadik vizsgálati napon, két megelőző negatív reactio után, másnap a reactio ismét negatív volt; klínice a betegen más, mint bronchitis, kimutatható nem volt.

II. Positív reactiót adó esetek.

A vizsgált esetek közül huszonegy esetben kaptunk pozitív reactiót, amely többnyire igen kifejezett volt. Ezek mind pneumoniás esetek voltak. Egy részükön a kórházba jövetelkor már megvolt a pneumonia, a másik részükön a pneumonia a kórházban fejlődött.

a) A kórházba pneumoniával behozott esetek. Tizenöt esetben már a kórházbajövetelkor pneumonia volt kimutatható, egy betegen a pneumonián kívül empyema is volt. Ezek

közül hat halálosan végződő esetben a halál napjáig pozitív volt a reactio. A gyógyulással végződött esetekben a reactio negatívvá vált. Nagyobb kiterjedésű pneumonia eseteiben hosszabb ideig volt pozitív a reactio. Két esetben a betegség 22., egy esetben a 18. s egy esetben a 17. napon vált negatívvá a reactio. Kisebb terjedelmű bronchopneumonia-esetekben rövidebb ideig volt jodophilia. Egy esetben a 15., egy esetben a 11., egy esetben a 10., egy esetben a 9. és egy esetben a 8. napon szűnt meg a jodophilia.

b) A kórházban fejlődött pneumonia-esetek. Hat esetben a pneumonia a beteg kórházbahozatala után fejlődött ki. Négy halálos kimenetelű volt, kettő gyógyult. A jodreactio itt is minden esetben pozitív volt. A pozitív reactio két esetben a pneumonia fejlődésével egyszerre következett be megelőző negatív reactio után. Négy esetben, még mielőtt a pneumoniát klinikailag meg lehetett volna állapítani, a jodreactio pozitívvá vált. Két esetben két nappal, két esetben egy nappal a pneumonia megállapítása előtt volt pozitív a jodreactio. A gyógyult két eset közül az egyikben a pneumonia jelentkezését követő 10., a másikban a 7. napon vált negatívvá a jodreactio.

Mint a fentemlítettékből kitűnt, a leukocytosis az influenzapneumoniáknak nem állandó kísérője, sőt vannak pneumoniák leukopeniával.

Jodophilia minden pneumoniás esetben van; még ott is, ahol leukopenia mutatható ki. Két pneumoniás eset közül egyben 3600, a másikban 3200 leukocytá mellett élénk jodophilia volt. (Ezeket a betegeket *Schiff* és *Mátyás* is vizsgálta, a leukocytaszámokat az ő dolgozatukból veszem.) *Kaminer* észlelete tehát, hogy jodophilia csak fennálló leukocytosis mellett lehetséges, nem állítható fel szabályképpen, mert leukopenia mellett is lehet jodophilia.

Összefoglalás: 1. Nem komplikált influenza-esetekben a leukocyták jodreactiója negatív, kivételesen pozitív.

2. Pneumoniával komplikált influenza-esetekben a jodreactio mindig pozitív. A pozitív reactio az esetek egy részében megelőzi a pneumonia klinikai kimutathatóságát.

Irodalom. *Citron*: Berliner klin. Woch., 1918, 33. és 43. sz. — *Kroner*: Berliner klin. Woch., 1918, 30. sz. — *Jagic*: Wiener klin. Woch., 1918, 46. sz. — *Schiff* és *Mátyás*: Orvosi Hetilap, 1918, 47. sz. — *Rosenow*: Med. Klin., 1918, 30. sz. — *Rolly*: Jahreskurse f. ärztl. Fortbild., Oktoberheft. — *Naegeli*: Blutkrankheiten u. Blutdiagnostik, 1908. — *Czerny*: Archiv f. exp. Path. u. Pharm., 1893. XXXI. — *Goldberger* és *Weisz*: Wiener klin. Woch., 1897. — *Kaminer*: Deutsche med. Woch., 1899. — *Neutra*: Zeitschrift f. Heilk., 1906, XXVII., 11. sz.

Adatok az elmebaj kóros színlelésének pathogenesiséhez.

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

(Folytatás.)

A további megfigyelés tartama alatt nyugodt, rendes magaviseletű és értelmesen beszél, elszórazodik, de gyakran nyomott hangulatú is, könyezik, sír, nem eszik, busul a családja után, különösen emlegeti a gyermekeit; többször aggódik, hogy mégis csak behívják a katonasághoz, majd viszont kéri, hogy bocsássák őt hadimunkára, vagy engedjék őt haza, ha nem katona, mert ő nem elmebeteg, csak a sok baj miatt ideges.

Az orvosok felvilágosító és biztató szavai őt ilyenkor többé-kevésbé megnyugtadják, néha gyors hangulatváltozást is idéznek elő benne, úgy, hogy derült, sőt vidám kedélyűvé válik, de e megnyugvás csak ideig-óráig tart és töprengése, aggodalma, nyomottsága újból visszatér, e mellett változatlanul fennáll a fentebb említett sajátos nyögés is.

Körülbelül két hónap lefolytával kedélybeli egyensúlyra némileg helyreáll, hangulata jobb; munkára is kezd járni, holott eddig tétlenül töltötte idejét és nem is mutatott semmi kedvet a munkához, sajátos nyögése is lassanként megszűnik. Időnként még felveti ugyan a kérdést, hogy csakugyan végérvényesen el van-e bocsátva a katonaság kötelékéből, de a kérdés már nem nyugtalanítja őt úgy, mint korábban és nem idéz fel benne oly nagy reactiót. De busul

azon, hogy tébolydában van. Ha tudta volna, mondja, hogy annak, hogy elmebajt „markiroz“, olyan következményei lesznek, akkor azt bizonyára nem tette volna; inkább a börtönben ülné le érte a büntetését, semhogy itt mint elmebajos évekig maradjon. Azt hitte, hogy ha tébolydába kerül és itt elmebajosnak találják is, a felesége őt bármikor kiviheti. De mivel látja, hogy milyen nehezen lehet innen kiszabadulni, nagyon sajnálja a tettét és átkozza azt a fiatalembert, a ki őt arra rávette. Mondja, hogy teljesen jól érzi magát s csak a gyermekei után búsul; nincs is neki másféle idegessége és azt a sajtószertű nyögést is csak erőltette, míg végül annyira megszokta, hogy csak nehezen tudott róla ismét megszokni. De végül sikerült neki, mert attól tartott, hogy nem bocsátjuk el, a míg az rajta lesz. Mialatt ezeket elbeszéli, elérzékenyül és sírva fakad. A kérdésre, hogy mindig hajlott-e úgy a sírásra, megjegyzi, hogy ez csak azóta van, a mióta attól kellett tartania, hogy a katonasághoz kerül; annyit beszélt neki gránátokról, hogy abbéli félelmében, hogy elpusztul s gyermekeit itt kell hagynia, sokszor lement a pinczébe s ott kisírta magát. Ha a gyermekei miatt nem aggódnék, akkor már régen önként jelentkezett volna a katonasághoz. Egyedüli vágya, hogy a családjához visszatérhessen.

Minthogy a beteg heteken át állandóan nyugodt magaviseletű volt, szorgalmasan dolgozott, megfelelően el is szórakozott, minden tekintetben tájékozott volt, értelmesen beszélt és cselekedett és bizonyos hangulatbeli érzékenységen kívül semmiféle rendellenességet már nem mutatott, 1916 április 6.-án gyógyultán bocsátottuk el az intézetből. Több hónappal elbocsátása után sorsa iránt érdeklődvén, megtudtam, hogy állandóan jól van.

Az előbbieken már közölt előzményi adatokat még a következőkkel egészíthetjük ki.

Neje előadása szerint a beteg, a ki nyolcz év óta férje, azelőtt mindig egészséges volt, rendszeren is járt dolgozni és iszákos nem volt. 1915 március 15.-én bevonult a katonasághoz, de mert egy kicsit nagyothallott, felülvizsgálatra küldték K.-ba, ahonnan egy ízben két napra hazajött, amikor is semmi különöset sem észlelt rajta. Hasonlóképpen nem tapasztalt rajta rendellenességet két látogatása alkalmával, a melyet ő maga tett férjénél ennek bevonulási helyén. Harmadik látogatásakor azonban már súlyos betegnek találta, nem igen tudott beszélni és nehezen lehetett őt megérteni. Később meglátogatta őt N.-ben, a hová férjét időközben elszállították, ott már fennjáró volt, beszélni is tudott, de sajtószertűen dadogott, mindig „á“-t mondott és félre is beszélt; de őt, t. i. az asszonyt, megismerte és gyermekeiről kérdezősködött; azonban csunyán, zavartan nézett rá és azt kérdezte, hogy minek jött hozzá. Ugyanígy viselkedett második látogatásakor, míg egy későbbi alkalommal arra kérte, hogy vigye őt haza, mert ott sohasem fog meggyógyulni. Ki is adták neki a férjét és együtt utaztak haza U.-ra. Az egész úton nem beszélt semmit, csak folytonosan nyögött. U.-ra érkezvén, ő maga vette észre, hogy hol van, és kiszállt. Otthon örült a gyermekeinek és az első időben gyakran így fakadt ki: „Gazemberek, k. . . kapitányok, meg akartok engem fosztani a családomtól!“ Éjjel szidta a királyt, többször álmából is felébredt, a macskát az ágyba vitte vagy tánczolt vele. Feleségére rátámadt, hogy nem az ő neje, már elvált tőle, máskor meg őt és a sógornőjét királynénak mondta és autót akart neki rendelni; majd viszont pénzt kért tőle és ha nem adott neki, csipte őt és a haját fogta; egyszer kimaradván hazuról, éjjelkor a lakásablak elé jött, azt megzörgette és 5 frt-ot kért, mondván, hogy vissza kell mennie, mert motor várja; amikor felesége nem akarta neki a pénzt átadni, késsel ütött feléje és lármázott, majd megkapván a kért pénzt, elment és csak másnap jött haza. Egyéb feltűnő dolgot is művelt és mindenféle ostobaságot csinált, pl. belekapott a meg nem főtt ételbe és azt megette, össze-vissza beszélt, a seprűn nyargalva ugrált stb., úgy hogy felesége és gyermekei féltek tőle. Máskor viszont egészen rendszeren beszélt és okosan viselkedett. Intézetbe hozatala napján reggel is, amikor őt utoljára látta, rendszeren viselkedett és akkor

semmi feltűnőt nem észlelt rajta, csak előző este fájlalta a fejét és kérte a feleségét, hogy sósborszeszszel dörzsölje és borogassa a fejét.

Bemutat a beteg neje egy katonai okmányt is, a melyet férje a következő összefüggés nélküli és részben teljesen értelmetlen szökből álló mondatokkal írt tele: „a gászemberek a mid aszén családomat irilika kugyák mid agylőni nekem akarnak parancsolni nekem még a szagasze mer ki valaki parancsolnak“. „Én is vagyok ajan u á mid egy királ nem vagyok katona nekem nem barancsolnak parancsoljanak asz anyuk . . . nak“ „á persze engem á besoroztak á a knep jól á foltam á vanbegén a kapába a kiszuperáltak a tevé hogy bármiféle a fegyver alá alkalmatlan ama satczora vagy harmaczora menem“ „Epen olaszország, Epen berlin; magyarország hogy ő gazember királ“. „Szerb vagyok, olasz vagyok, orosz vagyok, épen abszug magyar“.

A n.-i tartalékkórház elmebetegosztályától bekért kórrajz említi, hogy a hatóságilag beszerzett adatok szerint L. D. 20 éves kora óta időközönként iszákoskodik, 1915-ben pedig a jégen elcsúszván, fején megsérült, mely baleset után egy hónappal kedélye megváltozott, zavartan, összefüggés nélkül beszélt és ön- és közveszélyes lett. 1915 június 6.-án megfigyelés végett került E.-be, egy katonai kórházba, ahol erős fejfájásban szenvedett, állandóan nyöszörgött és jajgatott, egész testében remegett, étvágytalan volt, beszéde megnehezített, alvása rossz. A n.-i tart.-kórházban 1915 június 12.-én történt felvételkor kongestionált külsejű volt, egész testében nagyfokú remegést mutatott, szív működése labilis volt (60—120) bőr- és inreflexek élénkek, fájdalomérzés csökkent, járása tántorgó, szélestalpú, testtartása hajlott, csukott szemmel erősen ingott. A további vizsgálat és megfigyelés alatt hiányos tájékozottságot mutatott, fejfájásról panaszkodott, álmatlanságban szenvedett, beszéde dadogó és nehezen érthető volt, folyton nyöszörgött és jajgatott, zavaros téveszméket és érzékcsalódásokat nyilvánított, időnként izgatott volt és veszélyesen fenyegetőzött, a hozzátartozóihoz intézett leveleiben feljebbvalóit sértésekkel illette. Időnként rendes viselkedést is tanúsított. Kezdetben csak keveset evett és tartósan ágyban feküdt, később fenjárt és rendszeren táplálkozott. Két ízben akasztással öngyilkossági kísérletet követett el. Október 24.-én „javultan“ hazabocsátott és a vizsgálati lelet alapján e körjelzéssel „Chronische Alkoholvergiftung mit episodischen Geistesstörungen (hallucinatorisch delirante Erregungszustände)“ a hadsereg kötelékéből való elbocsátásra véleményeztetett.

Röviden összefoglalva az eset a következő: Egy 35 éves egyén, a kinek atya iszákos volt és a ki maga is időnként szesz italokkal visszaélt és gyermekkorá óta „fülfolyás“-ban szenved, 1915 január havában besoroztatott katonának, a mi őt családjá miatt táplált aggodalmánál fogva rendkívül elszomorította. Bánatát, saját előadása szerint, közölte egy fiatal emberrel, a kivel a sorozás után megismerkedett, és az illető pénzért azt a tanácsot adta neki, hogy tettesse magát elmebetegnek, mert ez uton megszabadulhat a katonaságtól; ki is oktatta, hogy a tettetést miképpen végezze. Körülbelül ugyan ezen időtájt történt, hogy a jégen elcsúszván, fején megsérült, amikor is, állítása szerint, füléből vér folyt, de komolyabb bajról, a mely ennek kapcsán jelentkezett volna, nem tesz említést. Hatósági értesítés szerint azonban egy hónappal e baleset után kedélye állítólag megváltozott és zavartan, összefüggéstelenül beszélt. 1915 március havában bevonult a katonasághoz, de fülbaja miatt csakhamar kórházba került, ahol erős fejfájásban szenvedett, állandóan nyöszörgött, egész testében remegett, étvágytalan volt, rosszul aludt és nehezen érthetően beszélt. Egy ízben a háborúról folyván ott a szó, egyesek rémes dolgokat meséltek, a mi őt annyira megfélemlítette, hogy ki akart ugorni az ablakon. Állítása szerint ezt ugyancsak „markirozásból“ tette és társainak előre is megmondta, de az orvos kérdésére mégis azt felelte, hogy tettére nem emlékszik és még azt is említette, hogy otthon egyszer már a vonat alá akart feküdni. Az orvos ezek után cselekedetét elmezavarra vezette vissza és őt egy

katonai elmeógyógyintézetbe szállította. Utközben, mondja, azt hajtogatta kísérője előtt, hogy operálják meg a fejét, de egyébként rendesen beszélgetett. Az elmeógyógyintézetben nagyjában ugyanazon tüneteket mutatta, mint a kórházban, azonkívül labilis szív működés, élénk bőr- és inreflexek, tántorgó járás, csukott szemmel való ingás voltak észlelhetők rajta, időnkint izgatott volt, fenyegetőzött és két ízben önkasztási kísérletet is végzett, míg máskor rendesen viselkedett és attól kezdve, hogy az elbocsátással biztatták, munkával is foglalkozott. Öt hónap után javultán házi ápolásba bocsátották. Otthon azután állítása szerint állandóan az a gondolat nyugtalanította, hogy a katonasághoz behívják és azért folyton azon volt, hogy őt elmebetegnek tartják, miért is gyakran kimaradt a munkából és felesége előtt is adta a bolondot, úgy hogy ez a hatósági orvost hívta el hozzá. Felesége szerint csakugyan össze-vissza beszélt, a legfurcsább dolgokat művelte és viselkedésével félelemben ejtette családját, rendetlenül is élt és költekezett, holott azelőtt rendes életmódot folytatott. Így volt ez két hónapig, mely idő alatt nyugtalansága és tépelődése egyre fokozódott, míg végül az a körülmény, hogy feleségét az ő ügyében a hatósághoz beidézték, arra az elhatározásra bírta, hogy valamiféle cselekedettel az elmebetegség látszatát felkeltse. Állítólag ezen eltökélt szándéktól hajtva idézett elő 1915 december 30.-án némi szesz ital élvezete után egy utcai jelenetet, a melynek következtében őt aznap intézetünkbe szállították, miután a rendőrorvos alkoholos elmezavar gyanuját keltő kóros állapotot talált rajta. Behozatalakor is ily kórképet nyújt, delirálni látszik, izgatott és némileg erőszakos is. Csakhamar azonban megnyugszik, úgy hogy másnap beható vizsgálatnak vethető alá, a mikor is alkoholizmusra utaló egyes objectív tüneteken kívül azt véljük megállapíthatni, hogy hiányosan tájékozott, eszmetársítása laza és az előző napon történetekre nézve részleges emlékezethiány áll fenn; feltűnik még beszédjén a sajátságos nyöszörgés. Két nappal később azzal áll elő, hogy ő nem elmebeteg, csak szimulálta az elmebajt, hogy be ne hívják a katonasághoz; rendesen és értelmesen felel a kérdésekre és részletesen mondja el a sorozás óta vele történeteket. Ettől kezdve zavartság nem észlelhető, de hangulata még gyakran nyomott, könnyen elérzékenyül, néha abstinál és mindezt azzal okolja meg, hogy búsul a családja után és mi nem akarjuk az intézetből elbocsátani; e mellett gyakran visszatér az az aggodalma, hogy mégis csak be kell vonulnia, mely aggodalmát mindig újból és újból el kell oszlatni. Lassanként ez aggodalom végleg elmarad, kedélyhangulata bizonyos érzékenységen kívül rendes színezetet nyer, nyöszörgése megszűnik, szorgalmasan foglalkozik munkával, úgy hogy öt havi kezelés után gyógyultan elbocsátatik és a menynyire értesülésünk terjed, azóta is jól van.

*

Ha az itt leírt esetet elemezzük, az első kérdés, a mely felmerül, az, hogy L.-nek az az állítása, hogy az elmebajt színlelte, hitelt érdeml-e, illetőleg mennyiben érdemel hitelt? Mert bármily értékes legyen is bizonyos körülmények között egy vizsgált egyénnek ily nyilatkozata, bármennyire könnyítse is ez meg a szakértőnek a vizsgálatot és véleménye megalkotását, egymagában természetesen nem szolgálhat alapul a simulatio tényének megállapításához. Ily „beismerő vallomás“ lehet ugyanis tudatos dissimulatio, a melylyel a vizsgált egyén akár azon célból, hogy az intézetből szabaduljon, akár más okból a vizsgált orvost félre akarja vezetni, vagy lehet jóhiszemű, de belátás nélküli téves megítélése azon, szándékosan előidézettnek vélt, vagy szándékosan elő is idézett, de valójában kóros eredetű jelenségeknek, a melyek az elmebaj képét mutatták, vagy annak látszatát felkeltették.

Ez utóbbi eset az, a melyben a szakértő leginkább tévedhet, mert a megállapított, vagy megállapítottnak vélt simulatio elterelheti figyelmét a vizsgált egyén valódi elmeállapotától és így téves vélemény alkotására vezethet.

Ezeknek szem előtt tartásával vizsgáljuk immár az élénk

táruzó tünetcsoportot és azon belül azon jelenségeket, a melyeket L. a maga részéről színlelteknak állít. De ezen jelenségek közül csupán azokat vesszük figyelembe, a melyeket nemcsak az ő előadásából, hanem egyúttal a magunk észleléséből, vagy másoknak jelentéséből is ismerünk, mert azokat, a melyeket csak ő maga említ, valóságukra és lefolyásukra nézve nem áll módunkban ellenőrizni.

Neje állítása szerint L. a katonasághoz történt bevonulásáig mindig egészséges volt, rendesen dolgozott és nem volt iszákos. A hatósági értesítés szerint viszont L. 20 éves kora óta gyakran iszákoskodott és egy 1915 telén elszenvedett fejsérülés után kedélye megváltozott és zavartan beszélt. Ezen hiányos és ellentmondó adatokból nem alkothatunk magunknak képet L. korábbi elmebeli állapotáról. A bevonulás utáni első két-három hónapban sem vett észre rajta a neje valami különösét, csak később E.-ben és N.-ben találta őt betegnek, a midőn ugyanis nehezen beszélt, mindig „á“-t mondott, félre is beszélt, csunyán, zavartan nézett reá, de őt megismerte és gyermekei után kérdezősködött.

E leírásból legfeljebb azt következtethetjük, hogy L. akkor feltűnő, rendellenes magaviseletet tanúsított, de nem tudjuk, hogy valóban elmebaj volt-e ezen viselkedésnek alapja, és még kevésbé igazodhatunk el az esetleg fenforgott elmebaj természete iránt. De ez utóbbi tekintetben a n.-i tartalék-kórház elmebeteg-osztályáról eredő kórrajzi feljegyzések sem vezetnek bennünket biztos nyomra, mert az ott leírt tünetekből egységes, határozott kórképet nem állíthatunk össze és maga a körjelzés is „Chronische Alkoholvergiftung mit episodischen Geistesstörungen (halluzinatorisch-delirante Erregungszustände)“ némi bizonytalanságot árul el. És saját észlelésünk sem szünteti meg e bizonytalanságot, sőt azt inkább még fokozza, mert az általunk észlelt tünetek sem egymás között, sem a n.-i kórházban észlelt tünetekkel kellő összhangban nincsenek.

Az itt is, ott is észlelt tünetek egy része, mint pl. a kongesztióntal arc felületes érhálózatával, az erősen belövelt kötőhártya, a kiterjedt reszketés, a labilis szív működés, a bizonytalan járás stb. kétségtelenül alkoholizmus mellett szól, és habár neje állítása szerint L. nem volt iszákos ember, a felsorolt tünetekből és külső körülményekből következtetve, mégis bizonyosra vehetjük, hogy a többször és különböző helyen rajta észlelt kóros elmeállapotnak előidézésében a szeszélvezetnek kisebb-nagyobb szerepe volt. De ezen szesz-mérgezés, a mely inkább hevenyész, vagy félhevenyész, semmint idősült természetűnek volt minősítendő, nem magyarázza meg a kórképnek többi részét és nem magyarázza meg azt a viselkedést sem, a melyet L. a kórházból történt elbocsátása után otthon tanúsított.

Egy ittas ember felhevült állapotában és duhajkodó jó kedvében sokféle bohóságot, bolondságot és erőszakosságot tud művelni, de azon bizarr cselekedetek, a melyeket L. saját és neje elbeszélése szerint otthon véghezvitt, semmiképpen sem emlékeztetnek egy ittas ember okatlan műveleteire és még kevésbé vallanak a kóros ittasság mániás megnyilatkozására, hanem inkább az erőszakoltság, a mesterkélt benyomását teszik. Különben L.-né nem is tapasztalta, hogy férje ilyenkor ittas volt.

A n.-i kórházban és az intézetünkben hónapokon át tartott megfigyelés alatt észlelt kóros, vagy kórosnak feltűnt jelenségek túlnyomó része sem illik bele az alkoholos elmezavar kórképébe. A n.-i kórrajz említést tesz „zavaros“ téveszméről és érzéki csalódásokról, a nélkül azonban, hogy azoknak irányát, tartalmát, természetét közelebbről megjelölne és így ezen adat a kóralak meghatározására annál kevésbé bír értékkel, mert nálunk csak a felvételkor tanúsított viselkedése engedett némileg hallási hallucinációra következtetni, de egyébként sem téveszmék, sem érzékszaladások nem észleltettek. Még kevésbé észleltetett akár nálunk, akár — a kórrajz után ítélve — N.-ben L. részéről oly magaviselet, a mely csak távolról is otthon tanúsított viselkedésére emlékeztetett volna. Csak egy jelenség, amelyre később is még rá kell térnünk, az, amely mindenütt egyformán feltűnt, és ez az a sajátságos nyö-

szörgés, amelylyel minden harmadik, negyedik szó után „á“-t mondott. A különböző megfigyelési helyeken gyakran visszatért jelenség volt a hangulatnak rövidebb vagy hosszabb ideig tartó nyomottsága is, a melynek hatása alatt a munkát kerülte, könnyen elzékenyült, sokszor sirva fakadt és az étkezéstől is tartózkodott. Nem tudjuk megállapítani, hogy a három ízben végrehajtott öngyilkossági kísérlet e hangulatbeli nyomottságnak folyománya és így komoly volt-e, avagy csak színlelt, a minek L. mondja, de a kedélyhangulatnak ezen gyakori lefokozása, a melyet a külső viszonyok logikailag és lélektanilag kellőképpen nem indokoltak, az epilepsia feltevést ébresztheti. És ezen feltevés némi támpontot találhatna L. azon megjegyzésében is, hogy nagy melegben szédül és ilyenkor jobb keze és lába rángatózik, és hogy ily rángások miatt néha fel is ébred éjjel. Egyúttal megjegyzi azonban, hogy „szívaja“ sohasem volt, és valóban nincs is biztos adatunk az epilepsia megállapítására. De az említett, mindenképpen epileptoid jelleg benyomását keltő tünetek miatt az epilepsia lehetőségére legalább is utalnunk kellett. Másrészt ugyanezen tünetek a neurasthenia, vagy még inkább a hysteria talajából is fakadhattak, mely utóbbiból lenne különösen magyarázható az L. beszédjében mutatkozó sajátos nyögés, a mely a kényszer erejével uralkodik rajta, úgy hogy még az írásban is (L. zavaros feljegyzései a katonai okmányon) megnyilatkozik, és azután az itteni megfigyelés alatt kedélyállapotának megnyugtatóásával teljesen elmúlik.

Miként az egyes tünetek vizsgálata, úgy az egész tünetcsoportnak áttekintése és egész lefolyása sem vezet bennünket egy tisztán körülírt, egységes kórkép felismerésére. Látjuk, hogy zavartsági állapotában megszakítások vannak, a midőn rendezetten viselkedik, értelmesen beszél és észszerűen cselekszik, viszont látunk két-három hónapra terjedő szünetet, a melyben a többször kiemelt beszédzavaron kívül rendetlenséget nem mutat, a melybe azonban sötét foltok gyanánt beékelődnek teljesen zavartnak látszó viselkedés és feltűnő, oktalan cselekedetek. Ily kórmenet leginkább az epilepsiára emlékeztet és különösen az utóbb említett epizódok kelthetik az epilepsiás öntudatelhomályosodások benyomását; de ilyenmű felfogásnak ellentmond az a körülmény, hogy ezen epizódokra nézve sem áll fenn emlékeztethiány, sőt a vizsgált egyén a megfelelő időben tanúsított viselkedéséről éppoly pontosan számol be, mint a milyen részletesen mondja el az egyébként vele történeteket. Ezen részletek felsorolásával támogatja is elsősorban azon állítását, hogy zavartsága csak látszólagos volt, hogy látszólagos zavartságában tudatosan cselekedett, hogy szóval az elmebajt színlelte.

És ha a kifejtettek után egyfelől tekintetbe vesszük, hogy a fent vázolt kóros, vagy kórosnak látszó jelenségeket egy egységes, ismert kórképbe nem tudjuk összefoglalni, különösen az ő itt-ott tanúsított feltűnő viselkedését és különböző oktalan cselekedeteit ily kórképbe beilleszteni nem tudjuk, ha másfelől látjuk, hogy mily rendezetten, értelmesen és megokolva adja elő a történeteket, akkor alig lehet kétségünk az iránt, hogy L. valóban szimulált.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A szívbjajok felismerésekor és megítélésekor előforduló tévedésekről értekezik *Leschke* tanár. A diagnostikai hibák okai: 1. a helytelen lelet, 2. a felületes vizsgálat, 3. a talált lelet téves értelmezése. A szív tájékának megtekintésekor és megtapintásakor a szívcsücslökés helyének és erejének helytelen értelmezése vezethet tévedésre. Helytelen dolog a szívcsücslökés helyét a főleg nőknél nagyon változó bimbóvonatra vonatkoztatni; sokkal jobb a medioclavicularis vonalat szem előtt tartani, sőt a szerző a csücslökésnek a sternum

közepétől való távolságát követeli centiméterekben kifejezve. Kihelyezett lehet a csücslökés a felfúvódott gyomor által feltölt rekesz miatt, amikor is a szív feltolatik s haránt helyzetet foglal el. E kihelyezett csücslökésből szoktak azután szívnagyobbodásra következtetni. Kihelyezett még a csücslökés a gerincoszlop elgörbülése és pleuritis retrahens esetén. A szívcsücs és a csücslökés nincs mindig ugyanazon a helyen. A csücslökés sokszor 1—2 cm.-rel balra és feljebb fekszik, mint a szívcsücsnek megfelelő projectiós pont. Különösen erős szív működéssel bíró, szűkmellű embereken láthatjuk ezt. Ilyen leletből szintén szívnagyobbodást lehetünk hajlandók diagnoszkálni. Hasonló tévedésbe eshetünk a csücslökés erejének a megítélésében is. Gyakran tévesztik össze az erőteljesebb csücslökést a bal kamra túltengésénél található emelő szívcsücslökéssel, mely a systole alkalmával a bordaközöket, sőt sokszor a bordákat is elődomborítja. Viszont gyengébb csücslökésből néha mindjárt szívizomgyengeséget diagnoszkálnak. A szívcsücslökés ereje a szív mellkasbeli helyzetétől és a mellkasfaltól való távolságától függ, úgy hogy nem következtethetünk belőle a szívizomzat erejére. A szívhatárok kopogtatásakor is gyakoriak a tévedések. Csak a bordaközben szabad kopogtatni; az ujj utolsó percztét nyomjuk erősen a mellkasra s kopogtassunk gyengén. A szerző évek óta úgy kopogtatja ki a relativ tompulatot, hogy mély kilégzést végeztet a beteggel s a fejet erősen hátra hajtja, miáltal a szív és általában az elülső mediastinum közelebb kerül a mellkasfalhoz és így jobban kopogtatható ki. A szerző nem elégszik meg az abszolút tompulatra vonatkoztatott adatokkal, hanem szükségesnek tartja 1. a csücslökés helyének és minőségének, 2. a rekesz állásának, 3. az abszolút és 4. a relativ tompulat határainak a megállapítását. A bal határt a szívcsücslökés helyével szokták azonosítani, ami azonban nem helyes, mert a csücslökés sokszor 1—2 cm.-rel kijebb fekszik. A szív jobb határának megállapítására azt ajánlja a szerző, hogy azt a sternum közepétől mérjük, amikor is a sternum közepétől jobbra $4\frac{1}{2}$ cm.-nyire talált határ még normalis. Kevés jelentőséget tulajdonítanak a szív alakjának is. Ajánlatos a kopogtatással nyert határokat és adatokat Röntgennel ellenőrizni. Ha a szívágulás diagnosztikájában csak legkevésbé is kételkedünk, Röntgen-vizsgálatot kell végezni, mert a szerző szerint nem oly gyakori a szívágulás, mint azt sokan felveszik, s főleg nem a háborús fáradalmak következtében. A katonai szolgálat fáradalmait nem bíró szívek csak kis százalékban dilatált szívek, nagyjából hypoplasiások. Nehéz dolog némely esetben a hypertrophiának a dilatatiótól való megkülönböztetése. Hypertrophia mellett szól az emelő csücslökés, a szív működés és a szívhangok erősödött volta.

Még gyakoribbak a tévedések a szívzörejek tekintetében, mert sokan még mindig azt tartják, hogy zöreje = vitium. Pedig vannak vitiumok zörejek nélkül, s viszont vannak egészséges (nem vitiumos) szívek felett is zörejek, melyek természetesen járulékosak. A járulékos zörejek keletkezésében fontos tényező az áramlási sebesség. Nem billentyűhibán alapuló systolés zöreje a gyermekek 50%-ában található, tekintet nélkül arra, hogy vannak-e szívpanaszok vagy nincsenek. Gyakori a járulékos zöreje a gyorsult vérkeringéssel járó betegségekben, például ideges alapú tachycardia, Basodow-kór, anaemia és chlorosis esetében. A billentyűhibáknál található hangos, fúvó, kaparó zörejtől legtöbbszörre megkülönbözteti acustikai színezete, az első hang tiszta volta, továbbá az, hogy szeszélyesen hol eltűnik, hol ismét megjelenik, a test különböző helyzeténél is változik s a csücslökés helyén kívül nem hallható. De ezek ismeretével sem sikerül mindig az organikus és a járulékos zörejek egymástól való megkülönböztetése.

Az extracardialis zörejek különös alakja a cardiopulmonalis zöreje, mely gyakoribb, mint az intracardialis járulékos zöreje. Ez az extracardialis zöreje a légzéssel szorosan összefügg. A szerző főleg fokozott működésű bal kamránál hallotta s keletkezéséről azt hiszi, hogy a bal tüdőszél (lingula) alveolusaiból a fokozott erővel működő bal kamra kipréseli a levegőt. Ezt bizonyítja az is, hogy úgyszólván csak kilégzéskor hallható, belégzéskor többnyire egészen eltűnik.

Az első szívhang erősödése vagy hasadt volta, valamint a galopprihtmus nem szól okvetlenül szervi elváltozás mellett. Így látjuk, hogy hevesebb szív működés mellett a vérnek a még összehúzódott falú kamrába való gyors áramlásakor a diastole megrövidülése mellett egy harmadik (protodiastolés) hang támad. A pulmonalis második hangjának ékeltségéből vagy hasadt voltából csak az esetben következtethetünk billentyűhibára, ha belégzéskor, fekvéskor és mozgáskor is kimutatható és megvan a billentyűhibára jellemző többi tünet is.

Gyakori dolog, hogy a pulsus szaporaságából szívizomgyengeségre következtetnek. A katonák oly gyakori állandó, alvás közben is fennálló tachycardiája igen ritkán szokott szervi szív baj jele lenni, valamint nem jele a nagyobb vagy kisebb vérvnyomás sem. Őva int a szerző, hogy az ily neurosisos egyéneken található tünetekből a szív baj diagnózisát állapítsuk meg, mert az ilyen egyén azután mindenféle kezelés ellenére is betegnek érzi magát s épp oly nehezen gyógyul meg, mint a többi háborús traumás neurosisban szenvedő.

A pulsus-szám megkevesbedéséből egymagában (öregebb egyéneken akár 45-ig is csökkent a pulsus-szám) szintén nem szabad szívizomgyengeségre következtetni. A pulsusrendelleneségek gyakran adnak okot szívizomgyengeség diagnosizására, noha az értékelésük sokszor csak finomabb instrumentális vizsgálati módszerekkel lehetséges. Az állandó sinusarythmiának az arythmia perpetuától, vagy a vezetési zavar folytán keletkezett bigeminiának az extrasystolés bigeminiától, vagy a közönséges bradycardiának a szívblokk folytán keletkezett bradycardiától való megkülönböztetése electrocardiogramm és venapulsusgörbe nélkül alig lehetséges. A szív munkabírásának megítélésekor kevésbé fontos a szív ingerképződési vagy ingervezetési zavara, mint a szív általános állapota.

Sinusarythmia és múltó extrasystole (kihagyó pulsus) egyébként ép szív mellett gyakori jelenség, amiből még nem szabad szívizomgyengeségre, sőt myocarditisre következtetni.

A súlyos szervi szív baj jeleként tekintett arythmia perpetusa is a szív általános állapota szerint ítélendő meg. A szerző egyaránt észlelt olyan egyéneket, akiken a bajt a harcsterén állapították meg, s akik emiatt szolgálatra alkalmatlannak nyilvánítottak, másrészt olyanokat, kik az arythmia ellenére is szolgálatot teljesítenek. Például egy 60 éves kapitánynak 18 év óta sinuslibegése van s mégis teljesít szolgálatot, tornászik, lovagol; vagy egy másik esetben a 35 év óta activ szolgálatot teljesítő katonának 8 év óta vannak rohamai, mikor is 300—500 libegést végez a pitvar percenként s az illető mégis a harcsterén teljesít szolgálatot.

A szív bajok felismerése és helyes megítélése nehéz feladat, mely alapos vizsgálatot követel. Téves diagnosizokkal nemcsak a köztől vonunk el értékes munkaerőt, hanem az egyénnek is kárt okozunk, mert megdöntjük önbizalmát, felborítjuk lelki egyensúlyát és csökkentjük teljesítőképességét. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1918, 23. szám.) H.

A salvarsan után beálló agyoedemáról ír Stühmer s a neosalvarsan-injectio után bizonyos esetekben beálló, kétségbeejtően súlyos, agyi eredetű tünetcomplexum pathológiájához, prophylaxisához és therapiájához nyújt értékes adatokat. A pathologiai részt ama esetével világítja meg, melyben két nappal a második neosalvarsan-injectio után legsúlyosabb agytünetek (eszméletlenség, epileptiformis görcsök) jelentkeztek, melyek között fokozott liquornyomás mellett 3 nap alatt exitus állott be. A bonczolás agyoedemát és hatalmas hydrocephalus acutus internust mutatott. Encephalitis haemorrhagicának avagy arsenmérgezésnek nyomai sem voltak kimutathatók. Mindjárt itt hangsúlyozza, hogy a kór-kép lényege, eltérőleg a régebbi felvételtől, nem a vérzés, hanem a nagyfokú oedema, melyhez nem állandóan és csak másodlagosan társul a vérzés. Ennek világos bizonyítéka amaz eset, melyben a salvarsan-injectio következtében az egész bőrre kiterjedő hatalmas oedema fejlődött ki, melyhez csak a 4. napon csatlakoztak apró, de kiterjedt vérzések. Itt tehát ugyanaz a folyamat játszódott le a bőrben, mint az agyban: az első napokban fokozódó oedema a csak ennek

csökkenésekor, a szövetek relaxatiója következtében kisebb-nagyobb vérzések. Nagyfokú agyoedema egyik esetében decompressióis trepanatiót végezvén a beteg, feltűnő volt az agynak és burkainak nagyfokú oedemája s emellett a vérerek üressége. Csak az oedema lebecsátása után fejlődtek meg ismét az erek. Ez az eset tehát az experimentum crucisa annak az állításnak, hogy a salvarsan utáni agyreactio korbonzolástani alapja az oedema. Egyúttal megmutatja a therapiának már Ehrlich-től ajánlott útját: szélesen trepanálni.

A salvarsanreactio pathophysiologiás lényege a szerző szerint teljesen fedi a serumbetegség fogalmát. A salvarsanreactiónál is az 5—6 napos intervallum után adott újabb dosis váltja ki a reactiót. Megerősíti e feltevést az a tapasztalat, hogy halálos kimenetelű agyreactiókkal egyidejűleg jelentkezett salvarsan-exanthema és láz.

A következtetés tehát ebből az, hogy a kezdő dosis után legalább 10 napos intervallumra van szükség. Ha ugyanis túlérzékenység volna jelen a praeparatummal szemben, akkor ez 10 napon belül mutatkozik, míg ha a 6. napon adjuk a második injectiót, akkor ki vagyunk téve a veszélynek, hogy kifejlődésben levő túlérzékenységi reactiót veszedelmesen erősítünk. Elméletileg azt veszik fel, hogy a kiváltó ok egy fehérjeszerű anyag, mely a gyógyszer hatása alatt képződik a szervezetben. Salvarsan-injectio után a vérsavóban oxydatiós termékek jelennek meg, melyek a serumalkotórészekről synthetizáltak s így ártalmatlanná válnak. Ebből a salvarsan-oxyd-serumtestből az oxyd melegítés útján kiszabadítható és chemiailag kimutatható, normalserum hozzáadásával pedig ismét hatástalanná tehető. A salvarsan-fehérjetestben egy „oxydtoxint“ kell feltételezni, melylyel szemben bizonyos emberek túlérzékenyek, avagy bennük a káros hatású oxyd szabadabb lesz. A szerző eme káros oxyd megkötésére a fentiek alapján nagymennyiségű normalserum intravenás és intralumbalis injectióját ajánlja. Összefoglalva tehát: kis kezdődosis, legalább 10 napos intervallum, fenyegető tünetek esetén intravenás normalserum és bő trepanatio azok az eljárások, melyek a salvarsan-katastróhák megelőzésére szükségesek. (Münchener med. Wochenschrift, 1919, 4. szám.) Weber dr.

A Karell-kúra módosításáról ír Salomon. A módosítás lényege az, hogy tej helyett naponként 5-ször 200—200 gramm burgonyát vagy banánt ad; fontos továbbá, hogy a diaeta néhány hétig teljesen sómentes s azután is sóban szegény legyen. A tejnek burgonyával vagy banánnal helyettesítésével elérjük azt, hogy sótalán a táplálék (a rendes Karell-kúrában adott napi 800 gramm tej 1.44 gramm konyhasót tartalmaz), ezenfelül a burgonya és banana nagy kálisótartalma elősegíti a chloridoknak kiürülését a szervezetből. A mi a részleteket illeti: a szigorú burgonya- vagy banana diaeta átlag 3 napig tart; csak ritkán szükséges azt néhány nappal meghosszabbítani; sokszor már az első napon 4—5 literre szaporodik emellett a vizelet mennyisége. Azután 2—3 hétig sótalán diaetát használtatunk: burgonya vagy banana mellett befőttes, gyümölcsöt, tészta, édességeket, só nélkül készített kenyeret. Az átmenet a vegyes, de sóban szegény diaetára nagyon lassú legyen; a só mennyisége naponként legfeljebb 7—8 gramm lehet. Vizenyős szívbetegnek ne csak ultima ratio-ként rendeljük a Karell-kúrát, hanem kezdődő esetekben is, a melyekben ezzel az eljárással egyedül is sokszor fényes eredmény érhető el; súlyos esetekben egyidejűleg cardiacumokat is használtathatunk. A Karell-kúra a hozzá csatlakozó sótalán diaetával és esetleg szívtonicumokkal mindenesetre gyorsabb és biztosabb eredményt ad, mint a szívtonicumok egyedül való használata; ezenfelül pedig az elért eredmény sokkal tartósabb is. (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, 12. szám.)

A másodlagos anaemiák kezelésére E. F. Müller az aolant használta jó eredménnyel, abból a tapasztalatból kiindulva, hogy a parenteralisan bevitt fehérjék a csontvelőt fokozott működésre serkentik s ily módon a vörsvérsejtek termelődését elősegítik. Az aolan nem más, mint csíra- és

méregmentes tejfehérjeoldat, a melylyel a csontvelőre gyakorolt említett hatás minden kellemetlen melléktünet (láz, rosszullet, fájdalom) nélkül érhető el. A befecskendezést a szerző mindig intraglutealisán végezte; az egyszeri adag 10 cm³ volt. (Arról, hogy a befecskendezés milyen időközökben ismételtessék, a közlemény nem szól; úgy látszik, hogy sok esetben már egy befecskendezés elegendő s hogy a befecskendezés megismétlése csak hetek múlva szükséges.) (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, 12. szám.)

Sebészet.

Narcosisban bekövetkezett szívmegállásnak szív-masszálassal sikeresen kezelt esetét ismerteti Haim. 34 éves nőbetegről van szó, a kin lumbalis anaesthesiában cholecystectomyt végeztek. Műtét közben azután az általános narcosis szüksége állott be. A Billroth-keverék első cseppjeinek alkalmazása után hányásinger állott be, a beteg halott-halvány lett, az érverése elállott, a légzése feltűnően lassúvá vált, majd megszűnt. Kámforbefecskendezés, oxygenbelégzés és 20 percnyi eredménytelen mesterséges lélegeztetés után a hasseben át bevezetett kéz megkezdte a rekesz bal felét a szív masszálását. A szívet eleinte nem lehet biztosan érezni, csak mintegy 5 percnyi gyúró mozgás után érzi meg hirtelen a kéz a szív összehúzódását; további 5 perc múlva a szív rendszeren kezd verni, az ajkak kipirosodnak és egyidejű mesterséges lélegeztetés mellett a légzés is mintegy 10 perc múlva rendessé válik. A beteg még 3 óra hosszat eszméletlen és néhány napig amnesiás, azután teljes gyógyulás következett be. Ez az eset is megerősíti tehát azt a másoktól tett tapasztalatot, hogy a vérkeringés hiányát a nagy agyvelő sokkal rosszabbal tűri, mint a szív. *Sourdou, Philip és Lewy* esetében a 7 éves gyermek szívműködése és lélegzése 20 percnyi szívmasszage után rendbejött, az öntudat azonban nem tért vissza. A szívmasszage eredménye tehát nem annyira a szív felélesztettségétől, mint inkább a nagy agyvelő érzékenységének helyreállításától függ. A közvetlen szívmasszagenak három módja van: 1. a thoracalis a mellkasnak bordaresectiójával megnyitása útján, 2. a transdiaphragmalis a hasüreg megnyitásával és a rekesz felhasításával, 3. a subdiaphragmalis a hasüreg megnyitásával és a szívet a sértetlen diaphragmán át masszálásával. Legjobb ez az utolsó mód; a thoracalis mód nyilván csak olyan esetekben jöhet szóba, amelyekben a mellkas már más okból megnyitott. A transdiaphragmalis mód a hasüreg megnyitásával és a rekesz felhasításával túlságosan nagy beavatkozás; *Wrede* esetében sikerült ugyan ezzel a móddal feléleszteni a beteget, azonban a fejlődött genyes pericarditis harmadnap kioltotta a beteg életét. *Piery* 1913-ig 76 esetet gyűjtött össze az irodalomból, amelyekben közvetlen szívmasszage használtak; 19 esetben gyógyulás következett be, 16 esetben csak múlóan éledt fel a szív és 41 esetben eredménytelen maradt az eljárás. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1919, 20. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 20. szám. *Haberern J. Pál:* A felkarnak szokatlanul hosszú időn át elhúzódó phlegmonosus lobja hysterián. *Schein Mór:* Az emberi és állati szervezet növése és a vénülés.

Budapesti orvosi újság, 1919, 21. szám. *Henszelman Aladár:* A mellhártyai összenövésék gyógyítása a vállöv, a törzs és a rekeszizom tornájával.

Vegyes hírek.

Egészségügyi igazgatási ágaknak a munkaügyi és népjóléti népbiztosság ügykörébe átvétele. A munkaügyi és népjóléti népbiztosság ügykörébe vette: I. A közoktatásügyi népbiztosság ügyköréből: 1. a bábák képzését és továbbképzését; 2. az iskola-egészségügy ellátását (kivéve az egészségtan tanítását). — II. A földmivélségi népbiztosság ügyköréből: 1. az élelmezés egészségügyét és az élelmiszer-hamisítás ügyét; 2. a gyógynövénytermelés ügyét; 3. az állami fürdők és ásványvizek ügyét. — III. Az igazságügyi népbiztosság ügyköréből: a letartóztatási intézetek és javítóintézetek egészségügyét. — IV. A szociális termelés népbiztosságának ügyköréből: az iparegészségügyet. — V. A belügyi, vasuti és hajózási népbiztosság ügyköréből: a vasuti és

hajózási egészségügyet. — VI. A pénzügyi népbiztosság ügyköréből: a bányák egészségügyét. — A munkaügyi és népjóléti népbiztosság ügykörébe kerülnek a következő hivatalok, intézetek és testületek is: 1. az orvosi továbbképzés központi bizottsága, 2. a bábaképző intézetek, 3. az élelmiszer- és vegyvizsgáló intézetek, 4. az oltóanyag és gyógyszer-termelő intézetek, 5. az állami fürdők és üdülőttelepek.

Az elmebetegségeknek eredményesebb megelőzése érdekében a munkügyi és népjóléti népbiztosság a következő rendeletet bocsátotta ki: I. A munkaügyi és népjóléti népbiztosság az elmebetegségeknek eredményesebb megelőzése érdekében az idegbeteg és elmebeli fogyatkozásban szenvedő gyermekek gondozására és az elmebetegségek okainak tudományos kutatására: 1. lélektani központot, 2. gyermekmegfigyelő intézetet, 3. gyógypaedagogiai gyermekkorházat, 4. az elmebajos vagy nagyfokú elmefogyatkozásban szenvedő s már alig képezhető gyermekek számára külön kórházat és végül 5. az átöröklés tanának, valamint a különböző betegségeknek az elmebajos kifejlődésére való hatásának tanulmányozására, továbbá az elmebetegstatisztika minden irányú tudományos feldolgozására külön intézetet létesít. — II. A különböző laboratóriumokkal felszerelt lélektani központ gyermekek és ifjúkorúak beható lélektani vizsgálatával foglalkozik, iskolák vagy hatóságok által hozzáutalt esetekben véleményét vagy pályaválasztásnál tanácsot ad, továbbá könnyebb esetekben a gyógykezelést is végzi olyan egyéneknek, akik mint bejárók (ambulanter) is gyógyíthatók. — III. A gyermekmegfigyelő intézetet társadalomellenes vagy rendellenes gyermekeknek hosszabb időn át állandóan történő megfigyelése céljára a szükséges műhelyekkel és külön gazdasággal ötven ágyra olyképpen kell berendezni, hogy a megfigyelt gyermekek hajlamai a különböző hivatásokkal szemben értékelhetők legyenek. A megfigyelt gyermekek 4–6 hétig maradnak ebben az intézetben és azután a megfigyelés eredményéhez képest vagy családjuknak adatnak vissza megfelelő tanács kíséretében, vagy pedig más intézetbe kerülnek. — IV. A gyógypaedagogiai kórházat a szükséges iskolákkal és foglalkoztató alkalmakkal ellátva 80–100 oly rendellenes vagy társadalomellenesen viselkedő gyermek részére kell berendezni, akik még képezhetők és megfelelő gyógyeljárások alkalmazásával a társadalom hasznos tagjaivá nevelhetők. — V. Az elmebajos vagy nagyfokú elmefogyatkozásban szenvedő és már alig képezhető gyermekek kórházat 80–100 beteg részére úgy kell felszerelni, hogy lehetőleg a foglalkoztatásukhoz szükséges berendezések is rendelkezésre álljanak. — VI. Az átöröklés tanának, valamint a különböző betegségeknek az elmebajos kifejlődésére való hatásának tanulmányozására és az elmebetegstatisztika tudományos feldolgozására szolgáló intézetet valamelyik elmekórházzal kapcsolatban kell az említett célnak megfelelő berendezéssel felállítani. — VII. A jelen rendeletben említett intézetekhez szükséges paedagogiai tanerőket a munkaügyi és népjóléti népbiztosság a közoktatásügyi népbiztossággal egyetértőleg nevezi ki. Mindezek az intézetek, valamint az összes elmekórházak is a munkaügyi és népjóléti népbiztosság hatáskörébe és felügyelete alá tartoznak.

A rostocki egyetem a napokban éri meg fennállásának 500. évfordulóját. Németországban legrégibb a heidelbergi egyetem, amelyet 1386-ban alapítottak; ezt követi a leipzig (1409) és a rostocki (1419).

Kiseb hírek külföldről. *Julius Tandler* dr.-t, a bécsi egyetem anatómia-tanárát, a német-ausztriai népegészségügyi hivatal vezetőjévé nevezték ki alállamtikári címmel.

Meghalt. *Nagy Béla* dr. 51 éves korában május 12.-én Budapest. — *Szigeti Márton* dr., volt abbáziai és gleichenbergi fürdőorvos. — *Hallopeau*, a hírneves párisi dermatologus.

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 elküldenek. Minden előfizetett néldány az előfizetési nyugta vagy a feladólevény leadása ellenében irodánkban d. e. 9 órától d. u. 3 óráig átvehető.

Petőli irodalmi vállalat, Budapest, VI. ker., Kerécs-utca 16. sz.

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

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

Kurzusok: { Laboratóriumi diagnosztikai eljárások.
Oltóanyag- és szérum-termelési methodika.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró légkészülekek, trigeritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Reich-féle Budapesti medico-mechanikai **ZANDER**-intézet. Ssemmelweis-utca 2. Kossuth Lajos-utca sarkán. Vezető orvosok: Dr. Melha Armand Dr. M. Hilf Paula és Dr. Mandler Ottó.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület (V. rendes tudományos ülés 1919 márczius 22.-én.) 235—236. lap. Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 236. lap.

Budapesti Orvosegyesület.

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

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

Az alsó végtag statikai megbetegedései.

Fischer Ernő: Egységesen csoportosítva mutatja be azon megbetegedési complexumot, amelyet az alsó végtagon a normalis izületi és csontstatika megváltozása hoz létre; az ebben szenvedők nemcsak az orthopaednek és sebésznek, hanem a gyakorló-orvosnak, a belgyógyásznak, az idegornvosnak, a nőorvosnak és fűrdőorvosnak rendelésén is úgyszólván naponta jelentkeznek.

Az alsó végtag közös statikája kiindulhat a végtag bármely részéről, de leggyakrabban a láb elváltozása az alapvető ok: a normalis lábstatikát fenntartó izmok elsoványodása, a rossz szabású cipők deformáló hatása, a sok álldogálás, a lábak habituales kifelé rotált tartása önmagukban és az általuk létrehozott pes valgus által is megrentjük a láb normalis architecturáját és ezáltal az egész alsó végtag és a medence statikai megbetegedéseit hozzák létre.

Magán a lábon a láb deformációja — mely előrehaladott esetekben az arthritis deformans klinikai és röntgenológiai képét adja — nemcsak localis fájdalommal jár, hanem sajátságos peraeesthesiákat okoz, oedemákat és hyperhydrosist vált ki, görcsös fájdalmakat, melyek a lábszárra is kiterjednek; a lábszáron a supinatorcsoport és a lábikrazomzat atrophája, oedemák és varicositas jöhetnek létre.

Igen gyorsan kihát a lábarchitectura megváltozása az érzékeny, lapos infelszínekkel bíró térdizületre; igen gyakori, hogy a lában még semmi fájdalom sincs, míg a térdben már súlyos és nagy fájdalommal járó elváltozások vannak jelen, savós izzadmánnyal, osteophytaképződéssel, contracturákkal. Diagnostikai jel a meniscus medialis legbelső részletének rendkívüli nyomásérzékenysége; a Röntgen-kép sok kétes esetet eldönthet. A hibás diagnosis rendszerint: rheumatismus, gonorrhoea, köszvény, tuberculosis, monarthritis, lues.

Az arthritis deformans coxae is igen gyakran statikai aetiologiával bír. A láb valgítása és kifelé rotációja a csípőizületben is incongruentiával jár, a fejecset izülésen kívül helyezi és deformálja. De kiindulhat a csípőizület deformációja a medence abnormisan lapos vagy abnormisan meredek formájából is (*Preiser*). A tünetek: ischias-szerű fájdalmak, neuralgia paraesthetica, később contracturák; typosos panasz, hogy nyugalom után az izület merev, ha az egyén már belejött a járásba, javul az állapot, hosszabb járás után ismét fájdalmak. A Röntgen-kép osteophytákat mutathat és leolvasható róla a medencealkat okozta incongruentia is.

Ugyancsak statikai alapon fejlődhetnek az articulatio sacroiliaca incongruentiája is, amely legtöbbször lumbago-szerű, máskor ischias-szerű fájdalmakban nyilatkozik és előfordul ily alapon a scoliosis ischiadica is; ez alapon magyarázható legtöbbször a terhességi coxalgia is és sok, tévesen a genitálékkal oki összefüggésbe hozott fájdalom is.

A statikai megbetegedések helyes kezelése: pontosan ki kell deríteni a statikai hiba mibenlétét és ezt statikai és orthopaediai módszerekkel kell korrigálni, azaz a megterhelést és az izület mozgásait úgy kell irányítani, hogy a hibás statikát javítsa. A rögzítés minden formája káros, fűrdők elősegítetik a kezelés eredményét, az izület massage-a felesleges.

Zinner Nándor: Az előadó szerint helyes lábtartás az, amelyenél a lábhegy egyenesen előre irányul, ezzel szemben az anatomusok a kissé kifelé rotált lábtartást tartják természetesnek. Kérde, melyik a helyes a két vélemény közül.

Sümei József: Az előadó részéről e teremben másodszor éri már támadás a massage-gyógyimódot. Először a törések és ficzámok utókezelésénél mondotta azt feleslegesnek és ártalmasnak. Százados, jól bevált tapasztalatokat akarna megdönteni, azt hiszi sikertelenül. Jelen esetben a lúdtalp gyógyításáról állítja, hogy a massage helytelen, sőt könnyen okoz periostitist. Senki sem fogja akarni a statikai hibákat massage-zsal vagy fűrdőkkel gyógyítani, ellenben a következményeket, melyeket a lúdtalp okoz, mielőtt az illető jó cipőt hord, nevezetesen a bokaizületi izzadmányokat, a lábközépipizületek hasonló bántalmát, a fájalmakat igenis határozottan jól lehet massage-zsal, fűrdőkkel, pólázással gyógyítani. A cipő, massage, fűrdő, torna kell hogy kiegészítse egymást. Ha a massage jól végeztetik, ott, úgy és amikor az indokolt, sohasem fog periostitist okozni; ha baj történik, ez szakavatlan kéz okozta műhiba.

Benedict Henrik: A statikai végtagmegbetegedések ismeretét az általános orvosgyakorlatban rendkívül fontosnak tartja. Megismerésük többnyire nem nehéz és a gyakorló-orvos részéről is lehetséges. Teljesen osztja az előadó nézetét, hogy a legtöbb beteg csak hosszas diagnostikai és therapeutikai tévedések után kerül szakszerű kezelés alá. Az aetiológiában a statikai viszonyokon kívül még más praedisponáló mozzanatok szerepelnek, igen gyakran lefolyt enyhe fertőzések.

Fischer Ernő: *Zinner* kartárs kérdésére válasza az, hogy határozottan az egyenes, illetőleg a kissé befelé rotált lábtartást tartja normalisnak. Erre utal az anthropologia, így születik a gyermek és így is tartja lábait mindaddig, míg erről az utánzás vagy a tanítás le nem szoktatja, vagy míg a rosszul szabott cipő erre nem kényszeríti. Csakis befelé rotált lábtartás mellett lehetséges a láb normalis gördítése, csakis ez a tartás jár együtt a csonbfejec normalis articulatiojával. A felnőttek térdizületének alkatából nem lehet következtetni az anatómiai lábtartásra, mert a felnőtt térdizülete már a hibás használat transformáló behatása alatt alakulhatott olyanná, a milyen.

Benedict-nek igaza van, hogy van dispositio, amely az izominsufficienciának kedvez és hogy a fertőző betegségek képesek megdönteni a végtag statikai egyensúlyát és ez alapon képződhetnek statikai megbetegedések.

Sümei-nek azt válaszolja, hogy igenis határozottan feleslegesnek tartja a massaget a statica megbetegedett izület kezelésében; az ilyen izület elváltozásait statikai alapon kell gyógyítani és lehetőleg activ mozgattal; az izület massage-a a lobos tokszalagot és periosteumot csak izgatja és legalább is felesleges. Hogy a periosteum-massage még callustermelésre is képes, azt jól tudjuk és törések kezelésére therapeutice is kihasználjuk.

Kötőhártyadefectus pótlása vaginalis nyálkahártya heteroplastikai átültetésével.

Ifj. Liebermann Leó: Nem új dolog, a mit a szülő bemutat. Azért teszi szóvá az eljárást, mert úgy látszik, nagyon feledésbe ment, pedig különösen a háborús szemsérülések némely következményes állapotában tehetne jó szolgálatot. A bőrátültetésnek hátrányai nyálkahártyafelület pótlására eléggé ismeretesek; *Stellwag* már 1889-ben ajánlotta vaginalis nyálkahártya felhasználását erre a célra, miután régebbi (1873) módszerével, nyálkötőhártya átültetésével nem volt megelégedve. Megtapadhat az állati kötőhártya is, de nehezen kezelhető és később erősen zsugorodik. *Wolfe* és *Wecker* a beteg szájából vett nyálkahártya átültetését ajánlottak; ezt a módszert, bár szintén ritkán, még leginkább használják a szemészek. Akadálya ennek azonban akkor van, ha csak némileg is nagyobb darab nyálkahártyára van szükség; az egyetlen jól hozzáférhető helyről, az ajak belső felületéről széles karélyt kimetszeni nem lehet, mert a seb összevarrása után begömbül az ajak, nem is számítva a szájszél hosszas és fájdalmas gyógyulását, ha a varratok esetleg nem tartanak. Paraesthesiák is támadhatnak az ajakon.

A bemutatott esetben a szemüregbe prothesist helyezni nem lehetett, sem a kicsiny összezsugorodott phthisis bulbi-maradvány eltávolítása előtt, sem azután, mert a kötőhártyának alsó áthajlási redője egyáltalán nem volt. A pótlásra szolgáló anyagot — descensus uteri et vaginae miatt más egyénből kimetszett hüvelyfalrész — *Scipiades* tagtárs szíveségének köszöni. A műtétet 12 nappal ezelőtt végezte, a kötőhártyát az alsó szemhéjszél mögött két mm.-rel leválasztotta, mélyen bemetszette az alsó áthajlást s a nyálkahártyadarabot (az eltávo-

lított részletnek körülbelül $\frac{1}{4}$ -e) a szemhéjszél alatt és az áthajrásban a bőr felé átöltött 3—3 matrácvarrattal rögzítette. Alkaréj simán megtapadt, a varratokat hatodnapra el lehetett távolítani. Ha utóbb zsugorodás mutatkoznék, hasonló további pótlás bármikor lehetséges volna; nem hiszi, hogy erre szükség lenne, mert a defectusnál jóval nagyobb karéjt használt. Megjegyzi, hogy az anyag vétele és behelyezése közt 12—15 percz telt el, a nyálkahártya meleg konyhasó-oldattal áztatott törlők közt feküdt ezalatt.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Gümőkóros vese eltávolítása a másik vese gyuladása mellett. A hamburgi orvosegyesület márczius 4.-én tartott ülésén *Kropeit* 35 éves férfibeteget mutatott be, akinek jobboldali gümőkóros veséjét 1913-ban eltávolította, noha a baloldali vese is beteg volt. Merte pedig ezt tenni azért, mert a két vesének *Casper* szerint végzett összehasonlító functionalis vizsgálata a bal vese jó működését bizonyította. A műtét óta eltelt hat esztendő alatt az illető teljesen jól érezte magát, noha a nephritis jelei állandóan megvannak a vizeletében (fehérje és cylinderek); a fehérjetartalom 1—3⁰/₀₀ között változik.

Anaemia perniciosa több esetében *Oehlecker* jó eredménnyel használta a közvetlen vérátömlesztést, amint erről a hamburgi orvosegyesület márczius 4.-én tartott ülésén számolt be. A vérátömlesztést venából venába végzi kétfuratú csappal bíró nagyobb fecskendővel; a vért adónak venájából kiszívott vért a csap átfordításával befecskendezi a beteg venájába. Ilyen módon mindig tudjuk, hogy mennyit fecskendeztünk be, a mi a közvetlen vérátömlesztés régebbi módjának használatakor nem volt lehetséges. 500—1000 cm³ vér átömlesztése sohasem járt kellemetlen tünetekkel. Olyan esetekben is jelentős eredményt ért el az előadó ezzel az eljárással, amelyekben a vérnek intramuscularis befecskendezése hatástalan maradt.

PÁLYÁZATOK.

445/919 ikt. sz.

A székesfehérvári közpórház sebészeti osztályán egy **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A pályázati kérvények folyó hó 28 - áig a kórház igazgatóságához adandók be.

Specialis előképzettséggel bíró pályázók előnyben részesülnek.

Az eltöltött szolgálati idő beszámítható a gyakornoki időbe.

Az alorvosi állás javadalmazása havi 600 K. fizetés, bútorozott egyszobás lakás a kórházban, ételmezéssel.

Az állás június 1.-én elfoglalandó.

Székesfehérvár, 1919 május 19.-én.

Patáki, igazgató.

HIRDETÉSEK.

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 gyógyszerháza

Budapest, Papnövelde-utca 2/A.

Skabies Ébaga

(Dr. Matzenauer R. egyet. tanár szerint)

diskrét scabies-kuránál nélkülözhetetlen

szagtalan, láthatatlan

és

zsirtalan.

Dr. Bayer és Társa Budapest,

IX., Rákos-utca 17.

Mint a diót

csak kalapáccsal lehet a különböző vaspilulákat és a más készítésű tablettákat feltörni, míg az új szelid nyomására hullanak szét a

Tabl. Ferri Protoxalati Dr. Deér

sine et cum arsen.

A készítmény tisztasága, szerencsés és állandó összetétele czélszerű alakban biztosítják a sikert chlorosis, anaemia és az általános gyöngeség eseteiben.

Minden gyógyszerháza kapható.

Óvakodjunk értéktelen utánzatoktól!

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. Intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szívesen szolgál:

Dr. EGGER LEO és EGGER J.

Gyógyszerészeti és vegyészeti czikkek gyára

BUDAPEST, VI., Révai-utca 12. szám.