

Közzéadva
B. VIII. 1

ORVOSI HETILAP

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON



8 TÁBLÁVAL ÉS 84 RAJZZAL

MELLÉKLET: SZEMÉSZET 1. és 2. SZÁM

1922

HATVANHATODIK ÉVFOLYAM.

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM	
Sebészeti Klinika Könyvtára	
Lelt. jelző: VI/8.	Lsz.: 13
7/13	szám.



BUDAPEST, 1922.

TARTALOM.*

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

	Oldal		Oldal
1. Acél Dezső: A nitrogenmeghatározásnak egy új, gyors mikro-módszere	194	42. Haynal Imre: A Schilling-féle vérkép diagnostikai jelentősége	134
2. Árpási Adolf: Vizsgálatok a Sachs-Georgi-reactióval. Az antigén beállításának módosítása	6	43. Herman János: Röntgen-színképek	331
3. Baál Károly: Az ideai dysenteria lefolyásáról	389	44. Hetényi Géza: A máj húganyagképző képességének vizsgálata májbetegségeken	184
4. Babarczy Mária: A vér cholesterin-tartalmának változása cholelithiasisos betegekben	298	45. Hetényi István: A phloridzin hatása a vércukorra diffus kétoldali haematogen vesebetegségeken. Adat a phloridzin-hatás kérdéséhez	95
5. Balogh Ernő: Adatok a typhus abdominalis pathogenesiséhez	357	46. Horváth Béla: Az afeuil intravenás alkalmazása a conjunctivitis vernalis terápiájában	31
6. Balogh Ernő: Adatok az emberi paratyphus-fertőzések kórtanához és kórboncolástanához	429	47. Horváth Béla: A szem belsejében levő rézidegentest okozta lencsehomályról	349
7. Balogh Mihály: A jobb sinus Valsalvae aortae aneurysmája	452	48. Huber Rezső: A tuberculin-kezeléssel elért eredmények	Sz. 1. szám
8. Barabás Zoltán: Csecsemőbetegségek gyógyítása embervér-injectiókkal	139	49. Hüttl Tivadar: Rekesz-sérv okozta ileus	29
9. Barát Irén: Akromegalia és diabetes insipidus	75	50. Hüttl Tivadar: Vesezületett fogcysta	176
10. Batisweiler János: Érdekesebb lefolyású sugárgombabetegség	263, 271	51. Jarno Leó: Gyomorphysiológiai és pathológiai vizsgálatok	191
11. Bársony János: Rectori beszéd	393, 403, 412	52. Jeney Endre: A serkék eltávolítása és elpusztítása antiforminoldattal	324
12. Bársony Tivadar: Gyomorelváltozások nyelöcsőfolyamatoknál	32	53. Johan Béla: Adatok a gyermekkori aplasiás anaemia kérdéséhez	212
13. Bedő Imre: A szoptató nő emlőinek kezeléséről	233	54. Johan Béla: Corpus pineale-daganat okozta korai pubertas, egyéb belső secretiós mirigyek elváltozásaival	369, 380
14. Benczúr Gyula: Az ásványvizek radioaktivitásának mai ismerete	442	55. Jung Géza és Szórády István: Féloldali mellékvese-kiirtás hatása a genuin epilepsiás görcsökre	377
15. Benedek László: Új lumbalpunkciós tű az encephalographiás vizsgálatokhoz	469	56. Karczag László és Markó Dezső: A sternomediastinalis tumorok differentialis diagnostikájához	44
16. Bochkor Adám: Az arteria vertebralis elvérzéssel járt szűrési sérülésének esete	341	57. Kausz János: Exsudatív pleuritis közbejöttével megjavult tüdővész esete	53
17. Boros József: A szív rythmus-zavarainak orvoslása chinidinnel	71, 83	58. Kelen Béla: Röntgen-therapia a szemészetben	Sz. 2. szám
18. Boros József: A relaxatio diaphragmaticáról	401	59. Kern Tibor: A chorea minor kezelése tejinjectiókkal	183
19. Borszék Károly: Adatok a traumás epilepsia sebészeti kezelésének értékéhez	1	60. Kern Tibor és Johan Béla: A miliaris tuberculosis gyógyításának lehetőségéről	467
20. Borszék Károly: A genuin epilepsiás görcsök kezelése a mellékveseállomány megkisebbitésével (Brüning-műtét)	131	61. Keszly István: Circularis hüvelyszakadásnak érdekes esete	170
21. Borza Jenő: Adatok a prostata-túltengés kórképe alatt kifejlődött járulékosmirigy-adenomához	255	62. Keszly István: A hallux valgus operatív gyógyításának új módosítása	432
22. Bosányi Andor: Atrio-ventricularis dissociatio esete 6 éves fiúgyermeken	22	63. Keszly István: Az agyvelő szűrési sérülése	444
23. Bókay János: Vesezületett léphiány esete	142	64. Kluge Endre: Adatok a schizoprenia symptomatológiájához	322
24. Bókay János: Neosalvarsan a chorea minor kezelésében	200	65. Koós Aurél: Epekő-betegség a gyermekkorban	210
25. Bókay Zoltán: A csecsemőkori pylorus-stenosis gyógykezelésének mai állásáról	214	66. Kopits Jenő: A czombcsont csípőizületi végének deformálódása, mint a világharozott csípőizületi ficzamosodás tökéletes gyógyulásának akadályai	201
26. Budai István: Az injectiós tályogokról	125	67. Kosztolányi Árpád: A gyors hőmérőzészről	372
27. Buday Kálmán: A kórboncolástan jelentősége az utolsó évtizedekben	449, 459, 470	68. Kovács Ödön: Tapasztalatok a Heim-John-féle túrók tejjel	140
28. Büben Iván: Thermopenetratio a női hólyagbajok gyógyításában	176	69. Kunszt János: Mely megszállott területen fekvő és külföldi ásványvizeket pótolhatunk hazaiakkal	234
29. Czoniczer Gábor: A vérhúgysavmeghatározás szerepe a nephritis kórjelzésében és kórjelésében	485, 497	70. Lévai József: A golyvaműtétről	159
30. Darányi Gyula: Hatásosabb antigen a Sachs-Georgi-reactióhoz	82	71. Licskó Andor: Glaucoma Röntgen-besugárzás után	Sz. 1. szám
31. Dollinger Béla: A gerincoszlop elülső gümös tályogja	321	72. Licskó Andor: A cataracta electricáról	Sz. 2. szám
32. Donath Gyula: Ezüstsulvarsan-kezelés a központi idegrendszer syphillises megbetegedéseiben	493	73. Ifj. Liebermann Leó: A székesfővárosi Szent Rókus központi kórház szemosztályának működése 1919-1921-ben	Sz. 1. sz.
33. Dubay Miklós: A sebészeti tuberculosis antigen-therapiájáról	329	74. Liebermann Tódor: Facialis-bénulást okozó chromsav-edzés esete	109
34. Eizenmann Oszkár: A Kernig-tünet újabb megvilágításban	241	75. Major Kálmán: Az osteomalacia protrahált Röntgen-kezelése	258
35. Eizenmann Oszkár: Tabes dorsalis hemiplegiával és központi dúcztünetekkel	339	76. Markovits Pál és Baló József: Kettős torzképződés két esete	409, 421
36. Faludi Géza és Balogh Ernő: A csecsemőkori scorbut klinikai és kórboncolástanai megvilágításban	261	77. Matolay Öyörgy: Lépkírtás után fejlődött tartós polycythaemia esete	379
37. Frank Miklós: Vizsgálatok a Wassermann-eljárásnál használt antigenek cholesterin-tartalmáról és jelentőségéről	45	78. Matusovszky András: A női pyelitis kezeléséről neosalvarsannal	337
38. Frigyesi József és Mansfeld Ottó: A suggerált kábalomról és a fájdalomtalan szülés egyéb módjairól	347	79. Melly József: Adatok a rokkantaknak életfogytiglan művegtaggokkal való ellátásához	359
39. Fülöp Albert: Újszülöttek influenzás megbetegedése diapla-centris fertőzés útján	55	80. Mező Béla: Új gipszsin-kötés a kulcscsonttörés gyógyítására	21
40. Guszman József: A syphillises egyének házassági engedélyének kérdése	305, 314	81. Mészáros Ferencz: Módosított mustárborogatás	405
41. Guszman J. és Pogány M.: Kísérletek a syphillisenek bismuttal való kezelésével	419, 433	82. Molnár Elek László: Mozgó szegycsont alatti golyva	14
		83. Molnár Elek László: Orsóférgék az epeutakban	504
		84. Molnár István: Az aortacompressor alkalmazása a szülészetben	479

* Sz. = „Szemészet“ melléklet.

	Oldal		Oldal
85. Nagy Géza: A thrombopeniás vérzékenység pathogenesiséhez és terapiájához	503	104. Sternberg Ferencz: A purpurákról	495, 505
86. Nagy Károly: Angina membrano-ulcerosa halálos lefolyású esete	362	105. Steiner Béla: Corpus pineale-daganat hét éves fiúban	367
87. Neuber Ede: Magyarországon előforduló pathogen gombák a bőrön és függelékein. — Egy új trichophyton-törzs	277, 291	106. Ströszner Ödön: A vörheny elleni védőoltásokról	396
88. Okolicsányi-Kúthy Dezső: A művi légmell kérdéséhez tüdővérszében	53	107. Szabó Incze: Adatok a purpura vesicae ismeretéhez	123
89. Paunz Márk: A tracheo-bronchoszkopia directa gümös nyirokmirigyeknek a légutakba áttörése esetén a gyermekkorban	206	108. Szabó József: Az úgynevezett orális sepsis és a systemás megbetegedések	269, 280
90. Pfeiffer Miklós: Mesterséges urticaria és belső secretio	63	109. Szász Emil: A gümőkóros szervezet reakciói a Deycke-Much-féle partigenekre	2, 16, 24
91. Pfeiffer Miklós: Az ízületi betegségek kénkezeléséről	387	110. Szekrényi Lajos: Az adrenalinak az intraocularis nyomást növelő hatásáról	74
92. Picker Rezső: A húgyszerveken át történő staphylococcus-kiválasztás megszűnése tonsillektomia után	487	111. Szekrényi Lajos: A szemgolyó szúrt sebe a halántékon át	186
93. Poór Ferencz: Tabes és korai syphilis	13	112. Szentkirályi Zsigmond: Gyógyító kísérletek az intrasol nevű új oldható kénésókészítménnyel	141
94. Probstner Artur: Sebészileg kezelt adnexumtumorkok elsődleges és késői gyógyulási eredményei öt évi anyagunk kapcsán	151	113. Thurzó Jenő: A pneumenkephaliás befűvások technikájának módosítása	469
95. Ráisz Dezső: Intracardialis infectiók a pallid asphyxia terapiájában	385	114. Torday Árpád: A typhusos meningismusról	477
96. Rejtő Sándor: Klinikai adatok az újabb fülgyógyászati nézetek támogatására	413	115. Tornai József: Adatok a szívbetegségek kórtanához, diagnosztikájához és orvoslásához	147, 161, 169
97. Richter Hugó: Tabes és korai syphilis	46	116. Totis Béla: A szénhidratok jelentősége a csecsemőtáplálásban	65
98. Rohrböck Ferencz: Adatok a gyermekkori erythema nodosum aetiologiájához	220	117. Tóth István: 1000 hasmetszés eredményei	457
99. Rosenberger Aajos: Májruptura, cseplesztamponade, gyógyulás	382	118. Tóthfalussy Imre: Az Eiselsberg-féle pylorus-kirekesztésről	167
100. Rosenthal Jenő: A rossztermészetű daganatok modern Röntgen-kezeléséről	79, 96, 105, 117	119. Török Béla: A csecsnyúlvány trepanációs üregének ballonnal való utókezelése	439
101. Róth Miklós és Hetényi Géza: A haemoklasiás krízis gyakorlati jelentőségéről	313	120. Tüdös Endre: Adatok az osteogenesis imperfecta klinikai és röntgenológiai körképéhez	115, 127, 218
102. Szabó Artur: A hiptokinesisről mint az encephalitis epidemica amyostasios tünetcsoportozatának egyik tünetéről	231	121. Vas J. Jenő: A struma-epidemiáról	41
103. Schmidt Ferencz: Újabb adatok a stenocardia kórtanához, tünettanához és orvoslásához	89, 103	122. Váro Béla: A Sachs-Georgi-reakcióról és jelentőségéről a latens lues diagnosztikájában szülészeti tapasztalatok alapján	61
		123. Verzár Gyula: Adatok a csecsnyúlványlob kórszövettanához	54
		124. Willner Miksa: Adat a spontán légmell klinikai diagnosztikájához	289, 299, 307
		125. Wollner Antal: Császármetszések különleges indiciói alapján	

TÁRCZA.

	Oldal		Oldal
Korányi Sándor: † Jendrassik Ernő	8	Friedrich László: Német belorvostani congressus	257
† Stiller Bertalan	26	Grósz Emil: A Rockefeller-alapítvány	258
Engel Károly: A 27. olasz belorvosi congressus	35	Friedrich László: Az emésztőszervi és anyagcserebántalmakkal foglalkozók összejövele Hamburgban	273
Buday Kálmán: † Lechner Károly	85	A „Deutsche Gesellschaft für Gynaekologie“ XVII. nagygyűlése	284
Kopits Jenő: † Holzwarth Jenő	171	Kluge Endre: A magyar elmeorvosok VII. értekezlete	406, 414, 424
Kéty Károly: Idősb Bókai János	199	Bókai János: A „Gesellschaft für Kinderheilkunde“ s a német orvosok és természetvizsgálók ülése Lipcsében	423
Bókai János: Megemlékezés idősb Bókai Jánosról születésének 100. évfordulója alkalmából	226		
Herman János: A német Röntgen-társulat 13. nagygyűlése	247		
Fabinyi Rudolf: A Lipótmező 50 esztendő	249		
		Kluge Endre: A német ideggyógyászati társaság gyűlése	444
		Bókai János: Előki megnyitó a magyar orvosok kamarazene-egyesületének alakuló ülésén	482
		Bókai János: Jövő feladatainkról	508
		Csapody István: A „Rucknystagmus“ magyar neve	Sz. 2. szám
		Székács István: A müncheni szemorvosi továbbképző tanfolyam	Sz. 2. szám
		A Magyar Szemorvostársaság alapszabályzata	Sz. 2. szám

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

	Oldal		Oldal
Bacmeister: Lehrbuch der Lungenkrankheiten	67	Jessner: Bartflechten und Flechten im Barte	473
Bandelier-Roepke: Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose	275	Joseph: Lehrbuch der Hautkrankheiten	237
Bleuler: Naturgeschichte der Seele und ihres Bewusstwerdens	86	Királyfi: A belső betegségek terapiája	250
Bruck: Semmelweis, der Begründer der Anti- und Aseptik	120	Klempner: Grundriss der klinischen Therapie innerer Krankheiten	258
Brugsch-Schittenhelm: Lehrbuch der klinischen Diagnostik und Untersuchungsmethodik	362	Koblanck: Taschenbuch der Frauenheilkunde	455
Fehling: Diagnostische und therapeutische Irrtümer in der Frauenheilkunde	500	Krasemann: Säuglings- und Kleinkinderpflege	165
Finkelstein, Galewsky u. Halberstaedter: Hautkrankheiten und Syphilis im Säuglings- und Kindesalter	227	Kraus-Brugsch: Spezielle Pathologie u. Therapie innerer Krankheiten	67, 326
Gennerich: Die Syphilis des Zentralnervensystems	58	Kretschmer: Medizinische Psychologie	311
Gerhartz: Leitfaden der Röntgenologie	510	Ledderhose: Chirurgie der Wirbelsäule, des Rückenmarks, der Bauchdecke und des Beckens	10
Goldberg: Kleine Urologie	373	Liebe: Die Lichtbehandlung in den deutschen Lungenheilstätten	120
Grote: Grundlagen ärztlicher Behandlung	295	Liepmann: Der geburtshilfliche Phantomkurs	500
Havelock Ellis: Geschlechtstrieb und Schamgefühl	353	Marek: Lehrbuch der klinischen Diagnostik der inneren Krankheiten der Haustiere	188
Häberlin: Eltern und Kinder	197	Meyer: Krankheiten des Gehirns und des verlängerten Marks	49
Herting: Der Staat als Organismus	483	Munk: Grundriss der gesamten Röntgendiagnostik innerer Krankheiten	334
Jesionek: Biologische Vorfagen der experimentellen Tuberkuloseforschung vom dermatologischen Standpunkt aus	500	Parassin: A tüdőgümőkór	415
Jessen: Die operative Behandlung der Lungentuberkulose	155	Poór: Dermatologia	18
		Prinzhorn: Bildneri der Geisteskranken	491
		Rhorer: Physika	426
		Samson: Prostitution und Tuberkulose	143
		Schall: Diagnostik und Ernährungsbehandlung der Zuckerkrankheit	120
		Schenck-Gruber: Az ember élettana	129
		Schinagel: A terhességi elváltozások a placentaris secretio szempontjából	435
		Schlesinger: Die Röntgendiagnostik der Magen- und Darmkrankheiten	383
		Schmidt: Kompendium der Lichtbehandlung	334
		Schmidt: Zur Biologie der Lipoide	343
		Scipades: Szülészeti előadások	366
		Stransky: Psychopathologie des Ausnahmezustandes und Psychopathologie des Alltags	137
		Szymonowicz: Lehrbuch der Histologie	77
		Torday: Mamák könyve	390
		Vály: Fülgyógyászat	38
		Veröffentlichungen der Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose	27
		Wachtel: Sonderfälle der Fruchtabtreibung	473
		Wein: Az állkapocs sérülések gyógyítása	318
		Zappert: Krankheiten des Nervensystems im Kindesalter	445
		Zieler: Die Geschlechtskrankheiten	173
		Zinsser: Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes	463

II. Lapszemle.

I. Általános kór- és gyógytan	— 3 közlés.
II. Belorvostan	— 57 közlés.
III. Sebészet	— 42 közlés.
IV. Szülészeti és nőorvostan	— 22 közlés.

V. Gyermekorvostan	— 51 közlés.
VI. Szemészet	— 19 közlés.
VII. Bőrkórtan	— 4 közlés.
VIII. Venereás betegségek	— 10 közlés.
IX. Húgyszervi betegségek	— 2 közlés.

X. Elme- és idegkórtan	— 43 közlés.
XI. Orr-, torok- és gégebajok	— 1 közlés.
XII. Kisebb közlések az orvostudományra	— 126 közlés.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Budapesti Kir. Orvosegyesület	9, 17, 37, 55, 75, 110, 135, 143, 153, 164, 172, 178, 195, 265, 273, 294, 301, 310, 317, 333, 342, 352, 462, 472, 481, 489
Közkórházi Orvostársulat	47, 66, 99, 120
Magyar elmeorvosok VII. értekezlete	406

Magyarország szemorvosainak egyesülete	Sz. 1. és 2. szám
Országos balneológiai congressus	187, 196
Debreczeni Orvosegyesület	283, 325, 373, 490, 499, 509
Olasz belorvosi congressus	35

Német belorvosi congressus	257
Német gynaekológiai társaság 17. nagygyűlése	284
Német ideggyógyász-társaság	444
Német Röntgen-társulat nagygyűlése	247

TÁRGYMUTATÓ.

Abderhalden-reactio új módszere	50
Abortus activus therapiája	197
Abortus, lázas, kezelése	121, 484
Actinomycosis kezelése	335, 391
Actinomycosis, érdekes lefolyású	263, 271
Acromegalia és diabetes insipidus	75
Adnexum-daganatok sebészi kezelése	151
Adrenalin hatása az intraocularis nyomásra	74
Afenil conjunctivitis vernalis ellen	31
Agobilin	51
Agoleum	238
Agyvelődaganat, 4 év előtt operált	17
Agyvelő szűrt sérülése	444
Agyvelő vascularis mézsimpraegnatiója	326
Alaklásban szereplő lelki componens	Sz. 2. szám
Albertan	260
Amblyopia, optochin okozta	37
Anaemia aplastica a gyermekkorban	212
Anaemia kezelése	328
Anaemia pernicioza és idegrendszerbeli elváltozások	178
Anaemia pernicioza és csontvelőelváltozás	157
Anaemia pernicioza kezelése csontvelő eltávolításával	78
Anaemia pernicioza operatív kezelésének új módja	285
Anaemiák, haemolysisek és a reticulo-endothelialis apparatus	164
Anaemiák kór- és gyógytanának néhány kérdése	164
Anaphylaxia és lóhússal táplálkozás	39
Aneurysma aortae kezelése tehermentesítő mediastinotomiával	390
Aneurysma arteriae glutaecae	48
Aneurysma, medenczebeli	310
Aneurysma sinus Valsalvae aortae	452
Angiolympha	304
Angina kezelése	319, 398
Angina Ludovici műtéti kezelése	463
Angina membrano-ulcerosa halálos lefolyással	362
Antisepsis, belső	67
Aorta-aneurysma kezelése tehermentesítő mediastinotomiával	390
Aphasia-kérdés mai állása	416
Appendicitis falsa	18
Appendicitis műtéti kezelésének javalata	197
Appendicitis Röntgen-vizsgálata	37
Argandol	319
Arteria vertebralis szűrésű sérülése okozta elvérzés	341
Arteriosclerosis kezelése	100
Arteriectomia	20
Ascariasis az epeutakban	354, 504
Ascariasis súlyos esetei	296
Asphyxia pallida kezelése intracardialis injectiókkal	385, 408
Astaphylol	138
Asthma bronchiale kezelése	87, 100, 250, 363, 500
Asthma bronchiale és fehérje-anaphylaxia	481

Athetosis, veleszületett általános	325
Atrio-ventriculocris dissociatio 6 éves gyermekben	22
Ásványvizek, külföldiek, pótlása hazaiakkal	234
Ásványvizek radioaktivitása	442
Babaszem mint a postdiphtheriás hüdés tünete	327
Balneológiai congressus, magyar	187, 196
Barraquer-féle erisiphake	Sz. 2. szám
Barth-Neumann refractometere	Sz. 2. szám
Basedow-kór és petefészek-hypofunctio	60
Basedow-kór gyógyítása	312
Bárány-hörgő-fistula	37
Beléző készülék, új	301
Belorvostani congressus, német	257
Belorvosi congressus, olasz	35
Bélműködés szabályozása atropin kis adagival	112
Bériel-féle orbitalis liquorpunctio	383
Blepharospasmus kezelése	59
id. Bókai János	199
Bőr alá fecskendezése gyuladást keltő gyógyszereknek	455
Bőrbajok, viszketők, kezelése	19
Börtuberculosis kezelése partialantigennel	59
Brana-kanál	Sz. 1. szám
Bronchopneumonia, gyermekkori, kezelése	276
Bruzdinski-féle nyakfűtő	407
Brüning-műtét	100, 131, 154, 377
Budapesti Kir. Orvosegyesület — I. Orvosegyesület.	
Calcaona	51, 276
Calcihyd	156
Calcium használata szívbajokban	38
Calciumtherapia a gyermekgyógyászatban	373
Carbolparaffin okozta fülroncsolás	78
Carbunculus kezelése	501
Carcinoma és hajzat	483
Carcinoma gyógyítása	189
Carcinómások vérének phosphortartalma	327
Cardiostenosis műtéti kezelése	312
Cardiospasmus kezelése	475
Catamin	144
Cataracta-discissio	Sz. 1. szám
Cataracta electrica	Sz. 2. szám
Cataracta, kettős, egy szemben	399
Cataracta-műtét csarnoköblítéssel és kötőhártya-köténnyel	509
Cataractaműtétnél a szem érzéstelenítése	Sz. 2. szám
Cataracta Röntgen-besugárzás után	Sz. 2. szám
Cataracta senilis operálása kerek pupillával	76
Cataracta (utó-) operálásának technikája	76
Chamillosanum	144
Chinin a szülészeti	60
Chinin bőr alá fecskendezése	51
Chinin intramuscularis befecskendezése	304
Cholaktol	174
Cholelithiasis kezelése	51, 365
Cholelithiasis a gyermekkorban	210

Cholelithiasis és migraine	510
Cholelithiasisban a vér cholesterintartalmának változása	298
Cholesterin jelentősége fertőzésekben	491
Chorea gyógyítása	27
Chorea minor kezelése neosalvarsannal	200
Chorea kezelése tej-injectiókkal	164, 183, 499
Chorea pseudoparalytica	325
Chorioretinitis tuberculin-kezelése után kellemetlen mellékhatások	Sz. 2. szám
Climacteriumos zavarok kezelése	156
Cocainismus	250
Cocainmérgezés kezelése	319
Colica porphyrurica	173
Colon-rák kezelése	474
Conjunctiva plasmasejtes daganata	Sz. 2. szám
Conjunctivitis vernalis ellen afenil	31
Cornea-ektasia, széli	Sz. 2. szám
Cornea recidiváló epithelmegbetegedése	511
Corpus pineale-daganat	367, 369, 380
Cristolax	1
Császármetszés	3
Császármetszés hegének spontán megrepedése	
Császármetszés prophylaxisos javalata	
Császármetszések különleges indiciók alapján	289, 299, 307
Csecsnyúlány trepanációs üregének utókezelése ballonnal	439
Csecsnyújtánylob kórszövetana	61
Csecsemők szokványos hanyása ellen pépes előtetés	137
Csecsemők táplálása kecsketejjel	87
Csecsemőbetegségek gyógyítása embervérinfectiókkal	139
Csecsemőgondozónők képzése	276
Csecsemőkori gummás lues	490
Csecsemőkori nephritis luetica	229
Csecsemőkori pylorus-stenosis kezelése	214
Csecsemőkori ruminatio	173
Csecsemőkori scorbüt	261
Csecsemőkori tetanus kezelése	166
Csecsemőtáplálkozás gyengén savanyú, szénhidratgazdag tejjel	274
Csecsemőtáplálásban a szénhidrátok jelentősége	65
Csigolya-sarkoma prognosisa	390
Csípőizületi ficzomodás, világhozott, gyógyulásának akadályai	201
Csonttúlterésre gyógyult lábsarkoma	310
Csonttörések, rosszul gyógyultak, kezelése	275
Csuklás kezelése	60, 384
Csuklás vizeletretentio mellett	312
Daganatok, rossztermészetűek, Röntgenkezelése	79, 96, 105, 117
Daganatok sokszorossága	311
Debreczeni orvosegyesület 283, 325, 373, 490, 499, 509	
Decubitus kezelése	100
Dejalol	365
Diabetes mellitus gyógyítása	120, 463
Diabetes insipidus és acromegalia	75

Digitalis-dispert	511	Oldal	Glaucoma operálása hámmal bélelt nyílás készítésével	Sz. 2. szám	Influenza után lencsehomály	Sz. 2. szám
Digitalis-therapia, rectalis	86		Glaucoma operatív kezelése	Sz. 1. szám	Ingergyógymód a belorvostanban	326
Diphtheria serumtherapiája	463		Glaucoma Röntgen-besugárzás után	76	Injectio tályog	125
Diphtheria umbilici	50			Sz. 1. szám	Intrasol	141
Diphtheria újszülöttekben	363, 383		Glaucomaelenes scleratrapanatio hatás-módja	266	Inulin használata diabetesben	463
Diphtheriabacillusok csecsemők orrában	285		Golyva — I. Struma.		Invaginatio ileocolica	284
Diphtheriabacillusgazdák	285		Gondolkodás betegségeinek áttekintése	318	Iridochoorioiditis plastica folytán teljes megvakulás	Sz. 2. szám
Distomum hepaticum a gyermekkorban	229		Gonorrhoea kezelése	384	Iris szövetének sajátságos elváltozása	Sz. 2. szám
Drótsővény-jelenségek tüdőgyógyító helyeken	87		Gynaekologiai társaság, német, 17. nagygyűlése	284	Iritisek összefüggése más szervek betegségeivel	481
Duodenum-átfúródás, fedett	48		Gyermekágy modern kezelése	464	Ischias és spina bifida occulta	259
Duodenum-fekély forrázás után	66		Gyermekágyi láz kezelése	50	Ischias gyógyítása	19
Duodenalis atresia	144		Gyermekbetegek ágyban tartása	11	Izületbajok kezelése	446
Dysenteria	389		Gyermekbetegség, új	464	Izületbajok kezelése kénnel	188, 387
Dysenteria nagyobbokú vérzéssel	110		Gyermekgyógyászatban calciumtherapia	373	Izületcsúsz kezelése	365
Dyspepsia, psychogen	473		Gyermekkori aplasiás anaemia	212	† Jendrassik Ernő	8
Eclampsia	39, 179, 492		Gyermekkori cerebriális hemiplegia	188	Joddiuretal	318
Eiselsberg-féle pyloruskirekesztés	167		Gyermekkori öngyilkosság	304	Jodismus összefüggése alkoholizmussal	39
Eldoform	464		Gyermekkori vesegyulladás kezelésében czukornapok	166	Jodkalium helyettesítése jodtincturával	465
Elmebetegek dactylogrammja	68		Gyomorfekély kezelése	77	Junijot	11
Elmeorvosok (magyarok) VII. értekezlete	406		Gyomorfekély műtete után vékonybél-fekély	56	Juvenin	365
Elmezavar, serdülés	111		Gyomorphysiologiai és pathologiai vizsgálatok	191	Kancsal gyengélő szemek javítása	59
Emlő, szoptató, kezelése	233		Gyomortágulás, heveny	416	Kancsalság-műtét	Sz. 2. szám
Emlőbepedések megelőzése és kezelése	259		Gyulladásos folyamatok gyógyítása phenyl-chinolin-carbonsavval	334	Kanyaróellenes védőoltás	87, 228, 426
Emlőgyulladás kezelése	312		Haemoklasiás krízis	165, 313	Kanyaró kórokozónak tenyésztése	456
Emlőkrisis tabesben	58		Haemophiliás vérzés kezelése	511	Katatoniasok psychomotoros zavarai	426
Encephalitis epidemica kezelése	286		Haemorrhagiás diathesis ellen lépkürtés	463	Kábálom, szuggerált, a szülészetben	347
Encephalitis epidemica lefolyása	475		Hajszálerek szerepe a keringés zavaraiiban	499	Keratitis parenchymatosa oka	51
Encephalitis epidemiacában a májfunctio bántalmazottsága	354		Hajzat viselkedése rák eseteiben	483	Keratitis parenchymatosa után visszamaradt éreződés	Sz. 2. szám
Encephalitis lethargica és százug-rángatózás	238		Hallux valgus új műtétmódja	432	Keratoconus	463, Sz. 2. szám
Encephalitis lethargica után hirtelen és korai nemi fejlődés	407		Hasmetszés, 1000, eredményei	457, 462	Keratoplastica totalis	Sz. 2. szám
Encephalitisseru járvány csecsemőszályon	294		Hasmetszés utáni hashártyaösszenövések	130	Keresztjáji teratomák	462
Encephalitis utáni parkinsonismus új tünete	303, 399		Hasmetszés utókezelése	19, 156	Kernig-tünet	241
Encephalographia	469, 499		Has-palpatio megkönnyítése	129	Klimasan	156
Encephalographiához új lumbalis tű	469		Hasúri megbetegedés, kombinált	490	Koponyaplastica a scapulából vett csontlemezzel	319
Encephalokele naso-orbitalis	Sz. 2. szám		Hályog — I. Cataracta	510	Kórbonczolástan jelentősége az utolsó évtizedekben	449, 459, 470
Endocarditis lenta	312, 510		Heim-John-féle túrók tej	140	Köhler-betegség aetiologiája	435
Enuresis gyógyítása	374		Hemicrania kezelése	181	Köldök-diphtheria	50
Epholyagsipoly műtéve	325		Heregnyúlás garatmögötti tályog kapcsán	251	Könyöküzleti condylus-törés	325
Epekőbetegség — I. Cholelithiasis.			Hereinversio-torsio	325	Könyutak átjárhatóvá tévése	286
Epeutak ascariasis	354, 504		Hess-féle pupiloskop	Sz. 2. szám	Könyveteken füttyülő hang	276
Epeut-műtétknél a metszés mód	144		Heterophoria mérése	267	Köszvény gyógyítása	67
Epicanthus-hoz kapcsolt kétoldali szemhéjcsüngés operált esete	Sz. 2. szám		Himlő Budapesten a háború alatt	472	Kötőhártya chemotherapiája	Sz. 2. szám
Epididymitis gonorrhoeica kezelése	416		Himlőellenes védőoltás, intracutan	78	Kötőhártya-elfajulás, hyalinus	Sz. 2. szám
Epilepsia	509		† Holzwarth Jenő	166, 171	Kötőhártyahurut, idült, kezelése	511
Epilepsia gyógyítása mellékvesekiirtással	100, 131, 154, 377		Hőmérőzés, gyors	372	Kötőhártya mechanikai kezelése pannus ellen	Sz. 2. szám
Epilepsia kezelése	327, 391		Huntington-chorea	283	Közkórházi Orvostársulat	47, 66, 99, 120
Epilepsia traumatica sebészi kezelése	1		Húgyanyag meghatározása kisebb mennyiségű vérében	9	Kuhnt-tenotomia módosítása	276
Epilepsias rohamban a pupillák viselkedése	251		Húgyhólyagbajok, nőiek, kezelése thermopenetrációval	176	Kulcsonttörés kezelése	21, 325
Erysipelas kezelése	328, 399		Húgyhólyagból idegentest eltávolítása	195	Lágyfékely vaccinás kezelése	59
Erythema annulare rheumaticum	100, 335		Húgyhólyaggyulladás kezelése	238, 456	Látáselmelet, új	27
Erythema nodosum kezelése	267		Húgszerveken át történő staphylococcus-kiválasztás megszűnése tonsillectomia után	487	Látóidegben metastasisos rák	59
Erythema nodosum, gyermekkori, aetiologiája	220		Hüvelyszakadás, circularis	170	† Lechner Károly	85
Euphyllin véralvadást siettető hatása	474		Hyperidrosis kezelése	354, 355	Leukaemia prognosisa	383
Eustach-kürt genyedésének Röntgen-kezelése	265		Hypertoniás oldatok intravenás befecskendezésének osmosis hatásai	295	Légzéstetania, neurosisos	374
Exanthema subitum	492		Hypnodonal	276	Lépfene kezelése	373, 475
Exophthalmus mérése	259		Hypophysis-daganat Röntgen-kezelése	265	Lép és mellékvese viszonya	189
Extrasystolia kezelése	51		Hypophysiseredetű genitális dystrophia opticus-atrophiával	Sz. 1. és 2. szám	Léphiány, veleszületett	142
Égett sebek kezelése	181		Hypophysis eredetű infantilismus diabetes insipidussal	9	Lépkürtés javalatai	172
Facialis-bénelás chromsav-edzés után	109		Hypotonin	166	Lépkürtés után tartós polycythaemia	379
Fagyásdaganat kezelése	144		Hypotokinesis	231, 342	Léprepedés után késő vérzés	173
† Farkas László	69		Hysteriás járás-zavarok agastyánokon	27	Lép újfajta működése	510
Fejfájás kezelése konyhasóval	258		Idegorvos-társaság, német	444	Lévi-reflex	267
Fertőzőbetegségek átvitele	238		Idegrendszer, központi, syphilitis megbetegedésének ezüstsalvarsan-kezelése	493	Lipótmező 50 esztendő	249
Fibromyoma mint szülési complicatio	317		Idegrendszer-lues módosított salvarsan-therapiája	238	Liquor cerebrospinalis globulintartalmának diagnosztikai értéke	391
Fluor kezelése	399		Idegrendszer (központi) megbetegedésének bonyolult esete	136	Lupus vulgaris fertőzőképessége	156
Fogcysta, veleszületett	175		Idiotia amaurotica	273	Lymphoma submandibularis operálása a szájon át	383
Förster-műtét tabeszes gomorkrizisek ellen	284		Ileus, a mesenterialis mirigyek gümőkórja által okozott	407	Makk-maláta-cacao	267
Friedmann-szer	137		Ileus ellen hypophysis-kivonat	344	Malariával szövődött typhus	48
Furunculocok kezelése	335		Impotentia kezelése	365	Mandulagyulladás után genyes peritonitis	446
Fülczipa-plastika	154		Influenza diaplacentaris átvitele	55	Mandulakiirtás hatása a táplálkozásra	228
Fül, középső, heveny gyulladásának szövdményei	373		Influenza kezelése	174	Marasmus lényege	363
Garat sajátságos megbetegedése	259				Mayer-reflex	267
Garatmögötti tályog és heregyulladás	251				Májdaganat operált esete	154
Gerincoszlop elülső gümös tályogja	321				Máj húgyanyagképző képességének vizsgálata májbajokban	184
Gégekiirtás öt eseté	99				Májrepedés esete cseplesztamponálással	382
Gégestenosisok, hegések, gyógyítása	99				Májsorvadás, heveny sárga, és agyvelváltozás	383
Glaucoma gyógyítása a ganglion sphenopalatinum bénításával	455				Meckel-diverticulum invaginatioja rákövetkező vékonybél-invaginációval	302
					Medenczebeli aneurysma	310

	Oldal
Megalophthalmia	Sz. 2. szám
Meningitis új tünete	50
Meningitisben Weil-Kafka-féle haemolysin-reactio	68
Meningomyelitis syphilitica acuta	354
Menstruatió tanának legújabb állása	500
Menstruációs zavarok új megjelölése	68
Méh helyzetváltozásai	274
Méhenküüli terhesség és vérreinfusio	58
Migraine és cholelithiasis	510
Mikulicz-betegség	499
Moro-féle átkarolási reflex	407
Morphium veszélyessége nehézlégzés némi esetében	197
Mustáborogatás, módosított	405
Műszem, a szemgödröt teljesen kitöltő	68
Műtét utáni vizeletrekedés megelőzése	68
Műtét utáni tüdőszövődmények megelőzése	77, 112, 165
Művégtag-ellátás	359
Myoma és terhesség	57
Myoneurin	365
Myositis ossificans progressiva 10 éves leányon	76
Napténykezelés után halálos tüdővérzés	464
Narcosis	501
Narkotizáló eljárás, új	408
Nátha kezelése	60
Nemi betegségek elleni új német törvényjavaslat	286
Neosalvarsan-cyarsal egyidejű befecskendezése	173
Neosalvarsan- és organluetin-kezelés	303
Neosalvarsan-hamisítványok felismerése	51
Nephritis és appendicitis	510
Nephritis, idült, prognosisa	491
Nephritis luetica a csecsemőkorban	229
Nephritisben a vérlúgysavmeghatározás szerepe	485, 497
Neuralgiák Röntgen-kezelése	39
Neurosyphilis kezelése	58
Neurosyphilis, latens	374
Nitrogenmeghatározás új mikromódszere	194
Novalgin	68
Novasurol mint diureticum	11
Nystagmus neurologicali jelentősége	390
Nyakizmok görcse	78
Nyelőcsőfolyamatoknál gyomorelváltozások	32
Obstipatio kezelése	130
Olajban oldott gyógyszerek intravenás befecskendezése	363
Omphalokele és thoracopagus operált esete	274
Ondószácsák külső vándorlásával kapcsolatos méhenküüli terhesség	17
Opatropin	112
Ophthalmia sympathica	Sz. 1. szám
Optochin-amblyopia	37
Oralis sepsis	269, 280
Orvosdoktori szigorlatok új szabályrendelete	417
Orvosegyesület, Budapesti Királyi 9, 17, 37, 55, 75, 110, 135, 143, 153, 164, 172, 178, 195, 265, 273, 294, 301, 310, 317, 333, 342, 352, 462, 472, 481, 489	481, 489
Orvosegyesület, Debreczeni 283, 325, 373, 490, 499	509
Orvosok és természetkutatók, németek, ülése Lipcsében	423
Orvosok kamarazene-egyesülete	482
Orvostársulat, Közkórházi 47, 66, 99	120
Osteochondritis deformans juvenilis	198
Osteogenesis imperfecta	115, 127
Osteomalacia protrahált Röntgen-kezelése	253
Oxyuriasis kezelése	335
Ozaena kezelése	436
Ólomvédőanyag, plastikus	489
Panaritium subunguale kezelése	39
Paracodin-sirup	492
Paralysis anatomiai gyors diagnosisa	455
Paralysis kezelése	67
Paralysis is, agitanus kezelése	238
Paralysis spastica familiaris	10
Paranephritis rejtett tályog megkeresése	18
Paratyphus-fertőzések kórtanához adatok	429
Parkinson-kór gyógyítása	78, 285
Parotitis, postoperativ	100
Pellagra	288
Pepsin-sósav mint antisepticum	180

	Oldal
Peracetol	68
Pericarditis episthenocardica	120
Peritonitis mandulagyulladás után	446
Peritonitis serosa acuta	353
Pertussis bacteriologiai diagnostikája	328
Pertussis kezelése	355
Pertussis-serum	229
Pestis és bacteriumának változandósága	266
Pestis terjesztésében a patkány és bolha szerepe	143
Phloridzinhatás	95
Plaut-Vincent-angina exanthemával	47
Plaut-Vincent-angina kezelése	112
Pleuraempyema átfürdős hashártyalob tünetével	327
Pleuritis, gyermekkori, prognosisa	58
Pneumococcus-peritonitis a csecsemő- és gyermekkorban	344
Pneumonia kezelése	484
Pneumoniában arteriotomia	20
Pneumoniára vonatkozó újabb vizsgálatok	77
Pneumothorax diagnostikája	54
Pneumothorax, mesterséges, és vesebaj	312
Polyarthrit deformans és pajzsmirigy	510
Polycythaemia gyógyítása	58
Pregl-oldat használata a belorvostanban	343
Presbyopiás szemüveg, újfajta	37
† Prochnow József	39
Prostata-atrophia	352
Prostata-tünetegés kórképe alatt fejlődő járulékosmirigy-adenoma	255
Prostatitis gonorrhoeica kezelése	345
Proteintherapia a gyermekgyógyászatban	343
Pruritus kezelése	144
Pruritus senilis kezelése	188
Pruritus vulvae kezelése	20
Psoriasis kezelése	427
Psychogen dyspepsia	473
Psychosokban a serum toxikus volta	446
Purpura vesicae	123
Purpurák	495, 505
Pyaemia kezelése	260
Pyelitis, női, kezelése salvarsannal	337
Pylorus-stenosis, csecsemőkori, kezelése	214
Pyonephrosis pseudogonorrhoeica	195
Rachitis és mézanyagcsere	390
Rachitis therapiája	188, 384
Rachitises elgörbülések kezelése	238, 250, 295
Rectori beszéd	393, 403, 412
Relaxatio diaphragmatica	401
Rekesz-sérv okozta ileus	29
Retina velőshüvelyű idegrostjainak eltűnése	78
Retinitis haemorrhagica salvarsan után	Sz. 2. szám
Retrobulbaris phlegmonéból kiindult thrombophlebitis sinus cavernosi	Sz. 2. szám
Rheumatismus összefüggése a pajzsmirigyvel	335
Rivanol sarjadzástgátló hatása	320
Rockefeller-alapítvány	258
Röntgen-zinképek	331
Röntgen-társulat, német	247
Röntgen-tévedés	295
Röntgen-therapia javalatai	136
Rucknystagmus magyar neve	Sz. 2. szám
Ruminatio, csecsemőkori	173
Rühesség kezelése	144, 328, 355, 486
Sachs-Georgi-reactio	6
Sachs-Georgi-reactio jelentősége a latens lues diagnoskálásában szülészeti tapasztalatok alapján	41
Sachs-Georgi-reactióhoz új antigen	82
Salvarsandermatitis	319
Salvarsan értéke	303
Salvarsan használata a terhességben	11
Salvarsankezelés hatásosabbá tevése	58
Salvarsan mérgező hatásának csökkentése	122
Salvarsan után retinitis haemorrhagica	Sz. 2. szám
Salvarsan-vita	363
Sarkoma kezelése	343
Sarkoma myelogenes	325
Sarkoma spontán gyógyulása	137
Sarkoma vertebrarum prognosisa	390
Sarnol	355
Sarscato	436
Savós hárttyák gyulladásának kezelése	408

	Oldal
Scabies — I. Rüh.	328
Scabisapon	373
Scarlatina kór- és tünettanához adatok	373
Scarlatina utáni sinusitis frontalis	66
Scarlatina-vaccina mellékhatásai	134
Schilling-vérkép diagnostikai jelentősége	322
Schizophrenia tünettanához adatok	310
Schizophreniások vegetatív idegrendszerére a cocain hatása	417
Scillaren	Sz. 2. szám
Sclera-seb varása	Sz. 2. szám
Sclera-tályog	317, 352
Scorbut	261
Scorbut, csecsemőkori	Sz. 2. szám
Sculo trachoma-kezelése	326
Sebészeti parenteralis proteintherapia	285
Sebfertőzés, kézről kiinduló, kezelése	260
Sebkezelés	312
Secoin	112
Sennatropin	465
Sepsis prognosisa	317
Sepsises betegségek chemotherapiája	484
Serumbetegség megelőzése	319
Siliciumsav	198
Silistren	373
Sinusitis frontalis postscarlatinosa	68
Solaesthin	296
Spasmopurin	286
Spondylitisből eredő hűdések kezelése	319
Staphylococcus-infectiók kezelése	Sz. 2. szám
Stein tonometere	100
Stenocardia kezelése	89, 103
Stenocardia kórtana, tünettana és orvoslása	44
Sternomediastinalis tomputatok differentialis diagnostikája	26
† Stiller Bertalan	276
Strabismus kezelése módosított Kuhntentotomiával	122
Strophantin-kezelés	510
Struma a csecsemőkori	218
Struma epidemia	178
Struma intratrachealis	159
Struma-műtét	14
Struma, szegycsontalatti mozgó	Sz. 2. szám
Subtenonialis immetszés	172
Süketség érdekes esete	296, 391
Syphilis congenita	490
Syphilis, csecsemőkori gummás	464
Syphilis kezelése	344, 419, 433
Syphilis kezelése bismuttal	427, 493
Syphilis, központi idegrendszeri, kezelése	353
Syphilis maligna korai felismerése	417
Syphilis okozta szivbajok kezelése	121
Syphilis-prophylacticumok	305, 314
Syphilises egyének házassági engedélye	354
Syphilises heveny meningomyelitis	275
Syphilises meningitis heveny lázas betegség alakjában	229
Syphilises nephritis a csecsemőkori	509
Syngomyelia	267
Szájbajok kezelése trypaflavinnal	Sz. 1. szám
Szem belsejébe terjedő epibulbaris carcinoma	Sz. 1. szám
Szembajok tuberculin-kezelése	74
Szembelei nyomásra az adrenalin hatása	491
Szemenucleatio utáni kozmetikai javító-műtétek	Sz. 2. szám
Szem érzéstelenítése hályogműtétnél	Sz. 2. szám
Szemészetben a b. fluorescens liquefaciens szerepe	Sz. 2. szám
Szemészeti Röntgen-therapia	Sz. 2. szám
Szemészeti továbbképző tanfolyam Münchenben	Sz. 2. szám
Szemgolyó szűrt sebe a halántékon át	Sz. 2. szám
Szemhéjangioma kezelése mesothoriummal	Sz. 2. szám
Szemhéjbefordulás, öregkori, oka	Sz. 2. szám
Szemhéjbőrhiány pótlása Thiersch-átültetéssel	Sz. 2. szám
Szemhéj, felső, teljes pótlása	Sz. 2. szám
Szemhéjcsüngés-műtét	Sz. 2. szám
Szemhéjkifordulás, öregkori, új műtétmódja	Sz. 2. szám
Szemizombénulás után ferde fejtartás egy oka	Sz. 2. szám
Szemizommozgató magvak fejlődési hiánya	135

Oldal		Oldal		Oldal	
Szemleletek gyengeelméjű gyermekeken Sz. 2. szám		Tályog, hideg, gyógyítása	78	Tuberculosis szervezet reakciói a Deycke-Much-féle partigenekre	2, 16, 24
Szemlencsehomály influenza után Sz. 2. szám		Tályog, injectió	125	Tüdőbetegségek sebészeti terapiája	259
Szemlencsehomály, réz-idegentest okozta 349		Tályog, veleszületett	48	Tüdőgangraena kezelése	463
Szemorvostársaság, magyar, alapszabályzata Sz. 2. szám		Tejhígítás a csecsemőkorbán	59	Tüdőstreptotrichosis	99
Szemosztály, Rókus-kórházi, működése 1919—1921-ben Sz. 1. szám		Tejszívó, új	436	Tüdővérzés kezelése	198, 465, 475
Szemrengés Sz. 1. szám		Teratomák, keresztájiak	462	Tüdővész és mesterséges légmell	53
Szemsorvadás terpentin subconjunctivalis injectiója után Sz. 1. szám		Terheltségi momentumok pszichiátriás-genealogiai szempontból	343	Tüdővész gyógyítása	20, 130
Szemeke és kötőhártya eltávolítása tuberculosis miatt Sz. 2. szám		Terhesek hányásának kezelése	475	Tüdővész javulása exsudatív pleuritis közbejöttével	53
Szemtükrő, oktató Sz. 1. szám		Terhesek varixai	11	Tű, lenyelt, átfúródása a vastagbélbe	110
Szemzug, belső, ritka rendellenessége	426	Terhesség és myoma	57	Typhus abdominalis pathogenesiséhez adatok	357
Szív rythmus-zavara a terhességben	121	Terhességben súlyos szívrythmus-zavar	121	Typhus abdominalis szövődése malariával	48
Szív rythmus-zavarainak orvoslása chinidinnel	71, 76, 83	Terhességben salvarsan használata	11	Typhus és pajzsmirigy közötti összefüggés	121
Szívujjak kór- és gyógytanához adatok	147, 161, 169	Terhességben diaetetika	489	Typhus sedativ terapiája	143
Szívujjak, syphilis által okozottak, kezelése	417	Testsúlygyarapítás	345	Typhusos meningismus	477
Szívujjakban altatószerek és narcoticumok használata	49	Tetania családi előfordulása	120	Urticaria, mesterséges, és belső secretio	63
Szívujjakban calcium használata	38	Tetania, csecsemőkori, kezelése	166	Ujszülöttek átmeneti súlyos cyanosisa	121
Szívbillentyűbaj-statisztika	11	Tetania kezelése	374	Ujszülöttek diphtheriája	363, 383
Szívblock viszonya az idegrendszerhez	296	Tetania postoperativa kezelése epithel-test-átültetéssel	87	Vakság, neuritises, gyógyulása a rosta-labyrinthus megnyitása után	301
Szíverek sclerosisának kezelése	27	Tetaniászzerű jelenségek	319	Varicocele gyógyítása	373
Szívrepedés, spontán	155	Tetvetlenítés antiforminnal	324	Varixok a terhességben	11
Szívsebészet	455	Thermopenetratio női hólyagbajok ellen	176	Vas szerepe az idegszövetben	19
Szülés bódulatban	344	Thrombopenia essentialis	325	Vegetativ idegrendszer és egyéniség	510
Szülés, fájdalomtalan	347, 446	Thrombopeniás vérzékenység	503	Veramon	138
Szülés kábálomban	347	Thyoparametron	399	Vesegümőkór conservativ kezelése	285
Szülési prophylaxis	489	Torzképződés, kettős	409, 421	Vesegyulladás — I. Nephritis.	
Szülészetben az aortacompressor alkalmazása	479	Tracheo-bronchoszkopia directa	206	Végbél-előesés kezelése a gyermekkorban	251
Szülészeti műtétek, újak	474	Trachoma, egyoldali	Sz. 2. szám	Végbélnyílás készítésének új módja	157
Szülőfájások előidézésének új módja	416	Trachoma és constitutio	Sz. 2. szám	Véráramlás gyorsaságának meghatározása	483
Szülőfájások erősítése szőlőcukorral	137	Trachoma-kezelés, Sculco-féle	Sz. 2. szám	Vérinfusio a végbélen át	100
Tabes dorsalis hemiplegiával és központi dúcztünetekkel	339	Trachomás tarsusok vizsgálata	Sz. 2. szám	Vérkeringés elégtelenségének kezelése	399
Tabes és korai syphilis	13, 46	Trichophyton-törzs, új	277, 291	Vérsejtek süllyedésének gyorsasága	301
Tabesben emlékrizis	58	Trigeminus-neuralgia kezelése	237, 492	Vérvesztés csökkentése műtéteknél	267
Tabeses gyomorkrizisek kezelése	284, 285	Trigeminus-neuralgia alkohol-kezelésének veszélyessége	354	Villanyáram okozta sérülés	153
Tabeses izomsorvadás	275	Tuberculin-próba, cutan, egyszerűsítése	327	Vízkörság kezelése	484
Tabessel kapcsolódott Reichmann-tünet-csoport	259	Tuberculosis diagnostikájában a Röntgenkép jelentősége	303	Vörhenyellenes védőoltás	396
		Tuberculosis egy új koratünete	237	Vulnodermol	456
		Tuberculosis, gyermekkori, kezelése	319	Vulva-pruritus kezelése	20
		Tuberculosis miliaris gyógyulásának lehetőségége	467	Vulvovaginitis, paragonococcus által okozott	229
		Tuberculosis, sebészeti, anfigen-terapiája	329	Wassermann-eljárásnál használt antigenek cholesterin-tartalma	45
		Tuberculosisus anyák csecsemői	276	Wassermann-reactio és digitalis-therapia	121
				Yatren	260

NÉVMUTATÓ.

	Oldal		Oldal		Oldal		Oldal		
Aczél Dezső	194	Csapody István		Ifj. Imre József	154,	Loessl János	325	Sarbo Artur	231, 342
Ambrus József	490	Sz. 1. és 2. szám		Sz. 2. szám		Major Kálmán	253	Schaffer Károly	10
Ambrus Matild	373	Csépay Károly	9	Jablonowski József	143	Manninger Vilmos	18	Schinagel Géza	435
Árpási Adolf	6	Csíky József	499	Jacobovics Béla	273	Mansfeld Ottó	347	Schmidt Ferencz	
Baál Károly	389	Csörsz Károly	283	Jancsó István	352	Marek József	188	38, 89, 103	
Babarczy Mária	298	Czoniczer Gábor	485, 497	Jarno Leó	191	Markovits Pál	409, 421	Schmidt Lajos	325
Bakody Aurél	310	Darányi Gyula	82	Jelinek Károly	325	Markó Dezső	44, 509	Schuster Gyula	136, 353
Balkányi Pál	373	Dollinger Béla	321	Jeney Endre	324	Matolay György	379	Skeop Ferencz	353
Balogh Ernő	261, 357, 429	Donath Gyula	493	Johan Béla	164, 212, 369, 380, 467	Matusovszky András	337	Steiner Béla	367
Balogh Mihály	452	Dubay Miklós	329	Jung Géza	377	Mátéfy László	195	Sternbetz Ferencz	
Baló József	178, 409, 421	Duzár József	294	Kacsó László	135,	Melly József	359	495, 505	
Barabás Zoltán	139, 343	Eiszenmann Oszkár	241, 339	Sz. 1. és 2. szám		Mező Béla	21	Stossmann Rezső	352
Barát Irén	75	Elischer Gyula	499	Kalledey Lajos	274	Mészáros Ferencz	405	Ströszner Ödön	396
Batisweiler János	263, 271	Elischer Ernő	100	Kaló Andor	48	Molnár Elek László		Szabó Incze	123
Bálint Rezső	164	Engel Károly	35	Karácsony Géza	509	14, 326, 504		Szabó József	269, 280
Bársony János	393, 403, 412	Erdős Ödön	Sz. 1. szám	Karczag László	44	Molnár István	479	Szarvasy László	Sz. 2. sz.
Bársony Tivadar	32	Fabinyi Rudolf	249	Kartal Árpád	Sz. 2. szám	Móczár László	56	Szász Emil	2, 16, 24
Bäcker István	325	Faludi Géza	261	Kausz János	53	Nagy Géza	325, 499, 503	Szász Tibor	265
Bedő Imre	233	Fazekas Sándor	509,	Kelen Béla	37, 153,	Nagy Károly	362	Szeghő Ernő	47
Bencze Gyula	18	Sz. 2. szám		Sz. 2. szám		Neuber Ede	277, 291	Szekrényi Lajos	74, 186
Benczúr Gyula	442	Fejér Gyula	Sz. 2. szám	Keller Kálmán	295	Neuber Ernő	310	Sz. 2. szám	
Benedek László	283, 325, 469, 509	Follmann János	499	Kern Tibor	164, 183, 467	Okolicsányi-Kuthy		Szentkirályi Zsigmond	141
Bézy István	99	Frank Miklós	45	Keszly István	170, 432, 444	Dezső	53	Székács István	
Blaskovics László		Frank Richárd	325, 373	Kétly Károly	199	Oláh Emil	Sz. 2. szám	Sz. 1. és 2. szám	
Sz. 2. szám		Friedrich László	257, 273	Királyfi Géza	250	Parassin József	415	Szili Jenő	195, 489
Bochkor Ádám	341	Frigyesi József	57, 347	Kluge Endre	322, 406, 414, 424, 444	Paunz Márk	206	Szili Sándor	9
Boros József	71, 83, 401	Fülöp Albert	55	Koós Aurél	210, 274	Pákozdy Károly	301	Szórady István	377
Boross Ernő	195	Gerlóczy Géza	265, 301	Kopits Jenő	171, 201	Pándy Kálmán	318	Thurzó Jenő	469
Borszéky Károly	1, 110, 131	Grósz Emil	76, 258,	Korányi Sándor	8	Petőczy Ákos	120	Torday Árpád	48, 110, 477
Borza Jenő	255	Sz. 2. szám		Kosztolányi Árpád	372	Pfeifer Miklós	63, 387	Torday Ferencz	343, 390
Bosányi Andor	22	Guszman József	305, 314, 419, 433	Kovács József	66	Picker Rezső	487	Tornaí József	
Bozsán Jenő	48	Hainiss Elemér	274	Kovács Ödön	140	Pogány M.	419, 433	147, 161, 169, 317	
Bókay János	142, 200, 423, 482, 508	Halmágyi Béla	373	Köntzey Ernő	326	Póór Ferencz	13, 18	Totis Béla	65
Bókay Zoltán	76, 214, 274	Hammer Dezső	472	Kreiker Aladár	Sz. 2. szám	Preisz Hugó	266	Tóth István	457, 462
Böhm János	100	Haynal Imre	134	Kunszt János	234	Probstner Artúr	151	Tóthfalussy Imre	167
Brana János		Henszelmann Aladár	37	Lehoczky-Semmelweis Kálmán	317	Puhr Lajos	178, 311	Tótvölgyi Elemér	301
Sz. 1. és 2. szám		Herman János	247, 331	Lénárd Imre	Sz. 2. szám	Raisz Dezső	385	Török Béla	435
Budai István	66, 125	Hetényi Géza	184, 313	Lénárt Zoltán	99	Rejtő Sándor	413	Tüdős Endre	115, 127
Buday Kálmán	85, 449, 459, 470	Hetényi István	95	Lévai József	159	Rhorer László	426	Vajda Géza	Sz. 2. szám
Burg Ete	17	Holitsch Rezső	136	Licskó Andor	37, 76	Richter Hugó	46	Vas I. Jenő	218
Büben Iván	176	Horay Gusztáv		Sz. 1. és 2. szám		Rohrböck Ferencz	220	Váraday-Szabó Miklós	373
Büchler Pál	111	Sz. 1. és 2. szám		ifj. Liebermann Leó	266, 481, Sz. 1. szám	Rosenberger Alajos	382	Váró Béla	41
		Horváth Béla	31, 349,	Liszt Nándor	499	Rosenthal Jenő	79, 96, 105, 117	Verebély Tibor	
		Sz. 2. szám				Róna Alfréd	489	17, 154, 172, 462	
		Huber Rezső	Sz. 1. és 2. sz.			Róth Miklós	313, 481	Verzár Gyula	61
		Hüttl Tivadar	29, 175, 284, 490			Röttth András	Sz. 2. szám	Wein Dezső	318
								Willner Miksa	54
								Wollner Antal	
								289, 299, 307	



ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK

Borszék Károly: Adatok a traumás epilepsia sebészeti kezelésének értékéhez. 1. old.
Szász Emil: A gümökóros szervezet reakciói a Deycke-Much-féle partigenekre. 2. oldal.
Árpási Adolf: Közlemény a m. kir. tudományegyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyetemi nyilvános rendes tanár.) Vizsgálatok a Sachs-Georgi-reactióval. Az antigen beállításának módosítása. 6. oldal.
Korányi Sándor: Jendrassik Ernő. 8. oldal.
 Budapesti Királyi Orvosegyesület. (XXII. rendes tudományos ülés 1921 november 12.-én) 9. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Schwalbe: Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Chirurgie. 2. Heft. **G. Ledderhose:** Chirurgie der Wirbelsäule, des Rückenmarks, der Bauchdecken und des Beckens. — *Új könyvek.* — **Lap-szemle. Belorvostan. Lazitsch:** A szivbillentyűbajokra vonatkozó statisztikai adatokról. — **Hubert:** A novasurol mint diureticum. — **Szüleszet és nőorvostan. Stübel:** A terhések varixairól. — **Gyermekorvostan. Karger:** A beteg gyermekek ágybantartásáról. *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 10–11. oldal.
Vegyes hírek. 11. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Adatok a traumás epilepsia sebészeti kezelésének értékéhez.

Írta: **Borszék Károly** dr., egyetemi rk. tanár, közkörházi főorvos.

A lezajlott háború alatt a forradalom kitöréséig az orsz. hadigondozó hivatal fejsérüléssel specialis utókezelő gyógyintézetében 3000-nél több koponyasérülést volt alkalmam ideggyógyászati együttműködésben észlelni és a szükségessé vált műtéteket elvégezni; a sérültek között nagy számmal akadt Jackson-typusú epilepsziás is; voltak közöttük olyanok, a kiken az ideggyógyász (**Csiky József** tanár) a műtétet javaltnak különböző okoknál fogva nem tartotta. Azok, kiken a műtét javalt volt, a műtét után hosszabb ideig ellenőrzésünk alatt maradtak, úgy hogy már akkor is módunkban volt a műtét hatását hónapokon át ellenőrizni. Azonban ez az idő az epilepsia gyógyítására végzett műtétek értékének elbírálhatása szempontjából akkor mégis csak rövid volt; hiszen ismeretes, hogy egyrészt a rohamok műtét nélkül is gyakran hosszabb ideig kimaradnak, másrészt a legkülönbözőbb, sőt még más okból végzett műtétek után is az ilyen betegeken rohammentesség következik be, a mely hónapokig is eltarthat. A végleges eredmény megítélésére hosszú idő szükséges.

Ezért elhatároztam, hogy operált eseteim sorsáról adatokat gyűjtök; az adatgyűjtés azonban igen sok akadályba ütközött. Az operált betegek legnagyobb része a forradalom kitörésekor, daczára minden rábeszélésünknek, az intézetet elhagyta és elszéledt; pontos címük és a rájuk vonatkozó feljegyzések elkallódtak a nagy felfordulásban, úgy hogy csak azoknak a tartózkodási helye maradt ismeretes, a kikről az orvosegyesületben 1918 elején tartott előadásomban beszámoltam; többen ezek közül is megszállott vidékre költöztek. Azonban valamennyi operáltak még a háború alatt, a hadsereg kötelékéből való végleges elbocsátásakor szigorúan a jelkére kötöttem, hogy nagyobb időközökben még akkor is jelentkezék ellenőrzésre, ha teljesen jól éreznék magát. Ennek köszönhetem, valamint annak a körülménynek, hogy az operáltak közül többen az epilepsia miatt végzett műtét után visszamaradt csonthiány pótlása céljából kerestek fel, hogy a rendkívül kedvezőtlen viszonyok daczára mégis több operáltamat személyesen vizsgálhattam meg. Ezenkívül a fehérvári-úti gyógyintézet mostani igazgató-főorvosának, **Almer Sándor** dr.-nak szívességéből azon operáltjaimnak a sorsa is ismeretes, a kik a forradalom kitörése óta ott jelentkeztek. Végül a háború után a Szt. Margit-közkórházban operált egy és a Telepy-utcaiban operált két esetem végleges sorsa is ismeretes, úgy hogy összesen 23-at tesz ki azon eseteknek a száma, a melyeknek sorsáról tudomást szerezhettem. Tisztában vagyok azzal, hogy statisztikám ily módon nagyon hézagos, mert operáltjaim csak egy részének további sorsa ismeretes,

azonban érdemesnek tartottam a tudomásomra jutott eseteket mégis feldolgozni, annál is inkább, mert még a külföldi irodalomban is ily tárgyú közlemény csak nagyon gyéren és kevés esetre vonatkozóan jelent meg.

A traumás epilepsia miatt végzett műtétek valódi értékének megítélésakor figyelembe kell venni egyrészt a traumás epilepsziát előidéző okok különbözőségét, másrészt azt az időpontot, a mely a rohamok jelentkezése és a műtét ideje között telt el. Nyilvánvaló ugyanis, hogy a már évek óta fennálló és gyakran megismétlődő rohamok eseteiben a baj bármilyen műtéttel kevésbé befolyásolható, mint a frissebb esetekben. Ezen szempontból operált eseteim legnagyobb része már a priori igen kedvezőtlen prognosizált volt, a mennyiben a legtöbb esetben hosszú idő telt el, a míg a betegek műtetre kerültek; voltak operált eseteim, a melyekben 10–14 hónapot tett ki a rohamok első jelentkezése és a műtét között eltelt idő. Az előidéző okot illetőleg: a műtét legnagyobb sikerrel akkor kecsegtet, ha sikerül a kiváltó okot úgy megszüntetni, hogy a sebgyógyulás teljes befejezése utáni anatómiai viszonyok a koponyaüregben a normalisnak megfelelőek. Ezen szempontból azok az esetek, a melyekben a koponyacsontba beékel, vagy a koponyaüregben visszamaradt idegentestek (projectil, csontszilánk), vagy a koponyacsont horpadásai alkotják az epilepsziát kiváltó okot, sokkal hálásabbak, mint azok, a melyekben a koponyaüregben a sérülés kapcsán lezajlott lobos folyamatok következményei, vagy a kemény és lágy agyburok hegei, illetőleg az agykéreg rögzítettsége okoznak epilepsziát.

A horpadás megszüntetésével vagy a beékel idegentest eltávolításával állandó gyógyulásra számíthatunk, míg a hegek kimetszése és az odanövések felszabádítása után újabbak keletkezhetnek, a melyek még a műtét előtt is súlyosabb rohamokat eredményezhetnek. Sebészeti szempontból ezek az esetek a traumás epilepsia legnehezebb és leghálátlanabb esetei. A műtétnek itt kettős célja van: a hegek kimetszése, az odanövések felszabádítása és az újabb odanövések megakadályozása. Minthogy mostanáig olyan eljárást nem ismerünk, a melylyel meg lehetne akadályozni az agyburokok, illetve az agyféliszin odanövését és ennek következményeként az agykéreg rögzítettségét és vongáltatását, minthogy továbbá a normalisnak megfelelő subduralis hézagot helyreállítani nem tudjuk: az elkerülhetetlen odanövéseket olyanná iparkodunk tenni, hogy azok a koponyaüregbeli nyomásingadozásokat lehetőleg ne nagy mértékben befolyásolják. Ezen cél elérésére a **Witzel-féle encephalolysis** a legalkalmasabb, a mely műtétnél a hegek kimetszése, illetve a dura és az agykéreg felszabádítása után a durahiány pótlását, illetőleg az agykéreg izolálását egy szabadon átültetett fascia-zsírlebensnyelv végezzük. Hogy azonban ez a szabadon transzplantált fascia-zsírlebensnyelv meg tud-e felelni és milyen hosszú ideig izoláló feladatának: azt csakis az ily módon operált esetek további sorsa mutathatja meg, mert a műtét utáni közvetlen eredmé-

nyek nem lehetnek mérvadók; ha a transzplantált zsírszövet anatómiai szerkezetét állandóan megtartja, a mint azt *Lexer* és *Eden* állítja, akkor a gyógyulásnak állandónak kell lennie; ha azonban a zsírszövet idővel zsugorodik, kötőszövetesen átalakul, vagy pláne teljesen felszívódik, akkor ez átalakulás következményeként a rohamok újból jelentkeznek, a műtét eredménytelen.

Az ezen csoportba tartozó operált eseteim közül 12-nek sikerült további sorsát megtudnom; ezekben a műtét óta eltelt megfigyelési idő

7 esetben	12—14 hónapot	
3 „	20—22	
2 „	26—30	” tett ki.

Az eredmény a következő: *gyógyult 5, javult 2, nem javult 3, meghalt 2.* A gyógyult 5 esetben a jelenleg megállapított teljes rohammentesség 13 hónap, illetőleg körülbelül két év óta áll fenn; a betegek tökéletesen egészségesek, munkaképesek; közülük 2-nek lehajlaskor szédülése és melegen fejfájása van; de ezek a panaszok a mindnyájuknál meglevő koponyacsontiánnyal eléggé megmagyarázhatók. Javultnak azt a két beteget vettem, a kinek jelenleg rohamai vannak ugyan, de azok a műtét előttiekhez képest sokkal ritkábban és sokkal enyhébb formában jelentkeznek, úgyanyira, hogy mindkét egyén állandó alkalmazásban van és munkaképes. Mindkettő orvosi kezelés alatt áll (az egyiket hypnosissal kezelik), de foglalkozásukat rendszeresen végzik; az egyiknek az utolsó év leforgása alatt hét ízben volt néhány percig tartó rohama, a másiknak pedig rendetlenül, átlag havonta 3—4, baloldali végtárgatódzásban nyilvánuló rohama. A nem javult 3-nak görcsei csak úgy megvannak most is, mint a műtét előtt; közülük egyen a csonthiányt műtéttel pótolták és állapota azóta rosszabbodott, de ezen műtét előtt is voltak rohamai; feleségének bementése szerint sokszor lerészegszik, állandóan veszekedik és türelmetlen.

A halállal végződött két eset tanubizonysága annak, hogy milyen óvatosságnak kell lennünk eredményeink elbírálásában. Az egyikben (ötkoronányi behúzódt kemény heggel borított csonthiány a bal falcsont közepén) az encephalolysis után a műtét előtt naponta, sőt naponta többször jelentkezett súlyos rohamok több mint 8 hónapon át tökéletesen szüneteltek; a beteg a kórházból elbocsáttatván, a szerelő-mesterséget kitanulta és hónapokon át zavartalanul dolgozott, úgy hogy véglegesen gyógyultnak tekintettem. Több mint 1½ évvel elbocsáttatása után *Almer Sándor* dr. egy mélyen az agy állományában ülő tályog miatt operálta meg. A második esetben naponta többször jelentkezett rohamok miatt encephalolysist végeztem egy gyermektenyérynél fascia-zsírlebens átültetésével; a műtét után négy hónappal a rohamok már teljesen megszűnvn, a beteg szabadságot tartott; otthon mezőgazdasági munkát végzett. A műtét utáni 13. hónap elején a beteg eszméletlen állapotban szállított be; hozzátartozóinak elmondása szerint teljes jólét közepette rövid ideig tartó fejfájás és szédülés után elvesztette eszméletét és egész testében rángatódzott. Műtétkor mélyen, ép agyállomány által határolva egy diónyi, az oldalkamarába áttört tályogot találtam, a melyet drainezttem; a beteg két nap múlva meningitisben elpusztult. Az agytályog keresésekor az egy év előtt átültetett fascia-zsírlebens vizsgálat céljából egészében kimetszettem; a lebeny makroszkopice jól fel volt ismerhető és az agykéreggel, valamint a szomszédos ép duraszóval mindenütt elég szívosan össze volt tapadva. A kimetszett lebeny görcsövi vizsgálatát *Jankovich László* dr. volt szíves végezni. A *szövet-tani lelet, a mely a transzplantált fascia-zsírlebensnek egy évvel az átültetés utáni képét mutatja*, abban különbözik az *Eden* által leírt öthónapos transzplantációra vonatkozó képtől, hogy semmiféle regenerációs jelenség már nem található, hanem csak a kocsonyás zsírszövetorvadás és a kötőszövetes átalakulás; azt is mutatja ez a lelet, hogy az átültetett fascia-zsírlebens a környezettel és az agykéreggel is szerves kapcsolatba lépett.

Ezek szerint a transzplantatio után egy évvel a zsírszövet teljesen vagy legnagyobb részét eltűnt és helyét sejtűs, laza

kötőszövet foglalta el. Minthogy az öt gyógyult esetben is a transzplantatiót ezen esethez teljesen hasonló technikával végeztem, fel kell tételeznem, hogy ezen esetekben is ugyanez történt a transzplantált fascia-zsírlebensnyel; de ennek dacára ez öt esetben éppen úgy, mint a halálosan végződött esetben is, a műtét után a rohamok megszűntek. Azt kell tehát felvennünk, hogy a zsírszövetből keletkezett kötőszövet is meg tud felelni izoláló feladatának. Hogy a másik öt esetben, a melyben szintén fascia-zsírlebens-transzplantatio végeztetett, a műtét miért maradt eredménytelen: arra határozott feleletet adni nem lehet. Minthogy mindegyike az operált eseteknek az agyállományba hatoló súlyos lövési sérülés volt, lehetséges, hogy a műtét alkalmával megoldott odanövéseken és hegeken kívül a koponyatüregben még máshol is voltak ilyenek, a melyek érintetlenül megmaradtak. De az sem lehetetlen, hogy a transzplantált fascia-zsírlebens ezekben sejtiszegény, szívós, zsugorodásra hajlamos kötőszövétté alakult át és így izoláló feladatának egyáltalában nem tudott megfelelni vagy talán teljesen felszívódott.

Kedvezőbbek az állandó műtéti eredmények a Jackson-epilepsia azon eseteiben, a melyekben a rohamokat kiváltó ok a koponyaboltozat behorpadása, vagy a durába, illetőleg az agykéreg állományába ékelt idegentest volt. Az e csoportba tartozó operált eseteim közül 11-nek a további sorsa ismeretes; közülük 4 esetben horpadás, 4 esetben a durába ékelt nagyobb fémszilánk, 3 esetben csontdarab volt a kiváltó ok. A horpadás 4 esete közül 3-ban az imprimált csontot kis terjedelménél fogva minden plastika nélkül egyszerűen kivéstem, 1 esetben pedig osteoplastikai decompressió trepanatiót végeztem. A beékelt idegentestek mindegyikében már előzőleg más helyen végeztetett trepanatio; én csak az idegentest-eltávolítást végeztem, a lágyrész-sebet zártam a csonthiány pótlása nélkül. Ez esetek közül gyógyult 7, javult 2, nem gyógyult 1, meghalt 1. A nem gyógyult eset a homlokcsontot és a jobb falcsontot érintő lövés esete volt, a melyben a csonthiány megnagyobbítása után a kissé megvastagodott durából egy nagyobb fémszilánkot és több apró csontdarabot távolítottam el, de magát a durát kimetszeni nem tartottam javultnak. Rohamai ezidő szerint 2—3 hetenként jelentkeznek, néha egészen enyhe, máskor erősebb formában. A halállal végződött esetben a halál oka állítólag influenza volt.

Ezek a tapasztalatok azt mutatják, hogy *műtét a traumás epilepsia súlyosabb eseteiben alig 40% állandó gyógyulást lehetett elérni, de még ez a számítás is nagyon optimista, mert egyrészt nem az összes operált esetekre vonatkozik, hanem csak azokra, a kiknek további sorsa ismeretes, másrészt azért, mert recidívák jelentkezése talán soha sincs kizárva a mai műtéti technika mellett.*

A gümőkóros szervezet reakciói a Deycke-Much-féle partigenekre.

Irta: *Szász Emil* dr., Tátra-Felsőhági vezető-főorvosa.

Bevezetés.

Az Országos Hadigondozó Hivatal rózsahegy-i intézetének összegyűjtött munkálataiban „Vizsgálati adatok a cellularis és humoralis immunitas közti összefüggésről” cím alatt beszámoltam 35 gümőkóros betegről, kiken a *Deycke-Much-féle* partigenekkel intracutan injectiókkal a sejt-immunitást és complementumkötési eljárással a vérben keringő antianyagok milyenségét és relatív mennyiségét vizsgáltam. Célom az volt, hogy valami szabályszerűséget fedezzek fel a leletben, illetőleg hogy ezt összehasonlítsam mások leletével.

A dolgozat elkészítésére rövid határidő állott rendelkezésemre, mely alatt a kapott eredményt nem gondolhattam át eléggé. Az ennek folytán támadt hiányokat akarom most pótolni egyrészt, másrészt ott még nem közölt, ily értelemben tehát újabb vizsgálataimat akarom ismertetni.

A mit e tárgyra vonatkozólag a *Deycke-Much* problémájával foglalkozó, előttem ismeretes mintegy 70 közleményben olvastam, nagyon röviden foglalhatom össze. Meg kell

jegyeznem, hogy az elmúlt 1919. esztendő folyamán az itt egyedül számbajövő német szakirodalmat figyelemmel nem kísérhettem. A vizsgálatokat, melyekről itt beszámolok, mind Rózsahegyén végeztem 1918-ban.

Much (Münchener mediz. Wochenschr., 1914, 11. sz.) valószínűnek tartja, hogy a cellularis és humoralis immunitas titeréből kórjóslati következtetéseket lehet vonni. A complementumkötési titer szerinte napról-napra változik.

Deycke-Much (Münchener mediz. Wochenschr., 1913, 3. és 4. sz.) az intracutan titer állandóságából és a complementumkötési titer változékonyságából arra következtet, hogy az intracutan reakciót nem okozhatják a vérben keringő antianyagok. Egészségeseken és súlyos esetekben gyenge intracutan titer mellett a complementumkötési titer is mindig gyenge volt.

Altstädt (Brauer's Beiträge, XXXI) szerint a két titer változása párhuzamos (75%-ban). Partigen adagolására egyértelműen változik mindkettő. A complementumkötési titerben mindig ugyanaz az antigen dominál, ha meg is változik. A complementumkötési titer változása, ingadozása általában a folyamat aktivitásának a jele. Feltevése, hogy magas láznál az antianyagok mennyisége a vérben megfogyott, nem igazolódott be. Egészséges szervezetben nincs, vagy kevés a keringő antianyag. Egyes betegeken ismételt complementumkötő vizsgálatot nem végzett. Eredményei átlageredmények.

Salomon (Brauer's Beiträge, XXXI) nem talál törvényszerű összefüggést a cellularis és humoralis immunitas között.

Adam (Brauer's Beiträge, XXXI) hasonlóan nyilatkozik. Jobb esetekben rendszeren jobb volt a complementumkötési titer. Ez mindig csak egy momentan physikai állapotra jellemző a vérben.

Much-Leschke (Brauer's Beiträge, XXXI) azt a tapasztalatát közli, hogy noha a kecskének a sejtes immunitása igen gyenge (t. i. az intracutan titer), a vérben mégis igen sok antianyagot lehet kiváltani. Ennek magyarázatával a Brauer's Beiträge-ben megjelent közleményemben részletesen foglalkozom. Itt csak azt jegyzem meg, hogy a bőrelváltozás intenzitása nem kell hogy arányban álljon az antianyagtermelés fokával. Hátha a kecske sejtes immunitása oly tökéletes, hogy kisebb szöveti reakciók árán is elvégzi azt, a mit például az emberi szervezet csak nagyobb változások árán tud elérni. Oly szervezetnek, mely könnyen termeli az antianyagot, nem lehet „rossz“ alapimmunitása.

Azt látjuk tehát, hogy kevesen foglalkoztak tuberculosisban a sejtes és humoralis immunitas párhuzamos vizsgálatával. Bár *Deycke-Much* említett közleményében homályosan kifejezésre jut, hogy talán ők is összehasonlították a klinikai képet a titerekkel, mégis azt mondhatjuk, hogy általában mindenki a két titer közt keresi a párhuzamot. A kettő közti viszonyban keresik a törvényszerűségét.

I.

A kombinált titer és a klinikai állapot közti összefüggés.

Minthogy ismétlésekbe csak ott bocsátkozom, a hol ezt e közlemény önálló jellege megkívánja, utalnom kell rózsahegy közleményemre. Ott minden esetről a titerfeljegyzések részletesen megtalálhatók a kórtörténetkivonatokban.

Főleg a Brauer's Beiträge-ben megjelent közleményemben hosszabb fejtegetés után azt a következtetést vonom le, hogy tulajdonképpen mindaddig, míg be nem bizonyítjuk, hogy az antianyagok humoralis eredetűek is lehetnek, nem beszélhetünk „humoralis“ immunitásról. *Much* nagyon találóan alapimmunitásnak nevezi a sejtes immunitást. „A sejtes immunitas okozza a humoralis immunitást“ (Deutsche mediz. Wochenschr., 1914). *Altstädt* is azt mondja: „az antianyagok tulajdonképpen a sejtek secretiós termékei“. Felfogásom tehát teljesen egyezik az övékével. De éppen ezért következtellenek és indokolatlannak tartom, ha *Much* (Brauer's Beiträge, IV. Suppl. B., 143. oldal) nagyon tartózkodóan azt írja, hogy: „a túlérzékenységi (bőr-) reactio ellenben talán a humoralis antianyagokat is jelzi, de emellett és talán elsősorban egy másik antianyagot, a mely sejtes természetű“. Ha *Much*

plausibilis elméletének heuristikai értékét nem akarjuk rontani, azt kell mondanunk, hogy — legalább a gümőkórban — az antianyagok tisztán sejtes eredetűek. *Keletkezésük* helye a sejt. Kísérleti *kimutatásuk* helye a vér. A sejtes immunitas constitutionalis *képesség*, a humoralis immunitas *állapot*. Míg amaz *élő* sejtek funkciója, mely esetleg fokozható, addig a humoralis immunitásnak nevezett állapot *élettelen*, vegyileg sajnos nem meghatározott anyagok által feltételezett. Ez anyagok értéke abszolút és a reakciónál teljesen feloldódnak, eltűnnek. A humoralis immunitas már csak a sejtes immunitás *mechanismusához* tartozik.

Ebből következik, hogy az intracutan titer (bőrreakciók) és a complementumkötési titer, bár mindkettő az immunitas *tünete*, *lényegében véve két teljesen különböző dolog*, és a mit különösen hangsúlyozni akarok, *nem hasonlítható össze*. Teljesen értelmetlen eljárás és a viszonyok helytelen elképzelésére vall, ha valaki *párhuzamot* keres a két titer között. Még ha felteszünk is egy ideális állapotot, hogy t. i. a vérben a sejtes immunitas aequivalense kering antianyagok alakjában, még akkor is mi jögon állíthatnók, hogy 3 papulának kell keletkeznie a karon, ha 3 csövecskében kötést kapunk? Összehasonlítható-e a complementumkötési reactio, mint *biochemiai reakciók* tünete, a bőr papuláival, mint a *sejtes* immunitas tünetével? a csövecskékben látható *zavarosodás* a bőrön észlelhető *beszűrődésekkel*? Már a vizsgálati eljárás durvaságánál fogva sem, ha rögtön tudnók is, hogy adott technika mellett hány papula hány kötésnek felel meg.

Kísérleteimre vonatkozólag viszont azt a következtetést vontam le mindebből, hogy letertem az előttem járók útjáról és nem a két titer hasonlítottam össze, hanem a *kombinált titerképet a klinikai képpel*. Más szóval: a klinikai kép és a szervezet immunizálóképessége közti összefüggés törvényszerűségét kerestem.

Azt hiszem, helyesen jártam el, mikor a két titer kombinációinak alapjául az alapimmunitas quantitativ értékét vettem. Az alapimmunitas értéke nem jut ugyan teljesen kifejezésre a titer quantitativ sajátágaiban. Mint látni fogjuk, az egyes partialantianyagoknak különféle jelentőségük van. De a viszonyok még nem annyira tisztázottak, hogy a titerek qualitativ képét is figyelembe vehetnők. A quantitativ fokozatokban is figyelmen kívül hagytam kis (egy papula, egy kereszt) különbségeket és csak 3 értéket kombináltam: 1. „erősnek“ nevezem a titert, ha értéke nagyobb 2·0-nál; 2. „közepesnek“ nevezem, ha 2·0, és 3. „gyengének“, ha kevesebb mint 2·0 (v. ö. rózsahegy közleményemmel). Így eljárva, a következő öt kombinációt kaptam:

I. Erős intracutan titer — erős complementumkötési titer.

II. Erős intracutan titer — gyenge complementumkötési titer.

III. Közepes intracutan titer — gyenge complementumkötési titer.*

IV. Gyenge intracutan titer — erős complementumkötési titer.

V. Gyenge intracutan titer — gyenge complementumkötési titer.

A keresett törvényszerűséget megállapítandó, minden beteget beosztottam a titerének megfelelő csoportba.

A ki *Much* vizsgálatait ismeri és a Rózsahegyén írt közleményemet kellő kritikával olvasta, az joggal feltehetette a kérdést, hogy az ott jelzett kísérleti feltételek mellett egyáltalában gondolhatunk-e arra, hogy eredményképpen valami törvényszerűséget kapjunk. Feltűnhetett ugyanis, hogy egyrészt a két titer vizsgálatának időpontja, másrészt e vizsgálatok és az esetek klinikai elbírálása közt hetek, hónapok teltek el. A complementumkötési titerrel tudniillik *Much* azt állítja, hogy az napról-napra változik.

Magam is tisztában voltam vele, hogy csoportosítási kísérletem nem vezethet eredményre, ha *Much* véleménye a fenti értelemben fennáll. De vajjon ab ovo el kell-e utasítanunk azt a lehetőséget, hogy az immunizáló sejtek activ

* Közepes intracutan titerrel és erős complementumkötési titerrel nem volt esetem.

biológiai működésében, valamint az antianyagok felhasználásában egy egyenletes, állandó állapot is fennállhat? Azt hiszem, nem zárhatjuk ki ezt oly esetekben, *mikor a klinikai kép is kifejezetten idősült, állandó jellegű és ez esetben feltételezhetjük, hogy a complementumkötési titer sem változik lényegesen.*

Ha a fenti értelemben mind a 35 esetem egyforma volna, tehát klinikai szempontból nagyon idősült, állandó lefolyású és az esetek állapotában fokozati különbség volna csak, a mint hogy a felállított öt kombinált titer közt is csak fokozatbeli a különbség, akkor okoskodásunk szerint a keletkező csoportok mindegyike csakis egyforma, csoportjukra jellemző eseteket foglalhatna magában.

Minthogy azonban válogatás nélkül vizsgáltam betegeimet, ilyen ideális eredményre semmiképp sem számíthattam. „Kivételekre“ annál inkább: esetekre, melyek nem illenek klinikai megjelenésük folytán a titerüknek megfelelő csoportba. Ha pedig fenti okoskodásunk helyes volt, *éppen e kivételes esetekben a complementumkötési titernek változóknak kellene bizonyulnia, vagy ha erről a titer ismételt vizsgálásával meggyőződünk nem lehetett, a klinikai lefolyásnak az állandó jelleg ellen kell szólnia. Ha ez bebizonyosodnék, akkor a „kivételek“ nem vonnának le semmit a kísérleti eredmény jelentőségéből, a mi viszont azt jelentené, hogy a viszonyok felderítésében jó úton járunk.*

A fenti öt titerképnek megfelelőleg a következő öt klinikai csoportot kaptam:

I. csoport. Intracutan titer erős, complementumkötési titer erős (3 eset). Megelőzőleg feltűnő gyors javulás az általános állapotban, a tüdőleletben és subjective. Súlygyarapodás. Ez jellemző a csoportra.

Mint közleményemben kifejtettem, az volt a benyomásunk, hogy az 1. és 2. eset éppen az állandósulás szakába lépett.* A 3. eset már typosos stationaer eset. (Rózsahegy közleményében a sok bizonytalan complementumkötési reakciója miatt ezt az esetet a II. csoportba soroztam. A teljes tárgyilagosság kedvéért azonban a Brauer's Beiträge-ben megjelent közleményemben az I.-be osztottam, minthogy más esetben is pozitívnak vettem minden kétes reakciót, melyet a *higabb* partigen-dilutiók felé még kétségtelen pozitív reakciók követtek.)

II. csoport. Intracutan titer erős, complementumkötési titer gyenge (9 eset). *Kielégítő* általános állapot, *súlygyarapodás* jellemzi ezt a csoportot is, de szemben az I. csoporttal ez a *javulás* bár objective kétségtelenül megállapítható, nem rohamos, hanem nagyon lassú, fokozatos.

Olyan eset, mely nem illene bele a csoportjába, ezek között nincs.

Figyelemreméltónak tartom, bár nem kívánok vele ez alkalommal foglalkozni, hogy *ebben a csoportban nem fordul elő tiszta tüdőfolyamat.* 77·7%-ban „lokalizált“ a folyamat (négyyszer csont-, ízület-, szalag- és háromszor nyirokcsomó-megbetegedésről van szó); 22·2%-ban az idősült fibrosus tüdőelváltozáshoz idősült adhaesiv pleuritis társult.

III. csoport. Intracutan titer közepes, complementumkötési titer gyenge (9 eset). A betegek általános állapota ebben a csoportban már általában *nem jó, nem kielégítő.* Fogyás, progressio a rendes. Miként az előbbi csoportokban a javulás, itt a progressio *sohasem mutatkozott acut rosszabbodás formájában,* nem tette kétségessé az esetek állandó jellegét. (Progressio és stationaer állapotok közt csak fokozati különbség van. Minden activ folyamat anatómiai értelemben progrediáló.)

A 19. esetben jut legkevésbé kifejezésre a progressio. Igen nagykiterjedésű folyamatról van szó. Intracutan titere gyengül. A kórjóslatot jónak sohasem tartottuk. *Az a benyomásom, hogy itt a folyamat extensitása tartja ebben az immunizáló erők aktivitását oly mértékben, mint a többi esetben a kórokozó biológiai hatásának intenzitása.*

Kivétel, tudniillik nem illik e csoportba, a 20. eset. A beteg szemünk előtt ment tönkre, tehát stationaernek nem mondható. Intracutan titere is gyengült.

* L. említett közleményeimet.

A 21. eset acut lefolyású szövődményben pusztult el. Figyelemre méltó, hogy a legkevésbé progrediáló eset idősült adhaesiv pleuritishez társult (11·2%). Más két esetben az endothoracalis nyirokcsomók voltak beszűrődve (22·2%). *Négy esetben (44·4%) már tiszta tüdőfolyamatot találunk.*

IV. csoport. Intracutan titer gyenge, complementumkötési titer erős (5 eset). Ez látszólag az *idősült fibrosus phthisisek csoportja.* A 22. esetben még bronchopneumoniás elváltozások dominálnak.

Kivétel, nem illik ebbe a csoportba, a 25. és a 26. eset. Nem stationaer folyamatok. Mindkettő subacut exsudatív pleuritis igen elhanyagolt állapotban. Javulóban.

Azt látjuk ebből, hogy *ismét a stationaer jelleg hiánya jellemzi a kivételeket.* Átmeneti állapotban vannak. Feltételezhetjük, hogy complementumkötési titerük is változóknak. Beosztásuk a különböző időben vizsgált titer alapján nem sikerülhetett. De ezen esetekkel kapcsolatban fel kell hívnom a figyelmet a következő lehetőségre.

Már elméleti alapon is feltehetjük idősült esetek létezését, melyek éppen azért, hogy idősültek maradhassanak és rohamosan tönkre ne menjenek, kvantitatív szempontból ugyanazon igényeket kénytelenek támasztani az immunizáló biológiai folyamatokkal szemben, mint más, a kórjóslat szempontjából lényegesen jobb eset *acut jellegénél fogva.* Ily esetben a kétféle beteg immunitási titere esetleg fedheti egymást.

A fenti „kivételek“ a biológiai kísérlet erejével támogatják ezt a feltevést.

E csoport mindhárom typusa tiszta tüdőfolyamat.

V. csoport. Intracutan titer gyenge, complementumkötési titer gyenge (9 eset). *A legsúlyosabb esetek csoportja.*

A 30. eset „lokalizált“ folyamat ugyan (tüdeje felett soha activitas jele nem mutatkozott), de nem tekintve fibrosusan elváltozott nyirokcsomóit, a könyök, a lábfej, a térdszalagok és inhévelyek specifikus elváltozásában is szenved. A beteget rendkívül leromolva vettük fel. Közel egy év óta észleljük. Állapota észrevétlenül bár, de határozottan javult. Talán ez az eset is arra utal, hogy az immunobiológiai háztartásban egyugyanazon állapot egyszer az intenzitással (acut jelleg), máskor a folyamat extensitásával függ össze. (V. ö. a III. csoportban a 19., a IV.-ben a 25. és 26. esettel.)

Ugyanez jut kifejezésre a 31. és 32. esetben. Ismét két exsudatív pleuritis ugyanolyan állapotban. Változó, még nem stationaer állapotuknál fogva a csoportosítás ezekkel sem sikerült, „kivételek“, nem illenek az V. csoportba. Nem illik ide a 28. sem, szemünk előtt rohamosan ment tönkre.

A 33. és 34., bár igen idősült lefolyású, kielégítő általános állapotával mégsem illik e súlyos betegek csoportjába. Még inkább áll ez a 35. esetről.

Ha nem tekintjük ezt az utolsó 3 esetet, megállapíthatjuk, hogy *minden félig-meddig stationaer eset a maga kombinált titerének megfelelő csoportba teljesen beleillik és hogy minden a maga csoportjába nem illő esetnek klinikai jellege változó, nem stationaer.*

A kombinált titer alapján tehát csoportosíthatjuk eseteinket a nélkül, hogy ellenkezésbe kerülnénk hosszú klinikai észlelésünkkel, az ennek folyamán támadt, a folyamat jellegére vonatkozó benyomásainkkal és objectív megállapításainkkal.

Az öt kombinált titerkép és az öt klinikai csoport kölcsönösen jellemzi egymást.

Ebből következik, hogy a keresett törvényszerűséget megtaláltam, vagy legalább is világosan megjelöltem az utat, a melyen előreláthatólag eredményre haladhatunk a viszonyok teljes felderítésére. Távol áll tőlem, hogy a fenti eredményt a maga részleteiben már véglegesen megformulázzanak tekintsem. *Elsősorban követett eljárásom helyességét célozom itt igazolni.*

Vizsgálataimból kétségtelen módon kitűnik, hogy — a mint erre már elméleti megfontolás alapján is utalhattam — teljesen értelmetlen eljárás a két titer között keresni a jellemző viszonyt. Külön, mindegyik csak fogyatékos képe az immunitásnak. *A kettő együtt többet mond, a kettőnek kom-*

1. táblázat.*

	Parti- gen	I. Comple- mentum- kötési titer	Kelet Megjegyzés	II. Comple- mentum- kötési titer	Kelet Megjegyzés	III. Comple- mentum- kötési titer	Kelet Megjegyzés
2.	A F N	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Július 7. Lázás	1 0 0 0 0 0 0 0 1 1 0 0	Július 15. Status idem	1 ? 0 0 2 3 3 3 2 2 0 0	Augusztus 29. Július 21 óta partigen-ke- zelés, néhány nap után afebrilis
8.	A F N	2 2 2 ? 2 ? 0 0 0 0 1 ?	Július 7. Subfebrilis	1 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0	Július 15. Napok óta 39 ^o -ig láz		
9.	A F N	1 1 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0	Július 7. Subfebrilis	1 1 1 1 1 ? 0 0 1 0 0 0	Július 15. Status idem		
12.	A F N	1 1 1 0 ? 0 0 0 0 0 0 0	Június 17. Afebrilis	1 1 1 ? 1 ? ? ? 0 0 0 0	Június 18. Röntgen-besugárzás		
14.	A F N	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Július 1. Lázás continua	1 1 1 0 ? 0 0 0 ? 0 0 0	Augusztus 22. 12 napja már csak sub- febrilis		
15.	A F N	? ? ? 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Július 1. Afebrilis	? ? ? 0 ? 0 0 0 0 0 0 0	Augusztus 29. 21.-e óta partigen-kezelés. Status idem		
16.	A F N	2 2 2 2 0 0 0 0 0 0 0 0	Július 7. Afebrilis	1 1 1 1 1 1 0 0 0 0 0 0	Július 15. 9.-e óta partigen-kezelés	1 1 1 1 0 0 0 0 ? 0 0 0	Augusztus 6. Folytonos partigen-adago- lás. Status idem. Itt-ott 37 ^o fölé
17.	A F N	1 1 0 0 2 1 0 0 -----	Július 7. Afebrilis	1 ? 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Július 15. Status idem	1 ? ? ? ? ? ? ? 0 0 0 0	Szeptember 3. Augusztus 17 óta partigen- adagolás. Status idem. Afebrilis
Az N-nel feltöltött csövecskék az I. kísérletben felborultak.							
20.	A F N	1 1 1 ? 0 0 0 0 0 0 0 0	Június 17. Április 9.-étől júniusig kezelés. Subfebrilis	2 2 2 1 0 0 0 0 1 0 0 0	Június 18. Röntgen-besugárzás után lázás reactio	1 1 1 ? 0 0 0 0 1 1 0 0	Június 24. Status idem
22.	A F N	2 1 3 3 3 3 3 2 2 3 2 3	Augusztus 6. Hőmérsék labilis	1 1 1 0 1 1 1 0 1 1 0 0	Augusztus 29. Status idem		
Az I. kísérletben a kontroll I. csövecskében még egy fél óra múlva sem állott be lysis. Tovább nem vártam, hanem a kísérlet megismétlését határoztam el. Az eredmény ismét ez volt, de tovább figyelve a reactio lefolyását, egy óra múlva az oldás beállott és most leolvastam az eredményt.							
24.	A F N	3 3 3 3 3 3 3 3 ? ? ? 0	Július 19. Kezelés június 5 óta. Afebrilis	3 3 3 2 3 2 3 3 1 1 ? 1	Augusztus 29. Folyton kezelve. Status idem		
27.	A F N	? ? 1 0 0 ? 0 0 1 ? 1 1	Augusztus 5. Hektikus láz	? 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Augusztus 13. Status idem		
28.	A F N	1 0 0 1 0 1 0 0 0 1 0 0	Augusztus 6. Subfebrilis progress.	1 ? 0 0 0 1 0 0 ? 0 0 0	Szeptember 3. Febrilis		
29.	A F N	1 1 ? 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Június 18. 14.-e óta kezelés, azóta láz	? ? 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Július 1. Status idem. Cl. és CII. lysis		
A II. kísérletben a lysis oly rohamos volt, hogy az eredmény regisztrálása közben valamennyi controllcsőben beállott az oldás.							

* Míg e közlemény német kiadásában a complementumkötési reakciókat keresztekkel jelöltem, addig itt, hogy a kötés beállott fokát is feltüntessem, számokat használok. 3 = teljes kötés, 2 = erős kötés, 1 = kétségtelen kötés, ? = kétséges kötés, 0 = teljes lysis. Balról jobb felé csökken a feltöltött partigen mennyisége. Tehát: A 1100 = kétségtelen kötés a két első töményebb csőben. F 3210 = fokozatosan gyengülő kötés. N 3222 = a legtöményebb csőben teljes, a többiben erős kötés. P. = partigen.

binált képét hasonlítsuk össze a klinikai képpel, melynek feltevései éppen a két titer által kifejezhető immunitásban vannak megadva.

Miután az intracutan titer, mint a sejtes immunitás kifejezője, bevált, fel kell tételeznünk, hogy a szervezet fix sejteinek immunizáló képessége nagyjában kvalitatív egységes sajátosság.

Feltűnik kísérleteimben, hogy az V. csoport felé haladva, százalékban mindinkább szaporodnak a tiszta tüdőfolyamatok, a „lokalizált” folyamatok száma pedig csökken.

Reá kell mutatnom arra, hogy a complementumkötési titer változékonysága nem állhat fenn oly értelemben, mint azt Much hangoztatja. De ezzel a kérdéssel lényegében csak a következő fejezetben akarok foglalkozni.

II.

Ismételt complementumkötő vizsgálatok.

Úgy a complementumkötő vizsgálatokat, mint az intracutan titer vizsgálatát teljesen a Much előírása szerint végeztem. A kvantitatív fokozatokat a savó vizsgálatánál is kifejezendő, a partigenek négyféle mennyiségét állítottam be. Az I. sz. csövecské a már nem önkötő adag felét tartalmazta:

Cső	I.	II.	III.	IV.	Titerdosis
A	0·010	0·008	0·005	0·004	0·02
F	0·010	0·008	0·006	0·004	0·02
N	0·015	0·010	0·005	0·001	0·03

Ebben a részletkérdésben nem tudom, eljárásom egyezik-e *Altstädt*-ével. Nem közli, hogy a complementumkötési titer 4 fokozatát hogyan juttatja kifejezésre.

A friss savót 56 fokon 30 percig inaktiváltam és még aznap felhasználtam. Minden csövecskében 0·2 cm. savó volt. A tengerimalacz-complementumot (10%) minden alkalommal külön kitráltam, mindig teljesen friss volt. A mindig friss birkavörösvérsejteket (5%) thermostatban egy órán át, vagy ezen túl senzibilizáltam. Elkerülte figyelmemet, hogy *Altstädt* két óráig senzibilizált. A kontroll-csőveket teljesen az ő előírása szerint állítottam be. (Brauer's Beiträge, IV. Supplementb.)

Saját objectivitásom ellenőrzésére, a leolvasásra a vizsgálataim felől egyébként teljesen tájékozatlan kartársaimat is felkértem volt.

A kétes reakciókat (\pm) is felvettem a táblázatba, de a titerérték megállapításakor nem vettem figyelembe őket.

Ha ellenben hígabb dilúcióval kétségtelen pozitív reakciókat kaptam és ugyanabban a sorozatban a töményebb csövecskében kétes (\pm) reakciót, akkor, a mint ez tudomásom szerint a serológiában általában szokásos, a kétes reakciókat mint pozitívakat értékesítettem.

Néhány esetben a savó önkötő volt. Nem értékesítettem. Néhány ily esetben azt a paradox jelenséget észleltem, hogy egyik-másik partigennel megtöltött csövecskében teljes volt a lysis.

(Vége következik.)

Közlemény a m. kir. tudományegyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyetemi nyilvános rendes tanár.)

Vizsgálatok a Sachs-Georgi-reactióval. Az antigen beállításának módosítása.

Irta: Árpási Adolf dr., klinikai gyakornok.

A Wassermann-reactio felfedezése óta állandóan a reakciónak egyszerűsítésén dolgoznak, illetőleg oly reakciókkal kísérleteznek, melyek a Wassermann-reactiót pótolhatnák. Mióta *Michaelis*-nek sikerült lueses savóval és szervkivonattal praecipitatumot kapni, ez elven alapuló számos reakciót dolgoztak ki (*Porges*, *Hermann*, *Perutz*, *Klausner*), melyek felett azonban az idő ítélkezett. A háború utolsó éveiben a pótreakciók újra fellendültek és ezek között kettő vált ki és bizonyult használhatónak: a *Meinicke*- és a *Sachs-Georgi*-reakció. Mindkét reakcióban, épp úgy mint a Wassermann-

reakcióban, kötés áll be a lueses savó fehérjéje és az alkoholos szervkivonat lipidja között, a mely kicsapódás útján lesz láthatóvá. *Meinicke* reakciójában sószevény közegben csapja ki a szervkivonat a lueses savó globulinját, melynek resistentiáját bizonyos koncentrációjú konyhasó-oldattal szemben vizsgáljuk. A reactio két szakaszú. Az első szakban kicsapódás történik, a másodikban a resistentiát mérjük a konyhasó-oldattal szemben. *Meinicke* nagy előnynek tartja, hogy a reakciója két szakaszú, mert az első szakban látja, mely savók nem adnak praecipitatumot és ezeket a negatív eredmények sorából kizárhatja. Ma kevesen követik *Meinicke*-t és sokkal inkább használják a még egyszerűbb *Sachs-Georgi*-reakciót.

A *Sachs-Georgi*-reakcióhoz 1 cm³ physiologiás konyhasó-oldattal tízszeresen hígított inaktivált vérsavót hozunk össze marhaszív cholesterinos antigenjével, a melyet physiologiás konyhasó-oldattal hatszorosára hígítottunk. Ebből minden egyes savóhoz 0·5 cm³-t használunk el. Miként a *Wassermann*-reakciónál, itt is pozitív és negatív savókat, valamint savócontollokat állítunk be. A contollokhoz antigen helyett hatszorososan hígított alkohol 0·5 cm³-ét használjuk.

Az antigen törzsoldata úgy készül, hogy 1 gramm marhaszív-anyagot 5 gramm alkohollal extrahálunk. A koncentrált kivonatot alkohollal és 1%-os cholesterinnel optimalis hígításra állítjuk be. *Sachs-Georgi* legjobbnak találta a következő összetételt: 100 cm³ nyers kivonat, 200 cm³ alkohol és 13·5 cm³ 1%-os alkoholos cholesterin. A cholesterin physiologiás oldatban a globulinok kicsapódását elősegíti. Az optimalis hígítás fokát úgy kapja meg, hogy sorozatban beállítja ismert pozitív és negatív savókkal a kivonat különböző alkoholos és cholesterines koncentrációját. A mely hígítással a legerősebb kicsapódást kapta, azt a hígítást az optimalis hígításnak nevezte. A reactio végzésekor ezt az optimalis hígítású törzsoldatot hígítja tovább hatszorosára. Az optimalis kivonat hígítására nagy figyelmet fordítanak, de ennek dacára az gyakran nem sikerül. Hiányzik a támpont a kivonat hígításának azon fokához, mely a szükséges érzékenységet megadja. *Meinicke* a konyhasó-oldat koncentrációjának növelésével a globulinok kicsapódását fokozta. *Mandelbaum* hígított vérsavó hígításával, mások a cholesterin-tartalom növelésével, leucin hozzáadásával és a savó mennyiségének nagyobbításával igyekeztek érzékenyebbé tenni a reakciót. Mindez nem adja meg a határt, meddig mehetünk az érzékenység növelésében. Valamennyi módosítás megegyezik abban, hogy *Sachs-Georgi* előírással hatszoros hígítást végzi az antigennel. Vizsgálataink során kiderült, hogy a *Sachs-Georgi*-reactio így nem eléggé érzékeny. Jó támpontot nyerünk, ha antigenünket ugyanazon mértékkel mérjük, melylyel a *Wassermann*-reactiót is végezzük. A complementumkötési reactio pozitív vagy negatív voltát a haemolysises systema mutatja meg. A haemolysises systema mint indicator, mint mérték szerepel. Ha ugyanazon mértékhez antigenünket is kitráljuk, ugyanazokat az eredményeket fogjuk kapni, mint a *Wassermann*-reakciónál, sőt jobbakat is. A reakciót tehát úgy módosítottuk, hogy az antigenet ugyanúgy kitráljuk, mint a *Wassermann*-reakciónál. Az antigenből különböző hígításokat veszünk: 1:1, 1:2, 1:3 stb. s mindig 0·5 cm³ mennyiséggel dolgozva megállapítjuk a már nem kötő antigen-hígítást. Ezt a mennyiséget használjuk most már a reakcióhoz és nem, mint a *Wassermann*-reakciónál, e mennyiség felét. Eredményeink így egyszerre megváltoztak, a reactio érzékenysége a *Wassermann*-reakcióval egyenlővé lett, ezt gyakran felül is múlta. Számos esetben kaptunk pozitív eredményt, midőn a *Wassermann*-reactio negatív maradt és a kórkép vagy az anamnesis igazolta a *Sachs-Georgi*-reactio érvényességének helyességét.

Az eddig megjelént összes közlemények a *Sachs-Georgi*-reakciónál úgy számolnak be, hogy eredményei 85—95%-ban megegyeznek a *Wassermann*-reakcióival. *Lesser*, *Gaethgen*, *Blumenthal*, *Konitzer*, *Baumgärtel* nem tartja vele egyenértékűnek. *Nathan-Weichbrodt*, *Münster*, *Lipp*, *Weichardt-Schrader* szerint jó kiegészítője a *Wassermann*-reakciónak.

65 savót vizsgáltunk az eredeti módszerrel és alig

reactiót. *Sachs-Georgi* az új thermostat-módosítással nem 2 óráig, hanem 24 óráig hagyja a serumokat a thermostatban. *Blumenthal* 73·68⁰/₀-ban kapott nem specifikus pozitív eredményt gümőkórban. A mi vizsgálati anyagunkban 41 gümőkóros eset közül egyetlenegyben sem kaptunk nem specifikus eredményt, ha az anamnesisben vagy a klinikai képben luesre utaló tünet nem volt. *Stilling* ellenőrizte a 2 órás praecipitatumokat, melyek mind feloldódtak a 24 órás kontrollban. *Meinické* kimutatta, hogy az alacsony hőmérsék alkalmas a nem specifikus serumglobulinok kicsapódására. *Nathan, Blumenthal, Konitzer, Reich, Lesser* nem specifikus reakciókat kapott ulcus molle (20⁰/₀), lázas megbetegedés, főképp kiütéses typhus (58·54⁰/₀) és influenza eseteiben (38·4⁰/₀). Az ulcusok és a lázak megszűnésével a *Sachs-Georgi-reactio* is negatívvá vált. Hátránya a reakciónak, hogy csak 48 óra múlva van befejezve.

Az eredményeket mindig szabad szemmel olvassuk le. Így épp oly pontosan lehet végezni, mint lupéval vagy mikroszkop IV. számú okulárjával. A negatív esetek teljesen tiszták vagy homogen felhőt adnak megrázásra. Élesen meg lehet különböztetni ilyenkor a legkisebb praecipitatumot is.

25 liquor cerebrosपालist is vizsgáltunk; 23 esetben (92⁰/₀) teljesen megegyezett, 2 esetben (8⁰/₀) pedig eltért az eredmény. Differentia 2 tabeses betegen volt, kiken a Wassermann-reactio +++ volt, és a praecipitációs reactio negatív lett. *Sachs-Georgi, Georgi, Nathan, Weichbrot, Eicke, Raabe* és *Lesser* vizsgálataiban a liquor reakciói 83—96⁰/₀ ban egyeztek. A vizsgálatokat a Wassermann-reactióhoz hasonlóan 0·2, 0·5 és 1·0 cm³ mennyiségekkel végeztük. Az antigent épp oly arányban hígítottuk, mint a serumoknál. Nagyobb liquor-mennyiségeknél kifejezettebbek voltak a praecipitatumok. 3 tabeses betegen csak 0·5 és 1·0 cm³ mennyiség adott csapadékot. A liquorral gyorsan, másnap vagy harmadnap kell a reakciókat végezni, mert gyakori a spontán praecipitatio. Két esetben ilyen spontán csapadék keletkezett.

Összefoglalás. A *Sachs-Georgi-reactio* specifikus. Érzékenysége a módosított hígítás használata esetén egyenértékű a Wassermann-reactióéval, sőt ezt néha felülmúlja. Az antigent nem az eredeti hígításban használjuk, hanem a haemolysis systemához ktitráljuk. A nem kötő antigen-hígítással végezzük a reakciókat. 48 óráig hagyjuk a próbát thermostatban, és csak azután olvassuk le, hogy a gyenge csapadékok erősödjenek, a nem specifikus praecipitatumok pedig feloldódnak. A gyakorlatban megbízható reakciókat nyertünk így, melynek biztonsága csak fokozódik, ha két különböző marhaszív-antigennel állítjuk be a reakciókat.

Jendrassik Ernő.

Nem azok közé tartozott, a kiknek érdemeit a gyász napján ismertetni kell. Ismeri azokat mindenki, a kit orvosi kulturánk érdekel, ismerik, a kiknek mint orvos, mint mester, mint ember vezetője, jóltevője volt és azon kevesek egyike volt közülünk, a kikre alkalmazva nem phrasis a mondás, hogy ismerik a szakemberek az egész világon. Annak, a mit mint orvos, mint tanár tett, monumentalis emléke a klinika, a melyet berendezett, a melybe életet lehelt. Kutatásainak eredményeivel könyvről könyvre, generációról generációra száll tovább neve. Iskolája él, tanítványai útján szelleme hatni fog továbbra is. A mi halálával örökre elveszett, az egyénisége. Azt vászonra festeni, márványba vésné nem lehet. Nem ismerték sokan igazán. Még kevesebben értették meg teljesen. Most, hogy közülünk elköltözött, emlékének nem azzal vélek érzésem szerint legjobban adózni, ha felsorolom azt, a mi belőle megmarad, a mit ismerünk mindannyian, hanem azzal, hogy egyéniségét igyekszem felidézni, úgy, a hogy azt egy életen át láttam magam előtt.

Az ember képességeit magával hozza a világra. Azok adják meg egyéniségének kész, meg nem másítható, nem bővíthető keretét. E keret szabja meg azt a maximumot, a melyet az ember életében elérhet. E keretet csak munkával, a lehetőségek okos és teljes kihasználásával lehet kitölteni. Ez az ember életének belső célja. A ki eléri, az felépíti önmagában azt a befejezett egyéniséget, a melynél külön, gazdagabb, tőle nem telhetett. Ennél ember többet nem tehet. A ki igazán megteszi, a maga nemében tökéletes, tekintet nélkül arra, hogy természetadta képességeinél fogva kicsinynek kellett-e maradnia, vagy nagyra nőhetett. A többi, mindaz, a mi külső siker, csak részben függ e belső eredménytől, a melynek megnyilvánulása, érvényesülése kifelé a környezeten, a viszonyokon, a jó- vagy balszerencsén múlik, a melyekért az ember felelős lelkiismerete előtt nem lehet. Rendszerint nehéz feladatra vállalkozik, a ki más ember életében annak megítélését próbálja meg, hogy abban mekkora része volt egyénisége keretének, kitöltése teljességének és mekkora rész jutott kialakításában azoknak a körülményeknek, a melyek tőle függetlenek. *Jendrassik* kivétel. Az ő életében annyira előtérben állott egyéniségének megnyilvánulása, hogy belőle maga ez az egyéniség világosan rekonstruálható.

Annak tükre intellectualis élete. Legnagyobb sikereit a neurologia terén érte el. Nagy tudomány. A középtehetségek részeket vágnak ki maguknak belőle. *Jendrassik*-nak az egész sem volt elég. Jól látta azt, hogy a szigorú specializálódás nemcsak elmélyedést, de korlátozást is jelent. Jól látta, hogy a neurologia elszakadását a belorvostantól drágán kell hogy megfizesse és meggyőződése volt, hogy igazán jó neurologus csak jó belorvos lehet. És ő belorvos volt a szó teljes értelmében. De az orvosi működés vagy alkalmazott biológia, vagy routine. *Jendrassik* a routine rabja nem lehetett soha. A biológiába nagyesszű, mélyen gondolkozó első mestere, atya vezetete be és ő biologus maradt a klinikán is. Ki lehetne azonban biologus, a ki iskolázottságát nem az exact természettudományokban kapta meg? *Jendrassik* sokat és behatóan foglalkozott velük. Gondolkozása módját, menetét ez az iskolázottság szabta meg. Kimagasló tulajdonsága volt, hogy nem nyughatott, míg azt, a mivel foglalkozott, nem a saját szemével látta meg. Így önálló nézetekre jutott a természettudomány legmélyebb problémái felől is, azok felől, a melyek nem valamelyik határolt szak részei, hanem a melyek jelentősége annyira általános, hogy önálló felfogásuk önálló világnézetet jelent.

A világfelfogást színessé, a kedélyt is kielégítővé az teszi, ha benne a szépnek is rész jut. *Jendrassik* a szépnek művelésére megtalálta a teret kertjében, a mely az ő alkotása és különösen a zenében. Felejthetetlen emlékeim közé tartozik utolsó látogatásom villájában. Súlyos beteg volt. Nyugodtan beszélt arról, hogy betegsége meggyőződése szerint halálos. Soványan, sápadtan ült verandáján nyíló virágai között. Asztalán reszkető kézzel teleirt lapok heverték, megmutatta, hogy új módszer szerint felépített összhangzattan megírásán dolgozott. Egyszer összeszedte még magát és másfél évre a régi lett megint.

Sok oldalról építette fel világfelfogását. Úgy építette fel, hogy abba mindent bele tudott illeszteni a nélkül, hogy részei között dysharmoniát érzett volna ki. Ez a tudós életének betetőzése. Kevesen érik el, *Jendrassik* elérte. A ki idáig jutott, arra nézve mellékessé válik, hogy világnézete kikével egyezik, kikével ellenkezik. Reá nézve a lényeges a harmonia világfelfogása és egyénisége közt. Vele elérte az önállóság ama fokát, a mely őt azoknak szűk körébe zárja, a kiknek világnézete az övéhez hasonló és mindenki mással ellentétbe hozza. Az azután természet dolga, hogy ez az izolált, de kiváltságos helyzet mi módon befolyásolja életét. Vannak, a kik kincsüket, a mely az ő alkotásuk, de a melynek rabjai, csendben hordják magukban. *Jendrassik* nem ezek közé tartozott. Azt, a mi meggyőződése volt, igazságnak tartotta, azt a mi ezzel ellenkezett, tévedésnek, igazságtalanságnak. A mit pedig igazságtalannak érzett, fájt neki, mint valami fizikai fájdalom. Fájdalma ilyenkor meglátszott

kifejező arcán, fölemelte, megrezegtette hangját és őt e fájdalom annak okozójával szemben keménynyé, sőt egyszerű-máskor, ha indulata elragadta, kiméletlenné tette. Ilyenkor nem mindenki értette meg, hogy hangja a megsértett igazságérzeté, a mely igazságérzet, és azért tiszteletreméltó marad akkor is, ha másoktól különbözik, sőt még akkor is, ha jóhiszemű tévedés. Nem mindenki vette észre, hogy e hangnak nem volt soha, de soha még gyöngye olyan árnyalata sem, a melyet személyes motívumok hoztak volna belé. Pedig mindenki észrevehette volna, a ki tanuja volt annak, hogy éppen olyan kemény tudott lenni legjobb barátaival szemben is, ha nézetük összeütközött, mint azokkal, a kiket körülbástyázott egyéniségétől áthidalhatatlan ür választott el. Nem sokan látták, hogy e keménység csak a tiszta, erős meggyőződésé, a mely mögött a legmelegebben érző, sajnos, kimondhatatlanul sokat szenvedett szív dobog. E szívbe mélyen csak az láthatott bele, a ki mellette állott, mikor egymásután elvesztett szeretteinek életéért hiában küzdött — azután összetört.

Meleg szívébe zárta tanítványait, azt a fakultást, azt a rendet, a melynek tagja volt és mindenek fölött magyarságát, hazáját. Szerette nyelvünket. Munkájának, a melyet megjavításába belefektetett, nyoma marad szakirodalmunk lapjain. Szerette nemzetünket. Kulturájára büszke volt, kimondhatatlanul szenvedett, mikor azt a forradalom és a bolsevizmus pusztulással fenyegette. E kornak embereit férgekhez hasonlítottta, a kik halottban vajakálva, úgy viselkednek, mintha életet vinnének bele.

Hazafiúi érzését nem a napi politikával való foglalkozásban elégitette ki, bár megvolt fölöle véleménye, a melyet mindig nyíltan kimondott. Azt tartotta, hogy hazájának a legjobb szolgálatot az teszi, a ki azon a helyen kitartva, a melyre őt hivatottsága, sorsa helyezte, teljes erejével dolgozik. Önálló, független gondolkozásának természetes folyományaként liberalisnak kellett lennie, nem abban az értelemben, a hogy a liberalismus fogalmát eltorzítják mai ellenségei, mikor csak hibáiról, túlzásairól és parazitáiról beszélve, nem látják, vagy nem akarják meglátni lényegét, mintha más gondolatirányoknak nem volnának hibái, túlzásai és parazitái. Az ő liberalismusa olyan volt, mint a milyennek azt az absolutismus letörése óta kulturánk megteremtői fogták fel *Eötvös Józseftől Tisza Istvánig*. Ez a liberalismus csak azt követeli, hogy az embert emberi értéke szerint ítéljük meg és hagyjuk érvényesülni, ez által biztosítva azt, hogy a lehető legtöbb és legjobb tehetség álljon a köz szolgálatában. Ezen elv uralkodásának köszönjük azt, hogy a múlt század második feléből maradt egy fegyverünk, a mely nem tompult el a háborúban, a melyet nem dobhatott el a tömegpsychosis: kulturánk fölénye azoké fölött, a kiket a győzők nemzetünk, országunk testével fizettek meg árulásukért. Ez az a fegyverünk, a melylyel, ha jól bánunk vele, idővel hatalmunkba keríthetjük a többi is, annak visszaszerzésére, a mi mienk volt a történelem és a belefektetett munka jogán. Pedig e fegyverünk is veszedelemben forog. Szegénynyé lettünk. Fiatal generatióink a harctéren küzdött abban a korában, a melyben a leendő tudósnak tanulnia kellene. Összeköttetésünk a régiek, erősebb kulturákkal megszakadt. Nincs, nem lehet köztünk senki sem, a kinek lelkét a vesztett háború, a forradalmak mérge egészen érintetlenül hagyta, a kinek lelki nyugalmát fel ne dülta volna. Veszélybe jutott a kulturánk múltja és jövője közötti folytonosság. Bár tudnák megérteni azok, a kiket a fergeg vezetők állásokba sodort, hogy a kultúra fejlődésében a múlt és a jövő közti szakadás bukást jelent! Ma az összefüggést közöttük csak néhány szálként tartják fenn még azok az öregedő emberek, a kiket *Eötvös József* és *Trefort Ágost* munkatársai válogattak össze és neveltek, annak az egyetlen generatióknak tagjai, a mely zavartalanul szentelhette fiatalságát és életének javát ama célnak, hogy Magyarországon igazi, kutató tudományos munka folyjék, a mely nélkül fejlődésre képes szellemi élet sehol a világon nem lehet. E generatióknak *Jendrassik* egyik legkiválóbb tagja volt. Vele a multunkat jövőnkkel összekötő szálak egyik legerősebbike szakadt ketté.

Jendrassik világrahozott képességei egyénisége számára nagyon tág keretet adtak. Ezzel adva volt lehetősége annak, hogy nagygyá legyen. Ez volt szerencséje. E keretet nagy, becsületes munkával töltötte ki a legutolsó napig. Így tette egyéniségét teljessé, befejezté. Emberi értékét ez adta meg. Kulturánk szerencséje volt, hogy sokoldalú, befejezett egyéniségének érvényesülésére megvolt az alkalom; súlyos vesztesége, hogy a végzet hatását reánk oly sok évvel rövidítette meg, mikor fölünk munkaképességének tetőfokán éppen abban a válságos időben ragadta el, a melyben jövőnk attól függ, hogy a multból mennyit tudunk számára megmenteni.

Korányi Sándor.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XXII. rendes tudományos ülés 1921 november 12.-én.)

Elnök: **Wenhardt János.** Jegyző: **Lehoczky-Semmelweis Kálmán.**

Készülék a húgyanyag meghatározására kisebb mennyiségű vérben.

Szili Sándor: A meghatározás a Knopf-Hüfner-féle bromlúg-módszerrel történik. Eltérőleg a régi eszközöktől, melyek kb. 20 cm³ vért igényelnek, oly készüléket demonstrál, melyhez csak 1.5—2 cm³, natriumfluoratummal felfogott vér szükséges.

Hypophysis-eredetű infantilismus diabetes insipidussal.

Csepány Károly: 20 éves, 120 cm. magas, 31 kg. súlyú nőbeteg. A hónalj- és szeméremszőrzet fejletlen. A vizelet napi mennyisége felvételkor 7—9 liter volt, 1001—1004 faj-súlylyal. A koponya Röntgen-felvétele a sella turcica mérsékelt tágulatát mutatja. A betegnek cerebellaris ataxiája is van. A Wassermann-reactio pozitív lévén, antilueses kúrát alkalmaztak, a mire a beteg állapotában mérsékelt javulás mutatkozott. Ezek az adatok azt mutatják, hogy a betegnek infantilismusa és diabetes insipidusa van. Infantilismus dystrophicusra valló tünetek hiányoznak, viszont a sella turcica mérsékelt tágulása megállapítható, tehát az infantilismus belső secretiós és elsősorban hypophysis-eredetű. Kérdés, hogy a diabetes insipidus minő összefüggésben van a hypophysis-eredetű infantilismussal. Számos diabetes insipidus-esetben mutatott hi a bonczolás hypophysis-elváltozást. A negatív esetek sem bizonyítók, hiszen diabetes mellitásnál sem lehet állandóan pankreas-elváltozásokat találni. Az anatómiai elváltozások minden esetben érintették a pars intermediát, úgy hogy a diabetes insipidus a pars intermedia változott működésével hozható összefüggésbe. A bemutatott állást foglal ama nézet ellen, hogy itt a pars intermedia hyperfunctiója szerepel. A hypofunctio felvétele sokkal valószínűbb. Emellett szól, hogy a pars intermedia alkoholos kivonata állaton a diuresis csökkenti és hogy a pars intermedia kivonata diabetes insipidus esetében a vizelet mennyiségét jelentékenyen csökkenti, a concentrációját pedig növeli. Emellett a diabetes insipidus aránylag igen gyakran szövődik dystrophia adiposogenitalissal, a mely szintén a pars intermedia hypofunctióján alapul. Végül bizonyítékul szolgál a bemutatott eset, a melyben a pars anteriorból kiinduló hyperplasiás-degeneratív (lueses?) folyamat infantilismusra vezetett. Nem hihető, hogy 20 éven át hasonlóan izgatólag ez a folyamat a pars intermediára. Sokkal valószínűbb, hogy az elülső lebeny elváltozásai áttérjedvén a pars intermediára, ennek csökkent működését okozta és így vezetett a diabetes insipidus kifejlődésére.

Gerlóczy Géza: A bemutatott eset újabb adat arra, hogy a diabetes insipidus sokat vitatott pathogenesisében a hypophysis kétségkívül szerepet bírhat; viszont *Leschke* kételkedésének jogosultságát főképp az a tapasztalat igazolná, hogy sem az egész hypophysisnek, sem egyes részeinek kiirtása nem vezet állaton a diabetes insipidus jellemző tüneteire. A központi idegrendszer szerepe feltétlenül bebizonyított, s hogy nem lehet egyetlen kizárólagos felelősséggel illetni, elég a hyper- és hypochloruriával járó esetek elkülöníthető csoportjaira utalni (*Veit*). A hypophysis kóroktani jelentőségét nehezebb bizonyítani; a bizonyítékokat a hypophysis-tumorhoz csatlakozó diabetes insipidus-esetek egyre szaporodó klinikai megfigyelése s némileg a hypophysis hátsó lebenye kivonatanak a diuresisre való befolyása alkotja. A beldiagnostikai klinikán észlelt egyik esetében ugyancsak

hypophysis-eredet látszott felvehetőnek. A terhes asszonyon sokkal teherbeesése után jelentek meg a tünetek. A terhesség alatt tetemesen megnövekedő hypophysis elülső lebenye olykor oly méreteket érhet el, hogy a hátulsó lebeny valóságos összehúzóerővel; ily módon előállhat az a helyzet, hogy az elülső lebeny hyperfunctiója kapcsolódik a hátulsó lebeny hypofunctiójával. Hogy a pathogenesis szempontjából ez a lehetőség fennáll, azt *Hann* bonczolás-eredményei tetszetősen támogatják.

Büchler Pál: 9 eset Röntgen-képének demonstrálása mellett kifejti, hogy az infantilismus és diabetes aetiologiájában és kóroktani localisatiójában különböző tényezők szerepelnek és ezek között legnagyobb jelentőséggel a diencephalon elváltozásai bírnak. Hangsúlyozza a polyglandularis és nem belső secretiós alapon fejlődött tényezők által előidézett kórképek kialakulásának bizonyíthatóságát.

Torday Árpád: A bántalom localisatiója nem egységes, mert a hypophysis bántalmazottságán kívül a közepagy megbetegedéseinek is észleltek insipidus-jelenségeket és ezért kezdenek visszatérni a régi Kahler-féle felfogáshoz (*Oppenheim, Nonne* esetei). A hol azonban a hypophysis elváltozásai klinikai tüneteket okoznak és pozitív elváltozás kimutatható, ott az összefüggés nem tagadható, mint a jelen esetben sem. *Leschke és Aschoff* azon megállapítása, hogy diabest a hypophysis kiirtásával nem sikerült előidézni, valamint hogy a tuber cinereum sértése által előidézett polyuria a splanchnicusok átvágásával megszüntethető, a neurogen theoriát tolja az előtérbe. Újabb vizsgálatok rámutatnak a diabetes insipidus és a vegetatív idegrendszer közötti összefüggésre, a mennyiben obstipatio mellett hyperaciditást, hypersecretiót találtak a gyomor részéről és fokozott peristoliát. A pilocarpinnal és atropinnal végzett kísérletek szerint a labilitas hol a vagus, hol a sympathicus irányában nyilvánult meg. Minthogy e tünetek a gyomorbéltractus részéről csak a polyuria és a polydipsia óta állnak fenn, ez nem tekinthető primaernek, hanem a hypophysis és a vegetatív idegrendszer között oly viszony áll fenn, hogy a vegetatív idegek izgatják a hypophysist és viszont a hypophysis váladéka hat a vegetatív idegrendszer centralis és peripheriás részére.

Csepány Károly: Nagyon messzire követné *Büchlert*, ha minden hypophysis-esetet idehozna, melyet eddig alkalma volt észlelni. Ezt az esetet azért mutatta be, mert igen élesen rávilágít a diabetes insipidus hypophysis-eredetére és bizonyító a hypofunctio irányában. Hogy számos diabetes insipidus-esetben kifejezett elváltozások voltak a központi idegrendszer különböző területein, az csak a belső secretiós mirigyek és az idegrendszer igen szoros correlatióját mutatja. Az a nézet, hogy a diabetes insipidus nem hypophysis-eredetű, hanem általában az összes belső secretiós mirigyek működés-zavarán alapul, elméletileg helyes, de gyakorlatilag nem sok értéke van. Hiszen a myxoedema is polyglandularis betegség és mégsem kezeljük ovariummal vagy mellévesével, hanem thyreoideával. Epp így nagy gyakorlati jelentősége van diabetes insipidus esetében is a hypophysis-eredet megállapításának, mert a pituitrin-therapia mint valódi organotherapia fogandó fel. *Torday* ama megjegyzésére, hogy több esetben hatástalan volt az adagolt hypophysis-kivonat, utal arra, hogy a készítmények ebből a szempontból sokszor nem megbízhatók. Tulajdonképpen a pars intermedia alkoholos kivonata volna a diabetes insipidus ideális gyógyszere.

A családi merevgörcsös bénulás klinikájáról és kórszövettanáról.

Schaffer Károly: Bevezetőleg vázolván a merevgörcsös bénulás tünettani képét, kiemeli, hogy a lényegi merevgörcsös bénulás a loborpálya elsődleges degenerációján s ez utóbbi heredofamiliaritásán alapszik. Minthogy utalás történt arra, hogy az átöröklődő idegbajokra nézve nem a különleges tünettani, hanem bizonyos kóreltani vonások fontosak, melyek a megjelenés tekintetében felette különböző bántalmakat egy nagy kórtani egységbe foglalják össze, az előadó kifejezi azt a gondolatát, hogy az átöröklődő bántalmak kórszövettanilag is egységesek. Szerinte három fejlődéstani tényező jellemzi fajlagosan a szóbanforgó betegségeket; ezek: az alakbeli, a rendszerbeli és a szövet-fejlesztési tényezők; ezek azt fejezik ki, hogy az átöröklődő idegbajok 1. az agy fejlődéstani szelvényeződésének hódolnak kiterjedés dolgában, 2. a phylogenesis sorrendjében degenerálnak pályáikban, 3. csupán a külső csíralevel származékaiiban (ideg- és neurogliás elemek) mutatnak elváltozást. Az ily alapon kifejlődő bántalmak a) pathomorphologiai és b) pathohistologiai elváltozásokat mutatnak; ad a) szelvény-fejletlenségek, ad b) acut és chronicus sejtelváltozások jelentkeznek. Ez adatokból kitűnik, hogy az átöröklődő bántalmak fejlődéstaniilag meghatározott bajok, vagyis a kifejlődés betegségei.

Áttérve előadásának specialis részére, közli, hogy egy zsidó család két fiúgyermekén észlelt merevgörcsös bénulást; a szülők unokatestvérek. A bántalom 3 éves korban indult meg és a serdülés előtt már bot használatára készítette a betegeket, a kik 4 gymnasiumi osztályt végeztek és sem értelmi, sem érzés- vagy hólyagzavart nem mutattak. A fiatalabbik 28 éves korában tüdőtuberculosisban elhunyt. Agygerincz-

veleje makroszkoposan ép volt. A velőfestésű készítményeken a loborpálya gerinczagi felének mérsékelt velőfogyottsága tünt fel, mi mellett e pálya agyvelő-része épnek látszott. Az elülső központi tekervényben a loborpálya eredő sejtjei egyszerű sejtsovadás alapján megritkultak, a mivel a lobor-elfajulás fokális oka adva van és ez a lelet kiegészíti *Strümpell* leletét, mely a lobor distalis felének degenerációjában állott fokális lelet nélkül. Ezen óriási loborsejtek felett és alatt levő idegsejtjei az elülső központi tekervénynek az Alzheimer-féle fibrillumos elváltozást mutatták, mely a homlok- és halánték-tekervényekben is felette elvéte jelentkezett. Erről a sejtelváltozásról az előadó kimutatja, hogy a heredodegenerációnak általános kórszövettanai jele, míg az óriási lobor-kiesés speciális kórszövettanai jelenség. Mindkettő, bár alakilag különbözik, közös cél szolgálatában áll, t. i. az előrehaladó degenerációt végzi olyképpen, hogy az Alzheimer-féle idegsejtelváltozás a heredodegeneratio jegyében előkészíti az elülső központi tekervényt, a melyben azután az óriási loborsejtek egyszerű sovadásra kialakítja a heredodegeneratio speciális kórfarmáját, a merevgörcsös bénulást.

Schuster Gyula: Az értékes előadás igazolja a hozzászólónak 1918-ban megírt munkájában kifejtett nézetét az Alzheimer-féle idegfonalelváltozásokról vonatkozólag. Ezek inherens veleszületett idegfonalgengeségből erednek, a szervezet fermentatív folyamatainak megváltozásai a kútforrásuk a fibrillumelváltozásokkal. Alzheimer-betegek belső secretiós szerveinek vizsgálatakor feltűnően nagyfokú pajzsmirigysorvadást és szöveti elváltozást tudott kimutatni. Az Alzheimer-betegek nyugtalanúsága is pajzsmirigy-dysfunctio okokra vezethető vissza. Az öröklött spasmusos bénulásoknál található idegfonalelváltozások, melyek nem általánosak, hanem lokalizáltak, igazolják a felforrólónak 1918-ban kifejtett nézeteit és megerősítik azokat egy öröklött betegségben talált anyagon is. Vétített készítményeken bemutatja a fibrillum-elváltozások genesisét.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Schwalbe: Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Chirurgie. 2. Heft. G. Ledderhose: **Chirurgie der Wirbelsäule, des Rückenmarks, der Bauchdecken und des Beckens.** Leipzig, G. Thieme. Ára 22.50 m.

Az orvosok tovább- és kiképzésének kitűnő segédeszköze a *Schwalbe* tanár szerkesztésében mintegy két esztendővel ez előtt megindult vállalat. Ez egyelőre csak a belorvostan körére terjedt ki, újabban azonban a többi disciplinára (sebészet, szülészet és nőorvostan, szemészet, fülorvostan, bőrkórtan, gyermekbetegségek) is kiterjeszteni szándékoznak éppen a kedves fogadtatás folytán, a melyben az eddigi füzetek részeseültek. A sebészet körébe tartozó kérdéseket tárgyaló sorozat 2. füzetében *Ledderhose* müncheni tanár a gerincoszlop, a gerinczvelő, a hasfalak és a medence sebészete körébe tartozó esetekben előforduló diagnostikai és therapeutikai tévedésekkel és azok megelőzésével foglalkozik röviden, velősen, érdekes adatok közbeszövésével: igazán abban az értelemben, a melyben a vállalat az orvosok továbbképzése célzatából megindult.

Új könyvek:

M. Heidenhain: Über die teilungsfähigen Drüseneinheiten oder Adenomen. Berlin, J. Springer. 126 m. — *F. Dimmer:* Der Augenspiegel und die ophthalmoskopische Diagnostik. 3. Auflage. Wien, F. Deuticke. 170 m. — *A. Drucker:* Praktikum der sozialen Zahnheilkunde. Berlin, J. Springer. 50 m. — *M. Hirsch:* Das ärztliche Heiratszeugnis, seine wissenschaftlichen und praktischen Grundlagen. Leipzig, C. Kabitzsch. 15 m. — *B. Chajes:* Kompendium der sozialen Hygiene. Berlin, Fischer's mediz. Buchhandlung. 36 m. — *S. Kolleb:* Spätkrankheiten bei Kriegsteilnehmern. Wien, F. Deuticke. 4 m. — *Th. M. Legge* und *K. W. Goadby:* Bleivergiftung und Bleiaufnahme. Ihre Symptomatologie, Pathologie und Verhütung. Herausgegeben von *L. Teley.* Berlin, J. Springer. 87 m. — *Martija Ambrozio* und *Egon Rach:* Grundriss der Diätverordnungslehre nach dem Pirquet'schen System in der Pädiatrie. Wien, F. Deuticke. 16 m. — *F. Werdt:* Pathologisch-anatomische und histologische Beiträge zur Kenntniss der sogenannten „Spanischen Grippe“. Bern, E. Bircher. 4.80 fr. — *J. W. Samson:* Prostitution und Tuberculose. Leipzig, G. Thieme. 18 m. — *S. Bergel:* Die Lymphocytose. Berlin, J. Springer. 45 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

A szívbillentyűbajokra vonatkozó statisztikai adatokat közöl *Lazitsch* 356 összegyűjtött eset feldolgozása alapján. Csupán egy billentyű 222 esetben volt megbetegedve, még pedig a mitralis 143 esetben, az aorta-billentyűzet 67 esetben, a tricuspidalis 8 esetben, a pulmonalis 4 esetben. Két billentyű együttes megbetegedése 113-szor fordult elő, még pedig az aorta és mitralis megbetegedése 95-ször, a mitralis és tricuspidalisé 16 esetben, a pulmonalis és tricuspidalisé, az aorta és pulmonalisé, a tricuspidalis és aortaé 1—1 esetben. Három billentyű együttes megbetegedése 18 esetben szerepel, még pedig a mitralis, aorta és tricuspidalisé 15 esetben, a mitralis, tricuspidalis és pulmonalisé 3 esetben. Mind a négy billentyű együttes megbetegedése 3 esetben találtatott. (*Schweizer Rundschau für Medizin*, 1921, 29. és 30. szám.)

A **novasurolt mint diureticumot** mind gyakrabban kezdik használni. Újabban a többi között *Hubert* (Nauheim) számol be tapasztalatairól következőképpen: Szív- és veseeredetű vizenyő eseteiben hatásában messze túlhaladja a digitalist és a purin-testeket; 3—7 liter vizelet 24 órában nagyon gyakori. A hatás körülbelül 12 óra hosszat tart és többnyire már 1 órával a befecskendés után jelentkezik. A vesék gyuladással elváltozásai esetén ellenjavalt a használata. A kénésömérgézés elkerülendő, ne adjunk eleinte többet 0.75 cm³-nél; 1.5 cm³-nél nagyobb adagot egyáltalában ne használjunk; ugyanez okból két befecskendezés között legalább négy nap szünet tartandó. A novasurolt csak akkor vegyük igénybe, ha a digitalis és a purin-testek már hatástalannak bizonyultak. (*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1921, 48. szám.)

Szülészet és nőorvostan.

A **terhesek varixairól** ír *Stübel*, a jeni sebészeti klinika orvosa. *Braune*, *Engström*, *Stecker* szerint a terhes méh nyomást gyakorol a medence nagy venatörzseire s így pangás áll be a vena femoralisban és a saphenában. Ez a vérnyomás-emelkedés okozza a varixok kifejlődését. Más szerzők directe a venák falában keresik a varixok keletkezésének okát. A cikkíró 260 asszonyt vizsgált meg ebben az irányban s vizsgálatainak eredményeiről számol be. Esetei között 48 volt terhes, a többi nőgyógyászati megbetegedésben szenvedett. A varixok nincsenek mindig mindkét alsó végtagon. A varicosus végtag bőrhőmérsékletét egy, két, sőt három fokkal magasabbnak találta. Sokszor a terhesség első hónapjában jelennek meg már a varix-csomók, a mi ellentmond a terhes méh okozta pangási teoriának. Ellene szól a pangási teoriának az is, hogy a méhből kiinduló nagy daganatoknál sohasem találunk az alsó végtagon hasonló varix-csomókat. Ha a pangás okozná a varix-képződést, akkor mindkét alsó végtagon lenne meg. *Trendelenburg* a varixok képződésének okát a vena saphena billentyűinek hiányában látja. A femoralisból a venás vér a saphenába ömlik vissza. E felfogás helyességét *Magnus* műtét útján be is igazolta. A vena-billentyűk hiánya rendszerint veleszületett, legtöbbször az anyától öröklött. Egy esetben a pubertas korában, egy esetben pedig a climacteriumban észlelt a szerző hasonló varixos elváltozást az alsó végtagokon. A terheseken oly gyakori varixok keletkezését úgy magyarázza, hogy a terhesség alatt bizonyos hormonok kerülnek a vérpályába és ezek gyengítik a vena falának ellenálló képességét. Az ellenállásban csökkent venafal az emelkedő vérnyomás következtében helyenként kitér. A varicosusan tágult venafal mikroszkopos elváltozása nem áll arányban a klinikai tünetekkel. (*Wiener mediz. Klinik*, 1921, 44. szám.) *Sztehlo* dr.

Gyermekorvostan.

A **beteg gyermekek ágyban tartásáról** tartott előadást *Karger* a berlini „Vereln für innere Medizin und Kinderheilkunde“ július 11.-i ülésén. Véleménye szerint az ágyban tartás a gyermekkorban nem közömbös, mert a reconvalescentiát

megnyújtja, az étvágyat rontja és súlyos nevelési károkkal járhat. Csak akkor javult, ha a gyermek csakugyan nyugodtan marad az ágyban. A legtöbb fertőző betegségben a lázgörbére nincs befolyása a korai felkelésnek; kanyarós és vörhenyes betegek nyugodtan elhagyhatják az ágyat a hőmérsék letszállása után, a nélkül, hogy gyakoribbak volnának a szövödmények. Nephritisben és nephrosiban szenvedőknek úgy látszik szintén nem árt a felkelés, feltéve, hogy nincs vizenyőjük. Ha az ülés lehetséges, karosszékben az asztalhoz kell ültetni a gyermeket, a mi subjective nagyon jó hatású. Ahythmikák sem kényszerítenek okvetlenül az ágyban maradásra; némelyik alakjukban határozottan árt az ágyban fekvés. Hashártyagümőkör eseteiben azonban a tünetmentes szakban is két évig minden kerülendő, a mi a has erősebb vongálására vagy megrázkódtatására vezet.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A **junijot** (a Németországban vadon termő *Retinospora plumosa* kivonata) *Rosenberg* szerint a bőrt nem izgatja, a bőrön levő kóros elszíneződést nem fedi el, vízzel és szappannal aránylag könnyen eltávolítható és fertőtlenítő képessége úgy látszik felülmúlja a jodét. Ezek alapján, mint a jodtinctura olcsó helyettesítője, méltán megérdemli a további utánvizsgálatát. (*Therapie der Gegenwart*, 1921, 7. füzet.)

A **salvarsan használatáról a terhesség alatt** ír *Lorenzen*. Ma már megállapodott az orvosi közvélemény abban, hogy minden syphilitikus nő antilueses kezelésben részesítendő. E célra azonban a salvarsan némelyek szerint nem használandó, mert a terhességben gyakori a salvarsan-halál. A szerző szerint azonban ez nincs beigazolva; eddig összesen 5 salvarsan-halált észleltek terheseken. Természetesen kerülendő a salvarsan, ha a vese nem egészen ép; kerülendő továbbá a használata röviddel a szülés előtt is, mert a nők könnyebben kapván salvarsan dermatitist, e révén a sepsis veszélye a szülés alatt közelebb jár. (*Zentralblatt für Gynaek.*, 1921, 39. szám.)

Vegyes hírek.

Tisztelettel értesítjük lapunk híveit, hogy az előfizetés díja jelenleg egész évre 300 kor., félévre 150 kor., negyedévre 80 kor. Az előfizetés díjának postautalványon beküldését kérjük helybeli előfizetőinktől is, mert pénzbeszedőt nem küldhetünk.

Kitüntetés. A kormányzó *Magyar Kossa Gyula* dr. budapesti egyetemi magán- és állatorvosi főiskolai rendes tanárnak az egyetemi rendkívüli tanári címet; *Németh Ödön* dr. egyetemi magántanárnak, az egészségügyi országos megfigyelő és elmegyógyító intézet igazgatójának, *Katona József* dr.-nak, Borsod vármegye főorvosának és *Köllner Károly* dr.-nak, a miskolczi közközház igazgató-főorvosának a magyar királyi egészségügyi főtanácsosi címet; *Zakariás József* dr. Diósgyőrvasgyári főorvosnak, *Pozsgay Lajos* dr. mezőkövesdi járásorvosnak, *Fátyol Dezső* dr. mezőcsáti járásorvosnak és *Ursziny Gyula* dr. putnoki járásorvosnak a magyar királyi egészségügyi tanácsosi címet adományozta.

Kinevezés. A magyar királyi népjóléti minister *Nagy Géza* dr. városi tisztifőorvost, *Kolozsváry Sándor* dr. vármegyei tisztifőorvost és *Roxer János* dr. városi ügyvezető tisztifőorvost kerületi közegészségügyi felügyelővé nevezte ki.

Az **Amerikai Vöröskereszt magyarországi anya- és csecsemővédelmi actiója** pályázatot hirdet a következő anya- és csecsemővédelmi szolgáló vezérfonalakra, röpiratokra: I. A csecsemő- és kisgyermekkor egészségtana. Vezérfonal óvónők részére, szem előtt tartva az óvodások, I—II. osztályú elemi iskolásgyermek egészségügyi tanítását. A munka ne legyen nagyobb két nyomtatott ívnel. Illustrációról mi gondoskodunk. *Díj: 2000 korona.* II. Vezérfonal csecsemő- és gyermekvédelmi előadásokhoz falusi felkészítők, tanítók, általában falusi vezetőemberek részére. Kidolgozott előadások, melyek 4—5 előadás keretében a fenti tárgyat felölelik, előnyben részesülnek. A munka ne legyen nagyobb négy nyomtatott ívnel. *Díj: 4000 korona.* III. Apró röpiratok a következő, a tartalmat is megjelölő címmel. 1. Miért kell minden anyának szoptatni gyermekét? 2. Szoptatási útmutató. 3. Az elválasztásról. 4. A mesterséges táplálásról. 5. Miért és hogyan kell a csecsemőt tisztán tartani? 6. Mire kell kiterjedni az anyai gondozásnak? (fejmosás, körömvágás, játékok, biztonságba helyezés stb.). 7. Pólyázás és a kisded ruházata. 8. Fogzás. Van-e fogzási betegség? 9. A gyermekek örökölhetik szülőik betegségére való hajlamát vagy betegségét. 10. Miért sír a baba? 11. Az egészséges gyermek. 12. A beteg gyermek. Az egyes röpiratok egyszerűek, népies hangúak legyenek s kevésbé intelligens anyákhoz szóljanak, két oldalnál hosz-

szabtra ne terjedjenek. Mindegyikre külön-külön lehet pályázni. *Egy-egy rőpirat díja: 250 korona.* A jelíges levéllel ellátott pályaművek közül a rőpiratokat 1922 január hó 15.-éig, a többi február hó 1.-éig kell beküldeni az Actio vezetőségéhez (VII., Vas-utca 10. szám alá).

Meghalt. *Szekeres József dr.*, a nagykanizsai közpórház igazgató-főorvosa. — *J. Schäffer* tanár, ismert dermatologus, 54 éves korában Breslauban.

Dr. Rajnik Pál tüdőbetegségek diagnosztikai intézete. Fizikális, Röntgen-, serologiai és bakteriologiai vizsgálatok. Speciális oltások, quars- és művi pneumothorax-kezelés. Budapest, VII., Vilma királyné-út 11 (Fasor). Telefon József 14-51.

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

DAJKA- INTÉZET, VI., Szív-utca 69, Telefon 93-22. Wasse-ma nra vizsgáit, bőtejű, orvosilag megfigyelt dadák felett állandóan rendelkezik.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA VII., Városligeti fasor 13-15. Telefon: József 52-29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56-76.

Dr. Szilas diagnosztikai laboratoriuma, Erzsébet-körút 22. Tel.: József 129-27. Bacteriologia, serologia.

Dr. Pajor-Sanatorium Belgyógy- és sebész-intézet. Külön szülőosztály. Vízgyógy., medico-mechanika, urologia. Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrása.

Termális és fizioterápiás gyógyintézet. Iszap-, szénasavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diatés konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: *Dr. Benczúr Gyula*, egyet. magántanár.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest V. Nagykorona-u. 32. Telefon 87-73.

Telefon: József 4-12. Igazg.-tulajd.: *Dr. Melha Armand*, *Dr. M.-né Hlff Paula*, *Dr. Mandler Ottó*. **ZANDER-ELEKTRO-HYDROTHERAPIA** a *Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben*, IV., Semmelweis-u. 2, I. e.

PÁLYÁZATOK.

1006/1921. ált. szám.

Somogyvármegye kaposvári közpórházánál megüresedett **bonczoló főorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felhívom a pályázni kívánókat, hogy szakképzettségüket és eddigi működésüket igazoló folyamodványaikat 1922. évi január hó 31.-éig *Sárközy György* úrhoz, Somogyvármegye főispánjához címezve, a kórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Javadalmazás: 3600 kor. fizetés, 1040 kor. lakpénz, 650 kor. lakpénzpótlék és az öt megillető 2500 kor. háborús és 9600 kor. drágasági segély.

Kötelessége a főorvosnak a bonczolásokat, szövettani, bacteriologiai és vegyi, valamint a Röntgen-vizsgálatokat végezni.

Kaposvár, 1921 december hó 14.-én.

Szigethi Gyula Sándor dr. kórház-igazgató.

19.528a/1921. sz.

Heves vármegye gyöngyösi járásában megüresedett **járárorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazásáról az 1904: X. t.-cz. és az 1912: XLVII. t.-cz. rendelkezik.

Felhívom mindazokat, a kik a vármegye főispánja által kinevezés útján betöltendő ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883: I. t.-cz.-ben előirt minősítésüket, továbbá az ú. n. kommunizmus alatti magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket a vármegye főispánjához címezve, a vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában meghatározott módon hozzám 1922. évi január hó 20. napjának déli 12 órájáig adják be.

A később érkező kérvények nem lesznek figyelembe vehetők. Eger, 1921 december hó 24. *Az alispán.*

8335/1921. szám.

Csonka-Biharvármegyében az előléptetés folytán megüresedett **derecskei**, vagy az esetleges áthelyezés útján megüresedett **más járárorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állások az 1904: X. t.-czikk értelmében X. fizetési osztály szerint 2000 korona fizetés, a lakhelynek megfelelő lakház, hivatalos kiszállásoknál az útiköltség megtérítése, valamint a törvények és rendeletek alapján járó pótlékokkal vannak javadalmazva s elnyerésükhöz orvosi oklevél, két évi gyakorlat és tisztvi orvosi képesítés kívánatik meg.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy fentjelzett okmányokkal, születési anyakönyvi kivonattal, valamint nem a megye szolgálatában állóknál a forradalmi idők alatti viselkedést igazoló okmánnyal felszerelt, 5 koronás bélyeggel ellátott, Főispán Úr öméltósága, *Kovács Nagy Sándor* dr.-hoz címzett kérvényeiket hozzám 1922 január hó 15.-éig adják be, mivel a később érkező kérvényeket figyelembe nem vehetem.

Berettyóújfalú, 1921 december hó 17.-én. *Az alispán.*

Fiatalabb orvos gyakorlattal

január-február hóra helyettesítést vállal. Ajánlatok „Fiatalabb orvos” jellegre Petőfi Irodalmi Vállalathoz Budapest, VII., Kertész-utca 16.

„Funk Gyermektápszere” Rationalis összetételű megbízható csecsemőtáplisz. Kívánatra mintadoboz.

Veszünk

droguákat, gyógynövényeket és vegyi termékeket

A. & H. Feret, Paris 3., 19 rue du Parc Royal.

Sürgönczím: ACHEFERET. Code A.B.C. 5. kiadás.

Reiniger, Gebbert & Schall · Erlangen **ODELGA** Magyar Gyógytechnikai Ipar R-T Budapest, VI., Andrássy-út 28. sz. Sürgönczím: **Medodelga** Budapest. Telefon: 68-16, 37-04

Veifa-Werke · Frankfurta/M **Polyphos** · München testvérházaink

Röntgen- és villamos-gyógyászati készülékeit, minden gyártmányú röntgencsővet, röntgen-lemest stb. eredeti gyári áron azonnal szállít.

Tabl. Ferri protoxal. sine et c. ars. Deér változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógyszerárban kapható. A készítő „Jó Pásztor” gyógyszerár, Budapest, IX. Ráday-u. 18 Megrendelésre szállít orvosi kémszereket és bakteriologiai festéköldatokat.

FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R.-T. BUDAPEST, IV., CALVIN-TÉR 3. félemelet. Fióküzletek: VII., Rákóczi-út 78 és IV., Várház-körút 8. Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben, betegápolási cikkekben. Művegtaggyártás és műszerjavítás. Telefon József 19-24.

WESELY ISTVÁN ES TÁRSA UTODA NAGY KÁROLY FRIGYES BUDAPEST, IV., KIGYÓ-TÉR 1. Orvosi műszer-, kötszer- és művegtaggyár. Betegápolási cikkek, haskötők, sérvkötők, kórházi vasbútorok stb. raktára.

HAEMOGLOBIN-GLOMA Dr. WANDER-FÉLE

GUAJACOL-GLOMA Dr. WANDER-FÉLE

HORDENZYM TAPCUKOR, CSECSEMŐTÁPSZER

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK

Poór Ferenc: Közlés a székesfővárosi Szent István-kórház bőrgyógyászati osztályáról. Tabes és korai syphilis. 13. oldal.
Molnár Elek László: Közlés a budapesti kir. m. tudományegyetem II. sz. belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár.) Mozgó szegycsontalatti golyva. 14. old.
Szász Emil: A gümőkóros szervezet reakciói a Deycke-Muchi-féle partigenekre. 16. oldal.
Budapesti Királyi Orvosegyesület. (XXIV. rendes tudományos ülés 1921 november 26.-án) 17. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Poór Ferenc: Dermatologia. — *Lapszemle. Belorvoson. Högler:* Az ischias gyógyításáról perineuralis antipyrin-injectiókkal. — *Ideg-és elmeórton. Spatz:* A vasnak az idegszövetben való szerepéről. — *Szülészet és nőorvoson. Goetze:* A hasmetszések utáni mechanikai kezeléseről. — *Bőrkórton. M. Strassberg:* A makacsul viszkető bőrbajok intravenás kezeléséről. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 18–20. oldal.

Vegey hírek. 20. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlés a székesfővárosi Szent István-kórház bőrgyógyászati osztályáról.

Tabes és korai syphilis.

Irta: **Poór Ferenc dr.**,
egészségügyi főtanácsos, egyet. magántanár, oszt. főorvos.

A lues kérdései szinte kimeríthetetlenek. Midőn már-már azt hisszük, hogy valamelyik kérdés véglegesen meg van oldva, egyre új vonatkozások merülnek fel, melyek választ igényelnek. S nem csupán, mint várhatnók, az új vizsgáló módszerek és megállapítások vetnek fel új és újabb megoldásra váró kérdéseket, hanem még az empiriás klinikai észlelés is minduntalan oly esetekre bukkan, melyeknek értelmezése a szinte beláthatatlan irodalmi adatok dacára is vitás lehet. Egy ilyen eset az, melyet a luesnek a bőrön is való nyilvánulása miatt az idegyógyászati részletek pontos feldolgozása után **Sarbó Artur** tanár engedett át kórházi osztályomnak s melyet tanulságos és felette ritka voltánál fogva az alábbiakban ismertetünk.

S. M. 60 éves, nős, gyári képviselő. 1921 május 3. *Körelőzmény:* Előző lueses fertőzésre nem emlékezik, azonban „húgycsőfolyása” több ízben volt. Feleségének abortusa nem volt. Előzően valami „epebaj” miatt több ízben Karlsbadban kúrát folytatott. Néhány év óta rheumának tulajdonított zsbongásokat érez lábaiban. Körülbelül egy hét előtt ez a kellemetlen érzés egész jobb oldalára kiterjeszkedett s arra ébredt, hogy szája ferde és szédül. *Status:* „A myosisis pupillák fényre igen gyengén reagálnak, a bal pupilla egyenesen rosszul, convergentiára és alkalmazkodásra valamivel jobban. Szemzárás után a pupillák szűkülnek, de renyhén. Typusos, a jobb oldali összes idegágakra vonatkozó facialis-bénulás. A jobb térdtűnet hiányzik, a bal rendes. A jobb Achilles-reflex megvan, a bal hiányzik. Baloldalt obl. r. az első axillaris vonalban a VIII. borda felől kiváltható. Jobboldalt gyengébbnek látszik. A hasreflex hiányzik. Vérsavó Wassermann-reactio ++++, liquor — — —. Sejt-szám 5, Nonne —, Pándy ++.” (*Sarbó tanár lelete.*) Bőrén a penis ventr. felszínén, a sulc. coron. felett mintegy 1½ cm.-rel, körülbelül borsónyi, beszáradt pörkkel borított, alig beszűrődött elváltozás. A pörk alatt apró, sima felület, kissé nyirkos horzsolás látható, mely bőven tartalmaz *spirochaetát* (Dunkelfeld). A lágymirigyek között egy-egy babnyi, indolens található, a többi ép. A mellkason, a bordák között, a bőrön halványrózsaszínű, részben livid, ujjnyomásra eltűnő, elmosódott határu erythemák *Körhatározás:* tabes dorsalis (*Sarbó*), primaer affectio, roseola syph. (*Poór*).

A tabesnek a syphilis egyéb *késői*, a bőrt vagy egyéb szervet illető jelenségeivel való coexistálásának számos esete van leírva s e combinációban semmi rendkívüliség nincs. Viszont a tabesnek a *korai* jelenségekkel való együttes és egy időben való nyilvánulása úgyszólván ismeretlen. *Nonne* még 1915-ben is ekként nyilatkozott: „Nem hallottunk tabeséről, a ki friss syphilissel fertőződött volna!”

Friedländer a régibb irodalomból ugyan 17 oly esetet gyűjtött össze, melyben a tabes a secundaer syphilises jelenségekkel párosult, azonban ezek az esetek még a *spirochaeta* és a Wassermann-reactio ismerete előtti időből származván,

ha korukban nem is, de a mai felfogás szerint mégis a hiányosan észlelték s ily fontos kérdésben fel nem használhatók közé tartoznak.

Legalább részben modern módszereink igénybevételével vizsgált tabes- és friss syphilis-eset csupán *Pöhlmann* (1914), *Brantweiner* (1917), *Zieler* (1920) közölt egy-egy esetet, *Friedländer* kettőt. Összesen tehát 5 eset ismeretes s a mienk a hatodik.

Az esetek közül azonban a *Pöhlmann*-féle esetben a tabes körhatározása *Friedländer* megállapítása szerint nem egészen kétségen kívüli s az idegjelenségek monorecidivaként is értelmezhetők. *Brantweiner* esete a mienkkel egyezik abban, hogy a II. fertőzésből eredő kétségtelen primaer affectio volt jelen (*spirochaeta* +, *Wassermann-reactio* +), azonban a liquorlelet normalis, a mi azonban tudvalevően távolról sem mond ellene a tabes jelenlétének, a mint *Rost* megfigyelései is tanúsítják. *Zieler* esetében taboparalysis + II. lues volt jelen. A primaer affectio és a mirigyduzzanat azonban nem volt megállapítható, úgy hogy a szerző nem dönthette el, hogy superinfectióval vagy egy előző kiütés jellegével felruházott recidivával van-e dolga. *Wassermann-reactio* a liquorban +. *Friedländer* első esetében II. papulo-maculás bőrsyphilidek, angina spec. tabesos (forme fruste) jelenségek kíséretében, azonban előző régibb infectióra a beteg nem emlékezik. *Wassermann-reactio* a vérsavóban +, a liquorban —, *spirochaeta pallida* + (papulából), *Nonne* —, *Pándy* +, lymphocyták a liquorban: 3403, negatív nyomás 250 cm. Másik esetében a régi primaer affectio hegesedésén kívül friss erosio bő *spirochaeta*-tartalommal. *Wassermann-reactio* +, liquorvizsgálat nem történt.

Ezekhez az esetekhez csatlakozik most a mienk, azzal a különbséggel, hogy a mienknél a syphilis korai jelenségei minden kétségtől mentesen, a legkifejezettebben és a legtisztabban megállapíthatók kétségtelen tabes mellett. Igaz, hogy a primaer affectio sajátos módon a reactiv jelenségeket csupán lényegesen lefokozott mérvben, tökéletlenül kifejlődve mutatja s az elváltozás maga jelentéktelen, a figyelmet könnyen elkerülő, s ha *spirochaetákat* kimutathatóan nem tartalmazna, beszáradt pörkkel borított szőrtüsző-gyuladással szinte összetéveszthető abortív képlet s a tájéki mirigyek duzzadása is alig kifejezett, de ezeknek a képleteknek éppen ez a csonkult, abortív jelentkezése a *superinfectiónak* elismert legjellemzőbb tulajdonsága s bizonyítéka annak, hogy a beteg, noha nem is tud róla, mint esetünkben, egy a jelenlegit megelőző lueses fertőzés is történt (valószínűleg az egyik „húgycsőfolyás” alatt voltaképpen urethralis primaer affectio rejtőzött!). A feltűnő jelenséget tulajdonképpen nem is ezek a csonkult symptomák alkotják, hanem az, hogy oly kimondottan *korai* jelenségek, mint a primaer affectio, a regionaris adenopathia, a diffus foltos kiütés együttesen és egy időben jelentkeznek a *késői*, degenerativ syphilises elváltozáson ala-

puló tabessel, holott kiterjedt kísérletekkel bebizonyított és általánosan elismert tény, hogy superinfectio esetén a bőr az ismételt spirochaeta-invasióra már nem reagál az első fertőzésre jellemző morfológiai reakciókkal, hanem a jelenségek minősége, jelentkezési módja és alakja az illető szervezet syphilitikus stadiumához alkalmazkodik. E felfogás értelmében tehát az új infectio helyén esetünkben nem primaer affectiónak, hanem a késői syphilis valamely nyilvánulásának (gumma) kellene jelen lennie azon szerzők elmélete szerint, a kik a tabes folyamatát már nem csupán mint syphilitikus alapuló *következményes* bántalmat, hanem egyenesen mint az idegrendszer, nevezetesen a gerinczvelő *közvetlen* syphilitisét fogják fel. Ezt a kérdést különösen *Richter Hugo* vizsgálatai tisztázzák. Mert míg *Noguchi*-nak a hátulsó kötegekben megállapított spirochaeta-lelete még magyarázható az előző lueses meningitisből való átvándorlással is s *Versé* leletének spirochaetatermészete jogosan kétségbevonható, addig *Richter* lelete kétségtelen bizonyosságát szolgáltatja a spirochaeták kötőszöveti túltengést termelő *közvetlen primaer* hatásának, mely utóbbi elváltozás *következményként, secundaer* váltja ki a tabes közismert jelenségcsoportját.

Richter 14 tiszta tabes-eset feldolgozása alapján azt találta, hogy a gerinczvelő-gyököknek úgynevezett nervus radicularisában lefolyó elváltozásai minden egyes esetben jelen vannak s a spirochaeta e helyen nyilvánuló ingere a gerinczagyvelőhártyában granulációs folyamatot indít meg. A granuloma a gyököket övező nyiroküregek *kötőszövetéből* indul ki s a hyperplasiás kötőszövet nyomván az ideggyököket, mint *secundaer* elfajulást, a tabesre jellemző *hátulsó kötegfajulást* váltja ki. Voltaképpen tehát a spirochaeta közvetlen ingerére a szervezetben a lues *késői szakára* jellemző kötőszöveti túltengés támad s a mennyiben ez a folyamat a szóban forgó szervrészleten keletkezik, ez a kötőszöveti hyperplasia szinte mechanikai úton váltja ki a tabes ismert symptomacomplexumát s nehéz elképzelni vagy legalább eddig tényszerű bizonyítékokkal alig volna támogatható oly feltevés, hogy a szervezet egyik részletében, a gerinczszlopban elhelyezett szövetek egy más, sokkal későbbi reakcióra legyenek beállítva, mint a szervezet egyéb szövetei. Esetünkre vonatkozóan itt volna egyfelől a primaer affectióban, regionaris mirigyduzzadásban és diffus foltos kiütésben, tehát hyperaemiás-exsudatiós, gyulladásos jelenségekben nyilvánuló *korai*, s másfelől egy a gerinczvelőben lefolyó, kötőszöveti túltengés által jellemzett *késői* reactio!

E két egymással, a syphilis egy stadiumában homlok-egyenest ellenkező reactio megértésére nem tudunk egyéb magyarázatot adni, mint hogy feltételezzük, hogy a *kötőszövet túltengése, tehát a jelen esetben a tabeses jelenségcsoport kiváltója egy korábbi, bár a beteg előtt felismeretlenül maradt lueses fertőzésnek következménye, s az akkor a spirochaeta-ingerre már kötőszöveti túltengéssel reagáló szervezetnek syphilitise azóta megváltozott, áthasonult, attenuálódott oly mérvben, hogy egy újabb spirochaeta-invasióra ismét, habár tökéletlenül is, a korai reactiót adja, természetesen a nélkül, hogy a már előzően kifejlődött defectusokat s azoknak következményes jelenségeit — a tabes jelenségeit — megváltoztathatná.*

De ha e magyarázatot elfogadjuk, s a tények logikájából folyóan kénytelenek vagyunk azt elfogadni, akkor lehetetlen, hogy egy szervezet különböző szerveinek ily lényegben különböző jelenségeit kiváltó két — ámbár egyaránt lueses — folyamat, mint a korai syphilis és a tabes között viselkedésüket és lefolyásukat illetőleg különbséget ne tegyünk, s nézetünk szerint itt tűnik fel a *meta-* vagy *parasyphilitis* fogalomnak hasznavehetősége, illetve szükségessége.

Van-e *meta-* vagy *parasyphilis*? S ha van, vajjon a tabes ezek közé sorolható-e? Ezek az utóbbi években hevesen folyó vita kérdései. E vitát a félreértések egész sora bonyolítja össze, a minek egyik főoka abban rejlik, hogy a tabes genesisébe folyton belekeverik a paralysis progressívát is, holott a *Noguchi*-féle közismert felfedezés nyomában lefolytatott vizsgálatok (*Marinesco* és *Minea, Marie, Levaditi* stb.) eredményei alapján a paralysisnek az *actív* spirochaeto-

sison való alapulása már nemcsak hogy nem kétséges, de egyenesen vitathatatlan. A másik ok pedig abban rejlik, hogy a *meta-* vagy *parasyphilis* fogalmát a vitatkozók különbözőképpen értelmezik, tudniillik nem egy szerző ma is azonosítja a *Strümpell* értelmében vett „postsyphilitis“, azaz „utóbetegség“ jellegével bíró bántalmakkal, melyeknek keletkezését a nevezett szerző tudvalevőleg a diphtheria nyomába lépő bénulásokkal hozta analógiába. Természetesen a modern vizsgálatok világításában, a spirochaetának magukban a tabeses képződményekben való kézzelfogható demonstrációja után a bántalomnak „postsyphilitis“ felfogása túlhaladott, az azóta megállapított tényekkel ellenkező, tarthatatlan álláspont, s ha az *ebben az értelemben vett meta-*, *parasyphilis* fogalomról van szó, tökéletesen igaza van *Sarbo*-nak, ha annak teljes kiküszöbölését kívánja.

Mi már 1914-ben megjelent syphilis-monographiánkban más szerzőkre is támaszkodva másképpen értelmeztük a *metasyphilis* fogalmát. „A *metasyphilitis* bántalmak — irtuk — ámbár syphilitis alapon keletkeznek s elváltozásaikban a spirochaeta pallida jelen van, kezdetüktől oly jellemző, az eredeti alapbetegségtől elütő morfológiai egységek, melyek megkezdődve, az illető szervezet további sorsát az alapbajtól függetlenül irányítják.“ E felfogással ma sincsenek ellentétben, sőt szerintünk támogatják azt az azóta közölt szabatos vizsgálatok. Így *Richter*-nek histológiai vizsgálatai igazolták, hogy a *gerinczvelő hátulsó kötegeinek* az az elfajulása, melynek következménye a tabes symptomacomplexuma, voltaképpen a kötőszöveti túltengés következtében támad annak nyomása alatt. Tehát a tabeses jelenségek tulajdonképpen *secundaer* degeneratív, *következményes* jelenségek, noha maga a spirochaetától kiváltott kötőszöveti túltengés *közvetlenül* syphilitis eredésű, s mást a *metasyphilis* fogalma sem mond, persze nem a *Strümpell*-féle értelemben véve.

Azt véljük, hogy a *tabesre vonatkozóan* jelen esetünk is e felfogásunkat támogatja. Nem az a körülmény, hogy a tabes a jelenleg rendelkezésünkre álló kezeléssel gyógyítható, befolyásolható-e vagy sem, hanem az a tagadhatatlan tény, hogy a syphilitisből a tabes kitermelt kórfolyamatnak, ha egyszer megkezdődött, sajátos, a *kötőszöveti túltengéstől kifejtett nyomástól feltételezett* genesisénél fogva külön, az alapfertőzéstől már független fejlődése van, az a mi nézetünk szerint bizonyos elkülönítést — nevezük azt bár *meta-* vagy *parasyphilitisnek*, vagy ha ezeket az elnevezéseket a felfogásbeli különbségek már túlságosan kompromittálták volna, akármi másnak — mindig meg fog követelni.

Irodalom. *Brantweiner*: Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 47. sz. — *Pöhlmann*: Münch. med. Wochenschrift, 1914, 45. sz. — *Richter*: Hirnpathol. Beitr. III. 1921. — *Rost*: Dermat. Zeitschr., 1916. — *Sarbo*: Syphilis és idegrendszer. 1921.

Közlés a budapesti kir. m. tudományegyetem II. sz. belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár.)

Mozgó szegycsontalatti golyva.

Irta: *Molnár Elek László* dr., egyetemi tanársegéd.

Nyeléskor minden golyva a pajzsporczczal együtt kissé felfelé mozog, de a golyvák ennél sokkal nagyobb helyzetváltoztatása sem ritka. Ilyen az úgynevezett *büvdr-* vagy *vándorló golyva* (*Wölfler*), a francziák *goitre plongeant*-ja; ezt minden belégzés beszívja a mellkasba és kilégzéskor újra megjelenik a nyakon.

A helyzetét változtató szegycsontalatti golyva igen érdekes esetét óhajtom röviden ismertetni.

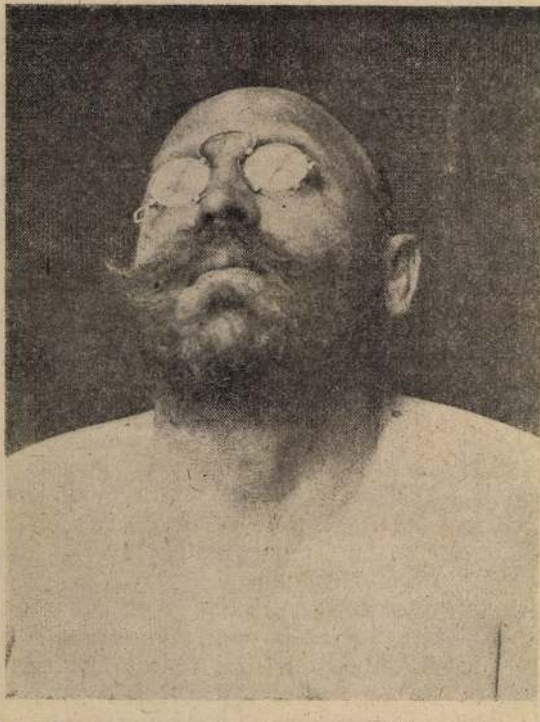
K. S., 53 éves férfi elbeszéli, hogy már gyermekkorától óta vastag a nyaka, de rajta körülírt golyvaszerű megnagyobbodást nem vett észre. 1918-ban spanyol betegségen ment át, különben állandó légszomjot észlészámítva, mindig egészséges volt. Három hónap óta veszi észre, hogy lélekzése különösen lépcsőjáraskor nehéz, azóta mellében a szegycsont mögött mindinkább erősödő nyomást érez, mely fekvőhelyzetben annyira zavarja, hogy a légszomj miatt álmából is felébred. Csak jobb oldalán tud aludni.

A középtermétű, jól fejlett és táplált beteg bőre középértartalmú, a kötőhártya és garat vérmes. A nyak rövid, egyenletesen megvastagodott, legnagyobb körfogata 47 cm. A pajzsporcz és a légszomj kissé balra

helyezett, a nyaki venák tágultak. A fejbiczczentő mentén mindkétoldalt néhány borsónyi-babnyi mirigy tapintható. A mellkas kissé emphysemás alkatú, rajta a venás hálózat jól látszik. A szegycsont markolatának tájéka kisfokban előredomborodik és itt a kopogtatási hang tompa. A tompulat balra egy ujjal, jobbra két ujjal meghaladja a manubrium szélét, lefelé pedig körülbelül egy ujjnyival a szegycsont testére is ráterjed, de a szívtozpulattal nem folyik egybe. A tüdőhatárok egy bordaközzel lejjebb állanak, a rekeszmozgás jó. A légzés stridoros. A szív balra nagyobb, a szívhangok tiszták, az aorta II. hangja ékelt. Röntgen-lelet (felvétel és átvilágítás): A mellkasról készült dorsoventralis irányú sugárral készült felvételen a szívfeletti árnyék két oldalán, különösen jobboldalt lefelé domború ívvel határolt, a II. bordaközig érő, a nyak felé elmosódott árnyékkép látható, mely átvilágításkor nyelés közben helyén marad. A trachea a nyak-csigolyák tövisnyujtványaitól balfelé fut, rendes tágasságú, lefelé lúdtollszerűen kihegyeződött. A szív balra kifejezetten nagyobb (Ötvös dr.). A vizelet és a vérkép rendes. Wassermann: negatív. Vérnyomás: 135–80 Hg.-mm. Riva-Rocci szerint.

A fentiek alapján arra gondoltunk, hogy a betegnek szegycsontalatti golyvája van, a mely tekintettel a Röntgen-ernyő előtt észlelt fixáltságát, a nyak-mirigyek megnagyobbodását és a beteg korát, talán rossztermészetű módon elfajulva, utóbb gyors növekedésnek indult.

Ezzel magyaráztuk a három hónap óta fokozódó nyomási tüneteket. Röntgen-kezelést ajánlottunk, melyből egy



Mozgó szegycsontalatti golyva.
1. Köhögtetés előtt.

turnust nálunk be is fejezett, még pedig „Unipolus“-készülékünkkel a tompulat területén négy mezőben négy egymástáni napon összesen 20 Holzknacht- (= 680 Fürstenau-) dosist kapott 2 mm.-es aluminiuszűrőn, 25 cm. fociatávolságból, 2 milliampères másodlagos megterheléssel. Ekkor hazaküldtük azzal az utasítással, hogy három hét múlva további kezelés céljából jelentkezék.

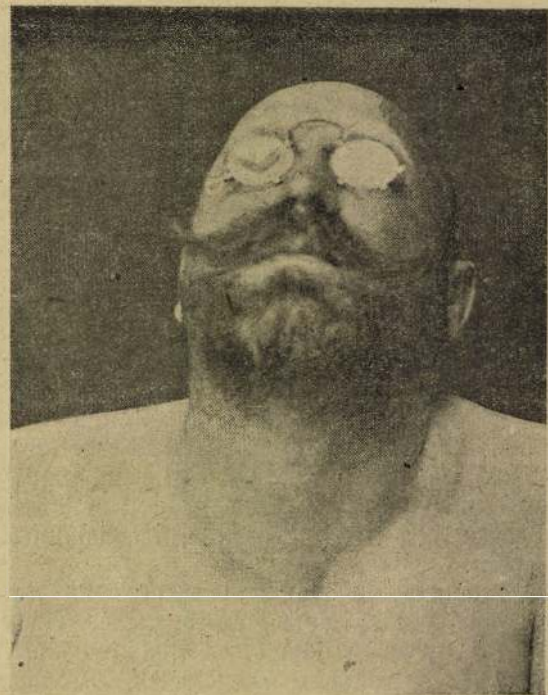
A mikor a beteg az előírt idő letelte után pontosan megjelent, boldogan beszélt el, hogy vele azóta nagy változás történt. Körülbelül tíz napra a klinikáról való távozása után hirtelen görcsös köhögés alkalmával ökölnyi daganat jelent meg a nyak jobb oldalán, mely az első légvételre vagy nyelésre újra visszasüllyedt.

A beteg statusa ugyanaz, mint előbb. Köhögtetéskor csakugyan megjelenik a tömött tapintatú, gyermekököllyi daganat a pajzsporcz jobb oldalán a nyakon, annak körfogatát 53 cm.-re növelve s ugyanakkor a sternum felett nyert tompulat teljesen eltűnik. Egy ilyen erős köhögtetés után végzett Röntgen-felvételen az előbbi képtől annyiban látható eltérés, hogy a szívfeletti árnyék két oldalán levő árnyékkép eltűnt. Ugyanekkor a nyak jobb oldalán levő lágyrészek

tömöttebbé váltak. A trachea kifejezetten balra tolódott és a szegycsont feletti része kardhüvelyszerűen megszőkülte (Ötvös dr.).

Az újabb lelet szerint a betegnek csakugyan szegycsontalatti golyvája volt, a mely lassan növe kíséreltette ugyan a mellkas felső aperturáját, de azon előbújni éppen állandó nagyobbodása folytán nem tudott. A Röntgen-besugárzás hatására a golyva annyira megkisebbedett, hogy a nagy pangásos légcsőhurut folytán mindhevesebben jelentkező köhögés, a fokozott mellkasbeli nyomás már át tudta préselni a mellkas előre kísérelt felső nyílásán.

A kezelés természetesen ezek után egyszerű strumectomia volt, melyet az I. sz. sebészeti klinikán Móczár dr. helyi érzéstelenítésben végzett. A jobb pajzsmirigylebenyt kihámozva környezetéből, kiderült, hogy az mélyen a szegycsont mögé terjed jókora kerekded csomó alakjában s a környezettel nem kapaszkodik össze. Az ily módon könnyen eltávolítható golyva súlya 195 gr. volt, hossza 8.5 cm., magassága 5 cm.; rétegzetes, körülbelül 3 mm. vastag kötőszöveti tokjából ritkán vékonyabb-vastagabb kötegek haladnak a struma állományába. A daganat egyenletesen tömött tapintatú. A több helyen készített metszéslapon az látszik, hogy a daganat alapállomá-



Mozgó szegycsontalatti golyva.
2. Köhögtetés után.

nyát nagyon erezett mirigyes szövet alkotja s ebben kisebb-nagyobb, egészen ezüstforintnyi, szabálytalan alakú, élesen elhatárolt csomók vannak, melyek közül a kisebbek egész terjedelmükben halvány kékes-fehér, a nagyobbak széli részükön hasonló színű, közepükön pedig fakósárga, igen tömött szövetből állanak. Mikroskoppal vizsgálva kitűnik, hogy a mirigyes szövet a golyva szokásos képétől semmi eltérést sem mutat; kóros burjánzást sehol sem látunk. A kékes-fehér és fakósárga csomók pedig tömött, helyenként erősen zsugorodó (Röntgen?) hyalinosan elfajult kötőszövetből állanak, melyben helyenként kis gömbsejtes beszűrődés látható.

A beteg a műtét után gyógyultan távozott. Ebben az esetben a körjelzés helyes megállapításában igen nagy segítségünkre volt a gyógyítás céljából végzett Röntgen-besugárzás, melynek hatására a golyva mozgékonyra vált. Ebből tehát levonhatjuk azt a tanulságot, hogy az ilyen suberythemás Röntgen-dosissal (Mayo és Holzknacht) végzett kezelés minden hasonló esetben megkísérélhető, ha gondoskodunk, hogy a szükségessé vált műtét egy esetleges tok-odanövés ideje előtt történjék. Mert nem is kell külön hangsúlyoznom, hogy a sebésznek milyen könnyebbség az, ha a mellkasi golyvát

a beteg ki tudja szorítani a nyakára, a mi helyi érzéstelenítésben könnyen keresztülvihető. A mi pedig ezen golyvának valamely eddig leírt csoportba való beosztását illeti, nem illik rá sem a „vándorló“, sem a „búvár“ jelző. Megjelenési alakjában leginkább hasonlít ahhoz a golyvához, melyet nemrégiben *Krecke* (Münchener med. Wochenschrift, 1920, 13. sz.) írt le. A mozgás módját tekintve, leginkább *ugró golyvának* — *struma saltansnak* — mondhatnánk. Általában legcélszerűbb lenne a helyzetüket változtató golyvákat közös néven *mozgó golyváknak* (*struma mobilis*) nevezni, melyeknek egyik faja minden belégzéskor szegycsontalattivá válik (búvárgolyva), másik faja pedig a mellüri nyomás hirtelen fokozásakor ugrásszerűen jelenik meg a nyakon (ugró golyva). A búvárgolyva tehát tulajdonképpen a szegycsont felett, az általam leírt ugró golyva pedig a szegycsont alatt van otthon.

A gümőkóros szervezet reakciói a Deycke-Much-féle partigenekre.

Írta: Szász Emil dr., Tatra-Felsőhági vezető-főorvosa.

(Folytatás.)

Már elméleti alapon következtethetjük, a humoralis immunitás lényegéből következik, hogy a complementumkötési titer általában sokkal nagyobb ingadozásoknak van alávetve, mint az intracutan titer. *Much* szerint egyik napról a másikra változik.

Mégis eseteim egy részében ez az ingadozás jelentéktelen volt (9, 12, 17, 15, 20, 22, 24, 29). *Egyik esetben sem volt ez a változás oly nagy, hogy figyelembevételével bármely beteg is más csoportba lett volna beosztható, mint a melybe az 1. complementumkötési titer alapján került. Gyakorlati szempontból tehát ezeknél változatlan volt a titer. A két vizsgálat közt lefolyt idő egy és harmincz nap közt változott.*

A titer-változás jelentőségének ily elbírálása természetesen csak heurisztikai szempontból lehet indokolt. Kétségtelenül a legkisebb változásnak is biológiai oka van, mindenképpen az immunobiológiai folyamatokban beállott változással függ össze. Azt hiszem, a felsorolt esetekben is találunk okot a titer változására.

A 9. esetben, a melyben a gümőkóros folyamat teljes aktivitásban van, eo ipso érthető az ingadozás. Hogy a titer éppen javult, az összeegyeztethető az általános állapot javulásával. Hogy ez a változás jelentéktelen, összefügghet az immunobiológiai folyamatok stationær jellegével.

A 12. esetben a II. titervizsgálat néhány órával a beteg lymphomáinak Röntgen-besugárzása után történt. Sajnos, ez irányú kísérleteimet nem folytathattam rendszeresen és az irodalomban sem olvashattam utána, vajjon történtek-e és mily eredménnyel ilyen besugárzások párhuzamos savóvizsgálattal együtt. Négy ilyen esetem közül, néhány órával a besugárzás után, mindannyiszor a nyirokcsomók duzzanatát észleltem és az ez állapotban vizsgált savóban háromszor az *N-antianyagok kifejezett megszorodását*, egyszer bár jelentéktelenül, az F-reakciók erősödését találtam. Kiterjedt tüdőmegbetegedéssel kombinált egy esetben ugyanakkor lát állott fenn (20). Abban az esetben, melyben az F-reakciók kismértékű erősödését észleltük, a csomók duzzadása kismértékű volt és csak napok múltán jelentkezett.

A 17. esetben a változás nehezebben ítéltető meg, egyrészt az 1. vizsgálat alkalmával történt technikai hiba, másrészt a 3. vizsgálat alkalmával kapott bizonytalan reakciók miatt. A 3. vizsgálatnál beállott változást visszavezethetjük különben a közben alkalmazott partigen-kezelésre.

A 22. esetben, miként az az 1. táblázatból kitűnik, az első titer még nem mutatja az eredményt.

A 24. esetben változatlanak mondhatjuk a titert, vagy a partigen-adagolás folytán jelentéktelenül változtottnak.

A 20. esetben a minimalis elváltozás talán a Röntgen-

besugárzásnak tulajdonítható, vagy pedig összefügg a klinikai állapot kevésbé stationær jellegével.

A 29. esetben, mint már jeleztük, a normálsínek megnehezítették a titer meghatározását. Változatlanak mondhatjuk.

A 15. esetben a 2. titer változatlan; érdekes, hogy ez az eset a legnagyobb tolerantiát tanúsította a partigennel szemben. A leggyorsabb emelkedés, a legnagyobb adagok hatástalanok maradtak.

Megállapíthatjuk tehát, hogy az immunobiológiai folyamatoknak a fenti esetekben észlelt változása és az ezeknek megfelelő klinikai változások gyakorlati szempontból valóban jelentéktelenek. A fenti esetekben a complementumkötési titer csakugyan változatlan volt.

Ezen eseteknek kísérletileg igazolt változatlan complementumkötési titere nincs ellentmondásban a titernek általában változékeny természetéről alkotott felfogásunkkal. Nem érinti a *Much* által hangoztatott és éppen az állandó jellegre vonatkozó elvi különbséget a két titer között. Csak azt kell hangoztatnunk, hogy ezen minimalis ingadozást mutató esetek mind klinikai stationær esetek voltak, hogy tehát *Much* tapasztalata a complementumkötési titer nagy változékonyságáról éppen csak a nagy klinikai változásokat is mutató esetekre vonatkozik. Ebben az értelemben ez mindenesetre *Much* tanának kiegészítése volna.

Míg a complementumkötési titer eme sajátására az első fejezetben csak logikus következtetés útján jutottunk, illetőleg e csoportosítási kísérletben csak közvetett bizonyítékát nyertük, addig az ismételt complementum-kötési vizsgálatokkal ezt közvetlenül tudtuk bebizonyítani. Ezzel az aggályokat, a melyek a különböző időben történt vizsgálataink értékesítésével szemben joggal felmerültek, elűztük.

A 2., 8., 14., 16., 27. és 28. esetben bekövetkezett lényeges titerváltozást megmagyarázni természetesen még könnyebb. Valamennyi klinikai szempontból oly eset, hogy egy vizsgálatról a másikig fel kell tételeznünk nagyobb változást az immunobiológiai háztartásban.

A 8. esetben, a melyben főleg az N-antianyagok fogytak meg, de az A és F is gyengült, a vizsgálatot megelőző néhány nap óta magas láz állott fenn, nagy remissiókkal (39.9 max.), a mi csakis a momentan elégtelen védekezés folyamánya lehet. (A lázas általános reactio tapasztalatom szerint együttjár a gyenge complementumkötési titerrel.)

A 14. eset hasonló. Az azelőtt lázas (continua), complementumkötő anyagokat soha nem mutató beteg a II. vizsgálatkor már csak subfebrilis. Ez fontos változás klinikai szempontból.

A titer lényeges változása a 16. esetben szintén indokolt. A beteg hosszabb idő óta áll partigen-kezelés alatt, melylyel szemben reactiv. Jól megfigyelhető periostalis elváltozása változtatja kiterjedését. Gyógyulási hajlam mellett friss beszűrődéseket is észlelünk.

A 27. eset moribund. Napról-napra gyengül. A II. titerkép a kimerülés képe.

A 28. esetben a II. titer képe lényegesen gyengébb, a beteg lázas, baja progrediáló.

A 2. eset a legmeggyőzőbb. A nyomorúságos állapotban felvett beteg feltűnő javulása és a complementumkötési titer változása 0-ról 2.3-ig, feltűnő összhangban van. A titer javulása itt is a láztalanodással párhuzamos.

Ezek után többet szólni a complementumkötési titer és a klinikai kép közti összefüggésről felesleges. A fentiekben kísérleti bizonyítékait nyújtottam annak, a mit az előbbieket után logikusan következtethetünk.

* * *

A fentiek alapján a sejtes és humoralis immunitást, illetőleg a két titer közti viszonyt csak a klinikai kép figyelembe vételével tudjuk ellentmondás nélküli viszonyba állítani. Ennek a viszonynak a kifejlődését következőképpen képzelhetjük el.

Kétségtelen, hogy infectio vagy activ immunizálás esetén

és jó alapimmunitas mellett a complementumkötési titernek javulnia kell, a mint a bacteriumos vagy vegyileg előállított antigenek állandó ingerére az antianyagtermelés megindul, illetőleg a túlproductio beáll. *A fel nem használt antianyagok azok, a melyek a complementumkötési eljárással kimutathatók.*

Úgy képezem, hogy a sikeres ellentállás folyamán ez a szak az, a mikor elsősorban az immunizáló erők aktivitásának tulajdoníthatjuk az antianyag-felesleget.

Valószínűnek kell azonban tartanunk, hogy ennek a sikeres harcnak egy későbbi szakában, a mikor az immunizáló erők aktivitása már csökkent, végeredményben esetleg ugyanannyi a kimutatható antianyagok mennyisége, mint volt nagyobb immunizáló tevékenység mellett. Akkor következhetné ez be, a mikor párhuzamosan a klinikai javulással, mind több és több antianyag marad a vérben felhasználatlanul. Az antianyagtermelés abszolút mértékben csökken, de a sejtes immunitas vizsgálatakor szerzett tapasztalataink nyomán, melyek azt mutatják, hogy a sejtes immunitas csak igen lassan fejlődik vissza, elképzelhetjük, hogy a beteg állapotának fokozatos javulásával kapcsolatban mind több és több a nélkülözhető, főlegképpen a vérben keringő antianyagnak a mennyisége. A szaporodás csak látszólagos, relativ. A complementumkötési titer tehát a momentan a vérben praeformált antianyagokat jelzi és nem az immunizáló sejtek aktivitását, nem a képződött antianyagok abszolút mennyiségét. Teljesen egyezik mindez eddigi megállapításaimmal, az intracutan titer és a complementumkötési titer közti párhuzam teljes hiányával.

Ennek a folyamatnak a következménye az, hogy, mert — mint mondtuk — az immunizáló sejt működés csak lassan esik „inaktivitási atrophia”ba, abban a mértékben, a mint az antianyagok feleslegessé válnak, ugyanabban a mértékben a complementumkötési titer kezd erősödni, ha gyengébb volt, utólrá az intracutan titert, ennek tükröképe lesz, sőt elhagyhatja értékeivel.

Végre, ha a gümös folyamat inaktívulódik, kellő antigen inger hiányában elsősorban eltűnnek a praeformált antianyagok. A complementumkötési titer ismét gyengül; az intracutan titer állandóbb lévén, még mindig erős. Teljes inaktívulódás esetén teljesen eltűnnek a humoralis antianyagok. Idővel aztán a sejtek ingerlékenysége is csökken, az intracutan titer is gyengül. „Inaktivitási anergiának” lehetne ezt az állapotot nevezni.

Szerény véleményem szerint ez logikai elképzelés. Magyarázza az intracutan titer és a complementumkötési titer közti változó viszonyt, sok ellentmondó lelettel végez és emellett teljes összhangban van Much elméletével.

A fentieket, az ismételt immunitas-analysis diagnostikai és prognostikai értékesíthetőségét, sémásan következőképp szemléltethetem:

1. Állandó gyenge intracutan titer és antianyaghiány (titer 0)

inaktivitas jele. (Átmenetileg a megbetegedés első szakában vagy kimerült állapotban (moribund) a titer hasonló lehet. A diagnosis nem okozhat nehézségeket).

2. Erősbbödő intracutan titer, a complementumkötési titer 0 vagy gyenge

aktivitas jele. Az immunitas még elégtelen, még csak fejlődőben van.

3. Erős intracutan titer, a complementumkötési titer növekedőben

teljes activitas idején áll fenn, de az inaktívulódás állapotában is fennállhat (a kétféle állapot közt csak fokozati a különbség), az antianyagok relativ megszorodása folytán.

Feltűnő javulás, láztalanodás a felső titerrel kombinálva okoskodásunk szerint annak jele lehetne, hogy a complementumkötési titer már nem az immunizáló sejtek aktivitásának a következménye, nem túlproductio, hanem elsősorban az antianyagok passiv relativ felszorodása folytán állott be.

Az activitas kétségtelen klinikai jelei esetén a titerkép kétségtelenül a biológiai aktivitással áll összefüggésben.

4. Állandó erős intracutan titer és állandó erős complementumkötési titer

az immunobiológiai sejt működésnek bizonyos egyensúlyára vall. Bizonyára az inaktívulódás kezdetével áll összefüggésben.

5. Erős intracutan titer, complementumkötési titer csökkenőben, illetőleg 0

I. lehetőség: a szervezet felülkerekedett az inaktívulódás útján. Praeformált antianyagok feleslegessé.

II. lehetőség: a cellularis immunitas elégtelen.

A két eshetőség közt nem nehéz az eligazodás.

6. Az intracutan titer csökkenőben, a complementumkötési titer 0

I. lehetőség: gyógyulás („inaktivitási anergia”).

II. lehetőség: kimerülés (pathológiás anergia).

Klinikailag könnyű az elkülönítés.

* * *

A complementumkötési titer változásáról még a következőket érdemes feljegyezni:

Az I. és II. csoportba tartozó esetekben számokban kifejezve a titer-erősbbödés nagyobb az esésnél ugyanezen esetekben. A növekedésben vezet az *F reactivitas*, utána az *N-*, legkevésbé az *A-reactivitas* emelkedik. Azon esetekben, amelyekben a titer összértéke csökken, a csökkenésben ismét az *F-fel szemben való reactivitas csökkenése* vezet.

A III., IV. és V. csoportban átlagértékben a csökkenés nagyobb, mint a titer-emelkedés.*

Ebből azt látjuk, hogy a complementumkötési titer a klinikai csoportokhoz viszonyítva ugyanolyan értelemben változik, mint az intracutan titer.

(Vége következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XXIV. rendes tudományos ülés 1921 november 26.-án.)

Elnök: Hutya Ferencz. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Az ondószálasák külső vándorlásával kapcsolatos méhenkívüli terhesség.

Burg Ete: Ismerteti az ondószálasák viselkedését szabványos és kóros esetekben, kiemelve főleg azon utakat, melyeken az ondószál a petéhez elérkezhetik. Röviden rámutat ama felfogásokra, melyek napjainkig az ondószál physiologiáját illetőleg kialakultak s hangsúlyozza, hogy a hasürbe való bejutásuk nem jelenti azok pusztulását, sőt még csak élet- és termékenyítő képességüknek csökkenését sem. Hivatkozik *Koerberle* esetére, melyben egy méh- és tubanélküli (műtét által eltávolított) nőben méhenkívüli terhesség fejlődött ki oly módon, hogy a méhnyak csomkján levő kis nyíláson át az ondó a hasürbe kerül, megtermékenyítette a bennhagyott ovariumok egyikéből kiszabadult petét. Saját esetében a baloldali tuba pars isthmicájának ürterét diónyi, chronikus pyosalpinx által okozott képlet zárta el teljesen, úgy hogy az ondó erre nem hatolhatott fel. Ugyanezen tuba abdominalis részében méhenkívüli terhesség fejlődött ki. A megtermékenyült pete a terhes kürt felőli ovariumból származott, mint azt az abban levő sárga test is bizonyította. Minthogy az elzáró képlet a mikroszkopos vizsgálat alapján kétségtelenül régebbi folyamatra vall, mint a mennyi ideje a terhesség fennállott, az ondó csakis külső vándorlás útján, vagyis az ellenoldali tubán és a hasüregben keresztül juthatott a baloldali ovariumból a bal kürtbe került petéhez.

Négy év előtt operált agydagánat.

Verebély Tibor: 40 éves férfibeteget mutat be, kit 4 $\frac{1}{2}$ év előtt operált a bal homloklebenyének egészen a gyrus praecentralisig terjedő férfiökölnyi daganata miatt, a mely

* Helyszüke miatt az e viszonyokat jól szemléltető táblázatot nem hozhattuk.

szöveti vizsgálattal psammosarkomának bizonyult. A daganat, melyet teljes egészében eltávolított, a falx cerebrin át a túloldali homloklebe nyre is ráterjedt. A gyógyulás zavarosan volt. A bemutatott esetnek érdekességet kölcsönöz: 1. hogy a daganat infiltráló növekedése és szöveti szerkezete alapján rosszindulatúnak tekintendő, 2. hogy $4\frac{1}{2}$ év előtt történt a műtét, recidiva nincs, a beteg tehát gyógyultnak tekinthető s végül 3. hogy a bal homloklebe ny túlnyomó részének elvesztése semmiféle intelligenciás defectust, pszichozavart nem idézett elő.

Ranschburg Pál: Ismételt vizsgálatokat végzett a bemutatott egyéneken. Újabb módszereivel szabatos vizsgálat tárgyává tette a gondolkodás, ítélet, következtetés, figyelés és akarás magasabbrendű ténykedéseit s igazi kiesést épp oly kevésbé tudott megállapítani, mint régi, több éven át folytatott kísérletes vizsgálataival. Legutóbb grafikai módszerekkel vizsgálta a beteg az agyvelő-erek viselkedését érzelmi behatásokra, még pedig a homlokagyi koponyadefectust fedő, pulzáló lebe ny mozgásainak átvitelével. Az így felvett plethysmografiás görbéket részletesen elemeznie még nem volt módjában. Az azonban máris határozottsággal kitűnt, hogy úgy az érzetingerekre beálló kellemes és kellemetlen érzelmek, mint az ily ingerek pusztá elképzelésére beálló képzetérzelmek kíséretében az agyvelő-erek pulsusának hosszúságbeli s magasságbeli változásai állanak be. E változások az érzelmek pozitív, illetőleg negatív (kellemes-kellemetlen) természetének megfelelően szintén következetesen antagonista viselkedést tanúsítanak s rendszerint kimutathatóan később állanak be, mint maga az érzelm, úgyszintén ennél jóval tartósabbak. Utal homlokagyi sérüléseknek általa neurologiásan és pszichológiásan behatóan vizsgált több esetére. Szellemi defectus — hacsak maga a beszédközpont közvetlenül vagy közvetve nem sérült — egy esetben sem volt kimutatható. Igaz, hogy mindez esetekben csak az egyik praefrontalis lebe ny sérült vagy pusztult el, vagy helyzetett hosszabb időre működésen kívül, úgy hogy a másik polus pótló közbe lépése biztossággal kizárható nem volt. Olyan esetekben, a melyekben mindkét homloklebe ny egyaránt súlyos működés-zavart szenvedett, mindig már meningitis is fennállott és a szabatos észlelés nem volt végezhető. Tekintettel a homlokagynak a physiologusok, psychologusok és neurologusok tekintélyes része által a magasabb szellemi működésben tulajdonított vezető szerepére, azt a kérelmet intézi a kartársakhoz, hogy a mennyiben ilyen kétoldali homlokagyi esetek kórházi rendelkezésükön megfordulnának, szabatos pszichológiai vizsgálatukat tegyék lehetővé.

A rejtett paranephritisés tályog megkeresése.

Bencze Gyula: Kriptogen sepsis eseteiben a legnagyobb gonddal kutató metastasisos genyedés fennállása. Ennek egyik praedilectió helye a vese körüli zsírszövet, a melyben fejlődő tályogok a paranephritis neve alatt ismeretes kórkép kifejlődésére vezetnek. A vese hátulso felszínén fejlődő ilyen tályogok a tipusos tünetekkel: fájdalommal, duzzanattal járnak. Azok a tályogok azonban, a melyek a vese felső polusának környékén fejlődnek, hosszú ideig, hetekig tartó lapangási szakban maradnak, mely alatt csak a sepsis általános tünetei, remittáló, intermittáló láz, leukocytosis stb. észlelhetők. Az előadót több esetben az ilyen tályogokat kísérő exsudatum pleuriticum vezette a tályogok felismerésére. Az exsudatum alig 2—3 ujjnyi, a mellkas hátulso-öldalsó részén mutatható ki többnyire és ilyenkor jellegzetes módon az exsudatum felső határa a rendes lefutástól eltérőleg többnyire oldalt mutat sajátos felfelé való boltosodást. Az exsudatum csekély volta a súlyos, általános tünetek magyarázatára elégtelen. A felső poluson fejlődő tályogok a diaphragma alá kúsznak. A próbapunctio kétségtelenné teheti a tályogok jelenlétét, de a próbapunctio negatív volta nem döntő jelentőségű. Két esetben győződött meg róla, hogy negatív próbapunctió lelet dacára is paranephritisés tályog volt található, melynek feltárása után a betegek meggyógyultak. A diagnosis felállításakor az anamnesisben szereplő, genyedéssel járó betegség, még kisebb genyedés is, mint furunculosis, panaritium, a metastasisos paranephritisés tályog fennállásának valószínűségét megerősítheti. Egyik esetben abortus volt a kiindulási pont, ezért gyermekági láz esetén is kutatódnak tartja a paranephritisés tályog lehetőségét.

Révész Vidor: Peri- és paranephritisés tályog eseteiben sokszor ó szolgálatot tesz a Röntgen-vizsgálat. Különösen fontos a vesék összehasonlító képe, a mikor is az ép oldallal szemben elmosódott, nem éles vesehatárokat látunk, továbbá az izmok (psoas stb.) határvonalai is elmosódottak stb. Sok esetben perinephritisés tályog esetén nagy formánlan veseképet mutatott a Röntgen, olyan széles zsákzerű alsó polussal, mint hydronephrosis eseteiben. A műtét alkalmával normalis vesét találtunk, a veseképnél ezt a megváltozást a zsíros tok genyes

és lobos infiltrációja hozta létre. Bemutatja egy eset Röntgen-képét, a lemezen meg lehet látni a vese felső-kiülső harmadán ülő körülírt tályogot, a melyet a műtétkor pontosan azon a helyen meg is találtak.

Bencze Gyula: Révész megjegyzésére azt feleli, hogy olyan tályogokról beszélt, melyek a diaphragma alá bújnak és a melyek ezen elhelyezkedésükénél fogva Röntgenel nem igen mutathatók ki.

Appendicitis falsa.

Manninger Vilmos: 1. A chronikus appendicitis neve alatt szereplő esetek javarésztében az elsődleges megbetegedés a vakbélben és a colon ascendensben keresendő. 2. Az esetek többségében a baj alap-oka az astheniás habitus, a mely ptosisra, ez pedig a coecum és colon mechanikai zavaraira vezet. 3. A kórfejlődésben három szakasz különböztethető meg: a) neurotikus (vago-tonia, lymphocytosis, ascendens típusú obstipatio), b) ptosisos (typhlatonia, coecumtorsio) és c) inflammatio (colica mucosa, colitis ulcerosa, perityphlitis). 4. A neurotikus szakasz belső kezeléssel jól befolyásolható. A ptosisos, ha állandó mechanikai zavart okoz, sebészi kezeléssel gyógyítandó. Ha súlyos bélfalelváltozás még nem fejlődött ki, elégséges a helyüket elhagyott szervek rögzítése. A legsúlyosabb esetek csak kiterjedt resectióval gyógyíthatók gyökeresen.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Poór Ferenc: Dermatologia. Orvosok és orvostanhallgatók számára. 104 ábrával. Budapest, 1922. Franklin Társulat kiadása.

A magyar orvosi irodalom értékes, hézagpótló nagy művel gazdagodott. A kitűnő szerzőnek rövid 7 éven belül ez a második tankönyve. 1914-ben jelent meg „A syphilis kórtana és gyógyítása” című tankönyve, most pedig vaskos, 35 ivre terjedő dermatologiai tankönyve. Valóban oly tiszteletre méltó irodalmi termékenység, mely sokkal nagyobb s így tudósokban is jóval gazdagabb kulturállamokban is ritkább eseményszámba megy. S ez annál fölemelőbb, mert a munka azon időben íródott és készült el, melyben hazánk ezeréves történelmének legsötétebb, legszomorúbb éveit éljük. Nem dicsérhető ugyanis eléggé, hogy akkor, a midőn jóformán valamennyien hazánk szomorú sorsának hatása alatt irodalmi munkásságunkban többé-kevésbé ellankadunk, a mindenrapi élet sivárságán pedig elkeseredünk, akadnak lelkes férfiak, a kik ellenkezően mintegy birokra kelnek az ádáz sorssal s annál szorgalmasabban művelik a magyar kulturát. Így tett **Poór Ferenc** is.

A szerző tankönyvét a világosság, egyöntetűség és szabatoság jellemzi. Azzal, hogy a szerző mintegy két évtizedes irodalmi munkásságával a dermatologia számos fejletének fejlesztéséhez hozzájárult, abban a kedvező helyzetben találja magát, hogy saját vizsgálati eredményeit is megszólaltathatja munkájában. Ezzel sok önálló, subjectiv vonást nyer a könyve. Művének beosztásában az aetiologiai-klinikai alapot követi, nem pedig mást, például az anatómiai-morphologiait. S ha tudományos szempontból teljesen helytálló is ez az utóbbi, mégis örvendek, hogy **Poór** az aetiologiai-klinikai alapot választotta könyvének beosztására. Mert a didaktikai szempont s az orvosi gyakorlat követelménye egyaránt a mellett szól, hogy dermatologiai tankönyv beosztása erre az alapra helyezkedjék. Tanítás közben magam is egyre jobban győződöm meg e fölfogás helyességéről.

Tudvalevő, hogy a legutóbbi időkig a dermatologiai művekben sok az eltérés a szerint, hogy szerzőik mely iskolának követői. A régi sok „iskolából” ma már kevés látszik ugyan meg, de a két nagy irány: a francia és német még mindig bizonyos eltérő, bár újabban mindinkább egymáshoz közeledő tanokat hirdet. A szerző művében világosan eklektikus s az egymástól eltérő irányzatok közül mindig a helyesnek vélt fölfogás határozott hívének vallja magát (például az ekzema, a lupus erythematosus kérdésében). Igen hasznos és

tudományos reflexiókra serkentő, hogy a szerző a fontosabb dermatológiai kérdések történelmi fejlődését is tárgyalja. A dermatológiának a régi chaosból való kiemelődését csak így tanulmányozhatja az olvasó. De hogy a szerző eléggé nem dicsérhető módon mily fontosságot tulajdonít a dermatologia evolúciójának, legjobban bizonyítja, hogy tankönyvét mintegy 1 $\frac{1}{2}$ ivre terjedő, gondosan összeállított történelmi vázlattal vezeti be.

Az általános dermatologia főfejezetét a gondos, minden szükséges tudnivalót felölelő összeállítás jellemzi. Különösen sikerült és nagy hasznára válik majd az olvasónak az általános dermatoterápia fejezete. Az egyes gyógyítószerke-
kezelések és eljárások hatásának és alkalmazásának leírása nagyon megkönnyíti a tanuló orvos feladatát a praxisban, mert ha valahol, úgy a dermatoterápiában fontos, hogy a rendelt szerke-
kezelések és eljárások hatását és alkalmazását jól és tökéletesen ismerje az orvos. A könyv legnagyobb része természetesen a részletes dermatológiát tárgyalja. A szerző klinikai tudása és tapasztalása itt nyilvánulhat a legjobban. Az egyes betegségek pontos, plastikus leírása semmi kívánivalót nem hagy. Az egyes bőrbajok klinikai jellemzését és részletes leírását a histológiai szerkezet praegnans ismertetése követi. Nagy előny, hogy az adatok óriási halmazából a szerző szakavatottsággal mindig a lényeges részt tárja az olvasó elé s konstruálja az egész betegséget a klinikai adatokkal egyetemben egységes képpé. Nagy érdeme a könyv szerzőjének, hogy a betegségek leírásának terjedelme a fontosság szerint rendkívül arányos. A míg a pathológiailag fontos kérdések, avagy a gyakorlat szempontjából a mindennapi bőrbajok részletes tárgyalásban részesülnek, addig a disciplina kevésbé lényeges fejezetei rövidebb leírást nyernek. Ez az arányosság voltaképpen minden tankönyvre kötelező volna s mégis hány szerző vét ellene.

A mai nehéz viszonyoknak megfelelően elég szép számmal közzölt ábrák jól vannak megválogatva; ezeknek legtöbbje a könyv végére került 17 táblán van elosztva. A könyv kiállítása a könyvkiadás mai helyzetéhez mérten kifogástalan s dicséri a neves kiadótársulat kulturális buzgalmát.

Poór Ferencz tankönyve közvetlenül karácsony ünnepé előtt jelent meg. Alapossága s kiválósága miatt valóban egyik legszebb karácsonyi ajándéka a magyar kultúrának.

Guszman.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az ischias gyógyításáról perineuralis antipyrin-injectiókkal ír Högler, a bécsi „Kaiserin Elisabeth-Spital“ III. orvosi osztályán eredményesen kezelt 21 eset alapján. Az eljárás a következő: 4–5 gramm antipyrin 10 cm³ vízben oldva, 1/2–1 cm³ 1/2–1%₀₀-s novocain-oldatot adunk hozzá s az egészet egyszerre befecskendezük. A befecskendezés helye gyanánt a nyomásra legérzékenyebb pontot választjuk. A bőr és az izomzat novocain-érzéstelenítésével a befecskendezés csaknem fájdalommentes. A legalább 10 cm. hosszú, nem nagyon vékony tűt beszúrva, a mélységben a tűvel az ideget megkeressük; az ideg érintését villámszerű, az öregujjig húzó fájdalom jelzi. Az antipyrin-oldatot már most gyorsan befecskendezük. Az eseteknek túlnyomó többségében egy ilyen befecskendezés 1–2 nap alatt véglegesen megszabadította a beteget az ischiastól. A spontán fájdalmak és a Laségue-tünet rendszerint 3–4 óra alatt teljesen megszűnnek; néhány esetben ez már 1/2 óra alatt bekövetkezik. 2–3 nap múlva a nyomáspontok sem mutathatók ki, az Achilles-reflex ismét megjelenik. Néhány esetben, a melyben kisebb adagot (2–3 gramm antipyrin) használtak, a befecskendezést 2–3 napos időközrel még 1–2-szer meg kellett ismételnünk. Az eljárás teljesen veszélytelen. (Wiener klinische Wochenschrift, 1921, 51. szám.)

Ideg- és elmekórtan.

A vasnak az idegszövetben való szerepéről tartott előadást Spatz a müncheni elmekutató-intézet ülésén. Nemrég közzölt vizsgálatai kiderítették, hogy az agyvelő szövetében az

elhasználódási pigmenten, a lipofuscinon kívül különösen vasrészek mutathatók ki egyes éleken pigmentált helyeken, és pedig érdekes módon éppen ama helyeken, a melyek funkciósan egy rendszert, például egy extrapyramidalis rendszert alkotnak s így összetartozásuk mintegy kiemelődik. Különösen a globus pallidus és a substantia nigra, de másodsorban a striatum, a corpus Luysi, a nucleus ruber, a nucleus dentatus cerebelli, sőt a neurohypophysis azok, melyeket a berlini kék és az ammoniumsulfatos reactio már makroszkoposan is kiemel. Most 12 paralysis-esetben végzett újabb vizsgálat azt mutatja, hogy az említett s talán a haemoglobinnal származó vason kívül egy másik fajta is előfordul a vasnak, melyet az előbbi „Aufbaueisen“-nel szemben „Abbaueisen“-nek nevez, mert jellemző a paralysis szövettani képére és mindenütt ott van, a hol a lymphocytás és a plasma-sejtes infiltratio. Különbözik a másik fajtától, mert nincs bizonyos helyhez kötve és nem az ekto-, hanem a mesodermális képletekben fordul elő. Jellemző a paralysisre, mert sem encephalitis epidemica, sem multiplex sclerosis, sem lues cerebri eseteiben nem fordul elő. Csupán trypanosomiasis, álomkór eseteiben van ilyen lelet s így a paralysis és a trypanosomiasis Spielmeyer által szövettanilag már igazolt közeli rokonságát egy újabb mikrochemiai adat bizonyítja. (Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych., 1921, november 15.)

Kluge dr.

Szülészet és nőorvostan.

A hasmetszések utáni mechanikai kezeléssel érintkeznek Goetze, a frankfurti sebkezelés tanársegéde. Túlságosan erőszakosnak tartja a Bier, Kümmel és más német sebészek által követett amaz eljárást, hogy friss hasmetszettek már a műtét napján felüljenek és a következő napon elhagyják az ágyat. A korai felkelés előnyeinek hátrányai nélkül úgy véli elérni, hogy a műtét után a beteg 60° alatt felpolcolt felső testtel, a térdeit felhúzó, egy általa szerkesztett ágy-számolylyal a czombok alátámasztásával ülve kerül az ágyába. A műtétet követő napon a beteg mély be- és kilélekzési gyakorlatot végez, később pedig vezényszóra rendszeres szabadgyakorlatokat előbb a karjaival, azután a lábaival. A gyakorlatokat masseur vezeti, a ki a végtagokat naponként enyhén masszálja is. Ez utókezelésnek az az előnye, hogy egybefoglalja a műtettek ágynyugalmát azok rendszeres mozgásával, a felültetéssel és a végtagok mozgásával. Elkerüli a korai felkelés erőszakolt voltát és veszélyeit, de a felültetéssel megadja annak az előnyeit. A légző- és vérkeringési szervek működésére serkentőleg hat, a mi altatás után nem közömbös. Csökkenti az altatás utáni hányásingert s az ülvefeketéssel biztosítja a gyomor hydrodynamias egyensúlyát, a mi fontos gyomor-bélműtétek után. Elősegíti a gyomor rendszeres kiürülését. Az eljárás nemcsak hasműtétek után alkalmazható, hanem mindazon súlyos esetekben, a melyek a nőgyógyászat, sebészet és belgyógyászat körébe vágnak. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 44. szám.)

Komássy dr.

Bőrkórtan.

A makacsul viszkető bőrbajok intravenás kezelésével foglalkozott M. Strassberg (Bécs). A viszkető bőrbajok kezelésében még nemrég leginkább a csillapító helyi therapiának, a diaetának és az általános tonusozó eljárásoknak jutott fontosabb szerep. Mostanában az intravenás kezelési eljárásoknak már egész sorát ismerjük, melyek akkor kerülhetnek alkalmazásba, ha egyéb szerekekkel nem érünk el eredményt. A legfontosabb ily újabb eljárás az autoserum-therápia. Ez abból áll, hogy kb. 100 cm³ vért veszünk az egyik cubitalis vénából s az abból nyert vérsavót 24 órával később intravenásan reinjiciáljuk. Az injectiók 3–4 naponként megismételhetők. Az autoserum-injectiók főként igen makacs urticaria ellen váltak be s a kizáró betegséget olykor véglegesen elmulasztották. Másor csak múltónak bizonyult a jótékony hatás, sőt volt a szerző tapasztalása szerint néhány oly eset is, melyben a hatás egészen elmaradt. Universalis nedvező ekzema eseteiben ugyancsak bevált ez a kezelési eljárás;

pruritus senilis ellen azonban csekély a hatása. A szerző az autoserumtherapián kívül a *Spiethoff* által ajánlott autovér-injectiókat is kipróbálta. Vastag kanüllel fölszerelt record-fecskendőbe beleszívjuk a vena vérét (10 cm³) s azt nyom-ban, még mielőtt a vér a fecskendőben megalvadna, visszafecskendezzük. Ez a művelet egymás után 8–10-szer megismételhető. Csaknem valamennyi viszkető bőrbajban a viszketés ily behatásra rögtön csökken, de sajnos, a kedvező hatás legtöbbször csak átmeneti jellegű. A szerző az esetek egy részében vérvételt végzett s annak nyomán 100 cm³ physiologiai konyhasóoldatot infundált. A hatás azonban nem volt kedvező s a betegség inkább még fellobbanni látszott. A vérvételek hatása nyilván úgy magyarázható, hogy azok nyomán a szövetekből élénk nedvaramlás indul meg a vérbe s hogy ily módon alkalmasint chemiailag activ anyagoktól szabadul meg a szervezet. Makacs viszkető bőrbajok ellenében *afenil* (10%-os calciumchloridhúgyany) is adható elég jó sikerrel. Néha már egy cyklus után látjuk az urticariás esetek javulását. Egy-egy *afenil*-cyklus 3 injectióból áll (à 10 cm³, 2 napi intervallummal). Ha több injectió cyklusra van szükség, akkor a következőt csak egy hét eltelte után alkalmazzuk. A szerző újabban *Busacca* ajánlatára 2 cm³ 50%-os szőlő-cukoroldatnak intravenás injectiójával is kísérletezett. Egyik-másik urticariás esetben a hatás föltűnő jó volt. Makacs viszketés eseteiben egy-egy szőlőcukor-injectio naponként alkalmazható, esetleg más eljárással kombinálva. Valamennyi intravenás eljárásra jellegzetes, hogy kedvező hatás leginkább urticariás viszketés eseteiben tapasztalható. Ezzel szemben nem oly szembetűnő, sőt néha vajmi csekély a hatás oly esetekben, melyekben a viszketés látható bőrelváltozások nélkül (pruritus) áll fönn. (Wiener klinische Wochenschrift, 1921, 49. szám.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Gyermekkori pneumonia és tüdővízenyő eseteiben a freiburgi egyetem gyermekklinikáján tett tapasztalatok alapján *Eckstein* és *Noeggerath* a venaesectio helyett az arteriotomiát ajánlja: az átmetszett radialison át 100–150 cm³ vért kell kibocsátani. Az eljárás természetesen csak ultima ratio gyanánt használandó, ha a szívgyengeség miatt a venaesectio eredménye kilátástalan. A szerzők eseteiben a seb per primam gyógyult, a kéznek vérrel való ellátásában semmi zavar sem állott be. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 46. szám.)

Lázás tüdőgümőkórosokat a prágai gyermek-ambulatoriumon menthol-eucalyptus-befecskendezésekkel kezelnek. Hetenkint 2–3 befecskendezést végeznek intramuscularisan a spina iliaca anterior superior és a trochanter között, a következő oldat 0.5–1 cm³-ével: Rp. Jodi puri 0.1, Camphorae 0.5, Mentholi, Olei eucalypti aa 10.0, Olei ricini 20.0. (Therapeutische Halbmonatshefte, 1921, 8. füzet.)

Tüdővészések étvágytalansága ellen *Schultes* szerint a grabowsee-i tüdőbeteg-sanatoriumban nagyon jó eredménnyel használják bőr alá fecskendezés alakjában az arsenit és strychnint tartalmazó solarson nevű készítményt. (Therapie der Gegenwart, 1921, 8. füzet.)

Pruritus vulvae eseteiben *Schleim* kitűnő eredményeket ért el a Röntgen-kezeléssel. 10–12 Wehnelt-keményesű csöveket használ 3 mm.-es aluminiumfilterrel és hetenként kétszer ad 1/2 erythema-dosist. A gyógyulás 10–15 besugárzás után következik be. (Zentralblatt für Gynaekologie, 1921, 44. szám.)

Tisztelettel értesítjük lapunk híveit, hogy az előfizetés díja jelenleg egész évre 300 kor., félévre 150 kor., negyedévre 80 kor. Az előfizetés díjának postautalványon beküldését kérjük helybeli előfizetőinktől is, mert pénzbeszedőt nem küldhetünk.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A kormányzó *Szöllőssy Mór* dr.-nak és *Szántó Bertalan* dr.-nak, a miskolci közkórház főorvosainak a magyar királyi egészségügyi tanácsosi címet adományozta.

Az állami tisztviselők gyógykezelése. Az Országos Orvosszövetség igazgató-tanácsa 1921 december 28.-án tartott ülésén megállapította, hogy az állami tisztviselők és családtagjaik gyógykezelése ügyében a népjóléti és munkaügyi ministeriummal létesült és 1921 december 31.-én lejáró ideiglenes szerződés hatályát nem hosszabbíthatja meg. Minthogy azonban a népjóléti és munkaügyi minister az igényjogosultak orvosi ellátásáról az ily módon megváltozott viszonyok között is, a kérdés törvényhozási szabályozásáig, gondoskodni óhajt, az 1921 december 30.-án tartott ministertanács felhatalmazása alapján 194.021 szám alatt rendeletet bocsátott ki, a melynek lényege a következő. Azoknak a „megállapodás”-oknak az érvénye, a melyeket az igényjogosult valamely orvossal a saját és családtagjai házi-orvosi gyógykezelésének biztosítása érdekében 1922 január hó elsejét megelőzőleg kötött, egyelőre márczius 31.-éig meghosszabbítottnak tekintendő, ha a szerződést a felek valamelyike fel nem mondja és ezt a népjóléti ministerium XII. főosztályának január 15.-éig bélyegmentes beadványban be nem jelenti. A házi-orvosi évi tiszteletdíja minden családfő után 600 kor.-ban és minden családtag után 200 kor.-ban van megállapítva; a tiszteletdíjak negyedévi utólagos részletekben közvetlenül az orvos címére hivatalból fognak utalványoztatni. Ezenfelül a házi-orvost igénybevevő igényjogosult köteleztetik minden a beteg lakásán történt látogatásért 20 kor.-t, az orvos lakásán történt látogatásért pedig 10 kor.-t fizetni. Az az igényjogosult, a ki házi-orvosi megállapodást nem létesített vagy azt nem hosszabbította meg, orvosi kezelést igénylő súlyosabb megbetegedés és komoly szükség esetén az általa fizetett orvosi tiszteletdíj fedezése céljából a ministerhez mérsékelt segélyért folyamodhatik. Addig is, míg a szakorvosi kezelés minden irányban intézményesen biztosítható lesz, a szakorvosi kezelésre szoruló igényjogosultak részére szintén biztosít segélyt a minister; ezt a segélyt az összes viszonyok mérlegelésével esetenként állapítja meg; elv lesz, hogy minden szakorvosi ténykedés, vagyis minden látogatás után átlag 50 kor. jár. A segélyt az igényjogosult fél kérelmére fogja utalványozni; a kérvényhez melléklendő lesz a szakorvos bizonyítványa, a melyben a betegség, az alkalmazott gyógyeljárás és a látogatások száma ismertetendő. Az igényjogosult szülőnők részére a gyermekágyi segély esetenként 3000 kor. Minden rendelt gyógyszer árának 20%-át az igényjogosult köteles a gyógyszerésznek megfizetni. Egyéb kedvezmények, így különösen a fogorvosi kezelés tárgyában a szerzendő tapasztalatokhoz és az Országos Tisztviselői Betegsegélyezési Alap pénzügyi helyzetéhez képest később fog intézkedni a minister.

Az iskolaorvosi szakosztály tisztelettel meghívja azon képesített iskolaorvosokat, a kik iskolákban az egészségügy körébe vágó előadás tartására vállalkoznak (tiszteletdíj mellett), hogy folyó hó 12.-én, csütörtökön, délután 6 órakor a Természettudományi Társulatban (VIII., Eszterházy-utca 16. szám) tartandó ülésén megjelenni szíveskedjenek.

Meghalt. *Haltasy Lajos* dr., a fogászat magántanára a budapesti egyetemen, 67 éves korában december 30.-án.

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

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13–15. Telefon: József 52–29. — Sebészeti-, nő-, belbetegeknek, szülőnőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete

IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56–76.

Dr. Rajnik Pál tüdőbetegségek diagnosztikai intézete. Physikalís, Röntgen-, serologiai és bakteriologiai vizsgálatok. Specifikus oltások, quarz- és müvi pneumothorax-kezelés.

Budapest, VII., Vilma királyné-út 11 (Fasor). Telefon József 14–51.

Istvánúti Sanatorium és vizgyógyintézet részv.-társ. Budapest, VII., az István-út végén a Hermina-útnál. — Sebészet, szülészeti, nőgyógyászat. — Bel- és ideggyógyászat, Orthopaedia, Röntgen.

Telefon: József 95–08 és József 42–13. **Bejáróknak is.** Vegyi és bakteriologiai laboratoriuma külső vizsgálatokat is rendszeren végez.

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

Telefon: József 4–12. **ZANDER - TEST-EGYENESÍTÉS** a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. l. e.

WESELY ISTVÁN ES TÁRSA UTÓDA NAGY KÁROLY FRIGYES
BUDAPEST, IV., KIGYÓ-TÉR 1.
Orvosi műszer-, kötszer- és műveletgyár. Betegápolási cikkek, haskötők, sérvkötők, kórházi vasbútorok stb. raktára.

GLYCEROPHOSPHAT - GLOMA
DR. WANDER-FÉLE

HORDENZYM
TÁP-CUKOR, CSECSEMŐTÁPSZER

DR. WANDER-FÉLE
MALÁTA-KIVONAT

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTŐSÉG KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Mező Béla: Új gipszsin-kötés a kulcsonttörés gyógyítására. 21. oldal.
Bókay János: Közlemények a budapesti „Stefánia”-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. Kórrajzok a gyermekorvosstan köréből. — **Bosnyai Andor:** Atrio-ventricularis dissociatio esete 6 éves fiúgyermeken. 22. oldal.
Szász Emil: A gümőkóros szervezet reakciói a Deycke-Much-féle partigenekre. 24. oldal.
B-t: Stiller Bertalan. 26. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Veröffentlichungen der Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose. II. kötet, 3. füzet. — *Lapszemle. Ideg- és elmekörtan.* Friedländer: Hysteriás járás-zavarok aggastyánokon. — *Szemészet.* Schanz: Új látás-elmélet. — *Kisebb közlések az orvostudományról.* 27. oldal.

Vegyes hírek. 27. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Új gipszsin-kötés a kulcsonttörés gyógyítására.

Közli: **Mező Béla** dr. egyetemi magántanár, az Új Szent János-kórház gyermekosztályának sebész-rendelőorvosa.

A kulcsontot a sternummal és a lapoczkacsonttal való összeköttetése következtében a felkart rendes helyzetben rögzíti. Ha a kulcsont eltörik, akkor a kulcsont ezen támasztó szerepe megszűnik, a miért a váll előre-, le- és a középvonal felé süllyed. A kulcsonttörés által okozott ezen deformitás megszüntetése, illetőleg a kulcsont törésvégeinek helyes helyzetbe való hozása egyike a legkönnyebb feladatoknak. Ha a sérült oldali felkart a mellkashoz szorítjuk és azt a behajlított alkar segítségével a váll felé emeljük, miközben a vállat erősen hátrahúzzuk, a törésvégek könnyen a kívánt helyzetbe hozhatók.

A milyen könnyű maga a repositio, épp oly nehéz a reponált törésvégek kellő helyzetben való megtartása. Ez a kérdés már régen foglalkoztatja a sebészeket és hogy milyen mértékben, azt eléggé szemlélteti az, hogy mint *Hoffa* tankönyvében írja, *Gurlt* 70 különböző kulcsonttörés-kezelést számlált meg, a melyekhez a napjainkig terjedő irodalom újabb 15 ajánlatát hozzáadva, a kulcsonttörés kezelésére leírt módszerek száma 85.

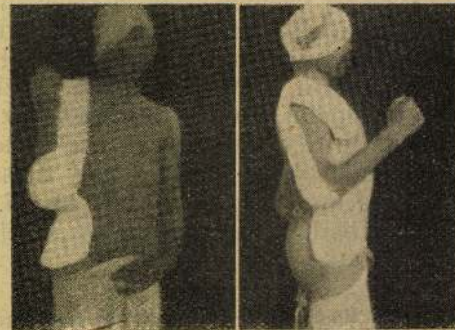
Az összes eddigi módszereknek egyazon hibája van, és pedig az, hogy a kötések támaszpontjukat az elmozgatható bőrön és a mozgékony mellkason keresték. Ilyen körülmények között az ideális beállított törésvégek a repositio húzás abbahagyása után rendszeren elcsúsznak, úgy hogy a törésvégek legtöbbször a reponálás előtti helyzetbe kerülnek vissza. A kötések ilyen eredménytelen volta újabb arra indította a legtöbb sebészt, hogy kulcsonttöréses betegeiket kötés nélkül kezeljék. Ők eleve lemondanak a kozmetikai eredményről és csak arra törekednek, hogy betegeik rendszeres gyakorlatoztatás útján kellő functionalis gyógyulást érjenek el. Ez a kényelmes kezelésmód azonban nem eléghet ki mindenkit. Vannak ugyanis esetek, a hol a kozmetikai eredmény épp úgy számításba jön, mint a jó functio. Eltekintve attól, hogy a rossz helyzetben levő törésvégek gyógytartama hosszabb, megtörténik az is, hogy a törésvégek hibás helyzete miatt igen nagy callustömeg képződik, akkora, hogy az a plexusra nyomást gyakorolva, fájdalmakat, sőt bénulást is okoz. Kétségtelen tehát, hogy az anatómiai gyógyulásra való törekvés nemcsak jogosult, de szükséges is.

Nagyon messzire vezetne, ha a claviculatörés gyógykezelésére eddig leírt módszereket mind ismertetni akarnám. A legszebb eredményeket *Bardenheuer* érte el, egyrészt az ágyban fekvő betegeken eszközölt állandó nyújtással, másrészt az ő hordozható, rúgós nyújtókészülékével. A míg a

fektetéses nyújtókezelés nehézsége miatt csak a legkritikább esetben vihető keresztül, addig a hordozható rúgós készülék alkalmazása a készülék rendkívüli drágasága és a beszerzés nehézségei miatt nem számíthat általános elterjedésre.

Mіндеzeket a hibákat és nehézségeket kiküszöbölő az én eljárásom, a melyet pár gipszpólya segítségével bárki könnyen alkalmazhat.

Kötésemnek két része van. Az első rész egy lefelé kisélekedő gipszsinből áll, a melynek hosszát a testről mérjük le. E sín szélesebb végét egy harántujjal a beteg oldali trochanter fölé helyezzük és vele felfelé haladva, azt a crista ilei felett erősen benyomjuk. Ha ez megvan, a sint kétféleképpen vezethetjük tovább. Vezethetjük úgy, hogy az elevált és behajlított könyök alá érve, a gipszsinet a könyökhöz igazítva, vele eleinte 5—10 cm.-t ventralis irányban haladunk, majd irányt változtatva, azt dorsalis irányban vezetjük, úgy hogy a gipszsin a felkar hátulso felületén a vállra és onnan az articulatio acromioclavicularis felett áthaladva, a kar elülső felü-



letének közepéig érjen (*a*-typus); de vezethetjük a sint úgy is, hogy a mikor a könyökig jutottunk vele, először 5—10 cm.-t dorsalis irányban haladunk, majd a sint megtörve, ventralis irányban a kar elülső felületén fel, az articulatio acromioclavicularis felett a hátra vezetjük, úgy hogy a sín vége a lapoczka csúcsáig leérjen (*b*-typus).

Hogy ideális eredményt érjünk el, gondoskodnunk kell arról, hogy a gipszsin feltevésekor a húzás mindaddig állandó és egyenletes legyen, a míg a gipsz meg nem keményedik. Ezt elérhetjük úgy is, ha a kellően iskolázott személyzet a megfelelő húzást pusztán kézzel eszközli; de hogy a kötés felerősítésekor kezeket változtatni ne kelljen és ez által a húzás egyenletessége ne szenvedjen, a következő módszert ajánlom:

A beteg fájdalmait a törésvégekhez juttatott pár cm³ novocainnal szüntessük meg. Ezzel elérjük azt, hogy a beteg a repositio alatt nyugodtan viselkedik. Egy segéd a beteg oldali vállon és a hónaljra át vezetett széles mullpólyacsíkot erősen

hátra és kicsit a középvonal felé húzza. E húzást egy második segéd a lapoczká magasságában a háton át vetett mullpólyacsík előrehúzásával ellensúlyozza. Ugyanakkor a beteg egészséges kezével valamely fix tárgyon kapaszkodják meg, míg egy harmadik segéd a beteg oldali alkart derékszögben behajlítja, azzal a felkart addukálja és erősen eleválja. E beállítás mellett a műtő a gipszszínt nyugodtan feladhatja és azt mullpólyával a törzshöz rögzítheti.

A sín feltevésekor ügyelnünk kell arra, hogy azt a csípőtányér felett alaposan bedolgozzuk és hogy vele a könyököt jól körüljárjuk. A sínnek elég erősnek is kell lennie, mert a csípőtányéron fekvő és a könyökhöz simuló sínrészt van arra hivatva, hogy a karnak lecsúszását megakadályozza, hogy azt feltámassza, míg a sín felső részének az a feladata, hogy a váll medialis irányban való elmozdulását, vagyis a sternocracromialis távolság megrövidülését meggátolja.

Ez a pusztán mullpólyával felerősített gipszszín is oly jól tart, hogy a nyugodtan álló beteg válla teljesen rögzítve van. Mivel azonban a mullkötésben a gerincoszlopnak az egészséges oldal felé való elhajlása kis fokban még lehetséges, a mikor a feladott gipszszín a csípőcsonttól emelkedik, szükséges, hogy a gerincoszlop oldalmozgását is megszüntessük. Ezt úgy érjük el, hogy a mullkötés fölé az ép oldali csípőcsontot is befoglaló, elől a jugulumig, hátul a vertebra prominensig felterjedő körkörös gipszkötést alkalmazunk. Mivel az ilyen körkörös gipszkötés igen nehéz, a kötést lényegesen megkönnyíthetjük az által, hogy kivágunk belőle annyit, hogy elől is, hátul is csak egy keskeny csík maradjon meg.

Az itt vázolt sínes gipszkötés segélyével sikerül a rögzítő kötések nagy hátrányát, a fenyegető contracturákat is kiküszöbölni. Erre nézve következőképpen kell eljárunk. Ha a sínkötés azt a típusát alkalmaztuk, a hol a gipszszín a felkar hátulsó felületén halad fel, a rögzítő gipszkötést elül, ott pedig, a hol a gipszszín a felkar elülső felszínén halad fel, a gipszkötés megmaradó két kis ívét hátul vágjuk fel. A kötés felvágása után a beteg az egész kötésből könnyen kibújhatik, az izomzat kellő megmasszálása és az ízületek mozgatása után pedig az egész kötetést visszahelyezhetjük.

Eljárásomnak a következő előnyei vannak: 1. Sínes gipszkötésem, mivel fix csontfelületen, a csípőtányéron nyugszik, a kulcsosny törésvégeit biztosan megtartja abban a helyzetben, a melyben az a repositio alkalmazásával volt. 2. A reponált törésvégeknek a kötés alkalmazása közben való elmozdulását a leírt módon biztosan megakadályozhatjuk. 3. Az egész kötés könnyen levehető és visszahelyezhető és így a kezelés alatt a sérült oldali felső végtag massage-ával és mozgatásával contracturáknak elejét vehetjük. 4. Az eljárás egyszerű, olcsó és bárhol pár gipszpólya segélyével alkalmazható.

Közlemények a budapesti „Stefánia“-gyermekórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról.

Kórrajzok a gyermekorvostan köréből.*

Szerkeszti: Bókay János dr., egyet. nyilv. r. tanár.

XXI.

Atrio-ventricularis dissociatio esete 6 éves fiúgyermeken.

Közli: Bosányi Andor dr., klinikai tanársegéd.

Sajátszerű jelenség, hogy a paediatricában az első leírói után Morgagni-Adams-Stokes néven ismert megbetegedés hosszú időn át teljesen ismeretlen volt. A legújabb szakmunkákban sincs külön fejezetben tárgyalva, a mi a mellett szól, hogy mindezeidig csakugyan kevés eset került észlelésre és közlésre. A megbetegedést felnőtteknél tudvalevőleg a XVIII. század első felében ismertette Morgagni s utána vagy száz éven át ismét feledésbe látszott menni, míg körülbelül ez idő elteltével írják le újból Adams s röviddel utána Stokes. Pletnew 1908-ban megjelent dolgozatában, melyben a literatura egészen 1804-ig visszamenőleg van összegyűjtve, még csak egyetlen a gyermekkorban előfordult eset található, a me-

lyet Schuster közölt 1896-ban. Kissé nehéz volna e jelenség okait utólag kideríteni; részben szerepelhet az a feltevés, hogy sok esetben a megfigyelők a betegséget elnézték, esetleg epilepsziával téveszthették össze, a mi elképzelhető, mert hasonlatosságok a két betegség között csakugyan vannak s az Adams-Stokes-féle betegség „form fruste“ alakjának és az epilepsia „petit mal“ néven ismert alakjának absence-ai között klinice néha elég körülményes lehet a pontos differenciálás. Részben összefügghet e jelenség a vizsgálati eszközök fokozatos tökéletesedésével is és kétségtelen, hogy a betegség kifogástalanul pontos körjelzése csak 1906—1908 óta lehetséges, mióta tudniillik az Einthoven által felfedezett húr galvanometer a klinikai vizsgálati eszközök között alkalmazást nyert és az elektrokardiogramok felvételét lehetővé tette.

Az 1908 után, vagyis Pletnew munkája után megjelent s a gyermekkorra vonatkozó irodalmi közlések legújabb összefoglalása az amerikai szaklapokban jelent meg 1920 és 1921-ben. E két közleményben összesen 27 eset van felsorolva (tulajdonképpen 33, de 6 eset duplán van meg), ezekhez számíthatók még az amerikaiak által figyelmen kívül hagyott esetek, melyek: Hume 4 esete, Weiland 1 esete és Rohmer 2 esete. Gyermekkori Adams-Stokes-esetekről ír Lewis is, azonban mert az eredeti közlemény jelenleg hozzá nem férhető s a referatumban az esetek számáról nincs említés, közlése számszerűleg nem használható fel. Viszont néhány egészen kétes esetet, például az ausztráliai Gill-ét, az észlelés fogyatékosága miatt nem vehetünk számításba s így esetünk, melyről az alábbiakban beszámolunk, a 38. pontosan észlelt és körjelzett gyermekkori eset a világirodalomban. Magunk részéről igen valószínűnek tartjuk, hogy csak az irodalomban, mert kétségtelen, hogy e megbetegedés, habár nem gyakran, de mégis sűrűbben fordul elő, mint azt eddig gondoltuk.

Esetünk kórtörténetének kivonatát a következőkben adjuk:

Anamnesis: Az 5½ éves fiúgyermeket 1921 április 21.-én hozzák szülei klinikánkra azzal a panasszal, hogy mintegy négy hét óta betegeskedik, kedvetlen, étvágytalan. Még februárban, tehát 8 hét előtt néhány napig tartó lázas torokgyulladás ment keresztül, utána azonban teljesen felgyógyult. Felvétele előtt 2 héttel rövid ideig tartó eclampsiaszerű rohama volt, akkoriban orvosai nem tudták ennek okát megtalálni, szíven állítólag különösebb rendellenességet nem vettek észre, azonban egyik orvosa már akkor konstataálta a „lassu szívverést“. Felvétele előtt egy nappal vált baja súlyosabbá, a mennyiben azóta sűrű egymásutánban 1½—2 percig tartó, teljes eszméletlenséggel járó rángógörccsök jelentkeznek rajta. Mostani betegségéig teljesen egészséges volt, 3 éves korában állítólag scarlatinát állott ki. Szülei és 7 testvére egészségesek.

Status praesens: A gyermek korához képest gyengébben fejlett és közepesen táplált. Statusában a szíven kívül a következő csekélyebb elváltozások találhatók, a melyeken kívül más szervi elváltozás nem mutatható ki. Nyálkahártyái kissé vérszegények. Az ajkakon, valamint a kéz- és lábujjakon minimális cyanosis. A szájpaddás kifejezetten gothikus, sok cariosus fog. Lingua geographica. A gingiván kevés sárgás-szürke, könnyen levonható lepedék. Számos borsónyi-babnyi mirigy a nyakon. Lapos mellkas, mely a légzési mozgásokat jól követheti. A tüdők felett kopogtatási eltérés nincs, hallgatózáskor bőven durva hurutos zöreje hallható.

Szívcsücsülökés az V. bordaközben, a bimbóvonalon kívül 1/2 ujjnyira. A szívtempulát felső határa a 2. borda felső szélé, jobbfelé a sternum jobb szélét 2 cm.-rel meghaladja, balfelé a csücsülökés helye. A szívhangok tiszták, hangosak. A szív működés erősen arythmiás, retardált, szabálytalan időközökben extrasystolék hallhatók. A pulsus szintén retardált, jelentékenyen arythmiás és inaequalis, az extrasystoléknek megfelelőleg kihagyó. A pulsus száma percenként 54. A vizelet idegen alkotórészeket nem tartalmaz.

Mindjárt a felvételkor mintegy 1/2 percig tartó teljes eszméletlenséggel járó rohamot észlelünk, mely alatt az arc elsápad, a pupillák maximalisan kitágulnak, fényre nem reagálnak. A szív működés egészen lassúvá válik, majd csak a systolés hang hallható gyéren. A pulsus a roham tetőfokán egyáltalán nem tapintható. A roham alatt székletét maga alá bocsátja. Közvetlenül a roham után a pulsus száma percenként 38. Május 16.-ától május 25.-éig, a midőn is a gyermek morbilli jelentkezett, a pulsus-szám 38 és 56 között ingadozott percenként. Rohamot ez idő alatt összesen 3 ízben észleltünk, ezek közül az egyik teljes 7 percig tartott. Röntgen-átvilágítással megállapíthattuk, hogy a kamrák összehúzódását nem követi a pitvarok összehúzódása, hanem a mennyire ez az átvilágítással megállapítható, körülbelül két kamraösszehúzódásra jut egy pitvarösszehúzódás.

Angyán János dr. magántanár szívességéből alkalmunk volt elektrokardiogramot felvenni a szív működéséről, mely az 1. ábrán látható.

* Minden jog fentartva.

Az electrocardiogramm tanúsága szerint is tehát teljes szívblock esetével állunk szemben. Tekintettel arra, hogy a homályos anamnesisből még az is sejthető, hogy a gyermeknél diphtheria folyt le, feltételeztük (a mely suppositio bővebb megokolására még az eset tárgyalásakor vissza fogunk térni),



1. ábra.

St. P-hullámok száma perczenként 120, a hullámok időközzeit lemérve, mindenekszert a lélekzessel összefüggő arhythmia állapítható meg. Az R-hullámon teljesen szabályos időközökben követik egymást, számuk perczenként 40, vagyis az arány 3:1. Azonban az is látható, hogy fix összefüggés a P- és R-hullámok között nincs és a P-R intervallum változik.

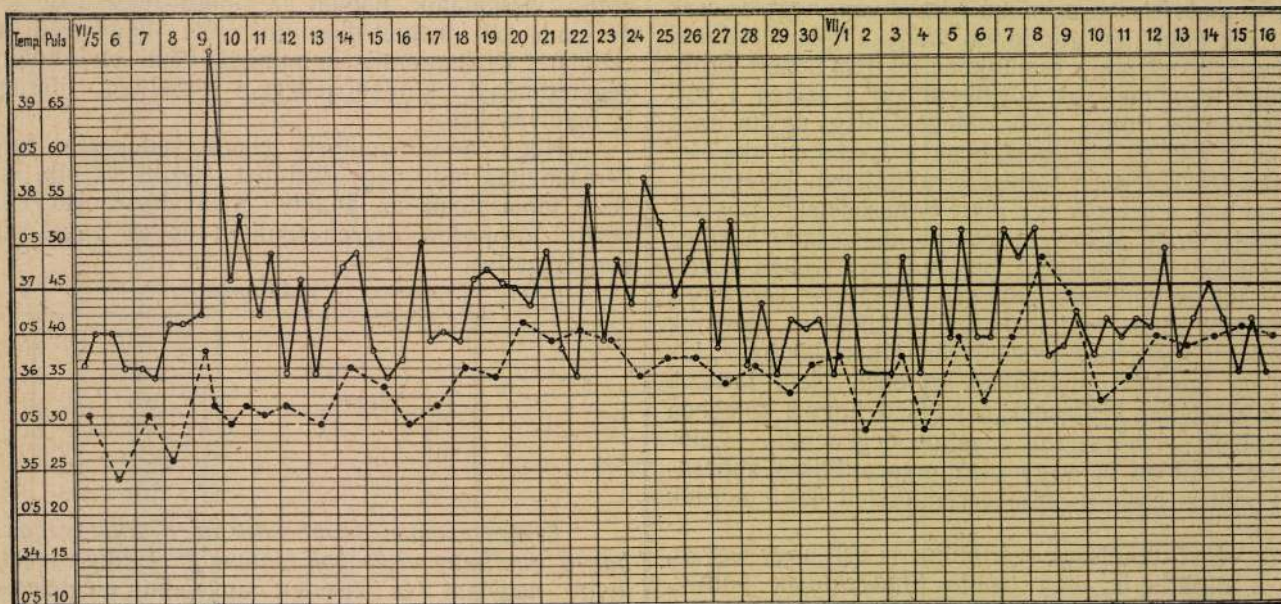
hogy a His-kötegben levő elváltozás valamely myocarditises folyamattal van összefüggésben és megkíséreltük a strychninum alkalmazását. A strychnint subcutan injectiók alakjában adtuk, ezenkívül per os adagoltunk még 1⁰/₁₀₀-s physostigminum-oidatból naponta 15 cseppet. Az 5. injectio után medica-

Augusztus 14.-én újból lázas állapotban kerül hozzánk a gyermek. Jobboldali pleuritis exacerbált. Szülei bemondása szerint a rohamok otthonléte alatt is jelentkeztek váltakozó intenzitással. A pulsuszám ekkor is 38—44 között mozog, a fúvó systolés zörej, mely már május 14.-én is hallható volt, ezúttal sokkal intenzívebben hallható. Rövid ideig (5 napig) tartó észlelés után szülei kívánságára kénytelenek vagyunk hazaadni. Minthogy klinikánk egyik orvosa kezelte, a körlefolyásról annyit megtudunk, hogy a pleuritis körülbelül 6 hét alatt teljesen visszafejlődött s a pulsuszám-retardatio nem változott.

Szeptember hó végén ambulanter újból alkalmunk volt észlelni a beteget. Szülei bemondása szerint a kórházból való elbocsátása, vagyis augusztus 15 óta mintegy 80 ízben jelentkeztek rajta rohamok kisebb-nagyobb intenzitással. Psychés izgalmak, valamint testi kifáradás kétségtelenül szerepelnek a rohamok előidézésében. Az ekkor felvett status azt mutatja, hogy a szívlelet (Röntgen-átvilágítással is kontrollálva) ugyanaz, a mi volt május 16.-án, a jobb rekesz kissé renyhén mozog és a jobb alsó lebeny felett diffúz homály látható. A pulsuszám 40. Ismét alkalmunk van Angyán docens szívességéből electrocardiogramot felvenni, a mely ugyanazon viszonyokat tünteti fel, mint első ízben: teljes szívblock, az arány 3:1.

A gyermek jelenleg különösebb kezelés nélkül él otthon szüleinél, kiknek állítása szerint jelenleg körülbelül 3 hó óta rohammentes. Legutóbb december 5.-én volt alkalmunk látni. A status változatlan, a pulsus perczenként 40.

Az itt leírt adatok, de főleg az electrocardiogramm alapján esetünk a Morgagni-Adams-Stokes-féle körcsoporthoz



Hőmérsék.

2. ábra.

Pulsus.

mentosus erythema állott be, mire mindkét szert elhagyjuk. A pulsuszám nem mutatott emelkedést, rohamot azonban nem észleltünk. Gyakoribb elsápadás jelentkezett ugyan, azonban ilyenkor a szívtájnak kézzel való erélyes paskolásával sikerült a rohamot coupírozni.

Május hó 14.-én, vagyis a felvétel után 24 nappal, a szív felett gyenge systolés zörej jelenik meg. A Wassermann-reactio úgy a gyermeknél, mint a szülőknél 0.

Május hó 16.-án, vagyis a felvétel után 26 nappal, a gyermekben a kórházba behurcolt járvány következtében morbilli jelentkezett, miert is áttesszük a fertőző osztályra. A morbilli simán és különösebb incidens nélkül folyik le, a pulsus a lázas időszak alatt sem emelkedik 56 fölé. A morbilli lefolyta után szülei kívánságára május 25.-én hazaadjuk.

Június 4.-én ismét felvesszük a gyermeket és egészen július 14.-éig áll kezelésünk alatt, vagyis 41 napig. Ezen idő alatt, és pedig június 9.-én jobboldali exsudatív pleuritis jelentkezett, a mely július 2.-áig körülbelül lefolyik, azonban hőemelkedések még ez idő után is jelentkeznek. A pleuritisrel járó lázas szak alatt a pulsus jelentékeny emelkedést mutat, átlagban 30—40 között mozog és június 6.-án 38.1 hőmérséklet mellett eléri a 48-at perczenként. A június 4.—július 14 közötti időszakban a pulsus, a hőmérsék és a rohamok viszonyát a 2. ábra mutatja.

Megjegyezzük még, hogy ez idő alatt, tekintet nélkül a hőemelkedésekre, strychnint adagoltunk subcutan 0.001 gr.-os napi adagokban 30 napon át, végül még 5 glanduitrin-injectiót is adtunk. Kórházi tartózkodása utolsó hetében 3 rohama volt, a hőmérsék csak subfebrilis emelkedéseket mutatott. Elbocsátása alkalmával a pleuritis okozta tom-pulat csaknem teljesen feltisztult, a helye felett dörzs-zörejek voltak hallhatók. Július 14.-én szülei óhajára megfelelő utasítással hazaadjuk.

sorolandó, mert annak teljes syndromája áll fenn. A teljes syndroma fennállásának hangsúlyozását azért tartjuk fontosnak, mert az irodalomban az Adams-Stokes címen közölt esetek egy részében ez nem volt meg. Így az amerikai irodalomban felsorolt 27 eset közül 12-ben hiányoztak a syncopék. Az Eyster és Middleton által összeállított 21 eset közül az általuk kétesnek jelzett 7 esetben a teljes syndroma megvolt ugyan, azonban hiányzik az electrocardiographiás felvétel.

Noha, a mint említettük, minden vitán felül áll, hogy a kifogástalanul pontos körjelzés, a dissociatio aránya, a szívblock teljes vagy részleges volta kizárólag az electrocardiogramm útján képzelhető el, mégsem fogadhatjuk el teljesen Eyster és Middleton ama nézetét, hogy electrocardiogramm nélkül körjelzés nem lehetséges, mert akkor az 1908 előtt közölt eseteket egyáltalán nem fogadhatnánk el kételesség nélkül.

Esetünkben a teljes syndromán kívül az electrocardiographiás felvétel is megtörtént s így diagnosisunkhoz szó nem férhet. Noha az eset sectióra nem került, annyit körülbelül biztosra vehetünk, hogy a vezetés megszakadása a His-féle kötegben van. Hogy ezt a megszakítást miféle megbetegedés következtében történt elváltozás okozza, arra vonatkozólag csak feltevésekkel felelhetünk. Mindenekelőtt a negatív Wassermann-reactio alapján (szülőknél is negatív volt) kizárhatjuk a lues által létrejött elváltozást (gumma). Arterio-

sclerosisos elváltozások maguktól értetődőleg kizárhatók. Okozhatják tumorok is az ingervezetés megszakadását, azonban mint alább látni fogjuk, esetünkben más feltevés valószínűbbnek látszik. Fejlődési rendellenességre is gondolhatnánk, mert a *Will J. Kerr* által összegyűjtött 12 congenitalis szívblook között 8 van olyan, amelyben a megbetegedés csak jóval a születés után, a 3. és 20. év között mutatkozott, viszont azonban ezek között csak 3 volt olyan, amelyben a fejlődési rendellenesség — a defectus septiventriculorum — kétségtelenül meg volt állapítható s ennél fogva a többi eset congenitalis voltához szerintünk még szó férhet. Mi mégis hajlandóbbak volnánk az aetiológiát illetőleg az anamnesisnek egyik, habár homályos pontjára támaszkodni. A szülők bemondása szerint az első tünetek jelentkezése előtt 8 héttel a gyermek lázas torokgyuladást állott ki, amelynek pontosabb mibenlétét nem sikerült kiderítenünk.

Eyster és Middleton statisztikája szerint a congenitalis elváltozásokon kívül létrehozó ok gyanánt leggyakrabban a diphtheria szerepel s az amerikaiak által fel nem vett szerzőknél kizárólag a diphtheria szerepel előidéző ok gyanánt. *Eyster és Middleton* statisztikájában hét esetben sepsis okozta elváltozások vannak felvéve, azonban jelezve van, hogy ez csak suppositio. Ezek után úgy gondoljuk, hogy aligha tévedünk, midőn azt vesszük fel, hogy esetünkben fel nem ismert torokdiphtheria folyt le, amelynek következtében a szíven a kórt előidéző elváltozások jöttek létre. Megelőzőleg ugyan azon véleményünknek adtunk kifejezést, hogy a bántalom oka esetünkben a His-féle kötegtben történt elváltozásban keresendő. Minthogy azonban a szerzők egy része bonczleletekre támaszkodva azt állítja, hogy atrio-ventricularis dissociatio a kötegt ép állapota mellett is létrejöhet pusztán myocarditis következtében s a mi esetünk sectióra nem került, e kérdésben nincs módunkban állást foglalni s előbb kifejezett nézetünk csak a szerzők többségének véleményére támaszkodhatik, kik szerint a kötegt laesioja mindenkor szerepel. Nem tartozik fejtegetéseink keretébe a kérdésnek az a része, hogy a kötegtben talált elváltozások — névszerint a zsíros degeneratio — előfordulhatnak-e önállóan is, vagy csak myocarditissel kapcsolatban, mert ehhez csak a több esetet észlelt kórboncznok szólhat hozzá.

Esetünk végső tanulsága szerintünk az kell hogy legyen, hogy főleg a diphtheria után beálló bradycardiák pontos, lehetőleg electrocardiographiás vizsgálatát intenzíven kell kultiválnunk, mert daczára *Rohmer* idevonatkozó negatív vizsgálati eredményeinek, nem tarthatjuk kizártnak, hogy kiterjedtebb ily irányú megfigyelés mellett több eset fog napfényre kerülni, s e helyütt *Lewis* nézetét is hangsúlyozzuk, a ki szerint a diphtheria utáni atrio-ventricularis dissociatiók teljesen gyógyulhatnak. Ezzel kapcsolatban említjük meg ismételtelen azt is, hogy betegünk, daczára a súlyos elváltozásnak és a kétségtelenül ma is fennálló teljes szívblooknak, 3 hó óta rohammentes és subjective teljesen jól van.

Irodalom. *Pletnew*: Erg. d. inn. Med. u. Heilkunde, I. kötet. — *Siebert*: Ugyanaz, XIII. kötet. — *Külbs*: Handb. d. inn. Med., II. kötet. — *Eyster and Middleton*: Americ. Journ. of Diseases of Children, 1920. 2. sz. — *Withe, Eustis and Kerr*: Ugyanaz, 1921. 3. sz. — *Weiland*: Ref. Berl. klin. Wochenschrift, 1913. 50. sz. — *Gill, Lewis, Hume*: Ref. Zentralbl. f. Gefäss- u. Herzk., 1913.

A gümőkóros szervezet reakciói a Deycke-Much-féle partigenekre.

Irtá: *Szász Emil* dr., Tátra-Felsőhági vezető-főorvosa.

(Vége.)

III.

A bőrreaktivitas ismételt vizsgálása.

Ismételt vizsgálatkor az intracutan titer is ingadozókat mutat. Feltűnő, hogy vizsgált eseteimben csak kétszer (14. és 23.) gyengült, és ez esetekben is csak kvalitatív szempontból. Ez a gyengülés különben teljes összhangban volt a klinikai képpel.

Az I. és II. csoportba tartozó esetekben kivétel nélkül erősbödött a titer, átlag 2·6 koczkával. Az ujjonnan jelentkezett reakciók abszolút száma az egyes partigenek között következőképp oszlik meg: A2, F8, N3. Feltűnik az F-fel szemben való reaktivitásnak dominálása ebben a két csoportban.

Ez az eredmény félreismerhetetlenül egyezik azzal, amit a complementum-kötési titer változására az előbbi fejezetben jellemzőnek találtunk. Ismét egy jele annak, hogy a sejtes és a humoralis immunitás biológiai alapja ugyanaz.

A III. csoporttól kezdve, ahol a progressio mind kifejezettebbé válik, már csak 5 esetben emelkedik a titer 8 közül. Ezen 5 eset mindegyike átlag 2·6 új reakciót mutat. De ez esetek és az I.—II. csoport esetei közt igen feltűnő különbség van, melynek méltatásába belebocsátkozni ez alkalommal azonban még nem akarok. Abszolút számokban u. i. az új reakciók következőképp oszlanak meg: A 9, F és N 2—2. A reaktivitas tehát, szemben az előbbi csoportokkal, A-val szemben nyilatkozik meg, még pedig oly feltűnően, hogy a véletlennek tulajdonítani nem lehet.*

Ez az utóbbi lelet nem egyezik teljesen azzal, amit a III.—V. csoportra vonatkozólag az ismételt complementum-kötési vizsgálatok alapján az előbbi fejezetben mondtam, de nem kell megfélekednünk róla, hogy nem tekintve a cellularis és humoralis immunitas közti elvi különbséget, a végeredményt a klinikai jelleggel összefüggő titeringadozások is befolyásolják.

Hogy a tuberculosis elleni védekezés folyamán az F-reactivitas mily nagy szerepet játszik, kiténik, ha a következő táblázatban az átlagos értékváltozásokat nézzük csoportról csoportra összehasonlítva és az egyes partigenekre vonatkoztatva.

2. táblázat.

	A	F	N
I. csoport	3·0	3·0	3·0
II. „	3·2	2·9	2·6
III. „	2·4	1·7	1·9
IV. „	2·0	0·4	2·0
V. „	1·9	0·9	1·3

Lépten-nyomon szembeötlök az F-antianyagok és általában a kvalitatív viszonyok fontossága. Eddig ezeket figyelmen kívül hagytam és kísérleti anyagom elégtelensége miatt most sem akarok e kérdéssel részletesebben foglalkozni.

Az intracutan titer általános növekedését az én eseteimben azzal lehet magyarázni, hogy csupa olyan betegről van szó, akik sok nélkülözéssel járt harcztéri szolgálatuk után éppen rendbe jöttek, általános állapotuk és ezzel sejtjeik reaktivitása általában szintén emelkedett. A reaktivitas fokozásához egyik-másik esetben bizonyára a partigen-adagolás is hozzájárult. Csak a III. csoporttól kezdve észlelhetjük, hogy a titer nem változik, tehát azon csoportokban, ahol az általános javulás ab ovo valószínűtlen.

Mint már említettük, a 21. esetben a titerjavulás ellenében áll a klinikai progressióval. A 33. esetben a „javulás“ értéke teljesen problémássá válik, miután a zsirantigenekkel szemben való reaktivitas csökkenésének képében a titer kvalitatíve kétségtelenül romlott. Látjuk mennyire fogyatékos immunanalysisünk és minden elméleti okoskodásunk mindaddig, míg a kvalitatív viszonyok értékelésében bizonytalanok vagyunk.

Az e fejezetben tárgyaltak is mindenben egyeznek *Much* elméletével.

IV.

Az egyidőben nyert, savóval és mell-, illetőleg hasüregi izzadmánnyal végzett, complementum-kötési vizsgálatok eredménye.

Az itt ismertetett öt eset az előbbi 35-höz tartozik. Két nem közölt esetben a savó önkötő volt. Az egyikben mindamellett negatív reakciók is előfordultak a partigennel

* Helyszűke miatt nem hozhattuk az e viszonyokat jól szemléltető táblázatot.

feltöltött csövecskékben és az eredmény összhangban volt az alább közöltekkel.

3. táblázat.

		21. eset	25. eset	26. eset	27. eset	31. eset
Savó	A	1 1 1 0	3 2 1 0	1 0 ? 0	? 0 0 0	? ? ? ?
	F	0 0 0 0	1 1 1 0	3 2 1 1	0 0 0 0	0 0 0 0
	N	0 0 0 0	0 0 0 0	2 2 1 0	0 0 0 0	0 0 0 0
Exsudatum	A	1 1 0 0	3 3 2 2	1 0 1 1	? 0 0 0	1 1 1 ?
	F	? ? 0 0	3 2 2 1	3 3 3 3	0 0 0 0	? ? 1 ?
	N	? 0 0 0	1 0 0 0	3 3 2 0	1 0 0 0	? ? ? 0
	Peritonitis					
			Pleuritis			

E táblázathoz nem kell magyarázatot fűzni. Fellünn, hogy úgy quantitativ, mint qualitativ szempontból mennyire egyezik minden betegnél a két titer. A vérben domináló antianyag minden esetben az izzadmányban is dominál, de abszolút számokban kifejezve az izzadmány titere minden esetben jobb. Világosan kifejezésre jut ez még akkor is, ha az egyes csövecskék közti, a táblázatban számokkal jelzett fokozati különbségeket nézzük.

Itt sem szabad jelentéktelen különbségeket túlbecsülni. A 25. és 27. esetben nem zavarja a párhuzamot, hogy az izzadmányban mindkétszer egy N-reactiót kaptunk, míg a savóban valamennyi reactio negativ volt. Ezt az egy keresztnyi különbséget össze tudjuk egyeztetni azzal, hogy abszolút számokban az izzadmányok titere erősebb.

A 21. esetben a két \pm reactiót elhanyagolhatjuk már csak azért is, mert az izzadmány gyengén zavaros volt.

A 31. esetben az említett párhuzam kissé meg van zavarva. Az exsudatum F-reactióinál ugyanis a két kétes \pm reactiót pozitívnak kell vennünk, miután a hígabb dilutiókban pozitív reactio követi.

Ez esetekkel kísérletileg a következőket bizonyítottuk:

1. A szervezet sejtjei a specifikus gyuladás állapotában antianyagokat termelnek (a pleura endothel-borítéka). Eddig is elismert tény. A gyuladással összefüggő nagyobb biológiai aktivitásnak kell tulajdonítanunk azt a quantitativ különbséget, mely a savó és az exsudatum titere közt van.

2. Abból, hogy qualitativ szempontból a két titer egyezik, arra következtethetünk, hogy a szervezet különféle sejtjeinek immunizáló képessége nagyjában egységes tulajdonság.

3. A hasüregi izzadmány mindenben úgy viselkedik, mint a mellüregi. Perforációs peritonitistről lévén szó, ez arra a gondolatra vezet, hogy rendszeres vizsgálatokkal érdemes volna, a fenti kísérleti feltételek mellett, a nem specifikus ingerek antigen hatását tanulmányozni az allergiás szervezetben. A fentiek alapján arra kell számítani, hogy a hatás elsősorban a biológiai képességtől, tehát a sejtek constitutionalis sajátosságaitól függ. Az inger jellege kevésbé fontos, ha az allergia következményeképpen a sejtek készek (allergia) „secretumai” leadására.

Összefoglalás.

Megfelelően az alapimmunitás fokozatos csökkenése alapján megállapított öt kombinált titer-képnek, öt klinikai csoport állítható fel, melyekben az esetek egységes időszült stationaer állapota kétségtelenül kidomborodik. Csoportról-csoportra, tehát párhuzamosan az alapimmunitás csökkenésével, a védekező szervezet biológiai aktivitásának jó eredménye mind kisebb.

Az egyenlő alapimmunitással rendelkezők között mindig annak az állapota volt klinikai szempontból jobb, a kinek a vérben antianyagok bőségebben voltak kimutathatók.

Azt látjuk tehát, hogy a complementumkötési titer ugyanolyan értelemben változik, mint az intracutan titer. Ebből viszont azt következtethetjük, hogy mindkettő ugyanazon okból is változik, hogy tehát mindkettőnek biológiai alapja egy és ugyanaz. A dolgozatomban elején hangoztatott felfogásom tehát, hogy a bőr túlérzékenysége és a humorális antitestek megjelenése egyugyanazon biológiai sejtműködés következménye, kísérletileg igazolható.

Kétségtelen, hogy a complementumkötési vizsgálattal kimutatható antianyagok azok, a melyek a gümőkór elleni természetes védekezésben is szerepelnek.

Nincs okunk cellularis és humoralis természetű antianyagokról beszélni (Much), hanem csak sejtjes eredetűekről.

Minden eset gyenge alapimmunitással súlyos volt, kiterjedt folyamattal, még akkor is, ha humoralis antianyagok bőségebben voltak kimutathatók. A sejtjes immunitás tehát valóban az alapimmunitás, mint Much mondja.

Ismételt vizsgálatnál az intracutan titer állandónak bizonyult és sohasem állott ellentétben az általános klinikai állapottal. (A látszólagos ellentmondást a 21. esetben kellően megokolhattuk.)

A kétféle titer közti szigorú párhuzam hiánya érthető. Mindkettő egy és ugyanazon biológiai sejtműködésnek, de az immunitás két lényegében teljesen különböző factorának a tünete. Párhuzam úgy qualitativ, mint quantitativ szempontból fennállhat köztük, de nem kell fennállania.

Feltűnik kísérleteimben, hogy az V. csoport felé haladva százalékokban kifejezve mindinkább szaporodnak a tiszta tüdőfolyamatok, a „lokalizált” folyamatok száma pedig csökken.

A vérben keringő antianyagok mennyisége, tehát a complementumkötési titer, állandó ingadozásoknak van alávetve. Az immunobiológiai folyamatok aktivitása mellett ez érthető. Az ingadozások annál nagyobbak, minél inkább kifejezésre jut a klinikai képben is az aktivitás. Állandó jellegű, stationaer esetekben, a hol a klinikai kép (az immunizáló erő hatásának a kifejezője) aránylag jóindulatú, alig változó, ott a complementumkötési titer változásai is csekélyek, gyakorlati szempontból elhanyagolhatók.

A complementumkötési titer ingadozása általában tehát a klinikai értelemben vett aktivitás jele (Altstädt). Állandó complementumkötési titer bizonyos egyensúlyra utal az immunobiológiai háztartásban, stationaer alakokra jellemző.

Az ugyanazon betegen megismételt complementumkötési vizsgálat eredményei is törvényszerűek. A klinikai kép szemeltartása mellett diagnostikai és prognostikai szempontból kétségtelenül értékesíthetők.

A complementumkötési titer sohasem a termelt, hanem mindig csak a vérben felhasználatlanul keringő antianyagokat jelzi.

A bőr reaktivitása úgylátszik megbízhatóan kifejezi az általános sejtjes reaktivitást. Erre mutat a sejtjes és humoralis immunitás közti összefüggés, e kettő és a klinikai kép közti törvényszerű összefüggés és a savóval meg exsudattal végzett párhuzamos vizsgálatok eredménye.

Az utóbbiakból tudniillik arra következtethetünk, hogy

1. az exsudatumokban található antianyagok nem, vagy nem csak a vérből származnak, hanem hogy a savós üregek endothelborítékjának termékei (quantitativ eltérések a titerekben);

2. hogy az endothelsejtek functiója egyezik más sejtkekével (qualitative egyeznek a titerek), de valószínűleg a gyuladás folytán többet termelnek.

Vizsgálataim eljárásom helyességét és következtetésem tárgyilagosságát igazolja az, hogy eredményeim teljes összhangban vannak mértékadó szerzőkével. Itt elsősorban Deycke, Much, Altstädt vizsgálataira gondolok.

E közös leletek közül a legnagyobb fontosságot tulajdonítom annak a nagyon feltűnő jelenségnek, mely a zsír-antianyagoknak a gümőkór elleni védekezésben való nagy fontosságát szemlélteti. Kifejezésre jut ez:

1. ha csoportról-csoportra az egyes partigenek intracutan titerértékének változását figyeljük;

2. ha csoportról-csoportra egyugyanazon betegen figyeljük ez értékek változását; sőt ha

3. a complementumkötési titer változását figyeljük, bár itt a lelet kevésbé meggyőző. A III. csoporttól kezdődőleg jelentkező „kivételek” is elhomályosíthatják itt az eredményt. De elvi okokból sem számíthatunk rá, hogy az eredmény itt hasonlóan világos legyen.

Stiller Bertalan.

Azt a férfiút, a ki január 2.-án 85 éves korában Budapestben csendesen elhunyt, a mai orvosnemzedék nagyrésze már nem ismerte. Orvosi működésének fénykora a múlt század utolsó évtizedeibe esik. Az orvosi közéletben nem szerepelt, a tudományos gyűlésekre alig járt s a hely, melyen 1913-ig működött, a főváros latin negyedétől és orvosi központjaitól távol állott. Mint autodidacta kezdte és fényes izoláltságban folytatta működését. Mégis sikerült neki a magyar orvostudomány terén maradandót alkotni és túlzás nélkül mondhatjuk, hogy azon magyar orvosok közt, kiket a világ ismer és méltányol, kimagasló helyet foglal el.

Élete külső folyása néhány sorban foglalható össze:

Miskolczon született 1837-ben. Mint szegény gimnazista és diák saját magát tartotta fenn Budapesten. Negyedéves orvostanhallgató korában megtakarított pénzecskéjével egy esztendő telt el az akkor híres bécsi fakultáson, a hol *Skoda* és *Oppolzer* előadásait hallgatta. Előbbit bámulta, de megütöztetett therapiás nihilizmusán, míg *Oppolzer* meleg egyéniségéről késő aggkoráig is csodálattal beszélt. A palpálás művészetét, melynek később annyi sikert köszönhetett, már klinikáján sajátította el, hol a mestert ágyról-ágyra követte. Többre, mint egy évre azonban nem tellett. Miután Budapestben orvosi oklevelét elnyerte, mint másod orvos került a Pesti Izraelita Kórházba. Akkori tanítómestere nem annyira az osztálylyal és az orvosi fiatalokkal keveset törődő főnöke volt, mint inkább a kórház gazdag beteganyaga.

A kórházból kikerülve, a fiatal orvos gyakorlata gyorsan a legfényesebbek közé emelkedett s az akkori magyar társadalom legmagasabb rétegéig hatott.

1874-ben az izr. hitközség osztályos főorvossá nevezte ki, majd 1890-ben az egész kórház igazgatója lett. Ezt az állását 1913-ig töltötte be. A kórház fejlesztését és kibővítését egyik életfeladatának tekintette és neki köszönhető, hogy a kórház ma első egészségügyi intézeteink egyike.

1876-ban habilitáltak, mint az altesti betegségek magántanárát; 1883-ban lett rendkívüli tanárrá. Hallgatóinak száma még nőtt, midőn az orvosi kar venia legendijét az egész belgyógyászatra kiterjesztette.

A kitüntetések sem maradtak el, melyekkel a régi Magyarország az érdemeket, akármelyik helyen szereztek is, megjutalmazta, bár ezen külsőségekre nem áhitozott. Igazi örömét ideális, bár gyermek nélküli házasságában, orvosi és tudományos sikereiben és szeretett klasszikusai tanulmányozásában találta. Aggkorának utolsó verőfényes éveit az ismert események és élettársának 1 $\frac{1}{2}$ évvel ezelőtt beállott halála vonták fájdalmas ködbe.

Stiller Bertalan irodalmi munkássága felette egyéni; igen gyakran a nap uralkodó szellemével szembezálló és éppen ezért az ephemer hatást túlélő. Abban az időben, a mikor az orvosvilág a nagy *Virchow* befolyása alatt mindenütt a kórbonczianilag determinált szervi megbetegedések alapjára helyezkedett, magyar-német nyelven megírta az ideges gyomor-bajokra vonatkozó monographiáját, mely még ma — 40 év után — sem tekinthető elavultnak. Integráló, synthetisre hajló szelleme meglátta a lelki és testi, az ideges és szervi tényezők egymásbakapcsolódását, a szervezetnek kóros viszonyok közt is csodálatosan összhangolt egységét, a részek correlatióját. Az ezen tárgykörhöz tartozó dolgozataiban a klinikai megfigyelés igazi mesterének mutatkozott. Bár a kifogások, melyekkel az akkor behozott gyomorcső-vizsgálat ellen élt, tagadhatatlanul gyakran túllőttek a célon, mégis csodálatos, milyen praecisiással tudott a megtekintés, tapintás, gyomor-felfúvás és a ma annyira elhanyagolt anamnesis útján tünetcsoportokat elhatárolni, sőt új physiologiai gyomorfunctiókat megállapítani. A peristole fogalma, a gyomoratonia ma is érvényben levő definitiója az ő nevéhez fűződik.

A gyomor-Röntgen-vizsgálat térfoglalása felkeltette újból polemizáló hajlamait. Ezen irodalmi harcokban, melyeket

temperamentummal, de mindenkor finoman és elmésen vívott végig, nem volt győztes és legyőzött. Ha conservatismusa nem is tudta a gyomor-Röntgen-vizsgálat diadalmenetét feltartóztatni, mégis az az elégtétel érte, hogy a gyomor motoros működéséről, a gyomor izomzatának kétféle funkciójáról szóló régi tana ez új módszerrel is fényesen beigazolódt.

A *Korányi*, *Kétly* és *Bókay* által szerkesztett belgyógyászati kézikönyv több fontos fejezete (a billentyűbántalmakról, hashártya- és lépmebetegedésekről) az ő tollából folyt, de munkáinak koronája volt az 1906-ban magyar és német nyelven megjelent nagy monographiája az „Astheniás alkati betegségről“ (*Asthenia congenita universalis, Asthenische Constitutions-Krankheit*). Nem túlzunk, ha ezt a művet, melyben az enteroptosis és az ideges dyspepsia tanát magasabb egységben synthetizálni óhajtott, az újjabkori orvostudomány classikus művei közé soroljuk.

Mikor a bakteriologia hódító útjának hullámai még magasan jártak, mikor az exogen okok kutatása minden mást háttérbe szorított, azon kevesek közé tartozott, kik az endogen tényezőknél, a veleszületett alkati, a kóros készségek kimagasló fontosságát hathatósan védte. Méltó fegyvertársa volt a nagy *Ottomar Rosenbach*-nak, az „Arzt contra Bakteriologie“ című nagy perében prófétai hirnőke a most diadalra jutott alkati kórszemléletnek. Midőn az 1909.-i budapesti nemzetközi orvoscongressuson *Martius* a constitutióról szóló referatúráját megtartotta, bizvást üdvözölhette az ősz tudóst — a jelenlevők dörgő tapsa közepette —, mint az alkati kutatás legrégibb előharcosát. Sok külföldi klinikán, különösen Amerikában, az asthenia universalis „Morbus Stilleri“ név alatt nyert polgárjogot.

De tévedés volna azt hinni, hogy az alkati kórszemléletből folyó determinismusa egyszersmind megnyugvást és therapiás nihilizmust jelentett volna. Ellenkezőleg! Lelke mélyén meggyőződéses és szerencsés intuitiójú therapeuta maradt. Több gyógyeljárásnak ő a megteremtője. Talán Magyarországon is kevesen tudják már, hogy a Basedow-betegség magaslati gyógykezelése az ő nevéhez fűződik s hogy a natrium salicylicumot az epeköbaj gyógyítására már akkor ajánlotta, a mikor a kísérleti kórtan ezen szer epehajtó hatását még nem kiderítette ki.

Gyógykezelése is szigorúan egyéni, s gyakran volt bátorsága a divatáramlattal, például a túlzott antipyresissel vagy a sebészeti indicatiók túlságos kibővítésével szembezállni. Saját magáról írva, elmésen jegyezte meg, hogy ő talán színvak a spectrum vörös része iránt.

Külön fejezet illeti meg *Stiller Bertalan* mint irányművészt. Úgy a magyar, mint a német nyelvet classikus tisztasággal kezelte. Írásmódja temperamentumos és ötletes; minden mondata és fordulata gondos csiszolás eredménye. Utolsó munkájában, melyet „Tállózások“, németül „Medizinische Plaudereien“ címen 1 $\frac{1}{2}$ évvel halála előtt adott ki, nemcsak a mélyen szántó gondolkodó, nem csupán az ethika magaslatán álló orvos, hanem a finomlelkű művész is búcsúzott kortársaitól.

Hadd álljanak itt utolsó szavai: „A régi görögöknél az orvos magas tiszteltetben állott. Már *Homeros* mondta: „Az orvos sok más emberrel felér.“ *Asklepios*-t a mythos fénykoszorúja övezi. Különös figyelemre méltó azonban az a — nem tudom honnan eredő — mondás: „*Ho iatros philosophos isotheos*“ = a bölcselkedő orvos istenhez hasonló. Gondolkodóba ejtett, miképpen indokolható ez az állítás? Talán a következőképpen: Ha az eszményi orvos hivatása különleges sajátságait, a lélek irgalmasságát, az önfeláldozást, a betegség és életveszély elleni állandó segélykészséget magáénak nevezi, ha képessége és hatalma van arra, hogy az életet meghosszabbítsa, a test és szellem kóros zavarait gyógyítsa, enyhítse és nem egy áldozatot a haláltól visszahódítson; ha az emberi szervezet és a nagy alkotó természet bensőséges ismeretével együtt az eszmék világát és ezen eszméknek egymással és az egyetemességgel való összefüggését uralja és az élet és a szellem egységességének az átértéséhez felemelkedett: akkor valóban sokkal jobban kö-

zeledik ama tökéletességhez, melyet emberi fogalmak szerint az Istenségnek, ennek mindentudásának, mindenhatóságának és örökjóságának tulajdonítunk, mint bármely más hivatás képviselője.“

B-t.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Veröffentlichungen der Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose. Band II, Heft 3. Leipzig, G. Thieme. Ára 24 m.

A füzet első két dolgozatában *Lockemann* tanár a gümöbaccillusok tenyésztésére vonatkozó újabb vizsgálatairól számol be. Egy további dolgozat *J. Koch* és *Möllers* tollából a gümökóros fertőzés útjainak kérdéséhez szolgáltat adatokat; kísérletekkel bizonyítja, hogy a gümöbaccillusok a bélből a chyluserek útján szívódnak fel, a nélkül, hogy a bélfalon elváltozásokat okoznának, s azokon át a mesenterialis mirigyekbe jutnak, a hol egy részük megtelepszik, más részük pedig a chylussal a vérkeringésbe kerül és így fertőzi a különböző szerveket; a gyomron át úgy látszik nem következik be általános fertőzés, a szájüreg nyirokmirigyei és adenoid szövete útján ellenben beállhat a gümökóros fertőzés. *Lange* dolgozata a gümöbaccillusal rokon néhány saválló saprophytával foglalkozik. *Rumpf* kísérletes vizsgálatai a gümöbaccillusok vérben való előfordulásának kérdését tisztázzák. Végül *K. Stromeyer* a jenai sebkezelésről a sebészeti gümökór kezeléséről Röntgen-sugarakkal számol be.

Lapszemle.

Ideg- és elmekelet.

Hysteriás járás-zavarok aggastyánokon, főképp az aggravalás nem éppen ritka. *Friedländer* 70 éves ember hysteriás astasia-abasiáját írja le, a melyet az tett érdekessé, hogy mellette a vagus rendszerének oesophagospasmusban, cardio-spasmusban, gastrospasmusban, spasmusos obstipatióban és ischuriában nyilvánuló izgalma mutatkozott. (Az eset értékét csökkenté, hogy miként a körleírásból kiderül, senilis és arteriosclerosos elváltozások voltak kimutathatók, a melyek az affektivitásnak hysteriára emlékeztető ingadozását már magukban is megmagyarázzák. *Ref.*) (Med. Klinik, 1921, 30. sz.) *Kluge* dr.

Szemészet.

Új látáselméletet ismertet *Schanz*. Azt észlelte, hogy ha rövidhullámú fénysugarak érik a szemlencsét, az fluoreskál és oldható fehérjei nehezebben oldhatók alakulnak át. A lencse sclerosisa és az öregkori hályogképződés fényhatásra történik. Kitént, hogy hasonló változásokat szenved fénybehatásra az élő szervezetben levő fehérje is. Hosszúhullámú fénysugarak csak akkor hatnak hasonló módon, ha valamilyen sensibilisatio kapcsolódik a fehérjéhez. A sensibilisatorok festékszerű anyagok. Sensibilisatiós jelenségeket sikerült nemcsak egysejtűeken, hanem szerveken is kimutatni; sőt azt, hogy növényeken is az assimilatio optikai sensibilisatiós jelenség. *Stark* és *Steubing* azt tapasztalta, hogy a fluoreskáló anyagok nagy mértékben mutatják a fényelektromos szóródást, a Hallwachs-effectust, mely abban nyilvánul, hogy ilyen anyagokból rövidhullámú fény behatására elektronok szóródnak ki. Ezeket az elektronokat (negatív töltésű legkisebb villamos részecskéket) okolja *Schanz* a fehérjében fényhatásra beálló változásokért. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a fény csak akkor idézhet elő hatást valamely anyagon, ha ez a fényt elnyeli. A pálczikák és csapok pedig az összes látható sugarakat átbocsátják, tehát tulajdonképpen nem lehetnek fényérzékenyek. Sensibilisatorra van tehát szükség s ez a retina fényérzékeny festékhánya, az ebből kiszóródó elektronok hozzák izgalomba a csapokat és pálczikákat. *Schanz* új látáselméletét csak megerősíti az a körülmény, hogy az albinók is látnak, mert ha sehol másutt, de a retina festékretegében az eddig vizsgált albino szemeken mindig találtak

festéket. Elmélete megmagyarázza azt a tapasztalatot, hogy a retina azonnal elveszti fényérzékenységét, ha a festékhámtól elválk. A visszafekvő amotio csak a festékreteg útján lesz a fény iránt újból érzékeny. Érthetővé teszi az új elmélet azt is, hogy ha lapos amotiónál az éleslátás megszűnik is, határozatlan fényérzés megmaradhat, mert ide egyes elektronok még eljuthatnak. Ha elmélete valóban bizonyulna, sikerülne vele a látás bonyolult folyamatát legalább részben egyszerű physikai és chemiai jelenségekre visszavezetni. (A látóbibor szerepéről a szerző nem emlékszik meg.) (Münchener med. Wochenschrift, 1921, 43. szám.) Sz. L.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Chorea ellen nagyon ajánlja *Arjó Pérez* a hedonalt egyfelől jó altató, másfelől diuretikus hatása miatt; ez utóbbi folytán az autointoxicatio, a melynek szerepet tulajdonít a baj fenntartásában, gyengül. Naponként 1—2 gramm adandó forró mályva- vagy hársfavirág-teában oldva. (Med. de los ninos, 1921. Ref. Therapeut. Halbmonatshefte, 1921, 676. old.)

A szívkoszorúerek sclerosisa eseteiben *Zinn* és *Siepell* nagyon jó hatásúnak találta az erythroltetranitratot, a mely teljesen veszélytelen komprették alakjában kerül most forgalomba. Naponként 3-szor evendő be egy-egy darab egy korgyal vízzel evés előtt. 8—14 napos szünetekkel hónapokon át adható. (Therapie der Gegenwart, 1921, 9. füzet.)

Vegyes hírek.

Markusovszky-előadások. A budapesti kir. magyar tudományegyetem orvosi fakultásán a *Markusovszky Lajos*-előadások, melyek a háború óta szüneteltek, ez évben újból megtartatnak. Az orvosi fakultás ez évben külföldi tudóst hívott meg: *Kolle* tanárt, a ki május hó 24. és 26.-án fogja megtartani előadásait a serum- és chemotherapia hatékonyságának határáról fertőző betegségekkel szemben, különös tekintettel a diphtheria-serumra és az arsenobenzolderivatumokra.

Budapesti tisztí orvosi tanfolyam és vizsgálat. A tisztí orvosi képesítést szabályozó rendelet módosítása tárgyában kiadott népjóléti ministeriumi rendeletnek megfelelően 1922. évi márczius hó 20.-ától június hó 10.-éig Budapestben tisztí orvosi tanfolyam és ezt követően tisztí orvosi vizsgálat fog tartatni. Azok az orvosok, a kik a fent említett tisztí orvosi vizsgára és az azt előkészítő tanfolyamra jelentkezni kívánnak, kellően felszerelt kérvényeiket a vizsgáló bizottságok közös elnökének, *Fáy Aladár* dr. államtitkárnak (Budapest, Népjóléti és Munkaügyi Ministerium, Eskü-tér 1) címére 1922. évi február hó 10.-éig küldjék be. A tanfolyamra vonatkozóan közelebbi értesítést annak jegyzője, *Barabás József* dr. ministeri osztálytanácsos (Budapest, Népjóléti és Munkaügyi Ministerium, Eskü-tér 1, ll. 62.) nyújt.

A Budapesti Orvosi Kör f. évi január 16.-án, hétfőn délután 7 órakor tartja 48. évi közgyűlését a Mitrovátz-vendéglő (Dohány-u. 20) külön termében. A közgyűlést a Budapesti Orvosi Kör Országos Segélyegyletének közgyűlése előzi meg.

Személyi hírek külföldről. *Th. Rumpf* bonni tanár december 23.-án ülte 70. születésnapját. — *Braus* tanár, würzburgi anatómus nem fogadta el a meghívását Berlinbe. — *Schiff Ervin* dr. hazánkiát a berlini egyetemen a gyermekgyógyászatból magántanárrá képesítették.

Meghalt. *Boér Antal* dr., Csongrád községnek volt főorvosa, tiszteletbeli megyei főorvos január 1.-én. — *Löhlein*, a kórboncztan tanára a marburgi egyetemen, az ismert nevű gynaekologus fia, 44 éves korában december 27.-én hivatása gyakorlása közben szerzett fertőzés következtében. — *W. Gärtner*, kieli docens, az Oroszországba küldött segítőexpeditio tagja, 31 éves korában Kasanban kiütéses typhusban.

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

DAJKA- INTÉZET, VI., Szív-utca 69. Telefon 93-22. *Wassermann* vizsgálat, bótejű, orvosilag megfigyelt dadák felett állandóan rendelkezik.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13-15. Telefon: József 52-29. — Sebészeti-, női-, belbetegnek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium.

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. Szilas diagnostikai laboratoriuma, Erzsébet-körut 22. Tel.: József 129-27. Bacteriologia, serologia.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai Intézete IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56-76.

Orthopaedia, gyermektorna, medico-mechanikai (Zander) termék, vizsgyintézet a **Dr. PAJOR-Sanatoriumban** Budapest, VIII., Vas-utca 17. sz.

Dr. Rajnik Pál tüdőbetegségek diagnosztikai intézete. Physikális, Röntgen-, serológiai és bakteriológiai vizsgálatok. Specifikus oltások, quarz- és művi pneumothorax-kezelés.
Budapest, VII., Vilma királyné-út 11 (Fasor). Telefon József 14-51.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest
A régi nagyhirű Sárospárd 47° C forrása.

Termális és fizioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénasavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen.
Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest V. Nagykorona-u. 32. Telefon 87-73.

Telefon: József 4-12.
Igazg.-tulajd.: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hilf Paula, Dr. Mandler Ottó.

**ZANDER-
THERMOTHERAPIA, QUARZ**

a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. I. e.

PÁLYAZATOK.

103/1922. szám.

A szegedi kerületi munkásbiztosító pénztár nyilvános pályázatot hirdet egy Szeged város balterületének, Ujszeged közigazgatási részére szervezett, üresedésben levő körzeti kezelőorvosi állásra.

A pályázati határidő 1922. évi január hó 20.-án délután 2 óra-
kor jár le.

A pályázati feltételek a „Munkásbiztosítási Közlöny“ 1922. évi január hó 5.-én megjelent 1. számában vannak közzétéve s azokat a pénztár főorvosi hivatalában (Szeged, Tisza Lajos-körút 91. sz.) meg lehet tekinteni.

Szeged, 1922 január 7.-én.

Pálffy József dr. s. k.,
min. biztos.

Mayer Antal s. k.,
igazgató.

Uricedin

számos év óta bevált **arthritis, rheuma, ischias** eseteiben.
Orvosi mintákat küld Balla Sándor és Társa, Budapest, Wesselényi-utca 69.

Labor gyógyszappanok

Magas zsírtartalmú, kitünő minőségű alapanyagból készülnek a szokásos gyógyszerkombinációkkal. Igen kellemes illatúak; elismert megbízható készítmények.

„LABOR“

gyógyszer- és vegyészeti gyár részvénytársaság
Budapest, III., Bécsi út.

MIRION

egyedüli jódvegyület, mely a syphilis gyógykezelésében specifikus hatást fejt ki.

Kapható minden gyógyszertárban.

Tabl. Ferri protoxal. sine et c. ars. Deér

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógyszer-tárban kapható. A készítő

„Jó Pásztor“ gyógyszertár, Budapest, IX. Ráday-u. 18
Megrendelésre szállít orvosi kémszereket és bakteriológiai festéköldatokat.

A KOCH és STERZEL-féle

RÖNTGEN-LILIENFELD-

berendezések és villamos orvosi készülékek egyedárusítója

„ERICSSON“ Magy. VIII. R. T. ezeltől: DECKERT és HOMOLKA
Budapest, VI., Vörösmarty-u. 67. Telefon: 28-09, 89-64.

Reiniger, Gebbert & Schall · Erlangen

Veifa-Werke · Frankfurt a/M

Polyphos · München

testvérházaink

Röntgen- és villamos-gyógyászati készülékeit, minden gyártmányú röntgencsővet, röntgenlemez stb. eredeti gyári áron azonnal szállít:

ODELGA

Magyar Gyógytechnikai Ipar R-T

Budapest, VI., Andrassy-út 28. sz.

Sürgőnyczim: Medodelga Budapest.

Telefon: 68-16, 37-04

FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R.-T.

BUDAPEST, IV., CALVIN-TÉR 3. félemelet.

Fióküzletek: VII., Rákóczi-út 78 és IV., Vámház-körút 8.
Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben, betegápolási cikkekben. Művegtaggyártás és műszerjavítás.
Telefon József 19-24.

ANACOT-PASTILLA

GUAJACOL-GLOMA

DR. WANDER-FÉLE

HORDOMALT
KELLER-FÉLE MALÁTALEVES KÉSZÍTÉSÉHEZ

„Funk Gyermektápszere“

Kívánatra mintadoboz.

Racionális összetételű megbízható csecsemő-táplisz.

Dr. SANDER-féle

Csukamájolaj-emulsio

A szervezet ásványi anyagcseréjénél szükségelt physiologiai táp-sókat glicerinophosphorsavhoz kötve tartalmazó jóízű csukamájolaj-praeparatum.

Dr. H. Sander & Co., Chemische Fabrik G. m. b. H.
Mainz-Geestemünde.



Dr. SANDER-féle

Vitamin-csukamájolaj-emulsio

Calcium-, vas- és phosphor-tartalmú, rizshéjből kivont, vitamin-anyagokkal emulgeált jóízű csukamájolaj-praeparatum.

Magyarországi központ:

„PANACEA“ Gyógyszervegyészeti Részvénytársaság,
Budapest, V., Nádor-utca 30. szám.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Hüttl Tivadar: Közlemény a budapesti királyi magyar Pázmány Péter-tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebély Tibor dr., egyetemi ny. r. tanár.) Rekesz-sérv okozta gyomorileus. 29. oldal.

Horváth Béla: Közlés a budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem II. számú szemészeti klinikájáról. (Igazgató: Hoór Károly dr., egyetemi ny. r. tanár.) Az afeinl intravenás alkalmazása a conjunctivitis vernalis terapiájában. 31. oldal.

Bárony Tivadar: Gyomorelváltozások nyelőcső-folyamatoknál. 32. oldal.

Engel Károly: A 27. olasz belorvosi congressus. 35. oldal.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (XXV. rendes tudományos ülés 1921 december 3.-án) 37. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Budatényi Vály Ernő dr.: Fülgyógyászat. — *Lapszemle. Belorvostan. G. Singer:* A calcium használatáról a szívbakok gyógyításában. — *Születés és nőorvostan. Schiffmann:* A császármetszés prophylaxisos javallatáról. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 38–39. oldal.

Vegyes hírek. 27. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti királyi magyar Pázmány Péter tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebély Tibor dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Rekesz-sérv okozta gyomorileus.

Közli: **Hüttl Tivadar** dr., klinikai I. tanársegéd.

A rekesz-sérv elnevezés gyűjtőfogalom. Ez elnevezés alatt a rekesznek mindazon elváltozásait foglaljuk össze, melyekben a rekesznek valamely veleszületett vagy szerzett hiányán át hasüri szervek jutnak a mellüregbe. Aránylag nem ritka kórkép.

Az esetek túlnyomó részét azok a sérülés okozta rekesz-sérvek teszik, a melyeknél sérvtömlő hiányzik s a melyek így nem rendelkeznek a sérv fogalmához tartozó ezen legfontosabb kellekkel és a melyeket azért külön névvel mint alsérveket szokás megkülönböztetni. Az erőbehatás vagy közvetett úton éri a rekeszt az által, hogy a hasüri nyomást hirtelen fokozza, vagy közvetlenül találja a rekeszt oly módon, a hogy arra a háborús sérülések nagy változatossága számos példát szolgáltatott.

Ezzel szemben ritkává válik a kórkép akkor, ha a rekesz-sérvek közé csupán azokat az elváltozásokat soroljuk, a melyek a sérvek általánosan ismert követelményeinek megfelelnek. Ezek megint sérüléses, vagy veleszületett sérvek lehetnek, a mely utóbbiaknál különbséget szokás tenni az ál- és valódi sérvek között, illetve azon két elváltozás között, melyek egyikénél szabad összeköttetés áll fenn — mint fejlődési rendellenesség — a mell- és hasüreg között, viszont másikánál a rekeszizom physiologiásan gyenge hasadékán át a hashártya beoltosul a mellüregbe, ily módon alkotva a veleszületett, vagy későbbi időben sérülés következtében a mellüregbe jutott hasüri szerveket borító sérvtömlőt.

Az elváltozások sokfélesége magyarázza azt, hogy az irodalomban a rekesz-sérvek csoportjába tartozó elváltozásokra sokféle megjelölés szolgál; a klinikai tünetek nagy változatossága pedig, hogy a legkülönbözőbb elváltozások találhatók e czímen az irodalomban. A rekesz-sérv okozta panaszok nem jellemzők, mert felette változatosak. A tünetek a sérv nagyságával nincsenek arányban, sőt inkább a sérvek kicsinyisége s ez által a beékelődésnek könnyebb lehetősége okoz többször súlyosabb tüneteket, míg a nagyobb sérv olykor csak véletlen műtéti lelet, vagy évek mulva lehet oka oly szövődményeknek, melyek akár azonnali műtéti beavatkozást igényelnek. A bonctani és klinikai képek változatosságát az újabbban közölt esetek is bizonyítják (*Halsted, Schaldemose, Andree, Panner, Bund, Assmann, Oberndorfer, Jehn, Seifert, Lubesch, Dubs, de Courcy, Harttung, Leriche et Arcelin, Frank, Finsterer, Kassowitz, Sores*) és ezt bizonyítja az az eset is, melyet az I. sz. sebészeti klinikán volt alkalmam észlelni.

H. J., 40 éves férfit, kinek évek óta fennálló gyomorpanaszait nagyfokú lesóványodása igazolni látszott, 1920 november 20.-án a mentők szállították be a klinikára azzal, hogy az utcán rosszul lett. Elmondta, hogy előtte való este mohón ette meg a szokottnál nagyobb vacsoráját s ennek következményeként hajnaltájt ismételtlen hányt. Erős székelési ingere eredménytelen maradt, széke nem volt, sőt szelei is elakadtak. Reggelre erőt véve rosszul lett, munkájára akart menni, de az utcán elszédült, összeesett s így került először a Rókusba, majd kívánsága szerint a klinikára.

A beteg felvételekor súlyos hasi shock kifejezett képét mutatta: nagyfokú elesettség, beesett karikás szemek, halvány, kissé szederjes köztakaró, pépes száraz nyelv, 140-et verő gyenge, könnyen elnyomható érlökés s e mellett 36-8° hőmérsék, csuklás voltak a tünetek. A lapos, kissé behúzódtott has vékony, zsírmentes falain át élesen rajzolódónak a hasat csaknem teljesen kitöltő, alsó szélével a kismedenczébe nyúló gyomor körvonalai. A gyomor ütőgésre erőteljes, a bal bordaív alól kiinduló összehúzódtást kezd, a mely hullámosan fut végig rajta s a jobb bordaív alatt szűnik meg. Az alsó hasfélben a gyomor felett kimutatható tompulat arra utalt, hogy a tágut gyomor folyadékkal telt.

Az anamnesis gyomorpanaszainak mérlegelése alapján szűkületet okozó duodenalis fekély felvétele látszott jogosultnak, a mely az étrendi hibák kapcsán heveny gyomorbénulást, gyomortágulást, insufficientia motorica ventriculi-t okozott. Ebben a meggyőződésben megerősített egyrészt az, hogy a mikor a gyomor 2½ liternyi, nem bűzös, barnás tartama kiürített, az aggasztó tünetek szinte egy csapásra megszűntek; másrészt az, hogy az egész kórkép 24 óra mulva újra kifejlődött s a gyomormosással újra meg volt szüntethető. A Röntgen-vizsgálatból azonban kiderült, hogy a gyomor szokatlanul nagymérvű tágulásában részt vesz a duodenum is, a melynek azután alsó haránt ágában megakad a bismuthpép, úgy hogy a jejunalis kacsokba órák mulva, sőt másnap sem kerül semmi sem: az a lelet, mely az ú. n. arteriomesenterialis duodenalis elzáródás képére jellemző. Erre utalt egyébként az is, hogy az érlökés számát a gyomor-kiürítés, a mely a közérzetet oly következetesen megjavította, nem szállította le s hogy a bélműködés sem indult meg. Hogy daczára ennek a betegnél további 24 óráig kísérlet történt a palliativ kezeléssel, azt nagyban befolyásolta az, hogy az egész bal mellkasfelet hatalmas, tömött árnyékot adó, a bal tüdőt összenyomó, a szívet jobbra áttoló tompulat foglalta el, felvehetően az évtizedekkel előtt lefolyt mellhártyagyuladásnak folyadékos, callosus maradványa. A vizsgálat folyamán felvetődött az eventeratio diaphragmatica kérdése, de beigazolni ezt nem sikerült.

Mínthogy az állapot harmadnap is változatlan maradt, a betegen kétszer 24 óra mulva műtét végeztetett (*Verebély tanár*).

A felnyitott hasat teljesen elfoglalni látszott a legnagyobb fokban tágut, túltengett izomzatú, vastagfalú gyomor, mely egymagában tola-kodott a sebnylásba. A gyomornak a kismedenczéből való kiemelése és a hasfalak elé helyezése után kiderült, hogy a hasüreg a szó szoros értelmében üres, csak a bal oldalon szorongott az összehúzódtott, üres, alig hüvelyknyi leszálló remese, fenn jobboldalt a máj, a többi szerv hiányzott. A gyomor felemelésekor előtűnik az egész kiterjedésében tágut duodenum, a melyet a plica duodeno-jejunalis táján egy alulról felfelé haladó köteg leszorít. A bordaívek felemelésekor sajátos szívó hang utalt arra, hogy a mellkas nyitva van s ez terelte a figyelmet a rekeszre. A gyomor cardialis része alatt felnyúlva, a rekesz bal, hátulsó felében nyílásra akad a kéz, melyből sorra kerültek elő erősebb húzásra előbb az összes vékonybelek fodrukkal, majd a coecum, a felhágó és haránt remese a cséplésszel, végre a lép és a bal vese. S mikor mindez ki volt szedve, jól látható a hátulsó részében tenyéryni hiányt mutató rekesz, melynek nyílásán fel lehetett nyúlni a szív bal oldalán a tüdő mellett a második bordáig. A további ellátásban két feladatot kellett megoldani. Először is a rekesz nyílását kellett elzárni, a mi tekintettel arra, hogy a nyílás elülső szélét a hátulsó hasfallal kellett összeoltni, a hosszú, astheniás mellkasfal miatt nehezen ment; a kész varratok biztosítására szolgált még a lépdomborulatnak a varratok

helyére való fektetése és ezen helyen néhány aláhelyezett tamponnal való rögzítése. A másik feladat a belek rögzítése volt, a mi a coecumot, illetve a csepleszt a hasfalhoz öltő varratok útján, tehát omento-coecopexiával már könnyű volt.

A gyógyulást mi sem zavarta; 10 nap múlva a tamponok eltávolítása, a seb elsődlegesen gyógyult. Három hét múlva a beteg fenjárt. Szíve visszakért a helyére s a tompulat helyén puha, sejtés légzés volt hallható. Érdekes volt a távozásakor felvett Röntgen-lelet, mely szerint a gyomorbeltractus sem helyzetében, sem átjárhatóságában nem mutatott rendellenességet. Ellenben a bal diaphragma felett két ujjnyira folyadék volt, a mely a test mozgásakor szabadon látszott mozogni a pleurától elkülönített, extrapleurális üregben a nélkül, hogy felette léghólyag lett volna, bizonyítékul arra, hogy a diaphragma felett levő üreget csakugyan sikerült a hasüregtől légmentesen elzárni, mert hiszen a folyadék csakis így gyűlhetett meg benne.

Az esetből levonható tanulságokat összegezve kétségtelen, hogy a heveny kórkép okozója a rekesznek azon elváltozása volt, melyet rekesz-sérv névvel szokás megjelölni és a melynek keletkezését illetőleg a fejlődéstan szolgál magyarázattal.

Az elsődleges rekesz a 3. embryonalis hét elején a septum transversumból, azaz az ezt megelőző septum primumból fejlődik, a melyet az előbél-kapu átmeneti részén, a köldökvenák átvezetésére szolgáló oldalsó összenövési hidak alkotnak. Ezen hidakból származik egyfelől a pleuropericardialis ráncz, mely a pericardium ürét a pleura ürétől elválasztja, másfelől a pleuroperitonealis ráncz, mely a pleura ürét a peritoneum ürétől választja el.

A baloldali pleuroperitonealis nyílás későbbben záródik el, mint a jobboldali. A rekesz teljes kifejlődése az izmok kifejlődésével befejeződik a második embryonalis hó végén. A rekesz-sérvnek és a rekesz más fejlődési rendellenességeinek vagy a pleuroperitonealis nyílás tökéletlen elzáródása, vagy a pleuroperitonealis ráncz csökevényes gyenge fejlettsége lehet az oka, avagy pedig a rekesz egyes szakaszainak tökéletlen egyesüléséből maradhatnak vissza hasadékok, mint a lumbalis és costalis rész tökéletlen egyesüléséből a foramen Bochdaleki vagy a Larey-rés.

Elméletileg a lehetséges elváltozások *Verebély* szerint három csoportba foglalhatók:

1. *Protrusio diaphragmatica*nak lehetne nevezni azt az állapotot, a midőn a hasüri szervek a diaphragmát maguk előtt tolva nyomulnak fel a mellkasba. Ha ez körülírt hely kiboltosulásával jár: *diverticulum diaphragmaticum*, ha az egyik vagy másik rekeszfél kitágulásából származik: *relaxatio diaphragmatica* (seu *eventeratio diaphragmatica*) az elváltozás neve.

2. A *hernia diaphragmatica* név akkor illeti meg helyesen az elváltozást, ha a rekesz valamely nyílásán át a hasártya boltosul elő, maga előtt tolja a pleurát a mellürbe, sérvtömlőt alkot s ebbe a sérvtömlőbe tolnak be a hasüri szervek. Ha a kiboltosulás a rekesznek előképzett vagy fejlődésileg hajlamos helyén történik, akkor *hernia diaphragmatica* tipicának nevezi ezt *Verebély*; ilyenek a *parasternalis*, *paraesophagealis*, *parasymphaticus* és *paralumbalis* (seu *foraminis Bochdaleki*) sérvök. Ha pedig a tömlő a rekesz egyéb helyének hiányos fejlődési rését használja fel a kilépésre: *hernia diaphragmatica atypica* lehetne szerinte a helyes elnevezés.

3. *Prolapsus diaphragmaticus*nak nevezhető az elváltozás akkor, ha a rekesz nyílásán át a hasüreg a szabad mellüreggel közlekedik, ha tehát a rekesznyílás szélén a peritoneum és pleura nyílásai egymással egybeforrtak. A szokásos *hernia spuria* elnevezés csak zavart okozó erre a képre; ennek jellegzetes képviselője a rekesz azon sérüléseinek látható, melyeknek a háborús sebészet oly sok példáját szolgáltatta.

Hogy egyes esetekben az elsorolt lehetőségek melyike áll fenn, azt boncztanilag, sőt olykor görcsövileg is nehéz eldönteni. Abból, hogy esetünkben semminemű sérülés, még tompa sem ment előre, hogy a rekeszen, és pedig annak ágyéki részén élesen körülírt nyílás tátongott, hogy a tüdőt a műtét kapcsán tapintani nem lehetett, hogy a tüdő nem kollabált, ellenkezőleg a műtét után hamarosan kitágult s hogy a mellkasban körülírt, nem szabad folyadékfelhalmozódás keletkezett, arra lehet következtetni, hogy ebben az esetben

a *hernia diaphragmatica paralumbalis seu foraminis Bochdaleki* állott fenn, a mely igen ritka.

Tanulságos az eset másodszer azért, mert jól körülírt tüneteivel ahhoz a kórképhez tartozik, melynek talán az összes kórfolyamatok közül a legtöbb neve van: *ektasia*, *paralysis*, *insufficiencia evacuatorica*, *atonía acuta ventriculi*, *gastroplegia*, *duodenalis elzáródás*, *ileus duodenalis*, *magas ileus mesenterialis*, *arteriomesenterialis*, *gastromesenterialis ileus* az ismertebbek. Hogy a megjelölésre a gyomorileus a leghelyesebb, az azzal indokolható, hogy ez, mint az ileus szó általában csakis egy tünetcsoportnak a megjelölését célozza, a mely ebben az esetben a gyomorra vonatkozik s nem kívánja tovább érinteni azt, hogy ez az ileus dinamikai vagy mechanikai, az utóbbi esetben obturációs vagy strangulációs jellegű-e. A fent jelzett gyomortünetek mögött a legkülönbözőbb kórokok rejtőzhetnek, a melyekre legkevésbé sem illenek, ha az előbbi nevek valamelyike alatt kellene őket összefoglalni, de jól megférnek a gyomorileus fogalmában.

Tanulságos harmadszor az eset keletkezése szempontjából. Ahhoz, hogy a gyomor, duodenum és lehágó remese kivételével az egész béltractus, tehát az az egész részlet, melyet az *arteria mesenterica superior* lát el, bekerülhessen a mellüregbe, egyrészt a fodor letapadásának teljes hiánya, vagyis a *mesenterium ileocoecicum commune*, másrészt a *ligamentum gastrocolicum* hiánya, illetve szétvongálása volt az előfeltétel. Ez viszont oly súlyos fejlődési zavarok egybeesése, hogy létrehozására valószínűleg az egész peritonealis üreg alaki fejlődésének kellett megzavarva lennie, a minek azután egyik részjelensége lehetett a *hernia diaphragmatica*. Éppen ezen az alapon feltételezhető, hogy itt a sérv is világrahozott, tehát *hernia congenita* volt. A gyomor-elzáródás mechanizmusát illetőleg a jelen esetben a következő történt: a bélfodor a gerincoszlop bal oldalán ott kezdődik, a hol az aortából az *arteria mesenterica superior* ered; közvetlenül ez alatt a fodor a *plica duodenojejunalis*nál átugorja a duodenumot s azután a gerincoszlopot keresztbeszelve, jobbra lehúzódik a vakbél tájához, hogy innen mint *mesocolon* folytassa az útját felfelé. Ebből a tapadásból itt csak az a részlet volt meg, a mely a duodenum közvetlen szomszédságára esik: fenn egy köteg az arteriával, lenn pedig egy 1 cm. széles lemez a gerincoszlopon, a két gyökér közé volt befoglalva a duodenum. A mikor a belek fokozatosan felcsúsztak a mellüregbe, lassanként megfeszült az alsó köteg, keresztbe rászorult a duodenumra és azt elzárta; teljesen a megfordítottja tehát annak, a mi az *arterio-mesenterialis elzáródás*nál történik, a mikor a medenczébe lesüllyedő belek a felső köteget feszítik meg s ez zárja el a bél ürét. Hogyan kerültek be már most az összes belek a mellüregbe? *Physiologikusan*, mikor a gyomor az étkezés kapcsán kitágul s a belek előtt lehúzódik az alhas felé, maga előtt tolja lefelé a remesét, maga mögé szorítja a vékonybeleket; a vékonybelek felcsúszásának határt szab a keresztbe kifeszített *mesocolon transversum*. Ez történt itt is az említett étrendi hiba kapcsán; minthogy azonban a *mesocolon* hiányzott, a belek felcsúszása ab ovo magasabbra történhetett; a mikor azután megkezdődött a hányás, az ezt kísérő mély belégzések kapcsán működni kezdett a nyílt mellkasfél szívó hatása, a mihez hozzájárulhatott, hogy a gyomor hányó mozgása alulról felfelé haladva, valósággal felfelé tolta, felfelé masszálta maga előtt a beleket. Ezen kettős erő, szívás és tolás volt a belek mellürbe kerülésének az oka.

Tanulságos végül az eset klinikai szempontból is. A rekesz-sérvök kórboncztanai képének nagy változatossága a klinikai lelet nagy változatosságát vonja maga után, úgy hogy joggal állítható, hogy nem ismeretes az irodalomban két eset, mely hasonló panaszokat és tüneteket okozott volna. A subiectív tünetek annyira sokoldalúak, függnek a sérv tartalmától, annak nagyságától, annyira elmoshatja a szövödmény a rekesz-sérv kórképét, hogy egyedül a klinikai tünetek alapján a rekesz-sérvet felismerni nem lehet. Egyedül a Röntgen-vizsgálat az, melylyel sikerült egyes esetekben a kór-

ismét felállítani (*Andree, Schaldemose, Halsted*), más esetekben pedig ennek segítségével volt lehetséges a figyelmet a rekesz-sérvre felhívni, különösen oly esetekben, melyekben a kör-előzményi adatok között elszennvedett sérülés volt felemlítve. Jelen esetben a Röntgen-vizsgálat sem vezetett eredményre. Bár a vizsgálat alkalmával esetleges rekesz-sérv szóba került, ezt a felvételt bizonyítani nem lehetett, a mennyiben a rekesz felett, a légszegény tüdő alatt látott árnyék épp úgy megfelelhetett körülírt mellhártya-megvastagodásnak, esetleg eltokolt folyadékfelhalmozódásnak, mint rekesz-sérvbe jutott, összeesett beleknek és egyéb hasi szerveknek. A contrast-pép a duodenumot leszorító gyűrűn át a sérvet kitöltő belekbe nem juthatott, úgy hogy a béltractus helyzetéről a Röntgen-vizsgálat alapján tájékozódni nem sikerült. E mellett még a fenyegető tünetek a műtétnek hosszabb időre való kitolását sem engedték meg, úgy hogy a további Röntgen-vizsgálatokat mellőzni kellett.

A műtéti megoldást illetőleg az eset ritkaságszámba megy. Ritkaságszámba megy azért, mert sikerült a rekesz nyílását oly módon zárni, hogy az még folyadékot sem bocsátott keresztül és ezzel sikerült a rekesz-sérvek műtétének legnehezebb kérdését megoldani. A rekesz-sérvek műtétével kiterjedt irodalom foglalkozik. A legtöbb közlemény azonban a sérüléssel sérvekre nézve állít fel szabályokat. Így már a behatolásra nézve is *Rydygier* a mellüregen át való behatolást ajánlja, ugyanezt az utat választja *Bakes* is, midőn a *Kirschner-féle* ívalakú metszést pártolja, míg ezzel szemben *Orth* a hasüregen át való behatolás híve, mert ez úton véli a fertőzés lehetőségét inkább elkerülni. Mindezzel szemben a gyakorlat azt mutatja, hogy legtöbb esetben rekesz-sérveknél hasmetszést végeztek, a mellüregen át való behatolást csak akkor választották, ha sérveknél a bél kizáródott, elhalt és ezután a mellüreg fertőzése jött létre.

Nehezebb kérdés a rekesz nyílásának, a sérvkapunak elzárása, mely ha nagyobb, a széleinek egyesítése már eleve ki van zárva, s ha kisebb, akkor is nagy feszülésnek lehetnek a varratok kitéve és ez adott esetben kiújulásra szolgáltathat okot. Ennek elkerülése céljából a rekesz varratait biztosítani szokás, még pedig a hasüreg egyes szerveinek a varratok helyére, vagy a rekeszhiány helyére való fektetésével. *Horoch* e célra a gyomrot ajánlja, *Seifert* a kollabált tüdőt varrta a rekeszhez, *Leriche* és *Arcelin* a máj bal lebenyét, valamint a tüdőt is a rekesz varratainak helyéhez rögzítette, *Finsterer*, *Orth* pedig a lépét használta fel és ajánlja a rekesz varratának biztosítására. Újabban *Perthes-Goetze* és *Bakes* a nervus phrenicus megfagyasztását ajánlja, mely a rekesz működését napokra felfüggeszti és ezáltal a sérvkapu zárását megkönnyíti. Mindezek az eljárások esetenként adódnak, részben még csak kísérleti szakban vannak. Esetünkben a sérvkapu egyesítésével, a lépnek a varratok helyére való fektetésével, a lép körül tamponok elhelyezésével sikerült a rekeszhiányt zárni. Hogy e mellett a sérvből előhúzott beleknek bonczani helyükön való rögzítése is szükségessé vált, az bővebb indokolásra nem szorul.

Közlés a budapesti kir. m. Pázmány Péter tudományegyetem II. számú szemészeti klinikájáról. (Igazgató: Hoór Károly dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Az afenil intravenás alkalmazása a conjunctivitis vernalis terapiájában.

Közlő: *Horváth Béla* dr., klinikai tanársegéd.

A Klin. Monatsbl. für Augenheilk. 1920. évi márczius-áprilisi füzetében *Cords* a tavaszi hurutnak egy régóta fennálló és mindenféle kezeléssel daczó esetét közli, melyet egyetlen egy intravenás afenil-injectióval sikerült meggyógyítani. Betegének felső szemhéji kötőhártyája kissé ki-vörösödött, rajta a mozaikszerű rajzolat kevéssé kifejezett, a kötőhártya mintha tejjel volna leöntve. A szemtekei kötőhártya duzzadt, s egészen sáncszerűen ráfekszik a szaruhártya külső és belső szélére, azonkívül nagyobb, kocsonyás csomók is láthatók a szaruhártya körül. A szaruhártya egész

környéke mérsékelten belövelt. A beteg fénykerülő és könnyező, a mellett szeméi erősen viszketnek. Október 12.-én kap a beteg 10 cm³ afenil intravenásan, utána mindjárt javul az állapot. Október 22.-ére a szemhéji kötőhártyáról a csomók teljesen eltűnnek, a subjectiv panaszok megszűnnek, s a felső szemhéji kötőhártya mozaikszerű rajzolata alig észrevehető. A szerzőnek több eset nem állván rendelkezésére, a továbbiaktól várja az általa elért eredmény kritikáját.

Az afenil 10 cm³ ampullákban 10⁰/₀-os oldat alakjában a *Knoll & Cie.* (Ludwigshafen/Rhein) gyár hozza forgalomba; chlorcalcium-húgyanyagot tartalmaz: 11.42% calciumot és 68.28% húgyanyagot. Calcium-tartalma tehát meglehetősen nagy. Ajánlják még asthma bronchiale, jodnátha, jodbronchitis, urticaria és szénalag ellen is, valamint az anaphylaxiás reactio kifejlődésének megakadályozására. *Cords* még lymphás megbetegedések kapcsán fejlődő ekzema ellen is többször alkalmazta jó eredménnyel. Alkalmazásmódja az intravenás injectio. Az injiciálásnak lassan kell történnie. A beteg szájában, torkában, az urticariás és ekzemas helyeknek megfelelően melegséget érez, egyéb kellemetlenséget az injectio rendszerint nem okoz. Igen ritka a főfájás. Contraindicatói szivbilyentüdbántalom, myocarditis és arteriosclerosis.

Folyó évi november hó végén egy vidéki nőbeteg kereste fel a klinikánkat, kit orvosa trachoma diagnosissal küldött fel gyógykezelés céljából. A beteg gyengén táplált, vérszegény egyén, mindkét szemén alig kifejezett ptosis van, a szemrések területén a kötőhártya vörösbarnásan elszínesedett, kocsonyásan duzzadt, a duzzanat különösen a szaruhártya külső és belső szélén kifejezett. Ezenkívül több, nagyobb, kocsonyás csomó is látható a szemrés területén. A szemteke kötőhártyájának a szemhéjaktól takart része egészen normalis. Az alsó szemhéjak kötőhártyáján eltérés nem látható. A felső szemhéjakat infiltráltak, a normálisnál sokkal keményebbek érzésként és a kötőhártyán mozaikszerű rajzolatú, széles, kemény, lapos, papillaris túltengést találunk. A beteg szeme körülbelül három éve fáj, először erős viszketésérzése volt, s zemei gyakran könnyeztek, különösen nyáron szenvedett sokat, télen állapota az első évben javult, s ekkor orvoslásban nem is részesült. Mikor később a szemrés területén a szemteke kötőhártyája megduzzadt és vöröses-barnásan elszíneződött, az orvosa porbehintésekkel és szemcseppekkel kezelte. Panaszai a következő tavasszal ismét jelentkeztek, majd fokozódtak és csak az időjárás hűvösebbre fordultával érzett megkönnyebbülést. Ez évben azonban szemének viszkete a hideg idő bekövetkeztével sem akart megszűnni, szemtekei kötőhártyájának belöveltsége sem múlt el, ezért ismét orvoshoz fordultak, a ki Pestre küldte. A beteget conjunctivitis vernalis diagnosissal felvettük a klinikára, hogy az előbb leírt kezelést megkíséreljük.

November 21.-én kap a beteg 8 cm³ afenil intravenásan. Az előbb leírt melegézésen kívül a beteg semmiféle kellemetlen érzésről nem panaszkodik. Kétóránként hőmérőzve hőemelkedést nem mutat, a pulsus, lélekezés rendes. Másnapra a subjectiv panaszok megszűntek. A szemtekei kötőhártya belöveltsége főként a bal szemén jelentékenyen csökkent, a szemhéji kötőhártya állapota változatlan.

November 23.-án újabb 10 cm³ afenil intravenásan. Ez injectiót sem követi sem kellemetlenség, sem hőemelkedés. A következő napokban a tarsalis conjunctiva papillaris kiemelkedései lényegesen megkisebbedtek, a szemtekei kötőhártya még inkább elhalványul és duzzadása is kisebb. Két-három egyedülálló kocsonyás csomó azonban változatlanul megvan, sőt a körülötte levő kötőhártya duzzanatának megszűnése folytán annál szembeötlőbb. A beteg azután lázas lett, a további injectiókat elhalasztottuk.

November 30.-án újabb 10 cm³ afenil. Az injectiónál a melegézésen kívül semmi kellemetlenség.

December 2.-án a szemhéji és szemtekei kötőhártya alig belövelt. A felső szemhéji kötőhártyán a papillaris túltengések újabbán alig változtak. Időnkint a szemtekei kötőhártya is kissé belövelt.

December 8.-án újabb 10 cm³ afenil intravenásan.

December 15.-én a felső szemhéji kötőhártyán levő papillaris túltengés egyrésze, főképpen a szemzugokhoz közel, részben megkisebbedett, részben teljesen eltűnt. A szemtekei kötőhártya állapota változatlan, két-három egyedülálló kocsonyás csomó kezdettől fogva változatlanul megvan. Miután a betegen tovább lényeges változást nem tapasztaltunk, az afenil-kezelést abbahagyjuk.

A fentieket összegezve látjuk, hogy a beteg az első injectio után subjectiv panaszaitól teljesen megszabadult, s objective is lényeges javulás következett be. Ez nem tulajdonítható a hideg időjárásnak, részben azért nem, mert a hidegre fordult időjárás ellenére is a panaszok egészen a kezelés megkezdéséig fennállottak és a beteg éppen ezek miatt fordult orvoshoz, másrészt a javulás az injectiót követve egyik napról a másikra következett be. Olyan teljes eredményt, mint *Cords* esete, a miénk nem mutatott. Kétségtelen azonban, hogy a kötőhártyaváltozásokra is lényeges

hatással volt, de teljesen egyiket sem tüntette el. A szemtekei kötőhártyán lévő változásokra mégis aránytalanul jobban és gyorsabban hatott, mint a szemhéji kötőhártyákon lévőkre. A *Cords* részéről elért jó eredmény talán éppen annak tulajdonítható, hogy az ő esetében főleg a szemteke kötőhártyáján voltak a változások, míg a tarsalison alig. Egy esetben megkísértem az afenil befecskendezését az arcra, a szemhéjak és a homlok kiterjedt ekzemájánál, eredményt azonban nem láttam. Egy másik esetben nagyon súlyos urticariánál injiciáltam. A beteg annak ellenére, hogy a szájból beálló melegérzésre előre figyelmeztettem, ijesztően nagy melegérzésről számolt be az injectio alatt, mely a szájra, a torokra, s különösen az urticariás helyekre terjedt ki. Azonkívül a beteg szédülésről, szívdobogásról is panaszkodott, a mi azonban félórás pihenés után megszűnt és talán inkább az ijedtségnek, mint az afenilhatásnak tulajdonítható. Ezen a betegen a subjectív tünetek fél óra múlva nagyjában megszűntek, később azonban éppen olyan fokban visszatértek. Az oedemás, piros foltok nem tüntek el, sőt néhány óra múlva és a következő napon még újabbak is jelentkeztek. Többször nem adhattam afenilt, mert a beteg elutazott.

Cords közlése után ugyancsak az említett folyóirat augusztusi füzetében többen is beszámolnak a conjunctivitis vernalisnál afenillel végzett kísérleteik eredményéről. Az egyik *Wachtler* (Bozen), a ki éppen olyan jó eredményt ért el, mint *Cords*. Esetében kínzó subjectív tünetek, tejszínű kötőhártya, erősen kifejezett mozaikszerű rajzolatú biró papillaris hypertrophia volt a felső szemhéji kötőhártyán, a szemtekei kötőhártyán alig volt változás. Július 8.-án kapott a beteg 10 cm³ afenilt, újabb injectiót közbejött betegsége miatt csak július 20.-án. Július 29.-én a papillaris túllengések teljesen eltűntek, a felső szemhéj kötőhártyája még kissé belövelt, bársonyszerű. Különösen hangsúlyozza, hogy a subjectív panaszok teljesen megszűntek. Másik esetben ambulans betegen az afenil eredményét nem figyelhette meg, csak a gyermek anyja közölte levélileg, hogy a panaszok megszűntek és a szaruhártya két oldalán levő csomók eltűntek. A másik *Pichler* (Klagenfurt), ki a conjunctivitis vernalis súlyos esetében injiciált afenilt. Ezen a betegen súlyos változások voltak úgy a szemhéj, mint a szemteke kötőhártyáján, sőt a verrucaszerű csomók a szaruhártyára is ráterjedtek, s majdnem a pupilla széléig értek. Augusztus 12.-én kapott afenilinjectiót, következő napon feltűnő javulás úgy subjective, mint objective. Augusztus 16.-án újabb injectio, utána a viszketés teljesen eltűnt, a javulás tovább halad. Augusztus 29.-én kis visszaesés. A viszketés újra jelentkezik. Szeptember 5.-én még nagyobb visszaesés. Szeptember 6.-án újabb afenil. A következő napokban alig valami javulás. Szeptember 10.-én újabb injectio. Ismét alig számbavehető javulás, a viszketés állandóan tart. Később a szokásos kenőcsös kezelésre némi javulás. A kezdetben tapasztalt javulást ő is az afenilnek és nem az idő hűvösebbre fordulásának tulajdonítja, először, mert nagyobb hőmérsékingadozások akkor nem igen voltak, másodsor, mert már azelőtt megfigyelte, hogy a megbetegedésre sokkal nagyobb hőmérsékingadozás is alig volt hatással és hogy ez a hatás is csak nagyon lassan fejlődött ki. Ő az afenilkezelést helyi kezeléssel kombinálva ajánlja. A harmadik, a ki afenillel kísérletezett, *Egtermeyer* (Greifswald). Négy esetben injiciált afenilt conjunctivitis vernalisnál. Az első esetben mérsékelten kifejezett a megbetegedés. Három 10 cm³ afenil-injectio után semmi eredmény. Egy másik esetben erősen kifejezett subjectív tünetek mellett három afenil-injectio után semmi eredmény. A harmadik esetben különösen a felső szemhéj kötőhártyáján vannak kifejezett változások, a szemtekei kötőhártya szabad. Három afenil-injectio után a legkisebb javulást sem látta. Sokkal jobb eredményt látott szénaláz-conjunctivitisnél. Két esetben elég volt egy 10 cm³-es afenil-injectio, hogy a panaszok teljesen megszűnjenek. Egy esetben két injectióra szűntek meg a panaszok. A negyedik esetben három injectióra enyhültek a panaszok, majd 14 nap múlva a baj recidivált. A beteg később calcium-készítményeket szedett eredmény nélkül.

Láthatjuk, hogy a conjunctivitis vernalis orvoslásában az afenil intravenás alkalmazásával elért eredmények nagyon különbözők. Legtöbb esetben a subjectív panaszokat egyik napról a másikra enyhítette, vagy végleg megszüntette. Az objectív változások közül különösen a szemtekei kötőhártyának súlyos változásaira látszik inkább hatást gyakorolni, bár ez sem szabály. A szemhéj-kötőhártyában levő változások inkább csak akkor tüntek el, ha kevéssé, vagy mérsékelten voltak kifejlődve. Általában úgy látszik azonban, hogy az afenillel a conjunctivitis vernalis terapiája mégis gazdagodott, mert tagadhatatlan, hogy több oly esetben volt feltűnő hatás elérhető, mely az eddig használatos orvosszerekkel nagyon nehezen befolyásolhatóknak bizonyult.

Gyomorelváltozások nyelőcső-folyamatoknál.

Irta: *Bársony Tivadar* dr.

A nyelőcső betegségével egyidejűleg lehet kóros elváltozás a gyomorban is. Maróanyagok ivása után ez elég gyakori, egyéb nyelőcső-folyamatoknál ritkább. A nyelőcső betegségeihez társuló gyomorelváltozások könnyebben áttekinthetők, ha a gyomorszajadékok (cardia és pylorus) elváltozásait külön tárgyaljuk.

I. Cardia-elváltozások.

a) *A cardia kóros összehúzódása.* A cardiát physiologiás összehúzódásban önálló beidegzése tartja, ganglionjaihoz — mindenek szerint — a nyelőcsőből idegpályák haladnak, melyeknek ingerülete a cardiát nyitja. A míg ez a reflex-ingerület tart, a cardia nyitott, a mikor ez megszűnik, a cardia záródik. A reflexingerületet a cardia feletti nyelőcső-rész megfelelő idegvégeinek compressiója váltja ki: *oesophago-cardialis compressiós nyitóreflex*.* (Hasonló módon jön létre a pylorus megnyílása is egy antropylorikus compressiós reflex útján, sőt valószínűleg ugyanez a mechanizmus szerepel a hólyag- és a végbél-záróizom nyílásakor is.) A compressio létrejöhet intramuralisan az összehúzódó izomzat direct nyomása folytán és az izomzatra gyakorolt intra- és extraoesophagealis nyomás következtében; nyeléskor, physiologiásan, az izomzat összehúzódása intramuralisan és a lenyelt falat intraoesophagealisan hozza együttesen létre. Ha a nyelőcsőizomzat tonusa csökken, gyengül a nyitóreflex, egyrészt, mert az intramuralis compressiós kisebb, másrészt meg azért, mert a lenyelt falat nyomásának a tonustalan fal enged. A nyelőcsőfal tonuscsökkenésének extrem eseteiben a cardia még nagyobb mennyiség lenyelése után sem nyílik meg. *A cardiának ezt a kóros contractióját külön kell választanunk attól, melyet a cardiára gyakorolt fokozott inger idéz elő. A kettő között principialis különbség van.* Az előbbi az oesophago-cardialis compressiós reflex csökkenése folytán jön létre, itt a nyelőcső izomdepressiójának képe tűnik szembe; az utóbbi ellenben a cardia igazi spasmusa, reflex útján kiváltott segmentaris contractura, melytől — mint szűkülettől — oralisan izomexcitációt fogunk találni. Röntgen-vizsgálattal az előbbinél tág és megnyúlt a nyelőcső, peristaltika nem, vagy alig látszik, a contrastanyag egy bizonyos szintig megtölti a nyelőcsövet; az utóbbinál a nyelőcső alig tágult, a lenyelt contrastanyag peristaltikás és antiperistaltikás irányban élénk mozgást végez, már kis mennyiségeknél is irrogitál.

Cardiospasmust a nyelőcső betegségei közül oesophagitisnél és diverticulumnál szoktunk találni. Hogy oesophagitisnél másodlagos-e a cardiospasmus, az sokszor kérdéses. Diverticulumoknál másodlagos a cardiospasmus; ezt azok az esetek teszik bizonyossá, melyekben a cardiospasmus megjelenése idején már jelen van a diverticulum. Előfordul azonban, hogy nem állapíthatjuk meg ily bizonyossággal a sorrendet. Egyik betegünk például másfél év óta állott cardiospasmus diagnossissal kezelés alatt. Többször röntgenezték, csak cardiospasmust találtak. Vizsgálatunkkor a második ferdében fél-mogyorónyi diverticulomot találtunk a cardia közelében a nyelőcső elülső falán. Az első ferdében alig volt látható. Való-

* Van bizonynyal oesophago-cardialis chemoreflex is.

színű, hogy a diverticulum megvolt már a cardiospasmus jelentkezése idején is s csak elkerülte a vizsgálók figyelmét, de lehetséges, hogy elsődleges cardiospasmushoz társult a diverticulum. Feltűnő, hogy magára a nyelőcsőre szorítózkodó diverticulumoknál (különösen a bifurcatio alattiaknál) gyakori a cardiospasmus, „Grenzdiverticulum“-nál ellenben nem szokott előfordulni. *Zweig*¹ szerint nyelőcső-fekély kapcsán is mutatkozhatik cardiospasmus.

Azt a kóros *cardia-összehúzódást*, a melyet a nyelőcső rákjával együtt írtak le, a *nyitóreflex kiesésével* kell magyaráznunk, mert a cardia feletti nyelőcső-rész izomdepressiót mutatott. A közölt esetek legtöbbjében a rák csak másodlagosan fejlődött ki.

A *nyitóreflex kiesésének következménye a kóros cardia-összehúzódás, mely az idiopathiás nyelőcső-tágulattal kapcsolatos*.** E betegség lényegét a nyelőcső alsó részének beidegzési zavara alkotja. Az izomzat tonusa csökken, e miatt csökken az a compressio, mely a cardianitót reflexet megindítja. A tünetek hevenyen jelentkezhetnek evés-ivás-excessusok vagy psychés inzultusok után, mert ilyenkor az izomzat tonusa hirtelen nagy fokban csökken. (Hogy psychés inzultus izomdepressiót hozhat létre, az jól demonstrálható a gyomron, a hol a tonuscsökkenés mellett főleg a peristaltika megszűnése szembeötlő.) Az izomzat hevenyen kiváltott tonuscsökkenése az idiopathiás nyelőcső-tágulatnál tartósabban azért marad meg, mert a beidegzés zavart volt már előbb is. Az említett inzultusok itt nem spasmust hoztak létre a cardián, hanem izomdepressiót a nyelőcsővön, ennek következménye aztán a cardia kóros összehúzódása. A Röntgen a nyelőcső izomdepressiójának képét nyújtja. A nyelőcső tág, megnyúlt, a contrast-anyag a nyelőcső-zsák fenekére hull, felette a pangott étel vízszintes vonala a beteg mozgásakor hullámzik. Peristaltikás mozgás alig látszik. Préseléskor egy rész hirtelen a gyomorba jut: a cardia megnyílt. Ez is peristaltika nélkül zajlik le. A préseléssel, a mellüri nyomás fokozásával nyelőcsővét összenyomta a beteg, ezzel hozta létre extraoesophagealisan azt a compressiót, mely a cardiát megnyitotta. Megnyílik a cardia akkor is, ha az intraoesophagealis nyomás fokozódik, ha például a beteget tovább etetjük contrast-anyaggal, vagy vizet itatunk vele. A betegek tudják, hogy ez említett manőverekkel sikerül nyelniük, a kórelőzményben el is mondják ezt. A contrastanyag egy bizonyos szintig megtölti a nyelőcsővét, ezentúl vagy regurgitál, vagy a gyomorba jut.

Az idiopathiás nyelőcsőtágulattal analog elváltozást találunk a gyomron, a végbélen és a hólyagon is. Mind-egyiknek lényege az, hogy a záróizom azért van kóros összehúzódásban, mert a zsigertől a záróizomig haladó nyitóreflex ingerülete csökken, mert a zsigerizomzat depressiója folytán a reflexet kiváltó összenyomás gyengül. (A hólyagon és végbélen a reservoir-functio és a sphincter externus akaratlagos beidegzése módosítólag hat.) Mind a négy záróizomra vonatkozólag meg kell különböztetnünk a fentebb említett kétféle összehúzódást. Egyik a záróizom spasmusa (töle orálsan izomexcitációval), másik a zsiger izomdepressiója következtében létrejött záróizom-összehúzódás. Minthogy ez utóbbinál a primaer izomdepressio miatt a megfelelő zsiger kitégült, ajánlatos lenne ezek számára lefoglalni a mega-szóval való képzést. A megaoesophagus, megaventriculus, megacolon, megacysta elnevezés ezek alapján magában foglalná a betegség lényegét is. A ma záróizomspasmusnak tartott betegségek ezzel a megvilágítással revisióra szorulnak. (Pylorus-spasmus, Hirschsprung, gyermekkori vizeletretentiók.) Az a pylorus-összehúzódás, a mit a duodenalis fekély maximalsecretiós alakjánál (*Westphal-Katsch*) találunk, kétségtelenül nem spasmus, hanem a megaventriculus következménye. A megaoesophagusnak (idiopathiás nyelőcsőtágulat) ezzel való analogiája teljes, még a váladékpangást is megtaláljuk. A prostata-atrophia, az „Altersblase“, a „prostatisme sans prostate“ néven leírt retentiós tárgulatok szintén típusai a megacystának. Úgy látszik, a megafolyamatoknak közös vonásuk, hogy van

egy izomtúltengéssel járó latens szakuk, melyből az említett inzultusok az izomdepressio hirtelen fokozásával rohamokban váltják ki a záróizom tartós összehúzódását s ezzel együtt a tüneteket. („Cardiospasmus“-os rohamok megaoesophagusnál, heveny retentiók megacystánál.) A tünetek akkor, ha az alapbaj nem túlságosan előrehaladott, ismét elmúlhatnak, a betegség ismét latens szakba kerülhet. A latens szakot néha sikerül még a tünetek megjelenése előtt kimutatni. (Trabecularis hólyag tabesnél.) A latens szak izomtúltengése a tágulás kompenzálása folytán jöhet létre. A záróizom kóros összehúzódásának két csoportba való osztása nemcsak elméleti értékű. A gyógyítás szempontjából is fontos ez azért, mert a megafolyamatoknál akkor, ha az izomdepressiót megszüntetjük, magától megszűnik a záróizom kóros összehúzódása is. A duodenalis fekélyhez társuló megaventriculusnál ez szépen demonstrálható. A megafolyamatok záróizom-összehúzódásának gyógyítása tehát a megfelelő zsiger izomtúlnyújtásának megszüntetése; ezt rendszeres kiürítéssel érhetjük el. Ha a zsigerizomzat bénult, a záróizom kiiktatásával érhetünk el eredményt (erőszakos tágitás, extramucosus sphincterotomia megaoesophagusnál; prostata-atrophiánál a prostatectomia hatása szintén nem egyéb, mint a záróizom kiiktatása).

Megaoesophagusnál az atropin hatástalan, mert a cardiát önálló beidegzése tartja fokozott összehúzódásban, erre pedig a kis atropin-adagok még inkább izgatólag hatnak. Minthogy a megaoesophagosus betegek vízvással vagy préseléssel le tudják szorítani a nyelőcsőtartalom egy részét, megtörténik, hogy a teljes bénulás megállapítása után is még évekig élnek nagyfokú functionális szűkületek ellenére. Ugyanakkor, a mikor mi kutaszszal nem tudunk áthaladni a cardián, a beteg az említett manőverekkel meg tudja nyitni, a cardiospasmust le tudja győzni. A táplálék consistenciája közömbös: kevés víz megakadhat, elegendő szilárd étel átjuthat. A cardia erős szakos vagy véres úton való tágitása után a szabad passzage ellenére is megmarad a nyelőcső tágulata.

b) *A cardia kóros ellazulása*. Homokóragyomrot okozó befűződésnél a pylorus sokszor átjárhatóbb a rendesnél (*Bársony*²). Minthogy végbélszűkületeknél is gyakori a szűkülettől aboralis záróizom ellazulása, analogia alapján felvettük, hogy nemmarásos nyelőcsőszűkületnél is ellazulhat a szűkülettől aboralisan eső záróizom, a cardia. Kimutatnunk ezt Röntgennel nem sikerült. Az irodalomban azonban találtunk olyan adatot, mely felvételünket támogatja: *Ach*³ két esetben végzett retrograd oesophagoskopiát nyelőcsőráknál s mindkettőben azt találta, hogy a cardia tátongott.

c) *Szerves szűkület a cardián*. Marásos nyelőcsőszűkülettel egyidejűleg létrejöhöz szerves szűkület a cardián is. A nyelőcső szűkületek helyein kívül a cardia is hajlamos helye a felmaródásnak. Ez a nyelés mechanizmusában leli magyarázatát. A folyadék a nyelés akaratlagos szakasza után a garatból belövelltetik a nyelőcsőbe egészen a cardia-tájjig, itt addig vesztegel, míg a cardia meg nem nyílik. Ha a cardián spasmus áll be, a maróanyag hosszabb időzése folytán itt súlyosabb szűkület jöhet létre. Viszont felvehető, hogy a nyelőcső spasmusa megakadályozhatja, hogy eljusson a maróanyag a cardiáig. A cardia heges szűkületéhez spasmus is társulhat. Ilyenkor, ha nyelőcsőszűkület nem fogja már a szondát, más és más ellenállást találunk a cardián. Megtörténhetik azonban, hogy nem spasmus, hanem szondázás folytán duzzadt, vagy ételpangás folytán lobos nyálkahártya vagy ételmaradékok szűkítik időlegesen még jobban a heges cardiát.

II. Pylorus-elváltozások.

A ritkán előforduló *peptikus nyelőcső-fekélylyel* egyidejűleg lehet fekély a pyloruson, vagy a gyomor más részén is. (A közölt eseteknek több mint felében volt jelen.) Rendesen a gyomorfekély áll a kórkép homlokterében a maga complicatioival, a nyelőcső-fekély jelenléte el szokta kerülni a figyelmet.

Marásos nyelőcső-folyamatok egy részénél heges szűkület jön létre izoláltan a pylorustájon. Keletkezésének magyarázatára fel kell vennünk egyrészt azt, hogy csak kevés maró-

** Ennek a lehetőségére már *Meltzer* is gondolt. (Berliner klin. Wochenschrift, 18:8, 140—173. oldal.)

anyag jutott a gyomorba, másrészt a pylorus tartós összehúzódását a behatás idején, melyet a maróanyag vált ki. A pylorus összehúzódása miatt a maróanyag a pylorustájon vesztegel. Ha az antrum spasmusos összehúzódásba jut, az érintkezés intenzívebb lesz. A megmárt nyálkahártya és izomzat leöklődése után (a mi körülbelül a 10. napon következik be) megindul a zsugorodó hegesedés. Ez a gyomornak e physiologián is szűk helyén gyorsan vált ki szűkületet. A gyors szűkülés magyarázza meg a klinikai tünetek gyors megjelenését és rohamos előrehaladását. A 2. héten megtörténik a megmárt részék leöklődése, a 4. héten már mutatkoznak a szűkületre utaló tünetek, a 6.—8. hét körül a zsugorodás már oly fokot érhet el, hogy kifejlődik a dekompenzált pylorus-szűkület klinikai képe. A betegek órákkal az étkezés után hányanak, sokszor az éjjeli órákban, gyakran az előző napi ételmaradékot. Kórelőzményükben jellemző, hogy a marás utáni hányás vagy nem szűnt meg, vagy ha megszűnt, a 3.—4. hét táján ismét megjelent, még pedig ellentétben a kezdeti hányásokkal, órákkal az étkezés után. Feltűnő, hogy a heveny folyamathoz társuló gyomortáji fájások alábbhagytak, a beteg a gyomra tájára rendszerint nem lokalizál különösebb fájdalmat. A gyomortáji panaszok csökkenése talán az oka annak, hogy az egyidejű pylorus-szűkület lehetőségére idejében nem gondolnak, a hányást a nyelőcső szűkületével hozzák összefüggésbe. Ez magyarázza meg, hogy a betegek rendszeren a decompensatio szakában, igen leromlottan jutottak hozzánk. Hogy mily nagy fokot érhet el rövid idő alatt a szűkület, azt egy hat héttel a lúgvás után jelentkezett betegünk esete mutatja, ki a dekompenzált szűkület miatt megajánlott műtétbe csak 5 nap mulva egyezett bele; az ekkor meg-ejtett átvilágításkor az 5 nappal ezelőtt evett baryumpépnek körülbelül $\frac{1}{3}$ -a még benn volt a gyomorban.

Hangsúlyozzuk, hogy azokban az esetekben, melyekben a hányás a 3.—4. héten még tart, vagy bár előbb megszűnt, de ez időben újból megjelent és az étkezés után 1—2 óra, esetleg órák mulva áll be, gondoljunk a nyelőcső szűkülete mellett egyidejűleg fejlődő gyomorszűkületre is. Röntgen-vizsgálatnak kell igazolnia gyanunkat, ez egyszersmind megmutatja a szűkület helyét is.

III. Gyomorelváltozások.

a) *A gyomor tonusának fokozódása.* Nagyobbfokú nyelőcső-szűkületnél a gyomor kisebb lesz, hypertoniás alakot vesz fel. Ez a Röntgen-vizsgálaton kívül a műtét alkalmával is megállapítható. Oka az, hogy a lassan telődő gyomorból már telődés közben ürül a gyomortartalom, a gyomor állandóan contraháltabb marad.

b) *A gyomor tonusának csökkenése.* Idiopathiás nyelőcsőtágulatnál előfordul, hogy atóniás a gyomor. Ez annál feltűnőbb, mert a cardián functionalis szűkület van, a nyelőcső és a cardia szűkületeinél pedig hypertoniás gyomrot szoktunk találni. A gyomoratonia ez esetekben nem következménye a nyelőcső-folyamatnak, hanem mindkét elváltozásnak közös oka van, a melyet a beidegzés zavarában kell keresni. Megtörténik maróanyagok ivása után is, hogy a nyelőcső-szűkület mellett a gyomor atóniás. Ez másodlagos, az egyidejű szerves pylorus szűkület következtében jön létre, mint a gyomor decompensatiójának tünete.

c) *Szerves elváltozások a gyomron.* Marásos nyelőcső-folyamatoknál létrejöhetnek marások a gyomron is. A felületesek nyom nélkül gyógyulhatnak, a mélyek, ha a beteg életben marad, maradandó elváltozást hoznak létre. Az esetek egy részében még ez utóbbiak sem okoznak klinikai tüneteket, máskor igen súlyos kórkép kifejlődésére vezetnek. Legsúlyosabb maradandó elváltozással járnak a pylorus és az antrum mélyreható marásai, mert ezeknek következményes hegesedése jelentős passage-zavart hoz létre.

A gyomormarások keletkezésének mechanizmusa bonyolult. Ha betekintést kívánunk nyerni a részletekbe, sorra kell vennünk azokat a tényezőket, melyeknek hatására egyrészt különféle helyeken lokalizálódik a folyamat, másrészt intenzitásbeli különbség jön létre a különböző helyeken. A szereplő

tényezők között legnagyobb fontossága van a töménységen kívül a lenyelt maróanyag mennyiségének. Ezen kívül szerephez jutnak a következő tényezők: a gyomor tonusa, teltsége a behatás idején, továbbá spasmus, hányás s esetleg hypersecretio, a melyet a maróanyag válthat ki. A peristaltika valószínűleg szünetel a marás idején.

Ha jó tonusú üres gyomorba folyadék kerül, akkor ez, a Röntgen-átvilágítás tanúsága szerint, vagy végigszalad a gyomron s nyomban megjelenik a duodenumban, vagy kifejti a contrahált gyomrot ugyanolyan módon, mint a pépes táplálék, csak gyorsabb menetben. Felvehető, hogy maróanyag hatására mindkét esetben létrejön a pylorus tartós összehúzódása, mely egy ideig megakadályozza, hogy a maróanyag tovább haladjon. A gyomorban megrekedt maróanyag, ha nagyobb mennyiségű, a jó peristole folytán megtölti a gyomrot egészen a cardiáig, hatását tehát az egész gyomron tartósan érvényesíti. A fundus azonban, a melyet a léghólyag üres gyomornál is kifejtve tart, még ez esetben is ment marad a marástól. Ha idejében nem hány a beteg, a kiterjedt és mélyreható marás folytán a gyomor átfűrődhatik. Ha a lenyelt mennyiség kisebb, a pylorus elzáródása után nem telődik meg a gyomor egészen a cardiáig. Csak a pars media egy részével és az antrummal marad tartós érintkezésben, csak ezeken a részeken jön létre mélyebb marás. Ha perforatio nem áll be, akkor a mély marások körülbelül a 10. napon előzetes lázas szak után leöklődnek, a leöklődés helyén zsugorodó hegesedés indul meg, mely az antrum és pars media megfelelő részének megszűkülésére vezet. Liebmann⁴ esete dominálja a mechanizmusnak ezt az alakját. Betegén a pars media és a pars pylorica nyálkahártyája összefüggő darabban (az antrum csőszerűen) löködött le és ürült ki a széklettel, az antrum-rész vastagabb volt, jelétül az intenzívebb mélyrehatásnak. A később kifejlődött zsugorodás csak ezekre a részekre szorított s mikor körülbelül 8 hét múltán ismét vizsgálatra került a beteg, a hegesedő folyamat a pars pyloricát és mediát már teljesen megszükitette, a contrastanyag csak a pars cardiacát töltötte meg. Műtétkor a pars media és a pars pylorica helyén heges tumort találtak, a pars cardiaca épneg látszott. Ha csak kevés maróanyag jut a gyomorba vagy azonnali hányás után kevés marad vissza, akkor ez a pylorustájra súlyos és mélyre való hatását csak itt érvényesíti. A magasabb részek felületes marása, mely a kifejlés alatt jött létre, nyom nélkül gyógyulhat, a pylorustájon hegesedés jön létre; a pylorustáji izolált szűkületek ily módon magyarázhatók. Lehetséges, hogy a maróanyag a gyomorban való megjelenéséhez spasmus társul. Ha a spasmus kifejlés közben jön létre, megakadályozhatja, hogy a maróanyag az antrumig eljusson.

Ha rossz tonusú üres gyomorba jut a maróanyag, akkor ez a caudalis polusra hull, a nélkül, hogy útközben a gyomor felsőbb részével számbavehető érintkezésbe jutna. Még nagyobb mennyiségek sem töltik meg a rossz tonusú gyomrot, ennek következtében a pars cardiaca és a pars media felsőbb része csaknem érintetlen marad. Az antralis rész elváltozásai nagyjában olyan mechanizmussal jönnek létre, mint a jó tonusú üres gyomornál.

Ha telt gyomorra issza a beteg a maróanyagot, akkor ez a gyomor tartalma felett gyűlik meg. A gyomor pépes tartalmával, mint ezt a Röntgen-vizsgálat közömbös folyadékokra vonatkozólag mutatja, még jelentékeny idő mulva sem keveredik. A folyadéknak a kis görbületben való tovajutását sem sikerül kimutatnunk. A maróanyag tehát csak a gyomortartalom felett fejt ki hatását, a mélyebb részek épen maradnak.

Ha marásos nyelőcső-folyamatoknál a gyomron nem mutatható ki elváltozás, ez nem jelenti azt, hogy nem jutott maróanyag a gyomorba. Felületes marások kimutatható elváltozások nélkül gyógyulhatnak. Ha a pylorustájon izoláltan találunk elváltozást, felvehetjük, hogy üres gyomorban történt a marás s hogy csak kevés maróanyag fejtett ki hatást. Mert csak üres gyomornál juthatott el a maróanyag a pylorusig és csak kevés anyag jelenlétében történhetik meg, hogy míg a felsőbb részek nyom nélkül gyógyulnak (a behatás az

átmeneti érintkezés folytán felületes volt), addig a pylorustájón a tartósan zárt pylorus előtt veszteglő anyag mélyreható, utólag hegesedő elváltozást hoz létre. Ha az *antrumra* és a *pars mediára* terjed ki a hegesedés, fel kell vennünk, hogy üres gyomornál nagyobb mennyiségű maróanyag fejtett ki hatást. Vannak esetek, melyekben ép pylorus mellett csak a kis görbületen találunk elváltozásokat. Ezek keletkezésmódja nehezen érthető. Lehetséges, hogy a maró folyadék üres gyomornál a kis görbületen jutott tova egy a *canalis gastricus*-nak megfelelő vályuban és spasmosus *contractio* elzárta az utat a pylorushoz, de lehetséges, hogy nem üres gyomorral vette a beteg a marófolyadékot s ezért nem jutott el a pylorusig. Hogy az utóbbi esetben nem körkörös, hanem csak a kis görbületre szorító a hatás, azt a kis görbület sebezhetőbb volta magyarázza.

Gyomormarásos betegeink közül négynek a leletét kívánom röviden megemlíteni. Egyiken a Röntgen-vizsgálat dekompensált pylorus-szűkületet mutatott a pylorustáj jelentékeny jobbrahelyeztettségével (*Rechtsdistanz*). A műtét lelet ezzel megegyezett. Csak a boncoláskor derült ki, hogy a pylorustáj heges tumoron kívül a kis görbületen egy helyenként polyposus növedékekkel szegélyezett ujjnyi széles anyaghiány húzódott végig. Teljesen azt az impressiót keltette, mintha csak a kis görbületen haladt volna tova a maróanyag. A kis görbület elváltozását sem Röntgennel, sem a műtétkor nem sikerült kimutatnunk. Másik betegünk 10 hónappal a lúgívás után fekélyes panaszokkal jelentkezett. Röntgen-vizsgálattal homokóragyomrot találtunk, ennek megfelelően a kis görbületre lokalizált körülírt fájdalommal. A pylorus a rendesnél átjárhatóbb volt, a gyomor gyorsan ürült ki. Műtétkor ép pylorus mellett csak a kis görbületen volt hegesedés. A harmadik esetben szabad pylorus mellett „*Schneckenform*“-ot hozott létre a kis görbület hegesedése. Negyedik esetünkben 5 héttel a marás után a Röntgen-vizsgálat egy homokóragyomor *cardialis* részének megfelelő tenyérnyi töltést mutatott, *perigastritises* csipkével, alul csapszerű nyúlvánnyal. A lelet órák múltán sem változott. E gyomor rész töltéséből másnapra sem haladt tova semmi sem. Műtétkor a *pars media* helyén kötegszerű tumor. Boncoláskor a *pars media*-ban a gyomorfallal két centiméternyi terjedelemben össze volt növe, ezen alul a heges tumornak szonda számára átjárható lumene volt. Hasonló esetet nem találunk a rendelkezésünkre álló irodalomban.

*

„*Grenzdiverticulum*“-oknál *cardiospasmus* nem szokott előfordulni, míg mélyebb *diverticulumok*nál gyakori. *Idiopathiás nyelőcső-tágulat*nál a *cardia* kóros *contractiója* nem *spasmus* a szó igazi értelmében, hanem a *cardia reflexes megnyílásának elmaradása*. Ugyanígy értelmezendő a *nyelőcső rákjával egyidejű cardia elváltozás is*. *Marásos nyelőcső-szűkületnél* a 3.—4. hét táján jelenlévő késői *hányások arra utalnak, hogy a folyamat egyidejűleg a gyomron is okozott szűkületet*. *Marásoknál a gyomorban rendszeren a pyloruson és az antrumban van elváltozás, előfordul azonban szabad passage mellett hegesedés a kis görbületen is, mely homokóragyomrot vagy „Schneckenform“-ot hozhat létre*. *Egyik betegünkben a gyomorfallal összenövése folytán a passage teljes elzáródása jött létre a pars mediában*. *Felvételeinket a marásos gyomorelváltozások mechanizmusáról állatkísérletes vizsgálatok volnának hivatva biztos alapokra fektetni*.

Irodalom. ¹ *Zweig*: Magen- und Darmkrankheiten. — ² *Bársony*: Wiener kl. Wochenschrift, 1914, 36. szám. — ³ *Ach*: Bruns' Beitr., 1910, 70. kötet, 371. oldal. — ⁴ *Liebmann*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 40. szám.

A 27. olasz belorvosi congressus.

(Nápoly, 1921, október 25—28.)

Az olasz belorvosok congressusa ez alkalommal közös ülést tartott az olasz sebészekkel. *Cardarelli*-nek 90. életéve és *Maragliano* tanárságának 40 éves évfordulója alkalmából rendezett ünnepély után, *Maragliano* megnyitó beszédében hangsúlyozta a belorvosi és sebészi együttműködés szüksé-

gességét, meleg szavakban emlékezve meg a német orvosi irodalom ezirányú érdemeiről, kiváltképp a *Naunyn* és *Mikulicz* alapította „*Grenzgebiete*“-ról. Az első témát, „*A tuberculosis*“-t, *Maragliano* és *Lucatello* referálta. *Maragliano* részletesen foglalkozva a *tuberculosis-bacillus* antigenes tulajdonságaival, felsorolja a szervezetben keletkezett antitesteket, a melyeknek révén kétségtelenül fejlődik ki immunitás, ha nem is teljes. A fajlagos therapiának úgy az activ alakját *tuberculinnal*, mint a passiv alakját *serummal* hatásosnak véli; a *tuberculinnal* nem góczhatást törekszik elérni, hanem antitesttermelést. Hangsúlyozza végül a hő útján előlt *bacillusokkal* való *prophylaxisos* vaccinálást, a mely kérdés tanulmányozásának ő annyi évet szentelt; tekintve nagy jelentőségét, teljes ártatlanságát, szerinte minden orvosnak alkalmaznia kellene ezt az eljárást, kivált a *tüdőbeteg családtagjain*. *Lucatello* külön tárgyalja a *gümőkóros toxæmiának* jelentőségét (*dyspepsia*, *szegényvérűség*, *láz*, *keringési zavar* stb.), a *gümőkórság* szöveti elváltozását és annak következményeit. A Röntgen-vizsgálatnak nagy jelentőséget tulajdonít, csak nem szabad elkövetni a többi vizsgáló eljárástól. Meltatja a *Muchgranulák* diagnostikai jelentőségét, felsorolja a *tuberculosis* diagnostikájának segéd eljárásait (*albumin-reactio*, *serum szabad lipoidtartalmának meghatározása*, *demineralisatiós index*, *vérviscositás* stb.), sokat egyikről sem tart. Foglalkozik az antigennek és antitestnek a vérben *complementum-kötés* útján való kimutatásával, az *Abderhalden-reactióval*, a *tuberculosis-hoz csatlakozó genyeltők* antitestek kimutatásával. A prognosis szempontjából a helyi leletnél nagyobb jelentőséget tulajdonít a *serologiai vizsgálatnak*; *toxæmia* esetén rossz a kórjóslat, ha sok a vérben az antitest, akkor jó. *Viola* a *constitutio* és *tuberculosis* közti összefüggést referálja. A *bakteriologusokkal* szemben, a kik szerint minden a *bacillus*-tól, annak *virulentiájától* függ, hangsúlyoznia kell azt, hogy a *tuberculosis* lefolyása, tünetana a szervezet sejtjeinek *constitutiós* reakciójától függ. A sejtektől függ úgy a *serologiai* immunitásos reagálás, mint a *szöveti* helyi reagálás. Négyféle habitus hajlik a *gümőkórságra*, a *habitus phthisicus*, *infantilís*, *degenerativus* és *thymo-lymphaticus*. Legsúlyosabban bántja a *gümőkórság* az első habitust, a melynek szövetei *institutionalisan* gyengék a fertőzéssel szemben. A *serologiai* immunitással szemben nagyobb jelentőséget tulajdonít a *szöveti* immunitásnak; a *tüdőcsúcs-megbetegedésre* való hajlamosságot a *függőleges testtartás* anaemizáló befolyásában, rossz szellőztetésében, vérrel és nyirokkal való hiányos ellátásában látja. Részletesen tárgyalja a rossz táplálkozásnak kártékony befolyását a *szöveti* immunizáló képességre, idézi a háborús éhezési blokádnak ezirányú szörnyű befolyását a német lakosság *gümőkórjára*. A referátumhoz hozzászólók egyike sem látott kárt a *Maragliano-féle* vaccinálástól, sőt *Castronuovo* javaslatot terjeszt a *congressus* elé, mely szerint dolgozzanak ki egy tervezetet, hogy a kormány tegye kötelezővé e vaccinálást a *gümőbeteg családtagjaira*, *ápolóira*, *iskolába* és *közös munkahelyekre járókra*, tehát a *munkásokra*, *katonákra*, *tengerészekre*.

Az előadók közül *Cioffi* jó hatást látott *gümőkórság* ellen a *pirojonone* és *lecithin alkoholglycerines oldatától*. Sok előadó dicséri a *mesterséges pneumothorax* hatását, a melyet *Cantani* és *Arena* a kezdeti, de előrehaladó esetekre is kiterjeszteni óhajtanak, mások e mellett a fajlagos *therapia* alkalmazását ajánlják. *Fortunato* szerint a *monocytosis*nak, habár fajlagos kúra folyamán ez többnyire megállapítható, nincs különösebb jelentősége a *gümőkórság* kórtanában. A *nervus phrenicus*nak a nyakon való nyomására *kisugárzó* fájdalmat csak *gümőkóros* betegen látott ugyanez az előadó. Beszámol továbbá *spontan gümőkórságban* szenvedő kigyó lépével tett *vaccinás kísérleteiről*, a melyeknek jó hatását látta *emberen* is; *peptonbefecskendezéstől* a *láz* csökkenését látta. *Ferranini* szerint *thyreoideakivonat* elősegíti a *tuberculosis-bacillusok* fejlődését, állaton is sietteti a *gümőkórságot*. A *gümőkórság* *chemotherapiájáról* szólva (aktuális azért, mert *Olaszországban* nagy reklámmal kezdték alkalmazni a *rez-cyankalit*) *Ferranini* hatástalannak találta az *arany-*, *réz-*,

zink-, kobalt-, nickelsókat épp úgy, mint a ritka földfémek közül a ceriumot. *Bucco* sem látott jó eredményt a réz-cyankalitról, sőt *Maragliano* int az alkalmazásától. *Muggia* szerint a demineralisatio nem jellemző a gümőkórságra, szerinte és *Lombardi* szerint meszkészítmények nem is használnak a gümőkórság ellen, a szájon át vett szervetlen meszkészítmények fel sem szívódnak. *Maragliano Giulio* szerint a gümőkóros beteg gyakori csökkent gyomorsecretióis zavaraival szemben a pankreas működése ép. *Serra* májkivonattal kezelt állatok fokozott ellenálló képességét találta gümőkórsággal szemben.

Második tárgy volt a *gyenes mellhártyaizzadmány*. (Közös ülés a sebészekkel, referálók sebészek.) Első referáló *Schiassi*. A brüsszeli nemzetközi congressus szerint minden gyenes mellhártyagyulladás indokolja a gyors thoraco-pleurotomiát. A háborús és influenzás tapasztalatok másra tanítottak, ma a sebészek is sok esetben conservative járnak el. *Schiassi* egészen friss esetekben (6–8 napos) punctiót ajánl, azt ismétli vagy állandó drainaget alkalmaz. Ha a gyulladás nem ilyen friss és a szív működés jó, thoracotomiát végez. Régi empyema eseteiben is lehetőleg mellőzi a kiterjedt mellkasfali műtéteket, a tüdő tágtítására törekszik szívó apparatussal. A második referáló *Morelli*, a ki szerint az empyema kezelésében a tüdő állapotára kell a főszólyt fektetni. Szerinte a tüdőátlyukadás következtében keletkező empyema gyakoribb, mint gondoljuk. A pneumonia crouposa utáni gyenes izzadmány jobbindulatú, mint a bronchopneumonia utáni. Nem híve a minden esetben való thoracotomiának, a mely után nem jól tágul a tüdő és gyakori a másodlagos fertőzés. Kivált sebesülés utáni empyema ellen *Carrel* háborús tapasztalata alapján ajánlja a pleurotomiát és a majdnem állandó pleuramosást. Nagyon ajánlja a genylebocsátást és ugyanannyi levegő beengedését a mellhártyaüregbe, esetleg kombinálva mellhártyamosással, ez utóbbit kivált gümőkóros empyema ellen ajánlja. Pneumothoraxot komplikáló gyenes izzadmányt sohasem nyit meg. Kétoldali gyenes izzadmányt sem szabad megnyitni. Lövés utáni empyemát mindig levegő bebocsátásával kezel, ily módon zárja a tüdősebet.

A hozzászólók nem voltak egy véleményen, egyesek a mielőbbi thoracotomia mellett kardoskodtak, mások, kivált a gyermekkori pneumococcus okozta gyenes mellhártyaizzadmányt, csapolással kezelik.

Harmadik fő tárgy volt az encephalitis epidemica.

Gasbarrini bevezetésében hangsúlyozza, hogy a betegség polymorphismusa dacára annyira egységes körkép, hogy egyáltalában nem czélszerű különböző típusokat próbálni megállapítani. A tünettanból kiemeli a szemtüneteknek a korai kórjelzés szempontjából való jelentőséget, mivel mag eredetűek a bénulások, nem teljesekek, múlóok, vándorlóok. Elősorolja a különböző görcsös típusokat, a choreiform, athetosiszerű, epileptiformis görcsöket, a hypertoniás, katonai, ataxiás alakot, beszél a lethargiás alakról, a polynuritises formáról; a járványos csuklást a görcsös alakhoz számítja. Részletesen foglalkozik az elkülönítő kórjelzéssel, egyebek közt az influenza ideges alakjától való elhatárolással is. A lefolyás évekre is kiterjedhet. Megemlíti az utóbetegségek közül a Parkinson-féle alakot, a nélkül, hogy megemlékeznek az amyastasiáról. A bonczolástani lelet tárgyalása után megemlékezik a therapia hatástalanságáról. Az izomerevség ellen 10%-os magnesiumsulfat 1–2 cm³-ének naponkénti bőralfecskendezését ajánlja még leginkább. *Marcora* kivált az epidemiológiával foglalkozik részletesen. A kórokozót biztosan nem ismerjük. Kérdés, önálló betegségről van-e szó, vagy más ismert betegségnek az agyvelő bizonyos helyein való lokalizálásáról. A poliomyelitis anterior virusa nem okozza ezen betegséget, habár mindkét betegség állatra átvihető. Nagyon fontos az influenzával való összefüggés kérdése, hiszen — habár más klinikai képben — sok encephalitis volt az 1889–90.-i influenzás járvány alatt is. Azonban az encephalitis-epidemia sehol sem esett egybe az influenza-epidemia idejével. Fertőző képessége e betegségnek összehasonlíthatatlanul kisebb, mint az influenzáé. Nem lehet szó

egyszerűen az influenzának bizonyos agyi lokalizálásáról. Ez ideig az influenzával való összefüggés kérdése nincsen tisztázva, sem az encephalitis méregnek activálása az influenza kórokozójától, sem a szervezetnek, illetve az agyvelőnek az influenza okozta fajlagos előkészítése beigazolva nincsen. A sok-sok leírt bacillus, Negri-testszerű képlet stb. közül egyik sem fogadható el a betegség biztos kórokozójának. Fontos az, hogy állatra sikerül a betegséget átvinni akkor is, ha az idegrendszerből vagy más szervekből készült kivonatot porcellánszűrőn átfiltrálták, e szerint úgy látszik filtrálható vírusról van szó. A kórbonczolástani elváltozás productiv gyuladásból áll, mely, bárha többnyire typosos helyen jelenik meg, az egész idegrendszer bármely helyén, beleértve az agyhártyákat is, megjelenhet, de előszeretettel a szürke állományban mutatkozik, a megjelenés azonban nem szigorúan fajlagos típusú.

A hozzászólók közül többen láttak encephalitis typosos influenzás elváltozásokkal együtt, miért is az encephalitis azonosítja az influenzával (*Tarozzi, Silvestrini, Clueirolo, Sofre*). *Marcora* zárószavában újból az encephalitis önálló volta mellett érvel, e betegség mellett található bronchopneumoniás gócnak biztosan influenzás voltát senkisé sem tudja bebizonyítani. *Sabbatini* kétségbevonja a járványos csuklásnak az encephalitisrel való összefüggését, mivel ezideig csak egy nem bizonyító bonczolás ismeretes az irodalomban.

Az ezután tartott különböző előadásokból még a következő érdekesebbekről kell beszámolnom. *Cionci* fertőző betegségekben kifejezettebb relatív májtompulatot talált a háton. *Pirera* abból, hogy idősebb emberen az ülő helyzetből a fekvő helyzetbe való átmenetkor extrasystole jelenik meg vagy ez gyakoribb lesz, a szívtonus változásából származó arythmiát vesz fel; kámforral, melynek szerinte tonotrop hatása van, ezt az extrasystolét meg tudja szüntetni vagy legalább is számbelileg csökkenteni. Ugyanez a szerző mellkasi aneurysmában szenvedő két betegén észlelt új tünetet ír le: az egyik vagy mindkét arcfélnek fekvő helyzetben való megdagadását. *Gerardi* triphenil (nucleinsav és kénsavas phenilek keveréke) bőr alá fecskendezésével 54 typhusesetben ért el jó eredményt. *Serra* a Widal-féle haemoklasiás krisist (fehérvérsejtszámcsökkenést), a melyet czukorfelvétel után *Widal* csak diabeteseseken látott, 40 gr. nádcukor után minden malariás betegén megtalálta. *Rocavilla* a gyomor és labyrinthus közti összefüggést vizsgálta. Éhgyomorra az epigastriumban való erős nyomásra, e tájék villamosítására nystagmus észlelhető. Ezzel szemben a labyrinthus villamos vagy hőizgalmára a Röntgen-átvilágítás erősebb gyomorösszehúzóást, sokszor antiperistaltikát derít ki. Ugyanez a szerző a gyomornak és duodenumnak szonda útján való villamosítására jelentős motoros (erélyes összehúzóás, néha antiperistaltika) és secretió változásokat (sósavszaporodás) derített ki. Ugyanő továbbá az éhgyomorra történt gyomormosó folyadék fehérvérjének rákos voltát precipitatio, complementumkötés és Abderhalden-féle dialysis útján próbálta identifikálni. *Aiello* dicséri a Falta-féle lisztúra eredményeit. Ugyanez a szerző kimutatja azt, hogy pangásnál a vörösvérsejtek és néha a fehérvérsejtek száma is nagyobb arányban szaporodik meg, mint a milyenben a savó fehérvérjének mennyisége nő. *Lombardi* 1–1.2 gr. berberin per os adásával meg tudta kisebbíteni a malariás lépdaganatot. *Landolfi* az általa 1906-ban leírt aortareflexet (a manubrium sterni bőrének masszálására Röntgen-sugárral kimutatható módon kisebb lesz az aorta) aneurysmában is kimutatta, gátúri daganattal szemben ez differentialdiagnostikai jelentőséggel bír. *Castronuovo* a familiaris haemolysis anaemiát (sárgasággal vagy a nélkül) veleszületett lues-eredetűnek tartja és a lépkürtás előtt még negatív Wassermann ellenére is okvetlenül megkísérlelendőnek véli a kénesőkúrát, mely eseteiben teljes gyógyulást (a vérsajt-resistentia rendessé vált) eredményezett. Ugyanez a szerző a labyrinthus-eredetű szédülést sok esetben a lues egyedüli tünetének látta, a melyet ép azért mindig gyanúba vesz ez irányban. *Candela* heveny ízületi gyulladás alakjában megjelenő lueses ízületi gyuladást írt le, a salicyl hatástalan volt, kénesőkúrára gyors gyógyulás

következett be. Ugyanő Sydenham-féle choreában az idegrendszer szervi elváltozására utaló tüneteket (Babinski-Oppenheim-tünet, patellareflex gyengült volta stb.) írt le.

Engel Károly dr.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XXV. rendes tudományos ülés 1921 december 3.-án.)

Elnök: Flesch Nándor. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Optochin-amblyopia.

Licskó Andor: A 17 éves fiatalember jobb szemének látását sérülés következtében elveszítette. 7 hét előtt pneumoniája volt és téves gyógyszerári expedítio folytán 20 centigrammos optochinum basicum-porok helyett 1 grammos porokat vett be, 15 óra alatt négyet. A 4. por után 12 órával teljes amaurosis a bal szemén, fénymercv pupillák, a szemfenéken a retinalis erek hajszálvékonyak, a papilla szürkésfehér, elmosódott határu; 24 óra múlva visszatért a fényérzés és a pupillareactio, 1 hét múlva fokozatos javulás mellett a látásélesség $\frac{5}{10}$, centrális látótér-szűküllet. 18 nappal az intoxicatio után a lelet, a mely a mai napon is fennáll, a következő: látásélesség $\frac{5}{5}$, felül a látótérben 15° -nyi kiesés, nagyobbfokú látótér-szűküllet a kék és zöld színnel szemben. Centralis scotoma nincs, az adaptatio rendes. A szemfenéken nagyfokú ischaemia a retinában, hajszálvékony arteriák, körülbelül normalis kaliberű venák, a papilla szürkésfehér. Ez esetben az optochin múlt amaurosis okozott. A klinikai kép hasonló a chinin okozta amblyopiához. Hasonló elváltozások: a retinalis erek szűk volta, a papilla atrophiahoz hasonló elszíneződése, a színes látótér megszükülése. Különbség a két amblyopia klinikai képében az, hogy optochin-amblyopiánál a retina peripheriás részében pigmentrögök és atrophias góczok vannak. Az eddig végzett kórszövettani vizsgálatok eredménye is részben megegyező, részben különböző. Chinin-nel Birch-Hirschfeld végzett kísérleteket nyulakon és a retinában a ganglionsejtek nagyfokú degeneratiós elváltozásait találta. Eddig megegyezik a lelet az optochin-amblyopia szövettani képével, a melyet friss esetben Uthoff vizsgált és a papilla és környező retinaszövet oedemáján kívül az opticus-velőshüvelyek kiterjedt degenerációját találta. Két évvel a mérgezés után végzett vizsgálataiban Abelsdorf látóideg-fő-excavatiót és a látóideg nasalis részén mind intrabulbarisan, mind a bulbus mögött atrophias területet talált. Feltűnő volt az elváltozás a retinák ereiben, a melyeknek fala megvastagodott. Ebben áll a különbség a chinin által okozott szövettani elváltozásoktól. Az irodalomban ma körülbelül 70 az ismertett optochin-amblyopiák száma, a melyek egy kivételével optochinum hydrochloricumra vonatkoznak és kivétel nélkül múlt amblyopiát okoztak. A bemutatott eset két szempontból figyelemreméltó: 1. az eset szemünk előtt folyt le, 2. ilyen nagy adag optochinum basicum adagolása után a látásélesség teljesen visszatért. A retina ereinek megszükülése és a papilla decoloratiója maradandó kárt jelent. Viszont nem alkalmas az eset annak a kérdésnek az eldöntésére, vajjon a rendes dosis mennyire jogosult?

Bálint Rezső: Klinikáján elég gyakran alkalmazza az optochint, de nagy elővigyázattal. Részben tejdiéta mellett adja, úgy hogy a beteg minden adag után egy pohár tejet kap, részben pedig csak tiszta sensorium mellett, hogy a beteg minden újabb adag bevétele előtt meg tudja mondani, hogy nincsenek-e látás-zavarai. Ily módon eljárva soha a legkisebb bajt sem látta; annál jobban meg volt lepve a bemutatott beteg megvakulásán, a kiről azonban kiderült, hogy tévedésből az ötszörös dosist kapta. Nem félne tehát az optochint tovább is alkalmazni. Egy másik kérdés, hogy jó hatása van-e a pneumonia lefolyására. Bemutatása, a melyet kapott, határozottan jó; a klinikai betegek rendszerint nem a betegség első napján kerülnek a klinikára, hanem később, s tekintve, hogy a pneumonia aránylag rövid lefolyású betegség, gondolkodni kellett azon, vajjon a defervescentia az optochin folytán, vagy csak utána következett-e be. Egy esete azonban már a betegség első órájában került észlelés alá. A klinika egy ápolója betegedett meg ugyanis croupos pneumoniában; szintén alkalmazták az optochint s egy nap alatt deferveskált. Igaz ugyan, hogy vannak egynapos pneumoniák is, de ezek mégis nagyon ritkák. Kellő óvatosság mellett tehát alkalmazhatónak tartja az optochint.

Grósz Emil: A bemutatott eset, tekintettel az adag nagyságára, nem szól ugyan az optochin ellen, de mellette sem. Feltűnő, hogy az optochin-amblyopiák száma rövid idő alatt 70-re szaporodott. Ugy látátszik, a chininnél mérgezőbb s ezért a háború alatt alkalmazását a német hadvezetőség eltiltotta. A mi hadvezetőségünk által a szülő javaslatára a chinin-amblyopiáról gyűjtött adatok is azt mutatják, hogy az Albániában szolgáló csapatokban alkalmazott nagy chinin-dosisok is csak néhány esetben okoztak amblyopiát. A szemészek az optochint $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{6}$ -os oldatban alkalmazzák a kötőhártya sterilizálására és szaruhártya-fekélyek gyógyítására; ez az alkalmazása természetesen teljesen veszélytelen.

A feregnyúlványlob Röntgen-vizsgálatáról.

Henszelmann Aladár: Megemlékezik hat pontba összefoglalva az active és passive mozdulatlan és változatlan alakú, a hypertoniás telődésű s a persistáló töltésű appendixről; kiemeli az appendixkép megjelentetésének értékét a fájdalomjelzés helymeghatározásában, az infiltratum periappendiculare s az abscessus periappendicularis megkülönböztető Röntgen-tünetét a periperitonealis ileocecalis tumorokkal ellentétben, s végül az úgynevezett Lane-tünet értékelését. A megkülönböztető kórjelzés szempontjából csupán ama vastagbélrendellenességeket említi meg, a melyek utánozni tudják az appendicitis klinikai képét s az appendicitis falsát okozzák. Ilyenek a coecalis typusú atoniás obstipatiók (a melyek olykor typhlectasiával, ptosisal és a caecum mobile képével szövődnek), a transversum-eredetű hypertoniás székrekedések s végül a Brosch leirta systopiák.

Fistula oesophago-bronchialis Röntgennel felismert esete.

Henszelmann Aladár: Az irodalomban feljegyzett esetek megemlézése után a saját érdekes esetét ismerteti, melyet vetített képekkel demonstrál és a boncsolás eredményét is közli. Az érdekességet főleg az adja meg, hogy nem egyszerűen nyelőcsőrák okozta átfúródásról van szó, hanem a fistulát mediastinalis daganat okozta, mely az oesophagusra ráterjedt s ennek és a bal főhörgőnek az átlukasztásához vezetett. A Buday tanár intézetében végzett szövettani vizsgálat szerint nagysejtű sarkomáról, vagy pedig igen diffúz növekedésű velősrákról van szó. Tekintve a nyirokcsomók kiterjedt megnagyobbodását, a rák felvétele indokoltabb. A daganat szövettanilag nyilván a mediastinumból indult ki, talán visszamaradt ébrényi csirákból, s csak utólag ment át a bázisba.

Johan Béla: Megemlíti, hogy az oesophagotrachealis fistula nem nagyon ritka mint fejlődési rendellenesség. Oesophagus-rák aránylag ritkán tör át a tracheába, ily módon ritkán keletkezik fistula. Az oly mediastinalis rák, a mely áttörve az oesophagusba és tracheába, fistula oesophagotrachealishoz vezet, alkalmasint a fejlődés alatt elszört hámszejtekből indul ki.

Révész Vidor: Oesophagobronchialis és oesophagotrachealis fistulát aránylag sokat találunk leírva a Röntgen-literatúrában. Sok chronikusan fennállót írnak le, a melyek mindegyikében feltűnt, hogy aránylag milyen jól tűrte a tüdő a huzamosan beléjutott idegentestet, a táplálékot. Bemutatja egy heveny perforatiós esete Röntgen-képét; a 69 éves beteg nyelőcsőve az átvilágító ernyő mögött perforált és egy pillanat alatt megtelt a tüdő, illetőleg a bronchusok contrastétellel. A beteg az aspirált baryum legnagyobb részét azonnal kiköphögte, de az alsóbb részekben bentmaradtat sikerült lefényképezni; a beteg 15—20 órával utána meghalt.

Henszelmann Aladár: Révész hozzászólására megjegyzi, hogy bemutatott esete nem tekinthető chronikus fistula-esetnek, mert mindössze egy hónap óta fennálló megbetegedésről volt szó; a beteg a klinikán egy heti megfigyelés után, néhány nappal a Röntgen-vizsgálat megtörténte után, bronchopneumoniában halt meg.

Újfajta presbyopiás szemüveg.

Kelen Béla: Ha a presbyopiás egyszersmind fénytörési rendellenességben (myopia, hypermetropia) szenved, közel- és távolnézőkor kénytelen szemüveget cserélni, a mi különösen alkalmatlan akkor, ha a közel- és távolnézés sűrűn változtatja egymást. Ennek az üvegcsereinek a kikerülésére szerkesztették a bifocalis üvegeket, a melyeknek fent más a domborulata mint lent. Közelnézőkor a szemüveg alsó részén, távolnézőkor a felső részén kell keresztülnézni. Az alsó részén való nézőkor a fejet kissé emelni kell. Ez a hátraszegett fejtartás azonban hosszabb ideig tartó olvasáskor igen fárasztó. A bemutatott ezen a hátrányon olyan bifocalis szemüveg szerkesztésével segít, a melynél a presbyopiás domborulat nem

alul, hanem belül, az orrgyök melletti részen van. Távolnézéskor, vagyis párhuzamos szentengelyek mellett, a külső részen nézünk keresztül, közelnézéskor a szemek konvergálnak és így a látótengelyek a fejtartás változtatása nélkül automatásan a presbyopiás domborulatot mennek át. Közel- és távolnézéskor tehát nem kell üveget változtatni, megszűnik a kellemetlen fejtartás és az olvasási látótér is nagyobb, mint az eddigi bifocalis üvegeknél.

Grósz Emil: A bifocalis üvegeknek *Kelen Béla* által felvetett módosításában helyes gondolat van. Még jobb eredményt ígér, ha a lencse törő erejét kiszolgálással emelik s nem reáragasztással.

Újabb adatok a stenocardia kóroktanához, tünettanához és orvoslástanához.

Schmidt Ferencz: Az angina létrejöttét némelyek neuralgiás alapon, mások a szívizom görcséből, ismét mások a szívizom ischaemiájából származtatják. Orvosilag legelfogadottabb alapja ez utóbbi feltevésnek van; e nézet szerint az angina nem más, mint hirtelen vérhiány a szív bizonyos részében, a mely a centripetalis éröidegek izgalombajutása révén kiváltja a fájdalmat. 102 betegen 37-féle szempontnak az anginához való vonatkozását vizsgálta és e megfigyelések eredményét a következőkben összegezi:

1. Terheltségi momentum vagy gyermekkori megbetegedés nem játszott szerepet. 2. Fertőző betegségen és mérgeanyagokon kívül különösen túlsok folyadékfelvétel teremtett alapot az angina számára. 3. A veseelváltozás és hypertonia szerepe nem volt szembeötlő; úgy látszik praesclerosisos állapotban fordul elő leggyakrabban. 4. A bal kamra megnagyobbodását és az aorta elváltozását majd minden esetben meg lehetett találni. 5. Az aorta kezdetének és a coronariának a sclerosisa igen nagy szerepet játszik. 6. A fájdalmak intensitása, kisugárzási területe, előidéző oka és a betegség súlyossága között nem mutatható ki összefüggés. 7. Roham alatt a szívizom-insufficiencia tünetei ritkán mutatkoznak. 8. Az idegrendszer szerepe minden esetben kimutatható volt és úgy a roham alatt, mint ezen kívül mind a sympathicus, mind a vagus részéről izgalmi tünetek voltak észlelhetők. 9. Az aetiologiai adatokra támaszkodó kezelésmódra súly helyezendő. 10. Pankreas injectiója egyes esetekben a rohamot kedvezően befolyásolta.

A betegség kezelésében fontos, hogy a gyógyszeres kezelés mellett nagy súlyt helyezünk az aetiologiai momentumokra, mert ha az előidéző okokat lehetőség szerint megszüntetjük és a beteg életmódját szigorúan ellenőrizzük, a javulást sokszor lényegesen gyorsítjuk és tartósabbá tesszük. Több ízben észlelte, hogy a pankreas-injectio a vérnyomás-emelkedéssel járó anginás fájdalmakat 5—10 perc alatt vérnyomáscsökkenés kíséretében megszünteti, vagy legalább gyengíti. Ha vérnyomáscsökkenés nem áll be, akkor az injectio nem használ. Angina 19 esetében alkalmazta ez injectiókat és 8 esetben a fájdalmak vagy megszűntek, vagy lényegesen csökkentek mindenkor vérnyomásműködés kíséretében. A pankreas-injectio körüli észleleteit a következőkben foglalja össze: 1. A normális vérnyomást számbavehető módon nem befolyásolja. 2. A kórosan magas vérnyomást kisebb-nagyobb mértékben sokszor leszállítja. 3. A vérnyomás leszállításával párszor megszűntek olyan fájdalmak, melyek az érkrizis fogalma alá esnek és vérnyomás-emelkedéssel járnak. 4. A hatás csak pár óráig tart. 5. Úgy látszott, hogy az első injectio hatása erősebb, mint a későbbieké s a subcutan injectio hatása tartósabb, mint az intravenásé. 6. Pankreas-injectio után néha rövid ideig extrasystolék következnek. Az anginát nagyrészt infectio (például lues), mérgeanyag (például nikotin), mechanikai momentum (például túlsok folyadékfelvétel) okozza, de leggyakrabban mégis az ideges befolyások következtében jelentkező tonusfluxio idézi elő s az idegrendszer úgy a betegség keletkezésében, mint fentartásában nagy szerepet játszott. A vegetatív idegrendszernek e zavara vagy csak spasmusra teszi hajlamossá az ereket, vagy szövettani elváltozásukat és könnyű befolyásolhatóságukat együtt idézi elő. Tehát az angina keletkezésében szerep jut egyrészt az érrendszer megfelelő érzékenységének vagy pathologiai el-

változásának, másrészt a vegetatív idegrendszer anomaliájának, mely tényezők külön-külön dispositiót teremtenek, együtt hatva pedig előidézik az anginát. Az idegrendszer befolyása játssza tehát úgy a betegség előidézésében, mint fentartásában a domináló szerepet.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Budatétényi Vály Ernő dr.: Fülgyógyászat. Budapest, 1921. Szent István-Társulat kiadása. Ára 120 korona.

Körner fülörvostanának magyarnyelvű fordítása 12 évvel ezelőtt jelent meg, eredeti magyar fülörvostani tankönyv pedig évtizedek óta egyáltalában nem került ki sajtó alól s így örömmel kell üdvözlöznünk, hogy a szerző az egész tudomány-szakot felölelő, önálló munka megírására vállalkozott, annival is inkább, mert célját, hogy a fülbajok kór- és gyógytanának mai állásáról gyakorlóorvosoknak és orvostan-hallgatóknak áttekintést nyújtson, kitűnően megoldotta.

Művének felosztása, az anyag csoportosítása a gyakorlati iránynak megfelelően történt. A hallószerv boncztanának és élettanának vázlatos ismertetése után a vizsgálati eljárásokat s a fülbajok általános tüneteit összefoglalva, sorjában tárgyalja a külső, középső és belső fül megbetegedéseit. Ez utóbbiakról szóló fejezetek s a füleredetű endocranialis megbetegedésekről szóló rész kiváltképpen értékesek; a siketnemaságról szóló fejezet részletesen feltünteti a hazai viszonyokat, a biztosítási elbírálásokról és a törvényszéki esetekben való véleményadásokról szóló részekben igen hasznos útmutatások foglaltatnak. A munkában, a mely a szerzőnek évtizedekre nyúló értékes tapasztalatain nyugvó egyéni fel-fogását mindenütt visszatükrözi, sűrűn találjuk idézve a többi magyar otologus munkáit, megrögzítve *Hőgyes* prioritását a labyrinthus-bántalmakra vonatkozóan. A 236 oldalra terjedő művet 58 ábra teszi még tanulságosabbá. *Safranek.*

Lapszemle.

Belorvostan.

A calcium használatáról a szív bajok gyógyításában ír *G. Singer* (Bécs). A kezdetben végzett tapogatózó kísérletek (calcium-készítmények per os, nagy calcium-adagok intravenásan) után, a közben megjelent állatkísérleti vizsgálatokra támaszkodva, a szerző újabban csak kisebb mennyiségű chlorcalcium-adagokat fecskendez be intravenásan (10%-os CaCl_2 -oldatból 1 cm^3 -t), vagy pedig a calciummal együtt digipuratumot fecskendez be, illetőleg a calcium-befecskendezéssel egyidőben belsőleg digitalis-forrázatot fogyasztat. Ez az utóbbi kombinált használatmód több előnnyel jár. Mindenekelőtt a calcium nagyon gyorsan hat és a szívet mintegy sensibilissé teszi a digitalis számára, a melynek hatása különben is csak később köszönt be. Továbbá megakadályozza a digitalis-dyspepsia kifejlődését, a mint azt a szerző már régebben is tapasztalta, a mikor is a digitalis-dyspepsiát 1—2 napon át adott calciummal (2—3 calcium lacticum pro die) sikerült megszüntetnie s ezzel lehetővé tette a huzamosabb idejű digitalis-használatot. Javultnak tartja a calcium-digitalis-kezelést elsősorban nagyfokú decompensatio eseteiben, a melyekben gyors hatásra van szükség; ezekben az esetekben jobbnak tartja, mint az intravenás strophantin-kezelést, mert nem jár ez utóbbinak veszélyeivel. Javult továbbá, a mint említettük, azokban az esetekben, a melyekben chronikus digitalis-kezelésre van szükség, mert a digitalis káros mellékhatásait leküzdve, lehetővé teszi a digitalisnak hosszabb időn át használatát. Hypertensióval járó pangásos állapotokban, nephritises vizenyő eseteiben is jó hatású: csökkenti a nyomást, a szív működést pedig fokozza és szabályozza. Az intravenás befecskendezések az említett kis calcium-adagokkal 1—2-naponként megismételhetők; a digipuratumból 1—2 cm^3 fecskendezendő be. (Therap. Halbmonatsh., 1921, 24. füzet.)

Szülészet és nőorvostan.

A császármetszés prophylaxisos javallatáról ír Schiffmann. Újra csoportosítja a császármetszés javallatait és a következő esetekben végzi a műtétet: 1. Az anya érdekében szűk medencze esetén, ha a bemenet egyenes átmérője 6 cm. alatt van. 2. Ha a magzatnak a természetes szülőutakon való világra hozása akár az anya, akár a magzat veszélye miatt kerülendő; így szűk medencze, daganatok, az anya szívbaja, keringés-zavarai, előlfekvő lepény, interponált méh terhessége, fistula, lógó has esetén. 3. Ha a terhesség azonnali megszakítása, illetőleg a szülés igen gyors befejezése kívánatos; az anya érdekében rángógörccs, vesegyulladás, bélcsavarodás, nem a szülési folyamatból eredő láz és encephalitis epidemica eseteiben; a magzat érdekében akkor, ha a rendes helyen tapadó lepény idő előtt válik le. 4. Mindazon esetekben, a melyekben a magzatot fenyegető előrelátható veszedelmeket ajánlatos elhárítani a természetes szülőutakon való áthaladás kiküszöbölésével. Ez a prophylaxisos indicatio, a melyet igyekszik könnyű lelkiismerettel, a műtét javallatának minden tudományos alapot nélkülöző igen tág kiterjesztésével az orvosi közvéleménybe beleerősölni. A műtétet többször szülő időn anyákon végzi, ha azok előző szülései szakavatott kezelés mellett sem hozták meg a kívánt eredményt, az élő, életképes magzatot. Nehezen fogamzó, mindenáron élő gyermeket akaró 35 éven felüli anyák kívánságára, ha a fertőzés kizárható, akár van medenczeszűkület, akár nincs, az élő magzat biztosítása céljából császármetszést ajánl és végez.

A szóba jöhető művi koraszülést, a Schröder-féle lábfordítást, a magas fogót a sokkal nagyobb magzati halálozás miatt elveti. Három esetet említ, a mikor önmagával is ellentmondásba kerülve, minden javallat nélkül pusztán az anya kívánságára végezte a műtétet. Első esetében állítólag előre felismert ikerterhesség miatt; a másodikban a normalis medenczéjű anya kívánságára, a ki a szülési fájdalmakat el akarta kerülni; és végül a harmadikban azért végezte a császármetszést, hogy a műtéttel kapcsolatban kiirtván a méhet, a további terhességeket elkerülje. (Zentralbl. f. Gyn., 1921, 42. sz.) Komássy dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Panaritium subunguale ellen Clemm szerint saját magán tett tapasztalata szerint nagyon kedvező hatású az ichthyol in substantia, melyet a gyuladt területre kenve, lapos üveg-spatulával lehetőleg mélyen be is nyomott a köröm és a fellazult körömágy közé. A gyógyulás gyorsan és fájdalom nélkül folyt le, a nélkül, hogy a köröm leledkedt volna. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 46. szám, 1507. 1.)

A neuralgiák Röntgen-kezelésére vonatkozólag eddig rendelkezésre álló irodalmi adatokat gyűjtötte össze Fűrnrrohr. Megállapítja ezek alapján, hogy a neuralgiáknak úgyzónlván minden alakja megfelelő Röntgen-kezeléssel kedvezően befolyásolható és hogy sokszor még olyan esetekben is eredményes volt ez a kezelésmód, a melyekben másféle kezelés, sőt a beteg ideg eltávolítása is eredménytelen maradt. (Therap. Halbmonatshefte, 1921, 23. füzet.)

Vegyes hírek.

† Prochnov József.

Hirtelen, de nem váratlanul távozott körünkben január 11.-én Prochnov József dr., az eröművi sérülések magántanára, a dologkórház sebészfőorvosa. 65. életében volt. Nevét nem a sebészet terén elért sikerei fogják fenntartani, noha különösen fiatalabb éveiben kiterjedt és nagyon érdemes sebészeti-irodalmi működést fejtett ki s a hadisebészetről írt nagy munkája annak idejében irodalmunkban hűzaggpótló volt. De fenn fogják tartani barátai, meg betegek és ezeknek késő ivadékai, mint igazán jó emberét, a kibén szívjószág és igazi felebaráti szeretet párosult törhetetlen igazságérzéssel és a kötelességek híven teljesítésével. Áldva legyen az emléke!

Küntetés. A kormányzó Wenhardt János dr. székesfővárosi közkórházi központi igazgatónak és Matolcsy Miklós dr.-nak, a budapesti egyetemi gyógyszerész vezetőjének az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta.

A magyar királyi Erzsébet-tudományegyetem (pozsonyi egyetem) orvostudományi karán üresedésben volt élettani tanszékre Pekár Mihály dr.-t, a leiró és tájbonczatani tanszékre Tóth Zsigmond dr.-t, a szülészeti és nőgyógyászati tanszékre Scipiadés Elemér dr.-t, a bőrkórtani tanszékre Beck Soma dr.-t nyilvános rendes tanárrá nevezték ki.

Kisebb közlemények az orvostudományok köréből. Kopaczewski szerint olyanokon, a kik lóhússal táplálkoznak, a serumtherapia használatakor súlyos, anaphylaxiára visszavezethető jelenségek állhatnak be. (Acad. d. sciences, 1921 június 6.-i ülés.) — Liepmann és Schulz újabb vizsgálatokkal támogatják ama régebben felállított elméletüket, hogy a placentában képződik az eklampsiát okozó mérég; ennél fogva eklampsia esetén sürgősen el kell távolítani a placentát, vagyis sürgősen meg kell indítani a szülést. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 47. szám.) — Bonsmann szerint a heveny jodismusra rendkívül disponál az idült alkoholizmus, valószínűleg a felső légutak nyálkahártyájának általa okozott tartós izgalmi állapota miatt. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 52. szám.)

Még csak 8 napig

küldhetők be adatok az Orvosi Évkönyv 32. évf. számára.

A szerkesztőség:

VII., Kertész-utca 16.

Telefon: József 106-47.

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

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13-15. Telefon: József 52-29. — Sebészeti-, női-, belbetegnek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium.

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

Istvánúti Sanatorium

Telefon: József 95-08 és József 42-13.

és vizsgyintézet részv.-társ. Budapest, VII., az István-út végén a Hermina-útnál. — Sebészet, szülészet, nőgyógyászat. — Bel- és ideggyógyászat, Orthopaedia, Röntgen. Bejáróknak is. Vegyi és bakteriologiai laboratoriuma külső vizsgálatokat is rendszeren végez.

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézet VI., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56-76.

Telefon: József 4-12. Igazg.-tulajd.: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hillf Paula, Dr. Mandler Ottó.

ZANDER-Üdítő SOVÁNYÍTÁS

a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. I. e.

13.197/1921. Versenytagyalási hirdetés.

Az országos munkásbiztosító pénztár a következő sérvkötészeti és kötszerárú-czikkek szállítására, illetve helyi szerveinek az 1922. évben e czikkeket illetőleg felmerülhető szükségletei biztosítására nyilvános árlejtést hirdet:

Sérvkötő felnőtteknek, jobb vagy baloldali, körülbelül 2200 darab	
" " kétoldali	1200 "
" " gyermeknek, egyoldali	20 "
Haskötő, egyszerű kivitelben, 100 cm. hosszúságig	700 "
Haskötőnadrág, 100 cm. hosszúságig	300 "
Suspensorium, egyszerű kivitelben	5000 "
" Zeissl-Langlebert-féle	500 "
Szemkötő	1400 "
Köldökötő, egyszerű kivitelben	20 "

Pályázni kívánókat ezennel felhívja, hogy a szállításra vonatkozó szabályszerű árajánlataikat 1922. évi február hó 16. napjának déli 12 órájáig az országos munkásbiztosító pénztár segédhivatalában (VII., Wesselényi-utca 71, III. em.) nyújtsák be.

Megjegyezzük, hogy az ajánlatok postán is beküldhetők, de irányadónak nem a feladás, hanem a beérkezés időpontját tekintjük és az odaítélés alkalmával csak az előző bekezdésben megjelölt határidőn belül érkezett, szabályszerűen kiállított és pecséttel lezárt, sértetlen s fenti számunkra hivatkozással ellátott borítékban elhelyezett ajánlatok fognak figyelembe vétetni. Az ajánlatokhoz minta is mellékelendő.

Bánatpénzül készpénzben vagy óvadékképes értékpapirokban az ajánlati végösszeg 5%-ának megfelelő összeg helyezendő letétbe a Magyar Általános Hitelbank (V., József-tér 2/3) s a letételt igazoló pénztári elismervény vagy annak közjegyzőileg hitelesített másolata, esetleg a vonatkozó postai feladólevény az ajánlathoz feltétlenül mellékelendő. A bánatpénz tekintetében egyébként irányadó feltételeket a „Szállítási feltételek” tartalmazzák.

A versenytárgyalást 1922. évi február 20.-án déli 12 órakor fogjuk az országos munkásbiztosító pénztár hivatali helyiségében (VII., Wesselényi-utca 71, II. em., 3. ajtó) megtartani s az ajánlatok felbontásánál az ajánlattevők vagy igazolt képviselőik is jelen lehetnek.

Az ajánlattétel céljaira szükséges iratok (szállítási feltételek, ajánlati minta) az országos munkásbiztosító pénztár hivatali helyiségében (VII., Wesselényi-utca 71, II. em.) a jelen hirdetés közzététel napjától a benyújtás határidejéig hétköznapokon 12—2 óra között díjtalanul megszerezhetők.

Az országos munkásbiztosító pénztár által az odaítélés tárgyában hozandó határozat érvényességéhez a m. kir. népjóléti és munkaügyi ministerium jóváhagyása is szükséges és a ministerium döntéséig az összes ajánlattevők kötelezettségben maradnak.

Az országos munkásbiztosító pénztár előtt még ismeretlen ajánlattevők szállítóképességüket és megbízhatóságukat kamarai bizonyítvánnyal kötelesek igazolni.

Az országos pénztár vagy az illetékes helyi szerv a mulasztást elkövető szállító terhére és költségére más szállítótól szerezheti be. Fenntartja azonban az országos pénztár önmagának és helyi szerveinek a jogot arra, hogy ily mulasztás esetén is a szállítás teljesítése s ezenfelül minden egyes napi késedelem után 1%-os kötbér kifizetését nyertes ajánlattevőtől követelhesse.

A szállító azon czikkekről, melyek kifogástalan állapotban s minőségben szabályszerűen vétettek át, az illetékes helyi szervhez átvételi elismervényekkel is felszerelt számlát nyújt be és ezt a helyi szerv a beérkezés napjától számított 30 napon belül ki fogja egyenlíteni. A felmerülő mindennemű bélyeg- és jogilletékek a szállító cégét terhelik.

Budapest, 1921 december hó 27.-én.

Hódossy dr. s. k.,
az O. P. vezetésével megbízott min. tan.

Alapy dr. s. k.,
igazgató.

PÁLYÁZATOK.

219/1922. fh.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár ezennel a következő kerületi kezelőorvosi állásokra hirdet pályázatot:

1. Budapesten az I. kerületben az Alag-úttól az Attila-utca, a Márvány-utczától észak felé a Csaba-utczáig és ezen útvonalnak megfelelő dombvidékre eső területre; évi 16.800 korona összilletmény.

2. Az V. kerületben a Süllő-utca, Árbocz-utca, Zsilip-utca és a Váci-út páros számú oldala által határolt területre; évi 31.200 korona összilletmény.

3. A VI. kerületben a Bajza-utca, Podmaniczky-utca, Aréna-út és Andrassy-út által határolt területre; évi 21.600 korona összilletmény.

4. Újpesten a Rózsa-utca mindkét oldala, az Árpád-út páratlan oldala, a vasúti töltés István-telek által határolt területre és az Újpesti Baraktelepre; évi 21.600 korona összilletmény.

5. Dunaharaszti, Rákóczi-liget, Petőfi-telep, Taksony község és a hozzá tartozó pusztákra; évi 16.600 korona összilletmény.

6. Rákosligetre; évi 13.200 korona összilletmény.

Ezen kezelőorvosi állásokra a pályázati kérvények — melyek oklevélmásolattal, curriculum vitae-vel, az eddigi orvosi szolgálatot bizonyító okiratokkal és a személyazonosságát igazoló iratokkal felszerelendők — a pénztár főorvosi hivatalában, a VIII. kerület, Köztemető-út 19/b., I. emelet, 41. szám alatt 1922 február 16.-áig bezárólag nyújthatók be; ugyanitt hétköznap déli 11 és 1 óra között ezen állásokra nézve bővebb felvilágosítást is adnak. A megválasztott orvosnak a körzetben állandó lakással kell bírnia s funkcióját a megválasztás után azonnal meg kell kezdenie.

Budapest, 1922 január 12.

Angyal dr., s. k.,
a pénztár vezetésével megbízott
ministeri tanácsos.

5/1922. szám.

A Ferenc József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára a kerületi kezelőorvosainak állományában rendszeresített és lemondás folytán megüresedett egyik IV. kerületi kezelőorvosi állásra pályázatot hirdet.

Az állással járó évi illetmények 2400 korona törzsfizetés, 13.750 korona drágasági pótlék, összesen 16.150 korona. Ezek az illetmények kivül az orvosi illetmények folyamatban lévő rendezése folytán még legalább havi 1500 korona külön pótlék is fog járni.

A kinevezendő orvos köteles ezen állás működési körletében (IV. kerület nyugatra eső részében) állandóan lakni és az ezen körzetben lakó járó és fekvő pénztári betegeket orvosilag ellátni.

Az alkalmazás egyelőre ideiglenes jellegű.

A pályázati kérvények benyújtásának határideje e hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való első megjelenésétől számított 14 nap.

A kérvények a Pénztár vezetéséhez czimezve nyújthatók be VII., Bethlen-tér 1. szám alatt, a hol a Pénztár igazgatója hétköznapon délelőtti 11—1 óra között bővebb felvilágosítást nyújt.

Budapest, 1922 január hó 9.

Barcza Arthur s. k.,
igazgató.

Gáspár Ferencz dr. s. k.,
min. oszt.-tanácsos.

6/1922. szám.

A vezetésem alatti budapesti m. kir. állami szemkórháznál megüresedett másodorvosi állásra a nagyméltóságú m. kir. népjóléti és munkaügyi minister úr 54961/1921. sz. rendelete folytán pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma évi 1600 kor. fizetés, 1500 kor. háborús segély, évi 4800 kor. drágasági segély és ezidőszert bizonyítatlan ideig évi 4800 kor. rendkívüli segély, azonkivül I. oszt. élelmezés és természetbeni lakás.

Felhívom azokat az orvosdoctorokat, a kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy a nagyméltóságú m. kir. népjóléti és munkaügyi minister úrhoz czimzett, oklevéllel és az esetleges eddigi működést tanúsító bizonyítvánnyal felszerelt, 5 koronás bélyeggel ellátott kérvényüket folyó évi január hó 31.-éig hozzám nyujtsák be.

Budapest, 1922 január 16.

Blaskovics egyetemi tanár, igazgató-főorvos.

15/1922. ikt. szám.

A vezetésem alatt álló vármegyei Szent György-kórháznál a sebészeti osztályon megüresedett alorvosi állásra pályázatot hirdetek. A pályázati kérvények február hó 1.-éig Fejérvármegye főispánjához czimezve hozzám adandók be.

Speciális előképzettséggel bíró pályázók előnyben részesülnek. Az osztályon eltöltött szolgálati idő a kötelező egy évi kórházi orvosgyakornoki időbe beszámítható.

Az alorvosi állás javadalmazása: évi 1400 korona törzsfizetés, 1400 korona háborús segély, 1000 korona ideiglenes pótlék, havi 375 korona drágasági segély és havi 350 korona rendkívüli segély, bútorozott egy szobás lakás a kórházban fűtéssel, világítással, kiszolgálással és I. osztályú élelmezéssel.

Székesfehérvárott, 1922 január hó 5.-én.

Berzsenyi Zoltán dr., igazgató-főorvos.

364/1922. szám.

A Zemplén vármegyei sátorlajaujhelyi Erzsébet-kórházban megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1600 korona évi törzsfizetés és a köztisztviselőket megillető különböző segélyek, pótlékok és drágasági pótlékok. Természetbeni lakás, fűtés, világítás és élelmezés.

A pályázati kérvények 1922. évi január 28.-án délelőtti 10 óráig Zemplén vármegye főispánjához czimezve hozzám adandók be.

Sátorlajaujhely, 1922. évi január hó 1.-én.

Bernáth Aladár s. k., h. alispán.

5/1922. szám.

A Czellőmölk-Kemenesaljai kórháznál megüresedett igazgató-főorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Igazgató-főorvos javadalmazása évi 6000 korona. Pályázati kérvények folyó évi január hó 31.-éig az 1876. évi XIV. t.-cz. és az 1883. évi I. t.-cz. 9. § III. pontjának megfelelő képesítési okmányokkal felszerelve „Vasvármegye főispánjához” czimezve a kórház-bizottság alulírott elnökéhez adandók be.

Megjegyeztetik, hogy a jelenlegi lakáshiányra való tekintettel a kinevezett főorvos a kórházban ideiglenesen két nagy és egy kisebb szobából álló lakást nyer.

Czellőmölk, 1922. évi január hó 12.-én.

Pletnits Ferencz dr. s. k., a kórház-bizottság elnöke.

GLYCEROPHOSPHAT - GLOMA
DR. WANDER-FÉLE

HAEMOGLOBIN-GLOMA
DR. WANDER-FÉLE

HORDENZYM
TÁPCUKOR CSECSEMŐTÁPSZER

Röntgen-Coolidge-
berendezéssel a legideálisabb üzem.

Telefon: **ODELGA R.-T. VI.,** Andrassy-út 28.
68—16. Sürgőnyezim: **Medodelga** Budapest.

Telefon: **37—04.**

VALORAL

Brom—borneol—valerianat lecithinnel kombinálva
Igen hatásos sedativum, tonieum, enyhe hypnotieum.
Javalva: Neurasthenia, hysteria, álmatlanság, ideges tünetek ellen.

Készíti: **Szűts Pál** Deák Ferencz gyógyszerháza Budapest, VI.,
Deák Ferencz-tér, Anker-palota. Telefon 93-01.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Váró Béla: Közlemény a budapesti egyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi tanár.) A Sachs-Georgi-reactióról és jelentőségéről a latens lues diagnosztikájában szülészeti tapasztalatok alapján. 41. oldal.

Karczag László és Markó Dezső: Közlemény a budapesti kir. tudományegyetem III. számú belklinikájáról (igazgató: báró Korányi Sándor dr.) és a II. számú központi Röntgen-intézetből (igazgató: Ellischer Gyula dr.). A sterno-mediastinalis tomputatok differenciális diagnosztikájához. 44. oldal.

Frank Miklós: Közlemény a budapesti kir. m. tudományegyetem I. számú belklinikájáról. (Igazgató: Bálint Rezső dr., egyetemi ny. r. tanár.) Vizsgálatok a Wassermann-eljárásnál használt antigenek cholesterolin-tartalmáról és jelentőségéről. 45. oldal.

Richter Hugó: Tabes és korai syphilis. 46. oldal.

Közkórházi Orvostársulat. (X. ülés 1921 november hó 16.-án.) 47. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Schwalbe: Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Innere Medizin. 12. Heft. E. Meyer: Krankheiten des Gehirns und des verlängerten Marks. — H. Bach: Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne“. — Lapszemle. Belorvostan. Grassmann: Altatószerek és narcoticumok használatáról szívbetegségben. — Ideg- és elmekórta. Abderhalden: Az Abderhalden-reakciónak új, bárhol végezhető módszere. — Lafora: A meningitisnek új tünetéről. — Szülészeti és nőorvostan. Döderlein: A gyermekági láz kezeléséről. — Gyermekorvostan. Foth: A köldökphtheriáról. — Szemészet. Kraupa: A keratitis parenchymatosa kiváltó oka. — Venerés betegségek. L. Kofler és A. Perutz: A neosalvarsannak az orvos számára fontos azonosságai próbáiról. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. 49—51. oldal.

Vegyes hírek. 51. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti egyetem I. számú női klinikájáról.
(Igazgató: Bársony János dr., egyetemi tanár.)

A Sachs-Georgi-reactióról és jelentőségéről a latens lues diagnosztikájában szülészeti tapasztalatok alapján.

Írta: Váró Béla dr., tanársegéd.

A syphilis-diagnostikának legfontosabb laboratoriumi vizsgáló módszere, több, az általános használatba át nem ment eljárás mellett, a legutolsó időig a Wassermann-reactio (WaR) volt, melynek úgy a lues-diagnostika, mint a modern lues-therapia bőségesen veszi hasznát s számukra valósággal nélkülözhetetlen. Pedig, mint minden más laboratoriumi módszernek, úgy ennek is megvannak a maga fogyatékosai: 1. Nem szigorúan specifikus, mert, bár elvéve, de mégis pozitív reakciót kaphatunk kiütéses typhus, lepra, malaria, scarlatina, variola, pneumonia eseteiben s még más lázas betegségekben is. A szülésznek tudnia kell azt is, hogy az előbb valamikor scarlatinát és variolát kiállott asszonyok terhességük végén pozitív WaR-t adhatnak¹ és a savójuk a gyermekágnak körülbelül a 10. napjáig megtarthatja ezt a sajátosságát, de azután ismét Wa-negatívvá válik. 2. Nem minden luesesben mutatható ki segítségével a betegség, tehát a reactio negativ eredménye nem zárja ki azt, hogy a vizsgált vérsavó lueses betegé. 3. Az eljárás körülményes és költséges, mert kivételhez élő állatokra van szükség. Érthető tehát, hogy a vizsgáldóságoknak egész sora tűzte ki céljául a WaR ezen fogyatékosainak kiküszöbölését. A kutatók egy része ezt az eredeti Wa-féle eljárásnak finomításával, tökéletesbitésével igyekezett elérni. Ezeknek a kísérleteknek eredményei a különböző módosított, de lényegükben a WaR alapján álló módszerek. Mások megint egészen új nyomokon haladva új eljárásokra jöttek rá. Ezen lues-diagnosticumok közül az utolsó időben a Sachs-Georgi-reactióval (SGR) foglalkoztak a legtöbbit, melynek a WaR feletti, eddig hangsúlyozott előnye röviden két pontban foglalhatók össze: 1. A fertőzés után hamarabb mutatható ki segítségével a betegség, mint a WaR-val, a minek jelentősége abban van, hogy ennek folytán az antilueses kúra korábban megkezdhető, a korábban megkezdett kúrával pedig tökéletesebben és rövidebb idő alatt érhető el gyógyulás. 2. Kezelt lueses betegnek Wa-negatívvá lett vére SGR-val még luesesnek mutathatja magát, míg további kezelésre ez is negativ lesz. Tehát a gyógykezelés időtartamának használhatóbb indicatora, mint a WaR. 3. előnyét szolgálták emlegetni, hogy olcsóbb s hogy technikailag könnyebb eljárás, mint a Wa-féle. Ezt az utóbbit azonban nem mondhatjuk el róla, mert, bár igaz, hogy ha

* Előadatott a Budapesti Kir. Orvosegyesületnek 1922 január 21.-én tartott II. rendes tudományos ülésén.

egyszer jó antigen van birtokunkban, akkor egyszerűbb amannál, de megbízható antigenet előállítani nem éppen könnyű, mert még nem ismerjük eléggé az okát annak, hogy miért sikerül egyik antigenünk s miért nem használható az ugyanolyan módon készített másik.

Egymástól függetlenül dolgozók más és más eredményeket értek el a SGR-val: 80—96%-ban találták egyezőnek a WaR-val. Az eredmények különbözőségének oka bizonyára a reakcióhoz használt antigenben keresendő s bizonyítja azt a fennebbi állításunkat, hogy technice bizony nem könnyebb a WaR-nál. A WaR eredményével meg nem egyező 4—20% megoszlik a pozitív WaR-negatív SGR és a negatív WaR-pozitív SGR-t adó vérsavók között. Volnának tehát betegek, a kik a WaR szerint luesesek, a SGR szerint nem luesesek. Ezek az észlelések minden szerző tapasztalata szerint a 4—20%-ban nem egyező eseteknek csak egy kis részét teszik s jórészt abból az időből származnak, mikor az eredeti előírás szerint két óra múlva (37° C) olvasták le az eredményt. 48 óras (37° C) methodussal azonban Baumgärtel² 1500 közül csak 4-et talált ilyen, én meg 850 közül 6-ot láttam. Jó antigennel és a 48 óras methodussal dolgozva tehát a WaR-pozitív SGR-negatív esetek száma elég kicsiny.

Vannak azután olyan savók, melyek Wa-negatívek és SG-pozitívek. A kik a WaR eredményeihez mérik a SGR eredményét, azok a SGR-t ezekben az esetekben nonspecifikusnak mondják s mivel a nem egyező 4—20%-ot (különböző szerzők szerint) csaknem mind ezek az esetek teszik ki, szerintük közel ugyanennyi százalékban volna a SGR eredménye nonspecifikus. Azonban Baumgärtel² ilyen savókkal dolgozva kimutatta, hogy legnagyobb részében a SG-pozitív, eredeti WaR-negatív eseteknek a WaR-nak Kaup-féle módosításával pozitív eredményt lehet kapni. Ő 466 SGR-pozitív savóból az eredeti WaR szerint pozitívnek talált 245-öt, a Kaup-féle módosítás szerint 428-at. Ebből látható tehát, hogy a SGR sokkal ritkábban nonspecifikus, mint a hogy azt a fentebbi felfogás szerint a 4—20%-ból következtetni lehetne. Ne feledjük azonban, hogy a WaR Kaup-féle módosításának is megvannak ugyanazok a hibái, mint az eredeti WaR-nak, nevezetesen, hogy segítségével nem minden lues diagnoszálható, vagyis vannak luesesek, kiknek savója Wa-Kaup-negatív. Tehát ha a SGR eredményeit ehhez hasonlítjuk, megkapjuk, hogy vele hány százalékban egyezik, hányban nem, de nem azt, hogy hányszor volt hasznavehető a SGR, hányszor nonspecifikus. Ezt csak akkor tudnánk helyesen megítélni, ha képesek volnánk a luest valamilyen módon biztosan diagnoszkálni, vagy ezen betegség lehetőségét biztosan ki tudnánk zárni.

Hubert³ 8652 klinikai betege közül 8·8%-ot luesesnek talált, később 6991 közül 10·3%-ot (Gruber sectionál 7%-ot, Sängner szülönők között 8·6%-ot). Hubert statisztikája szerint a lueses férfiak 52%-a, a nőknek 75%-a anamnesisében nincsen semmi luesre gyanus. A diagnoszkált luesesek 33%-a,

a nőknek 45%-a latens lueses volt. Ha figyelembe vesszük azt, hogy a WaR éppen a latens lueseseknél szokott leggyakrabban hibásan negatív eredményt adni s ha figyelembe vesszük a latens luesesek igen nagy számát, kérdezhethetjük, hogy a Wa-negatív-SG-positív esetek vajjon nem az ilyen latens luesesek közül kerülnek-e ki? *Hubert* szerint a rejtett lues lehet: 1. *occult lues*, hol nincsen specifikus lueses szervi elváltozás, de fejfájások, feltűnő halványság, anaemia, lymphocytosis, neurastheniás tünetek stb. lues gyanuját keltik s a diagnosis készen is van, ha a WaR-positív; 2. *latens lues*, hol teljességgel semmi klinikai támpont sincs luesre, de a WaR-positív. Kérdezhethetjük, hogy a Wa-negatív-SG-positív esetek vajjon nem a *Hubert* értelmében *latens luesesek* közül kerülnek-e ki, a kik Wa-negatívek?

Ha a SGR specificitásának fokáról az eddigi közleményekből tájékozódni akarunk, a legellentétebb tapasztalatok tömegéből nem egykönnyen alkothatunk magunknak véleményét. *Hauk*⁴ 75%-ban nemspezifikusnak mondja a SGR-t, bár néhány esetet hajlandó ebből leengedni, a melyek, nem lehetetlen, hogy mégis luesesek voltak. *Müller*⁵ egyszer scarlatinánál, egyszer coxitisnél pozitív reactiót kapott, a mely tehát nemspezifikus volt. *Münster*⁶ 253 esetből 3-ról, melyek WaR-negatívek-SGR-positívek voltak, azt írja, hogy „úgy látszik“ itt nemspezifikus volt a SGR. *Lesser*⁷ és *Wolffenstein*⁸ ulcus mollenál és lázas betegeknek látták nemspezifikusnak. Előbbi 42 ulcus molle-beteg közül 10-ben pozitív SGR-t kapott, kik gyógyulásuk után negatívek lettek. *Schönfeld*⁹ a 24 órás methodussal csak egyszer talált nemspezifikus pozitivitást, *Zieler*¹⁰ és *Sachs-Georgi*¹¹ egyáltalában nem láttak ilyeneket. *Neukirch*¹² belgyógyászati betegeknek 13%-kal több pozitív SGR-t kapott, mint pozitív WaR-t. Kérdezhethetjük, hogy vajjon (azokat az eseteket leszámítva, hol a betegség elmúltával a SGR újból negatív lett) nem latens luesesek voltak-e azok mindannyian, kiknek vérsavója a SGR-ra beállítva pozitív eredményt adott negatív WaR mellett? Hiszen ha csakugyan annyi a latens lueses, mint azt *Hubert*, *Gruber* és *Sänger* fentebbi számai mutatják, akkor elképzelhető volna, hogy ezek valamennyien ebbe a kategóriába tartoznak, bár WaR-juk negatív. Ha felvesszük azt, hogy a SGR semmivel sem tökéletesebb diagnosticum a WaR-nál, akkor helyes mérték volna annak eredményeit ehhez hasonlítani. De ismerve a WaR-nak azt a fogyatékoságát, a mit maga *Wassermann* is hangsúlyozott, hogy a WaR negatív eredményével nem lehet a luest biztosan kizárni, ez helytelen kiindulási pont. Éppen ezért nem szabad e két reactionnak a laboratoriumi vizsgálatok kihozta 80—96% egyezéséből bíráltni meg a SGR használhatóságát, ez csakis klinikai megfigyelések alapján állapítható meg.

A SGR 4. előnyétül hozza fel néhány szerző, hogy rejtett luesnél többször pozitív, mint a WaR. Természetesen eseteiknek a *Hubert* által „occult lues“-nek nevezett kategóriába kell tartozniok, nem a „latens luesesek“ közé, mert csak az előbbieknél vannak olyan tünetei, melyek a SGR pozitív eredményének igazat adnak (ha a WaR negatív is). A valóban latens lueseknek semmi tünetük nem lévén, ha Wa szerint negative reagáltak, a „nemspezifikus“ SGR-eredmények közé soroltattak.

De van a latens luesnek is egy tünete, a melyet azonban csak a szülésznék van alkalma észlelni. Az asszony teherbe esik s magzatát vagy már a terhessége első felében elvetéli, vagy pedig ha tovább hordja is, koraszülött, halott, talán pár óráig élő gyermeket hoz a világra biztos jeleivel a luesnek, vagy egészen ki is hordhatja s rendes időre szüli meg a lueses, gyakran csenevész, csak néhány napi életre képes magzatát. S ez ismétlődik rövidebb-hosszabb időközökben a nélkül, hogy élő, egészséges gyermeket tudna világra hozni, bármennyire be is tartja a terhességi diætetika szabályait. A magzat luesének klinikai és kórboncztoni diagnosisát ilyenkor sok esetben a serologiai diagnosis is megerősíti, mert, ámbár az anya vére Wa-negatív lehet, a köldökzsinórból felfogott vér mégis Wa-positív. És vizsgálhatjuk az anya vérének akárhánszor, az mindig Wa-negatív marad, anamnesisében, akármilyen alaposan kérdezzük is ki, semmi lues-

gyanusat nem találunk s a legalaposabb klinikai vizsgálat sem lel bennük semmi lueses tünetet, tehát latens lueticák a *Hubert* értelmében, a nélkül azonban, hogy a WaR azt kimutatná. De volna még egy más lehetőség is: hogy ezek úgynevezett Colles-anyák, a kiknek magzataik apjuktól örökölték a luest, anyjuk pedig teljesen egészséges. Bár a Colles-féle törvény hitelét nagyon lerontották a WaR eredményei, mert igen sok egészségesnek gondolt asszony luese megállapított; lerontották azok a megfigyelők, kik az ilyen anyákat évek, évtizedek mulva tertiaer symptomákban megbetegedni látták; lerontották egyéb megfigyelések, például hogy ágyéki mirigyeiben a hosszabb ideig észlelt és látszólag egészséges asszonynak megtalálták a spirochaetákat: mégis maradtak még mindig olyan esetek, a melyek a Colles-féle törvényt nem engedték teljesen elavultnak minősíteni. Az újabb szerzők legnagyobb része hajlandó ezeket a látszólagos Colles-anyákat is lueticáknak mondani, bizonyítani azonban ezt az eddig használatban levő módszerekkel nem lehetett.

Klinikánk beteganyagából közlöm az alábbi 11 esetet, egyfelől a SGR — úgy vélem — legnagyobb előnyének, másfelől pedig a Colles-féle törvény tarthatatlanságának bizonyítására.

1. Sz. K. (120—1921), 23 éves. Anamnesisében semmi luesgyanus sincsen. (Férje WaR- és SGR-negatív.) Egy év előtt klinikánkon kora gyermeket szült, a mely kétnapos korában meghalt. 1921 januárjában 1950 gr.-os korát hozott a világra pemphigus lueticussal a talpáin. Köldökzsinórból vett vér: WaR és SGR +++ pozitív. Gyermeke harmadnapos korában meghalt, bonczlelete: lues congenita. Az asszony vére a szülés utáni második napon: WaR-negatív, SGR +++ pozitív. Hat héttel később egyhetes időközökkel még háromszor vizsgáltam a vérének az eredényi mindannyiszor ugyanaz volt: WaR-negatív (különböző antigenekkel), SGR +++ pozitív. Klinikai vizsgálat a luesnek semmi nyoma sem volt rajta fellelhető. Ezután különböző provocatiós módszerekkel próbáltam a WaR-t pozitívá tenni. A Conradi-Sklarek-féle typhus-oltóanyag, úgyszintén a Hg.-salicylum-provocatio nem vezetett eredményhez, de a Gennerich-féle neosalvarsan-provocatióval sikerült vérének WaR +++ pozitívá tenni. Ezután erővel Hg. + neosalvarsan antilueses kúrát kezdünk meg, a kúra felénél azonban (0.40 gr. Hg. salic. és 1.5 gr. neosalvarsan után) abbahagyja a kezelést, mert három hónapos graviditást állapítottunk meg nála, s úgy látszott, hogy nem akar élő gyermeket. November közepén jelentkezett újból, vére WaR- és SGR-negatív. 1921 november végén 3200 gr.-os egészségesnek látszó gyermeket szült, melynek vére (köldökvér) WaR-negatív, SGR + pozitív. Az asszony a gyermekágyban újból SGR +++ pozitív, sőt WaR +++ pozitív. (A VIII. napján a gyermekágyak mind a két reactionnal csak ++ pozitív.)

2. M. D. (569—1921), 25 éves. 1912-ben és 1914-ben állítólag egy-egy egészséges gyermeket szült, kik két hónapos korukban diphtheriában, illetőleg scarlatinában meghaltak. 1915-ben 7 hónapos halott korát hozott világra, 1921 márcziusban 2300 gr.-os élő kora gyermeket, melynek tenyerén, talpán és törzsén mindenütt lueses papulomaculosus kiütések láthatók (vsiros placenta). 24 óra után az újszülött exilt. Az asszony teljesen egészségesnek látszik, lues gyanuját anamnesisében semmi sem keltheti fel. Vére: WaR negatív, SGR +++ pozitív s ugyanez marad a vizsgálat eredménye typhus-oltóanyag-provocatióra is, míg neosalvarsanra a WaR eredménye pozitív-negatív lesz. 3 gr. neosalvarsanra, 1 gr. Hg. salic.-ra és 19 cm³ mirionra a SGR teljesen negatívá vált.

3. V. J. (439—1921), 19 éves. 1920-ban hetedik hónapos terhessége abortussal végződött. 1921 márcziusában 2050 gr.-os maczerált kora magzatot szült (lepény 980 gr.). Anamnesisében lues-gyanus semmi sincsen, klinice egészségesnek találjuk. Vére: WaR-negatív, SGR +++ pozitív. Férje vére WaR + pozitív, SGR +++ pozitív. Typhus-oltóanyag és Hg. salic.-provocatio az asszony WaR-ján nem változtat, az negatív marad. Antilueses kúrát kezdünk. Első turnusban 2.7 gr. neosalvarsant, 0.9 gr. Hg. salic.-ot és 19 cm³ miriont kapott, utána vére WaR-negatív, SGR ++ pozitív. Az antilueses kezelést tovább folytatjuk.

4. Z. U. (1711—1921), 28 éves. Először 1918-ban volt grávida, másodsor 1920-ban, mind a kettő 7 hónapos abortussal végződött. 1921 júniusában 6 hónapos graviditással jelentkezik, s az a kérése, hogy élő gyermekhez segítsük. Anamnesisében a két abortuson kívül semmi luesgyanus sincsen, klinikailag semmi jele a luesnek. Vére: WaR-negatív, SGR +++ pozitív. Neosalvarsannal, majd mirionnal próbáltam provokálni a WaR pozitivitását, de sikertelenül. Ezután antilueses kúrát kezdtem nála. Összesen 3.6 gr. neosalvarsant és 1 gr. Hg. salic.-ot kapott. Novemberben 2660 gr.-os egészséges gyermeket szült. A köldökzsinórból vett vér WaR- és SGR-negatív, az asszonyé WaR-negatív, SGR még mindig +++ pozitív.

5. H. K. (980—1921), 26 éves. 8 év előtt állítólag egészséges leánykát szült, a ki 22 hónapos korában meghalt, 1920-ban 7 hónapos kora halott gyermeket. 1921 májusában élő 1700 gr.-os lueses kora gyermeket hozott világra, mely csak néhány perczig élt (placenta 700 gr.). Az egészségesnek látszó, anamnesisében sem luesgyanus asz-

szony vére *WaR-negatív*, *SGR + pozitív*. 2½ gr. neosalvarsan, 1 gr. Hg. salic. és 31 cm³ mirion után: *WaR* és *SGR* negatív lett. Vérvizsgálatra, szükség szerint a kúra folytatására jelentkezni fog.

6. D. J. (830—1921), 32 éves. 15 év előtt farfekvéses gyermeket szült, mely extractio közben elhalt. 1921 májusában 2300 gr.-os halott, maczerált gyermeket hozott világra. Anamnesise, klinikai lelete lues-negatív, vére *WaR-negatív*, *SGR + + + pozitív* s az eredmény ugyanaz marad neosalvarsan-provocatióra is. Kezelésre nem jár.

7. K. L. (1253—1921), 28 éves. 1921 júniusában (intézetben kívül) 8 hónapos kora gyermeket szült, mely kezelő orvosa szerint maczerált volt. Klinikánkra a gyermekágy VI. napján lázasan szállították be. A láztalan időszak kezdetén vére: *WaR-pozitív-negatív*, *SGR + + + pozitív*, később többször is *WaR-negatív* (különböző antigennel), *SGR + + + pozitív* volt. Hg. salic.-provocatióra újból *WaR-pozitív-negatív* lett. Antilueses kezelés alatt áll.

8. Cs. J. (833—1921), 23 éves. 1919-ben 6 hónapos maczerált foetust abortált, 1921 májusában 2110 gr.-os maczeráltat szült. Sem anamnesisében, sem klinikai vizsgálattal semmi lues-gyanusát nem találtunk nála. Vére: *WaR-negatív*, *SGR + + + pozitív*. Typhus-oltóanyag- és neosalvarsan-provocatiókra a vérvizsgálat eredménye ugyanaz marad.

9. H. J. (624—1921), 32 éves. Hat év előtt 7 hónapos kora, halott magzatot, 1921 áprilisában 2300 gr.-os halott kora maczerált gyermeket szült (placenta 700 gr., zsíros infarctusokkal). Az asszony egészségesnek látszik, anamnesise luest nem is sejtet, vére *WaR-negatív*, *SGR + + + pozitív*. Neosalvarsan-provocatióra *WaR*-ja + pozitív lesz. Antilueses kezelésbe vettük, de néhány injectio után elmaradt.

Mind a 9 eset hasonló egymáshoz a következőkben:

1. Klinikai vizsgálattal bennük luesnek semmi tünete fel nem található. 2. Anamnesisük luesre egyáltalában nem gyanus. 3. Csak a szülészeti anamnesisből kifolyólag lehet náluk luesre gondolni. 4. *WaR*-juk negatív. 5. *SGR*-juk pozitív. Ide sorolható még két betegünk, kik mindenben hasonlóak az előbbi 9 hez, azoktól csak abban különböznek, hogy anamnesisükből gondolhatunk ugyan luesre, de *WaR*-juk negatív, pozitív *SGR* mellett.

10. K. F. (5015—1921 amb.). Kétszer abortált, egyszer kora gyermeket szült. 1917 márciusában és áprilisában antilueses kezelést kapott. 1921 júliusában III. hónapos gravida, vére *WaR-negatív*, *SGR + + + pozitív* (többszöri vizsgálattal, különböző antigennel is). Hg. salic., azután neosalvarsan-provocatióra vére ugyanazt a *Wa*-eredményt adja. 3½ gr. neosalvarsan, 0.92 gr. Hg. salic.-ből álló antilueses kezelésre vére (*WaR-negatív*) *SGR-pozitív-negatív* lesz. Deczember elején IX. hónapban terhes, magzatmozgásokat jól érez. További megfigyelés alatt áll.

11. S. Gy. (411—1921), 32 éves. Egy hét éves gyermeke él, egészséges, a második gyermeke, mely most 4 éves lenne, 2 hónapos korában meghalt. 1921 márciusában 1300 gr.-os maczerált gyermeket szült. Anamnesise: néhány héttel később, hogy férje 1918-ban a harc-térről visszajött, kiütéseket kapott egész testén. Klinikai vizsgálattal most luest megállapítani nem lehet, vére *WaR-negatív*, *SGR + + + pozitív*. Typhus-oltóanyag-provocatio a *WaR*-n nem változtat. Kezelésről elmaradt.

Hogy valamennyi esetben a *SGR* adta a helyes diagnosist és nem a negatív *WaR*, azt bizonyítja a szülészeti anamnesiseken kívül: 3 esetben a neosalvarsan-, 1-szer a Hg. salic.-provocatióra jelentkező pozitív *WaR*, 9-szer a klinikánkon született korai gyermekek klinikai, részben kórboncztoni diagnosisa, 1-szer a köldökzsinórból vett vér *Wa*-pozitív eredménye, 5-ször a specifikus antilueses kúrára történt negatívvá, illetőleg gyengébben pozitívvá válása a *SGR*-nak, 2 esetben pedig, hogy a már kétszer lueses halott kora gyermekeket szült asszonyok antilueses kezelésre élő, egészséges gyermeket hoztak világra, egy harmadik pedig, a ki kétszer abortált, egyszer korát szült, most a negyedik terhességét már a vége felé hordja, miután neosalvarsan- és Hg. salic.-kezelést kapott. Hogy azután vajjon (negatív *WaR* mellett is) minden *SGR*-pozitív vér lueses betegség-e, vagy pedig lehet ez a reactio némelykor nonspecifikus is, azt a további vizsgálatok fogják megmutatni. Ezek után azonban a *WaR* eredményével való egyezése vagy nem egyezése többé nem lehet mértéke a használhatóságának. A fentebbi tizenegy jól észlelt esetünk bizonyítja fölényét a latens lues diagnosztikájában.

Meyering¹³ azt írja a *SGR*-ról, hogy kezelt latens luesnél érzékenységen túltesz a *WaR*-n. Hogy ez a nagyobb érzékenysége azonban előnye-e, nem állapítható meg, mert nem tudni, hogy ilyenkor vajjon még beteg-e a szervezet (még inficiálva van-e), vagy csak olyan elváltozásai a serumnak mutattnak ki általa, melyek a teljes gyógyulás után is megmaradtak. Az az észlelés, hogy antilueses kezelésre, vagy

annak folytatására a *SGR* is negatívvá válik, azt hiszem, ezt a kételyt eloszlatja. Inkább azt a kérdést kellene feltenni, hogy a *SGR*-nak a kezeléssel tartósan negatívvá válása vajjon végleges gyógyulásnak a jele-e?

Az, a ki Colles-anyak létezését nem vonja kétségbe, mert minden lueses gyermek anyján a luest (sem klinikai, sem az eddigi laboratoriumi vizsgálatokkal) kimutatni nem lehetett, a fentebbi 9 asszonyt ilyennek tartotta volna. A *SGR* segítségével azonban bizonyosan kimutatható, hogy ezek lueticák. Klinikánknak évenként átlag 2200 szülönője közül, a mióta vérüket a *WaR* mellett a *SGR*-ra is beállítjuk, egyetlenegy lueses gyermek anyját sem találtuk luesmentesnek, tehát egyetlenegy Colles-anyát sem láttunk. S ha netalán a jövőben fordulna is elő ilyen eset, a Colles-anyak létezését ezek után joggal tagadni lehet, ezek csak a diagnosticum fogyatékoságát mutatják. Elvégre lehetséges, hogy fogunk ilyenekkel találkozni, mert fordulnak elő elvéve *WaR*-pozitív-*SGR*-negatív, valamint *WaR*-negatív-*SGR*-pozitív esetek, tehát lehetnek olyanok is a luesesek között, kiknél mindkét reactio felmondja a szolgálatot.

Fentebbi kórtörténeteink alapján még egy másik kérdéshez is hozzászólhatunk: a *WaR* provocatiójához a *WaR*-negatív, soha nem kezelt lueseseken. Ez főleg abból a szempontból érdekelhet most minket, hogy vajjon lehetséges-e minden *Wa*-negatív latens luesesnek a *WaR*-ját valamilyen módon pozitívvá tenni, mert ha igen, akkor a *SGR*-ra a latens lues diagnosztikájában semmi szükség sem volna. A fentebbi 11 asszonyon a *WaR* provokálásának valamennyi ajánlott módját kipróbáltam, és pedig: (a *Gennerich* proponálta) neosalvarsannal, kénesezőkészítménnyel (Hg salic.), mirionnal és a *Conradi-Sklarek*-féle¹⁴ eljárással. Az eredmények a következők: *Gennerich* szerint 7-szer próbálkoztam, ezek közül 1-szer + + pozitív, 1-szer + pozitív, 1-szer pozitív-negatív *WaR*-t kaptam a provokálással, 4-szer teljesen eredménytelen maradt. Hg salic.-ot 5 asszonynak fecskendeztem be ilyen czállal, s csak 1-szer változott meg a *WaR* pozitív-negatívvá. *Conradi* és *Sklarek* 1 cm³ typhus-oltó-anyag injiciálásával a *WaR*-t pozitívvá tudták változtatni olyan következetesen, hogy a hol ez nem sikerült, ott felvették, hogy a lues meggyógyult. Hogy ez milyen merész következtetés volt, látható 5 sikertelen kísérletéből, melyekben egyetlen egyszer sem lehetett a biztosan lueses asszonynál a *WaR*-t ilyen módon pozitívvá tenni. A mirion-provocatio 2-szer mondott csődöt, egyszer sem járt eredménnyel. Tehát a *WaR* provokálására latens luesben biztos módszerünk nincsen, a *SGR*-t ennek diagnosztikájában nem tudjuk nélkülözni.

A *SGR*-ban olyan lues-diagnosticumot reméltünk, mely a *WaR*-t helyettesíteni tudja, olcsóbb, technikailag könnyebb, s kaptunk e helyett egy technice talán nehezebbet (jó antigen készítése) és nem is helyettesítőjét annak, hanem értékes ki-elemezőjét.

A *WaR* beállítása előtt minden alkalommal kitráljuk a haemolysint (használjuk a kapott érték háromszorosát), a complementumot (használunk az 1:20 hígításából 0.1 cm³-rel többet) és az antigenet is (használjuk a complementumot már nem kötő mennyiségnek a felét).

A *SGR*-i újszülött lueses májból és marhaszívából pontosan az eredeti előírás szerint készített és cholesterinezett antigennel végezzük, 0.1 és 0.2 cm³ savóval mindig párhuzamosan. 48 órai 37° C-os thermostatban tartás után az eredményt a mikroszkop IV. sz. okulárja segítségével olvassuk le aképpen, hogy azt a mikroszkopból eltávolítva, felső (a szem felé eső) lencsét lecsavarjuk s a foglatban bennmaradt lencsével végezzük a leolvasást. Ez a módszer czélszerűbb, mint az agglutinostoppal való dolgozás, mert közben rázogathatjuk a kémcsövet, a mi a pontos leolvasást megkönnyíti.

Összefoglalás:

1. A *SGR* használhatósága nem állapítható meg abból, hogy az eseteknek hány százalékában egyező a *WaR*-val, mert 9 minden klinikai tünet nélküli latens luetica, kiknek syphilisére a gyanú csak habitualis abortusai és lueses kora gyermekeik keltették fel, negatív *WaR* mellett pozitív *SGR*-t adott. Ha nem láttuk volna a lueses újszülötteket, mind a 9 esetet mint „nonspecifikus“ *SGR*-t könyvelhettük volna el.

2. Ezek közül csak 4 esetben sikerült provokáló módszerrel a *WaR*-t annyira a mennyire pozitívvá tenni.

3. A SGR tehát a valóban (minden klinikai tünet nélkül való) latens lues diagnoskálásában nélkülözhetetlen módszer.

4. Mivel azonban vannak WaR-positív-SGR-negatív luesesek is, a kétféle diagnosticum nem helyettesítője egymásnak, hanem kiegészítője.

5. Olyan asszonyt, kit a Colles-anyák kategóriájába sorolhatnánk, a mióta nemcsak WaR-ra állítjuk be a syphilitis újszülöttek anyáinak vérének, hanem SGR-ra is, egyetlen egyet sem láttunk, ezek valamennyien lueticáknak bizonyultak. Tehát lueses újszülött nincsen lueses anya nélkül. A Colles-törvény a syphilitisdiagnostika tökéletesbedésével hiteléből fokozatosan vesztett, a SGR-val elért eredmények után pedig tarthatatlanná válik.

Irodalom. ¹ *Bunzel*: Wiener klin. Wochenschr., 1909, 36. sz. — ² *Baumgärtel*: Münch. med. Wochenschr., 1920, 15. és 36. sz., 1921, 8. sz. — ³ *Hubert*: Münch. med. Wochenschr., 1915:1314, 1918:619 és 1919:344. — ⁴ *Hauck*: Münch. med. Wochenschr., 1919, 49. sz. — ⁵ *Müller*: Berl. klin. Wochenschr., 1921, 11. sz. — ⁶ *Münster*: Münch. med. Wochenschr., 1919:505. — ⁷ *Lesser*: Münch. med. Wochenschr., 1919:254. — ⁸ *Wolffenstein*: Berl. klin. Wochenschr., 1919, 47. sz. — ⁹ *Schönfeld*: Münch. med. Wochenschr., 1920:399. — ¹⁰ *Zieler*: Ref. Münch. med. Wochenschr., 1919:825. — ¹¹ *Sachs-Georgi*: Münch. med. Wochenschr., 1920:66. — ¹² *Neukirch*: Ref. Münch. med. Wochenschr., 1920:1247. — ¹³ *Meyering*: Ref. Münch. med. Wochenschr., 1921:649. — ¹⁴ *Conradi-Sklarek*: Ref. Münch. med. Wochenschr., 1920:674.

Közlemény a budapesti kir. tudományegyetem III. számú belklinikájáról (igazgató: báró Korányi Sándor dr.) és a II. számú központi Röntgen-intézetből (igazgató: Elischer Gyula dr.)

A sterno-mediastinalis tompulatok differentialis diagnostikájához.

Irta: *Karczag László dr. és Markó Dezső dr.*

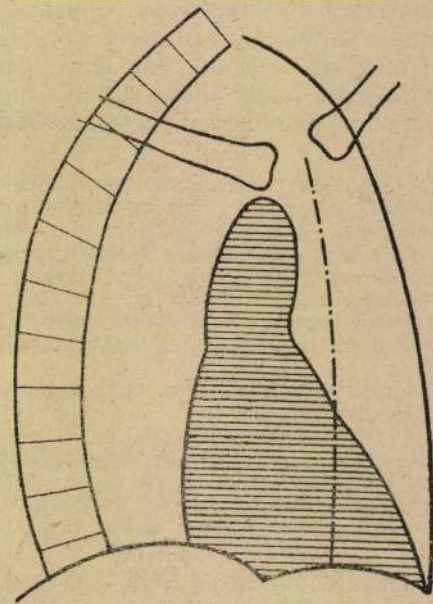
A sternum felett a középső mediastinum kopogtatással és Röntgennel kimutatható kóros elváltozásain kívül (mediastinalis tumor, substernalis struma, beszűrődés, tüdőelváltozás, aortaectasia és aneurysma stb.) a II. és III. borda ízesülésének magasságában, mintegy 3—4 cm. átmérőjű területen igen gyakran tompulat nyerhető, melyet azonban a középső mediastinum Röntgennel kimutatható elváltozása nem kisér.

A sternalis tompulatok ezen fajtáját klinikánk beteganyagán tanulmányozva, mindenekelőtt megállapítottuk, hogy a sternalis tompulatok nem kizárólag a thorax csontos minőségétől függenek, hanem a mellkas alakjától és főleg a tüdők légtartalmától is. Jól fejlett csontrendszerű egyénekben erős bordák és előugró angulus Ludovici mellett gyakran hiányzott a sternalis tompulat, viszont gracilis egyénekben az esetek nagy számában a sternalis tompulat könnyen volt kimutatható. A tüdők légtartalmának egymáshoz való viszonyát a légvételek bekövetkező hangváltozások mutatták, a mennyiben mély, erőlteiet kilégzéskor a tompulatok megszélesedtek, míg erőltetett belégzéskor megkisebbedtek, illetőleg eltűntek.

Ha szem előtt tartjuk a mediastinum topographiai viszonyait, kétségtelenné válik, hogy a tompulat főképpen a *jobb tüdő topographiai helyzetétől és légtartalmától* függ. Már *Hyrtl* rámutatott arra, hogy a jobb pleurazsák a jobb tüdő nagyobb légtartalma miatt a sternum bal széléig is elér, míg a baloldali csupán a bal bordák csontos végéig, illetőleg ettől valamivel beljebb végződik. *Politzer*-nek köszönhető ezen topographiai viszonyok klinikai és diagnostikai fontosságának kiemelése (Über Volumen pulmonis diminutum. Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 39., 1103.) és annak pontos megállapítása, hogy a jobb tüdő valódi határa a sternum bal széléig ér. A jobb tüdő tehát a sternum és a középső mediastinalis képletek közé ékelődik, a mi eléggé megmagyarázza a sternalis tompulatoknak és a tüdő légtartalmának fent jelzett függési viszonyát, valamint érthetővé teszi azt is, hogy a tompulat mély inspiriumban eltűnik, hogy inspiratorius állású mellkasokon ki nem mutatható, míg kilégzéskor és expiratorius állású mellkasokon pozitív physicalis lelettel találkozunk.

Mindezeket átgondolva közelfekvő volt, hogy a sternalis tompulatok egy részének okát a *jobb tüdő destructiv és zsugorodó folyamataiban* keressük, hiszen a beteg tüdőfél relaxatiója folytán a középső mediastinum képleteinek szabadon kellett a sternum alatt maradniok és így tompulatra vezetniök. A vizsgált esetek nagy részében csakugyan sikerült a sternalis tompulatot kimutatnunk. Ezek a tompulatok az egészséges tüdő mellett fennálló Röntgen-negatív tompulatoktól (a tüdő csökkent légtartalma, keskeny tüdőszélek) differentially diagnostikailag abban különböznek, hogy mély légvételek nem tisztulnak fel. A légzési eltolódás vizsgálatát ajánlatos a sternalis tompulat közepén — és nem a szélén — meg-ejtenünk, mert a hangtani jelenségek ekkor a légfeltünőbbek.

A sternalis tompulatok egy harmadik feltételét sikerült az aorta lefutásának anomáliájában megtalálnunk. Ennek felismerésére specialis Röntgen-methodika vezetett. A tüdőszélek, illetőleg az aorta légzési mozgásait ugyanis oly módon kontrolláltuk röntgenologiaiailag, hogy a beteget az első ferdebe (fél bal), illetőleg annál még jobban balra fordítottuk és az így keresztül vitt átvilágítások a láthatatlan sternumot, jobban mondva annak középvonalát fémdróttal, később a bőrhöz jobban odasimuló lánczczal jelöltük meg. A 60—70 fokkal balra fordult beteg átvilágításakor az aorta ascendens



1. ábra.

Normalis aorta. Az eredményvonal a sternum középvonala.

és arcus még nagyon jól kivehető és a sternumot takaró bőrtől való távolsága, illetőleg respiratorius távolság-ingadozása, szépen észlelhető.

A normalisan lefutó aorta árnyéka a fenti methodus szerint nagyjában egyenlő, körülbelül 2—3 cm.-nyi mélyen fut le a sternum külső felszínét jelző drót árnyéka mögött. (1. ábra.) Ez a távolság a belégzéskor jól kivehetően megnő, a kilégzés alatt lényegesen megkisebbedik.

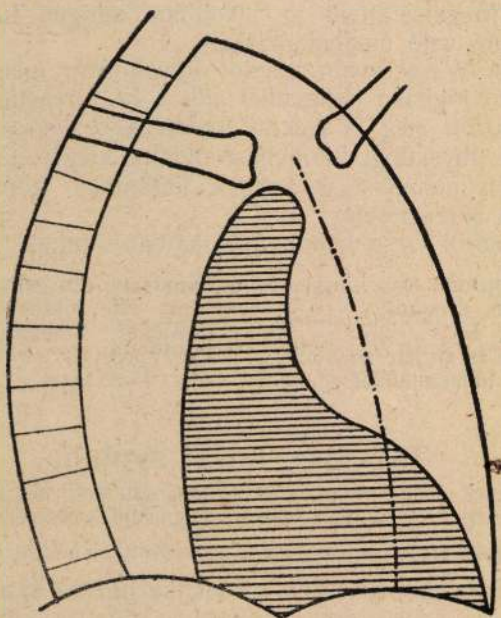
A sternum-aorta távolságának respiratiós távolság ingadozásait figyelve, a *meg nem szélesbedett* aorta két főlefutási anomáliáját ismertük meg.

1. Az előugró aortaív típusát, melyben az ascendens-sternumtávolság jóval nagyobb, mint az arcus-sternumtávolság. Az arcus itt majdnem a sternum hátulso felszínéhez simulhat. Ezt a típust *aorta prominensnek* nevezzük (2. ábra).

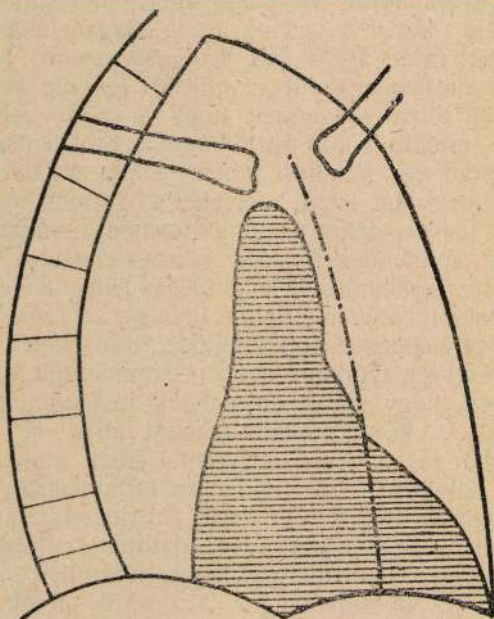
2. Közvetlenül a sternum alatt, illetőleg ahhoz nagyon közel lefutó ascendens- és arcus aortae-típust, a melyet *aorta praecurrensnek* nevezünk. (3. ábra.)

E két típus a physicalis vizsgálattal is elkülöníthető egymástól az által, hogy az aorta praecurrensnél úgy a corpus, mint a manubrium sterna felett, míg az aorta prominensnél inkább a manubrium felett kapunk tompulatot, különösen expirium alatt.

A Röntgen-methodikát illetőleg még csak annyit, hogy az ideális módszer a frontalis átvilágítás, illetve teleröntgenogramm volna, a mely teljesen hűen adná vissza a sternum-aortatávolságot. Csakhogy a középszéles és mézsókát nem tartalmazó aortaívet frontalisán a thorax egyéb képződményeinek homogen összefolyó árnyéka a legtöbb esetben felismerhetetlenné teszi. A 60—70 fokban történő vizsgálat ugyan kissé torzított képet ad, de ez a hibaforrás csökkenthető azzal, hogy a beteget kontrollképpen 60—70 fokban elfordítva is átvilágítjuk.



2. ábra.
Aorta prominens.



3. ábra.
Aorta praecurrens.

Az aorta e különös viselkedésének okát részben a mellkas dimenzio-változásaiban, részben az aorta megnyúlásában kell keresnünk. Ismeretes, hogy a rekesz magas állása alulról, vagy egy struma felülről úgy megszükiti a thoraxot magassági átmérőjében, hogy a normalis aorta íve szélesebb lefutású lesz, esetleg spirális alakot ölt. Ugyanezek a formaváltozások még nagyobb fokban következhetnek be, ha az aorta megnyúlik (*Assmann*). Az aorta prominens és praecurrens e lefutási anomaliáknak egy fajtája, klinikai jelentőségét a vele járó sternalis tompulat adja meg.

Hogy mennyire fontos a két aorta-typus ismerete úgy a gyakorlat, mint a differential-diagnosis szempontjából, arra nézve két betegünket említjük, kiken a kopogtatási lelet alapján substernalis strumára következtettünk, annyival is inkább, mert a betegeknek jól kifejtett nyak-strumájuk is volt. A Röntgen-vizsgálat azonban a substernalis strumának nyomát sem mutatta, de e helyett megtaláltuk a typosus aorta prominens, a mely közvetlenül a tompulatot adó terület alatt foglalt helyet.

Megemlíthjük még e helyen, hogy a két abnormis lefutású aorta-typus a már kórosan megszélesedett aortában is megtalálható és hogy aorta prominenssel legtöbbnyire arteriosclerosis, aorta praecurrenssal inkább lues esetekben találkozunk.

Közlemény a budapesti kir. m. tudományegyetem I. számú belklinikájáról. (Igazgató: Bálint Rezső dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Vizsgálatok a Wassermann-eljárásnál használt antigenek koleszterin-tartalmáról és jelentőségéről.

Irta: Frank Miklós dr.

(Előzetes közlemény.)

1906 óta nagyértékű segédeszköze az orvosi diagnostikának a Wassermann-eljárás. Jelentősége a lueses megbetegedések kimutatásában általánosan elismert; lényege körül azonban még igen heves viták folynak.

Különös érdeklődés irányult kezdettől fogva az antigen felé; csakhamar megjelentek az első közlemények (*Marie és Levaditi, Weygandt, Landsteiner, Müller és Pötzl*), melyek kimutatták, hogy a lueses foetus májából készült vizes kivonat ép szervek alkoholos extractumával pótolható. Rövidesen követte ezt ennek a megfigyelésnek a magyarázata: a vizes kivonatban levő specifikus anyag lipid-termetű; a lipidok pedig az ép szerveknek is állandó alkotórészei (*Porges, G. Meier*).

A további kutatások során megkísérelték az antigennek jól ismert anyagokkal való helyettesítését. *Sachs* és *Altmann* olajsavas natriumot és koleszterint használt, *Hermann* és *Perutz* epe-savas natriumot és koleszterint, *Elias* és *Neubauer* epe-savas natriumot. *Sachs* és *Rondoni* ismert összetételű (olajsav, olajsavas natrium, lecithin) keverékeket ajánlott az alkoholos antigen pótlására.

Az eredmények csak kevésbé voltak kielégítőek és az a remény, melyet az antigen-kérdésnek ilyen egyszerű megoldásához fűztek, teljesítetlen maradt. Azonban úgy ezek a vizsgálatok, mint a koleszterin antigenek újabb a Wassermann-eljárásnál és *Sachs-Georgi*-reakciónál való alkalmazása kétségtelenül a lipidok bizonyos jelentőségét tanúsítják.

Vizsgálataimat, melyeket hosszabb-rövidebb megszakításokkal 1½ éve végzek, két irányban folytattam: mekkora a különböző antigenek koleszterin-tartalma és mi a jelentősége a koleszterinnek a Wassermann-reakcióban?

A különböző intézetektől kapott antigenek* koleszterin-tartalmát *Bloor*-nak a *Liebermann-Burchard*-reakción alapuló eljárásával határoztam meg. Az eredeti eljárást következőképpen alkalmaztam: 1 cm³ antigenet villamos kályhán óvatosan bepárolva, vegytiszta chloroformmal 4—5 ízben extraháltam. A koleszterin-tartalmú kivonatot chloroformmal 5 cm³-re kiegészítve, 2 cm³ ecetsav-anhydrid és 0.1 cm³ tömény kén-savat tettem hozzá. Összekeverés után ¼ óráig állani hagytam sötét helyen; a meghatározás az *Autenrieth*-féle colorimeterrel történt.

Hat antigen százalékos koleszterin-tartalmát meghatározva, a koleszterin mennyisége 0.014%—0.033% között változott. Az antigenek százalékos koleszterin-tartalma változó értékű és semmiféle olyan összefüggést, melyből valamilyen következtetést levonhatnánk, nem mutat. Ha azonban a meg-

* Kísérletemhez bizonyos okok miatt kizárólag alkoholos antigeneket használtam.

adott titer segítségével kiszámítjuk az antigennek egy meghatározásban (egy Wassermann-főkísérletben) szereplő abszolút mennyiségét, illetőleg a cholesterinnek az ebben foglalt mennyiségét, azt látjuk, hogy a cholesterinnek egy meghatározásban szereplő értéke elég szűk határok — 13—16 γ — között ingadozik (1 mgr. ezredrésze egyenlő 1 γ -val).

Például egy antigen (I. sz. szemészeti klinika) titere az ötszörös hígításból 0.5 cm³; a Wassermann-reactióban szereplő antigen abszolút mennyisége: 0.1 cm³, meghatározott cholesterin-tartalma: 0.016% és 1 cm³ antigenben 0.16 mgr., azaz 160 γ cholesterin van. A Wassermann-reactióhoz szükséges antigen-mennyiség tehát 16 γ cholesterint tartalmaz. Azokban az antigenekben, melyek a megadott titer mellett a Wassermann-reactióra alkalmatlannak bizonyultak, sokkal alacsonyabb volt az egy meghatározásban szereplő cholesterin mennyisége. A Rókus kórházból kaptam többek között egy alkoholos emberszív-antigént, mely az illető laboratorium nyilatkozata szerint a megadott titer mellett használhatatlan volt a Wassermann-reactióra. Kiszámítva az egy reakcióban szereplő antigen-mennyiség cholesterin-tartalmát, kitűnt, hogy a tízszeres hígítás 0.5 cm³-ében csak 8 γ cholesterin volt.

Ezek után megkísérletem ismeretlen titerű antigenek titerét az egy meghatározásban szereplő abszolút cholesterin-mennyiség — középértékben 15 γ — figyelembe vételével számítás útján meghatározni.

Nem tételezhető fel, hogy az extractum használhatóságát kizárólag a cholesterin-tartalom szabja meg. A cholesterin csak egyike az extractum indicatorul felhasználható alkotórészeinek. Ezen feltevésem mellett szól *P. Lemeland* tapasztalata: különböző antigenek közül a Wassermann-eljárásra legalkalmasabbnak van a legnagyobb cholesterin-tartalma. Legújabbban pedig *Fr. Graetz* állapítja meg (a cholesterinezett antigenek használhatóságával foglalkozva a Wassermann-reactiónál), hogy egy jól dolgozó antigennek lipoidokat, főleg azonban cholesterint kell „optimalis mennyiségben” tartalmaznia.

Az antigen titerének titrálással való megállapítása tölem függetlenül történt; titerül a legnagyobb, complementumot nem kötő antigen-mennyiség felét használtuk. A számítással meghatározott titereket a titrálással megállapított titerekkel szembeállítva, négy esetben teljes volt a megegyezés.

Egy antigennél (pozsonyi egyetemi közegészségtani intézete) nagy eltérés van a titrálással megállapított és a számított titer között; ugyanis titrált titer 1:2.5-ből 0.15 cm³, számított titer 1:7-ből 0.4 cm³. A titrálással megállapított dosis cholesterin-tartalma 15.6 γ , a számítással meghatározott titer cholesterin-tartalma 15 γ .

Ez a különbség a titerek és megegyezés a cholesterin-tartalom között indított arra, hogy vizsgálataimat kiterjesszem arra a körülményre is, vajjon a Wassermann-reactióban az antigen-hígítás foka vagy az antigen mennyisége a lényeges?

Lange azt tapasztalta, hogy gerinczvelőfolyadékot kolloidalis arannyal hozva össze, lueses eredetű megbetegedés esetén az arany-kolloid kicsapódik. A kicsapódást a kolloid színváltozása jelzi. A specifikus reactio tehát kolloid-chemiai folyamaton alapszik; létrejöttében ismert szemcsenagyságú, töltésű kolloid szerepel. Per analogiam, az antigennek, mely lipoid-emulsió, szintén a kolloidalis állapota lényeges a reactio létrejöttében.

Kísérleteimhez ugyanazon mennyiségű antigennek különböző hígításait készítettem, továbbá egy kémlőcsőben hígítatlan, egy másikban a megadott titer szerint szabályosan készített hígítású antigen volt; savó és complementum hozzáadása után utólag történt a rendszernek 0.85%-os konyhasóval 15 cm³-re való kiegészítése. A reactio eredményére azonban sem az antigen különböző hígítási foka, sem az utólagos kiegészítés nem volt befolyással.

Más kísérlet-sorozatban, különben az előbbivel megegyező kísérleti berendezés mellett, a rendszernek physiologiai konyhasó-oldattal való kiegészítését teljesen elhagytam, úgy hogy az egyes kémlőcsővekben változó volt a rendszer térfogata. Például egy kísérletben az első kémlőcsőben az össz-

térfogat 1.68 cm³, az ötödikben 2.26 cm³ volt; az antigen koncentrációja az első kémlőcsőben 11.7%, az ötödikben 6.3%. Nem változtatta meg a reactio eredményét sem a rendszer különböző térfogata, sem az antigen különböző hígítása, sem különböző koncentrációja.

Összefoglalás.

1. Ismerve az antigenek cholesterin-tartalmát és titrálással megállapított titerét, kiszámíthatjuk az egy meghatározásban — egy Wassermann-főkísérletben — szereplő-cholesterin abszolút mennyiségét.

2. Megkísérletem az alkoholos antigen titerének számítás útján való meghatározását.

3. A Wassermann-reactiót ugyanolyan mennyiségű, de különböző hígítású antigennel állítva be, a reactio eredménye nem változott meg. A reactio eredményére nem volt befolyással, ha a physiologiai konyhasó-oldattal kiegészítést elhagyva, ugyanazon mennyiségű antigen különböző koncentrációban vett részt a reakcióban.

További vizsgálataim folyamatban vannak.

Irodalom. *Kolle-Wassermann*: Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. 2. kiadás. — *W. R. Bloor*: The Journal of biological Chemistry, XXIV., 227. — *Pierre Lemeland*: Comptes rendus des séances de la société de biologie, LXXXIV., 3. — *Fr. Graetz*: Zeitschrift für Immunitätsforschung, 31. kötet, 4—5. füzet.

Tabes és korai syphilis.

(Megjegyzések *Poór Ferencz* dr. magántanárnak fenti cím alatt az Orvosi Hetilap 1922. évi 2. számában megjelent közleményéhez.)

Irta: *Richter Hugó* dr., az egyet. agyszövetani intézet tanársegédje.

Poór magántanár ritka casuistikai közlése és a hozzáfűzött igen érdekes fejtegetések, melyekben a tabes szöveti kóroktanára vonatkozó vizsgálataim is méltánylásra találtak, indítanak arra, hogy néhány megjegyzéssel eloszlatni segítsek bizonyos félreértéseket, a melyek a tabesnek a lueses affectiohoz való viszonyára nézve vizsgálati megállapításaim különböző magyarázata folytán a szerző és a magam álláspontja közt felmerültek. Talán fölösleges hangsúlyoznom, hogy alábbi megjegyzéseimben egyedül az objectiv igazság keresése vezet és távol áll tőlem a szándék, hogy a szerző fejtegetéseinek érdekes és értékes voltát bármiképp is csökkentsem.

A szerző egy manifest tabes-esetben oly bőr- és nyirokmirigyváltozásokat talált, melyeket a gondos vizsgáló óvatosságával lueses superinfectiónak (és nem reinfectiónak) jelölt meg és az egyidejűleg fennálló tabeses elváltozásokat szöveti vizsgálataim figyelembevételével lueses jellegűeknek fogadván el, az esetet oly módon értelmezi, hogy az első spirochaeta-invasio következményeképp kifejlődő, kötőszöveti túltengéssel reagáló szervezet syphilise azóta assimilálódott, attenuálódott oly mérvben, hogy újabb spirochaeta-invasióra ismét, habár tökéletlenül, a korai syphilis-reactiót adja. E magyarázat teljes összhangzásban van a syphilis elleni immunitásról ma elfogadott felfogással. Ez röviden azt tartalmazza, hogy a lues elleni immunitás szöveti eredésű (histiogen), főtermelőhelye a bőr és elsősorban a secundaer stadium bőrtünetei azok, a melyeknek a lues elleni allergia megteremtésében a legfőbb szerepük van; az immunanyagok a bőrből jutnak a véráram útján a különböző szervekbe és biztosítják ezeknek immunitását a spirochaetákkal szemben. *Hoffmann* a késői lueses idegbajok (tabes, paralysis) mellett beálló superinfectiót, melynek érdekes példája a közölt eset, úgy magyarázza, hogy a bőr immunitása az első infectio kapcsán alig, vagy csak hiányosan jelentkezett bőrtünetek folytán csökkent volt, ez a szervezet allergiájának hiányos kifejlődését okozta és így a késői lueses megnyilvánulásokhoz (tabes) vezetett; természetes, hogy a bőr, melynek kezdettől fogva szintén csökkent az immunitása, egy újabb spirochaeta-invasióval szemben úgy viselkedik, mintha már nem lett volna előzőleg inficiálva. Az a körülmény, hogy a syphilis elleni immunitás termelőhelye az egyes szövetekben van és nem a vérben, feltételezi azt a lehetőséget, hogy az immunitás az egyes szövetekben, vagyis

a szervezet különböző részeiben más és más lehet. Erre a lehetőségre pedig gondolni kell, ha meg akarjuk magyarázni egyes szerzők azon tapasztalatait, hogy bizonyos körülmények közt valamely szervezetben fennálló manifest lueses jelek mellett újabb spirochaeta-inoculatio egy klinikailag, szövettanilag és bacterioskopice megállapított primaer affectiót okozhat. E körülmény támasztott éppen kétséget a szerzők egy jelentékeny részében az iránt, hogy létezik-e egyáltalán lueses reinfectio. John azt mondja: „Die Reinfektion ist kein Beweis für die Heilbarkeit der Syphilis, solange die Behauptung, dass sie beim Vorhandensein von Tertiärscheinungen vorkommt, nicht widerlegt ist“. (Idézve Pick W. cikkéből: Med. Klinik, 1921, 43. sz.) A midőn tehát olyan praegnans initialis elváltozásoknál, a melyek klinikai alakjuknál fogva a reinfectio lehetőségének gondolatát vetik föl, a szerzők egy jelentékeny része nem tudja kizárni egy a szervezetben egyebütt székelő spirochaeta-gócz jelenlétét, sokkal kevésbé zárható ez ki akkor, midőn a második infectio klinikai alakja is csak superinfectionnak felel meg. A *superinfectionnak* — jelen esetben ténybeli megállapításra támaszkodó — fogalma involválja magában azt, hogy itt egy még az előbbi lueses affectio hatása alatt álló szervezet újbóli infectiójáról van szó. A szóban forgó eset tehát nem tartalmaz olyan bizonyítékot, a mely a tabes tiszta lueses természete ellen szólhatna.

Aszerző fejtegetéseiben ott kapcsolódik be a tabes-problema magyarázatába, midőn a tabeses szöveti elváltozásokat, nevezetesen az általam leírt sarjszövetburjánzást és kötőszövetes túltengést, valamint az ennek következményeképp beálló hátulsó kötőszövetes elváltozást nem tudván összeegyeztetni a friss lueses bőrtünetekkel, arra a conclusióra jut, hogy az első syphilitis tulajdonképp mégis csak megszűnt és a tabes csak mint annak következményes megnyilvánulása „egyszer megindulva, az alapinfectiótól függetlenül halad a maga útján tovább“. Hogy a spirochaeta biológiai viszonyai milyen törvényszerűséggel tükröződnek vissza az általa a szövetekben előidézett reactiv elváltozásokban, ennek a Sarbó által felvetett intuitív gondolatnak megítélésére azért sem érzem magam hivatottnak, mert nem kísérhettem figyelemmel a syphilitis összes stadiumait. Hogy az idegrendszer különböző megbetegedéseiben ez az éles kórszövettani elhatárolódás nincs meg mindig, arra itt fel kell hívnom a figyelmet. A paralysisben (Sarbó felállításában a IV. parenchymás stadium) az idegparenchyma kétségkívül dominál affectiója mellett a lobos elváltozások (Sarbó osztályozásában a II. stadiumra jellemző vascularis-infiltratív elváltozások) oly törvényszerűséggel jelentkeznek, hogy Alzheimer a paralysis kórszöveti diagnózisát ezek nélkül elfogadhatatlannak mondta. És ha a tabes (melyet Sarbó éppen leletem alapján az interstitialis elváltozások által jellegzett III. stadiumba sorol) egy lueses meningitissel párosul — elég gyakori combinatio —, akkor a piában megtaláljuk ismét a II. stadiumra jellemző infiltratív elváltozásokat. Ezek alapján tehát azt kell mondanom, hogy az a körülmény, hogy a tabeses gyökéridegben egy sarjadzások folyamata játszódik le, a bőrön pedig initialis affectio képe jelenik meg, nem zárja ki azt, hogy mindkettő tiszta syphilitis természetű elváltozás lehessen.

A mi azonban a szerzőnek a tabeses folyamatról való felfogását illeti, kénytelen vagyok megállapítani, hogy az leletemnek téves interpretálásán alapszik. A szerző oly módon képzei el a tabes létrejöttét, hogy a spirochaeták kitermeltek egy sarjadzások folyamatot, ez kötőszövetes túltengésbe megy át és mint következményt indítja meg a hátulsóköteletelafajulást. Ezzel szemben az én vizsgálataim a következő megállapításokhoz vezettek: A tabes létrejöttének feltétele a subarachnoidalis ür spirochaetataralma. Ez az ür egyesíti az opticustól az utolsó keresztcsonti gyökérig mindazon pontokat, a hol a tabeses folyamat lejátszódik, közös támadási területté és biztosítja ily módon a folyamat egységességét és folytonosságát. A spirochaeták a liquorból azon arachnoidalis tölcsekbe sodródnak, melyek az egyes gyökéridegeket körülveszik és itt, mint ennek a szövetnek kóros ingerekre való sajátos reakcióját (a tuberculosis-bacillus itt hasonló elváltozásokat

idéz elő), egy sarjadzások szövetet produkálnak. *Nem a spirochaeta különleges biológiai megváltozása, hanem a tabeses primaer laesio helyének szöveti szerkezete adja meg a tabeses folyamat kórszövettani sajátosságát.* E sarjszövet, melynek tiszta syphilitis természetét a benne többszörösen fellelt spirochaeta bizonyítja, benyomul a nyirokerek útján a gyökér idegállományába és ott az idegszövetet mint pathogen lueses szövet góczos alakban elpusztítja. *Az idegszövet fokozatosan előrehaladó pusztulása időbelileg összeesik és a legszorosabb kapcsolatban van a sarjadzások folyamattal.* Nem a túltengett kötőszövet nyomása, hanem a még friss granulatio pathogen hatása okozza az idegállomány pusztulását. *A gerinczagi hátulsó kötelek másodlagos elfajulása nem a tabeses folyamat sajátosságában rejlik, hanem egy, a központi idegrendszerben általános érvényű törvénynek, a Waller-féle másodlagos elfajulás törvényének egyik megnyilvánulási alakja.* A mikor tudniillik a gyökéridegben lejátszódó granulatio folyamat az érző neuront lefutásának e pontján megszakítja, a distalis szakasz (a gerinczvelői hátulsó köté) degenerál. Ez a secundaer degeneratio minden, a központi idegrendszerben lejátszódó góczos folyamattal együtt szokott járni, ha a gócz egy idegpályát lefutásának valamely pontján megszakít. Ha tehát a gyökéridegben activ sarjadzások folyamata lueses természetű, akkor a hátulsóköteletelafajulás is az. A sarjadzások folyamata addig tart, a míg a tabes tart; megszűnésével abba marad a hátulsóköteletelafajulás is. Egyik vizsgált esetben, mely klinikailag stationaer tabes volt, a gyökéridegekben csak a lezajlott granulatio folyamat maradványát, a kötőszövetes túltengést találtam meg és a hátulsóköteletelafajulás képe egy defectussal gyógyult tabesnek felelt meg. Többi esetben azonban mindig megtaláltam több vagy kevesebb gyökéridegben az activ sarjadzások folyamatot és az acut idegrostsztézesést, melylyel együttjár a megfelelő hátulsóköteletbeli rostok másodlagos elfajulása. *A tabes ezek szerint nem az a bántalom, mely egyszer megindulva, az alapbajtól függetlenül halad előre és irányítja a szervezet sorsát, hanem egy elejétől végig spirochaeta-virulentiahoz kötött, tehát tiszta syphilitis folyamat.*

Az elmondottak alapján tehát azt a következtetést vonhatom le, hogy a jelen esetben tabes mellett fennálló superinfectio ténye nem tartalmaz olyan indiciumokat, a melyek a tabesnek általam felvett tiszta syphilitis jellege ellen szólnak. Nagyon helyesen mutatott rá a szerző fejtegetései során arra a körülményre, hogy a metalues fogalmát szeretik manapság mint egy idejét mult, de a közvéleményben még jó hírnévek örvendő fogalmat új tartalommal megtöltve felszínre tartani. Addig, a míg paralysisben és tabesben nem sikerült a syphilitis kórokozóját kimutatni és a míg a paralysis és tabes anatómiai lényege egy, a többi lueses idegrendszerbeli elváltozástól eltérő, rejtélyes problémát jelentett, szükség volt arra, hogy a két betegséget, a melynek lueses eredete bár nem volt kétséges, de lueses természete nem volt bizonyítva, különválasszuk a többi lueses betegségtől. Ha mind ezen kérdések tisztázódása után is ragaszkodunk a metalues fogalmához, akkor mesterséges válaszfalakkal növeljük csak egy új tan kialakulásának az emberi természetben keresendő, amúgy is nagy nehézségeit.

Közkórházi Orvostársulat.

(X. ülés 1921 november hó 16.-án.)

Elnök: Torday Ferencz.

Jegyző: Toldy Loránt.

Plaut-Vincent-angina exanthemával.

Szeghő Ernő: A 19 éves hajadont október 25.-én vették fel a Rókus-kórház II. belosztályára. A beteg arca, főleg szemhéjjai vizenyősek, a nagyobb ízületek körvonalai elmosódottak és kissé fájdalmasak. A felső és alsó végtagokon, a mell, a has és a hát bőrén barnás-vörhenyes színű, a bőr felületéről kissé kiemelkedő, körülírt, kétfillegesnyi-gyermek-tenyérszerű szigetes foltok láthatók. A gingiva barnás-vörös,

fellazult, érzékeny; szájbűz. Mindkét tonsillán szennyos-szürkés-zöldes, tölcsérszerűen a mélybe hatoló, álhártyás lepedék. A jobb apex felett kevesebb, baloldalt sok középhólyagú szörtyözörej. A köpetben gümöbacillusok. A tonsillaris lepedékben görcsű alatt a Plaut-Vincent-anginára jellemző bacillus fusiformisok és spirochaeták. Ezenkívül strepto- és staphylococcusok. Az exanthema és az ízületi fájdalom néhány nap alatt eltűnt, a torokbeli lepedék azonban továbbhalad, ráterjed mindkét elülső garatívré és az uvulára is, és végül lelkődik. Egy exanthemas bőrdarabból staphylococcus pyogenes albus tenyésztett ki. A histologiai vizsgálat alkalmával ugyancsak staphylococcus-telepeket találtak. A bőr alatti kötőszövet az erek mentén lobosan beszűrődött, néhol az erek szomszédságában és a verejtékmirigyek kíséretében vérzés és beszűrődés volt kimutatható. A beteg vérből vett táptalajok sterilek maradtak (Entz tanár). Kérdés, vajon a Plaut-Vincent-anginát a fusiformis bacillusok és a spirochaeták symbiosisa okozza-e? Megtalálják ezeket néha egészséges emberek torokképleteiben is a foghús alatt, továbbá stomatitis aphtosa, diphtheritises és scarlatinás angina eseteiben is. A neosalvarsantól (egyszer 0.30 és kétszer 0.40 intravenásan) és a helybelileg alkalmazott 10%-os salvarsan-glycerines ecseteléstől nem látott olyan eredményt, mint a minőt a közlések után várt. Az eset érdekes szövödménye a Plaut-Vincent-anginának septikus exanthemával a bőrben, mely minden valószínűség szerint a fusiformis bacillusokhoz és spirochaetákhoz társult strepto-, illetőleg staphylococcusok útján létrejött fertőzésből származott.

Józsa Jenő: Az esetet a kórleírás alapján a septikus megbetegedések csoportjába sorolja (peliosis, purpura rheumatica, Werlhof-kór). A bacillus fusiformis és spirochaeta symbiosisát ez esetben másodlagosnak és véletlennek tartja. A szövetek csökkent életképessége következtében a saphrophyták kedvező táptalajra találva, elszaporodhattak. A Plaut-Vincent-angina és az exanthema közötti összefüggést vitatja. Száj-spirochaetosisnál, a mennyiben kiütés előfordul, ez nem haemorrhagiás, hanem az enyhébb toxicodermiákhoz hasonló szokott lenni.

Entz Béla: Az emberi pathológiában eddig meglehetősen elhanyagolták a másodlagos fertőzés jelentőségét. Csak typhusban ismerték el a streptococcus jelentőségét a fekélyek mélyreterjedésében és tüdőgyulladásban az izzadmány elgyenyedésében, illetőleg a vírusens fertőzőkór az izzadmány szervülésében. Az állati kórtanból a másodlagos fertőzésnek számos példája ismeretes. A jelen esetben a spirochaeta- és fusiformis bacillus-invasiót másodlagos infekciónak tekintik, melyhez legvégül staphylococcus-fertőzés csatlakozott. A spirochaeták és fusiformis bacillusok kórokozó jelentőségét ma már általánosan elismerték a tüdőgangraena és noma kóroktanában *Feldmann*, valamint *Buday* és *Veszprémi* vizsgálatai alapján, bár az is bizonyos, hogy a betegség keletkezésében a szervezet elgyengülése is nagy jelentőségű. Az eset kórbonczani és szövettani készítményeit a legközelebbi szakülések egyikén be fogja mutatni.

Grün Sándor: Megemlíti, hogy a legkülönbözőbb fertőző betegségekkel kapcsolatban észlelték a Szt. László-kórházban fusiformis- és spirochaeta-lelettel Vincent-anginát. Kezelésre a methylenkezelést 2%-os oldatát használták. Egy esetben 6 héttel előbb gyógyult typhus után haemolytikus streptococcus-fertőzéssel szövődött Vincent-anginát észlelt.

Balogh Ernő: *Buday Kálmán* vizsgálatai beigazolták azt, hogy az angina Vincenti, a noma előidézésében a fusiformis és komma-bacillusok, valamint a spirochaeták symbiosisának specifikus aetiológiai szerepe van. E mikrobák együttese által bármely szervben előidézett elváltozások jól felismerhető kórbonczolástani és kórszövettani jellegzetes sajátosságokkal bírnak. Kétségtelennek látszik azonban, hogy ahhoz, hogy az említett mikrobák káros hatásukat kifejthessék, megfelelő dispositio kialakulása szükséges. Ilyen dispositiót eddigi tapasztalatai szerint kiváltképpen a typhus, a morbilli, a súlyos tuberculosis, a scorbut, a leukaemia és a kénese-mérgezés teremthet. Ezek a betegségek mélyreható pathophysiologiai átalakulásokat idéznek elő az illető szervezetben, a mit az alapjukon kialakult nomás fertőzés kórszövettani viselkedése is jelez (a gyuladósos leukocytás zóna hiánya stb.). Mivel ehhez hasonló feltételeknek megfelelő dispositiót a peliosis rheumatica által jellegzett megbetegedés a szervezetben nem idéz elő, már csak ezért sem fogadhatja el *Józsa* ama nézetét, hogy a bemutatott eset egyszerűen peliosis rheumatica. A bemutatott esetben úgy látszik a súlyos tüdőgümőkór teremtett dispositiót arra is, hogy a fusiformis bacillusok említett symbiosisa az üszkös torokváltozást előidézhesse.

Szeghő Ernő: *Józsa* első kérdésére megjegyzi, hogy az exanthema nagy kiterjedésű volt, nem úgy, mint peliosis rheumaticánál. Esetében a legkisebb foltok is kétfillérsnyiek voltak, a nagyok pedig gyermektenyérsnyiek. A második kérdés az a válasza, hogy ő maga is kiemelte, hogy a fusiformis bacillusok és spirochaeták aetiológiai jelentősége a Plaut-Vincent-anginában bizonyossággal nem állítható.

Fedett duodenum-perforatio két esete.

Bozsán Jenő: I. A 42 éves lakatos hónapokra visszamenő gyomorpanaszok után október 11.-én munkaközben hirtelen erős fájdalmakat érzett hasában a jobb bordaív alatt. Nyomás a fájdalmat lényegesen fokozta. Állandó fájdalmi miatt november 3.-án a *Pólya* főorvos vezetése alatt álló III. sebészeti osztályt kereste fel. A has általában puha, csak az epehólyag táján van állandó fájdalmasság és ugyanott defense. November 7.-én műtét (*Pólya*). Behatolás *Mayo-Robson* szerint. A májszél a fali hashártyához tapadt. Az összenövéseket óvatosan szétválasztva, azt látják, hogy a pylorus tája a májszéllel összetapadt s az összetapadástól oldalt az epehólyag lazán letapadva, de teljesen épen foglal helyet. A májszél és pylorustáj összetapadásait a szabad hasür gondos izolálása után óvatosan szétválasztva, rájutnak a duodenumban levő átfúródási nyílásra. E nyílást elvarrják s a májszélet ráborítják. Réteges hasfalvarrat. Zavartalan gyógyulás.

II. A 42 éves földműves 1920 október 11.-én hirtelen rosszul lett. A has a köldök felett és jobboldalt fájdalmas. A has különösen a rectusok felső hasa táján érzékeny. A májtompulat megvan. Diagnosis: fedett duodenum-perforatio. A műtét alkalmával megtalálják a duodenum gombostűfejnyi átfúródását, melyre a máj lebenye le van tapadva, a letapadást vasos fibrosus lepedék zárja el a hasüreg felé. A duodenum perforatiója körül a fekélyt kimetszik s a pylorus-gyűrűt harántul átmetszve, bemetszik 1 cm.-re oly czélből, hogy a pylorus-plastica analogiájára a varratok alkalmazása után bőven átjárható pylorust kapjanak. A beteg teljesen panaszmentesen hagyja el az osztályt.

Az art. glutaeta aneurysmájának hypogastrica-lekötéssel gyógyított esete.

Bozsán Jenő: A 45 éves ügynök 1914-ben jobb glutaealis táján megsérült. 1918-ban e tájon lüktető daganata támadt. Felvételkor a jobb glutaealis tájon kétökölnyit meghaladó, szétterülő lüktetést mutató daganat van. Aneurysma traumatica art. glutaetalis. Műtét (*Pólya*). A köldök alatt megnyitják a hasat s a medenczét felemelve, a kismedenczébeli képleteket feltárják. Az art. hypogastrica dextra csaknem hüvelykujnyi, vastagabb, mint az azonos oldali art. iliaca communis. Az art. hypogastrica dextrát a hashártya behasítása után ligaturák között átvágják s a hashártya sebét zárják. Műtét után a pulsatio teljesen megszűnt, a fájdalmak enyhültek, de kisebb fokban most is megvannak. Az aneurysma üregében némi keringés most is van. Erre vall a fölötte hallható surranás.

Veleszületett tályog újszülött csecsemő czombján.

Kaló Andor: Az újszülött jobb czombizomzatában levő tályog körülbelül zöldmandulányi alapon sűrű zöldes, genyesen ellágyult szövettel kitelődött. A tályog fala a czombcsontnak csonthártyájától megfosztott felszíne volt. A tályog tartalmában semmiféle kórokozó bacteriumot nem sikerült kimutatni. A tályogot körülvevő nagymennyiségű kötőszövetből arra kellett következtetni, hogy chronikus tályoggal van dolgunk. Ez a folyamat azonban czombcsont periosteumára is ráterjedt vagy onnan indult ki. Ez utóbbit a morphologiai kép alapján nem lehet biztosan megállapítani. Az anya a szülés előtt 5-6 héttel létráról leest s ütés következtében zúzódásokat szenvedett. Valószínű, hogy az előbb említett sérülés okozta a tályogot. A sérülések magyarázatára felhozzák, hogy az elülfekvő részek az anyát érő traumás behatásra a kis medence kiálló részeihez ütődnek, minek következtében zúzódást szenvednek. A genyedést úgy lehet magyarázni, hogy a sérüléssel egyidejűleg kisebb helyi elváltozások jöhettek létre a deciduán, illetve a placentán, melyeken át a genyesztő mikrobák a magzat vérebe jutottak és ugyancsak a sérülés alkalmával a jelen esetben a czombcsonton át annak periosteumán támadt laesio helyén megtelepedtek.

Malariával szövődött typhus abdominalis esete.

Torday Árpád: 25 éves asszony, 3 év óta lakik a fővárosban. Egy gyermeke van. Menstruatiója rendes. 1919-ben malaria miatt kezelés alatt állott. 1921 szeptember 14.-én

typhus abdominalissal vették fel a szt. Gellért-kórházba. Felvételkor az emlő alatt baloldalt két roseola látható. A lép alsó széle nem tapintható. A Widal-reactio 1:400-ra positiv. Szeptember 24.-én kirázta a hideg, 25.-én éjjel a rázóhideg megisméltődött, ugyanakkor hányt is. A rohamok után a lépet újból lehetett tapintani. A vérben malaria tertiana plasmodiumai találtak. Chininkezelésre 27.-én a roham elmaradt. A per os adagolás azonban nehézségekbe ütközött, mert a beteg a chinint többször kihányta. Ennek tulajdonítja, hogy a láztalanság bekövetkezése után október 14.-én és 17.-én újból lázrohama volt 40° C. lázzal. Az újból elrendelt chinint Nocht-kúra alakjában adta, több roham nem volt. Távozáskor még mindig feltűnően anaemiás. Vérelete a távozáskor: Pirosvérsejt 3,550 000, fehérvérsejt 5900, haemoglobin 50%, a festett készítményben neutrophil polynuclearis 50%, eosinophil 1%, basophil 1%, lymphocyt 18%. Plasmodiumok nem találtak. Minthogy a beteg korábban már szenvedett malariában, a Hart-féle magyarázat szerint felveszi, hogy a saprophyta módjára szunnyadó plasmodiumok a typhussal való fertőzés folytán aktiválódtak. Jelen esetben a malaria a typhus lázgörbéjét a fastigium és a stadium decrementi szakában nem nagyon zavarta meg, mert a magas lázak már a defervescentia után jelentkeztek. Löwy, ki a malariának gümökórral, kiütéses typhussal és typhoid megbetegedésekkel való szövődését megfigyelte, szintén azt írja, hogy a nevezett bajok lefolyását nem módosítja lényegesen. Azonban olykor a lázgörbét egyenesen felismerhetlenné teheti. Mások a roham befolyása alatt felbomló fehérjének a szervezetre való hatása folytán néhány napig tartó láztalanság zavarhatja meg a typhus állandó magas lázgörbéjét. A legtöbb észlelő úgy találta, hogy a két bántalom szövődésénél a typhus-componens szokott túlsúlyra jutni (*De Jong, Koch, Lippmann*).

Terray Pál: A typhomaliariás láz kérdésével már a múlt század közepe táján kezdtek foglalkozni, létezését azonban bizonyítani nem tudták. Az erre vonatkozó első bizonyító erejű közlés *Korányi Frigyes*-től ered 1888-ból; az esetet a klinikán a hozzászólónak is alkalma volt észlelni. 18 éves nőbeteget vettek fel a klinikára, kin öt napon át mindennap rázóhideget 40° C körüli hőmérsékkel, bő izzadással és lépdaganattal járó intermittens lázat észleltünk. Abban a feltevésben, hogy malariával van dolgunk, chinint adtunk, a chinin ekkor azonban hatástalan volt. A 6. naptól kezdve a láz typusa megváltozott, remittálóvá, majd csakhamar continua-continenssé vált, megfelelően a typhus stadium incrementijének és akmejének, ezenkívül meteorismus, hasmenés, ileocecalis korgás, roseola, hörgőhurut mutatkozott. A betegségnek körülbelül 15. napjától újból intermittens lázak jelentkeztek, és pedig a febris intermittens quotidiana duplicata alakjában. Ekkor a beteg két napon át chinint kapott, a mely a lázat és a betegséget coupirozta. Kétségtelen, hogy a lappangó malariában szenvedő betegen a typhusos fertőzés mint szövődés változtatta meg a körképet, úgy hogy az sem a malariára, sem a typhusra nem volt jellemző. Nemcsak a magyar, de az egész orvosi irodalomban ez volt az első eset, a mely a typhus és malaria vegyes fertőzésének lehetőségét bizonyította.

Józsa Jenő: A fővárosi köz-kórházak XI. orvosi osztályán észlelt malariával szövődött typhus-esetről tesz említést. Itt is typhus aktiválta a betegnek harczteréren szerzett, latenssé vált malariáját. Az esetnek klinikai jelentőségét ad egy érdekes physicalis diagnostikai adat, mely már a második lázrohamban vérvizsgálat nélkül is helyes irányba terelte a diagnosist. A beteg lépe ugyanis sem nagyságra, sem consistentiára nem változott a betegség során. Azonos nagyságú és mindvégig kemény maradt, nyilván az előzőleg fejlődött kötőszövetes hyperplasia folytán. E jelt ceteris paribus eléggé értékesíthetőnek tartja.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Schwalbe: Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Innere Medizin. 12. Heft. E. Meyer: **Krankheiten des Gehirns und des verlängerten Marks.** Leipzig, G. Thieme. Ára 18 márka.

A ma már nagy olvasóközönséget hódított vállalatnak e legújabb füzetében E. Meyer könyvszerző tanár az agy- és nyúlvelő diagnostikája és terapiája terén előforduló tévedéseket és azok megelőzését ismerteti. A részletes részt, a mely a vállalat céljának szemmel tartásával tárgyalja az egyes

agyvelőbetegségeket, eléggé terjedelmes általános rész előzi meg, a mely a tévedések megelőzése szempontjából legfontosabb általános tünetek (fejfájás, szédülés, hányásinger, bradycardia, légzés-zavar stb.) és specialis betegségek (motoros és érzébeli zavarok, a látás és beszéd zavara, reflex-zavarok stb.) rövid összefoglaló, a részletes rész fejtegetéseit nagyon elősegítő ismertetését adja. Nemcsak az általános gyakorlattal foglalkozó orvos, a kinek használatára a vállalat megindult, fogja a legnagyobb haszonnal tanulmányozni a vállalat egyes, önmagukban teljesen befejezett egészet alkotó füzeteit, hanem a specialista is találhat bennük értékesíthetőt.

H. Bach: Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne“. Siebente Auflage. Leipzig, C. Kabitzsch. Ára 20 márka.

Az 1915-ben először megjelent munkából pontosan évenként új kiadás vált szükségessé, bizonyoságul egyfelől az érdeklődésnek, a melylyel a mesterséges napfény mint gyógytényező iránt a legszélesebb körökben viselkednek, másfelől a munka jóságának. Csakugyan nagyon ügyes átnézetét adja mindannak, a mit a szóban forgó eljárásról eddig tudunk, még pedig röviden és értelmesen. Hangsúlyozza, hogy többnyire csak a többi gyógyító eljárással kapcsolatban érhetőek el jó eredmények a mesterséges magaslati napfényvel. A legújabb kiadás II. része, a mely az egyes szakmák szerint csoportosítva ismerteti a javallatokat és az eljárást, valamint az eddig elért eredményeket, tetemes változáson ment keresztül; e rész több fejezetének kidolgozását az eljárással behatóan foglalkozó szakemberek vállalták magukra. 36 oldalra terjedő irodalomjegyzék fejezi be a nagyon hasznos kis munkát.

Lapszemle.

Belorvostan.

Altatószerek és narcoticumok használatáról szív-bajokban az orvosi gyakorlat szempontjából ír *Grassmann*. Mielőtt altatószer használatára határoznánk el magunkat, meg kell állapítanunk, vajjon nem tudjuk-e más módon megszüntetni az alvás-zavart. Így például sok esetben a légzést állandóan megnehezítő hydrothorax az oka az álmatlanságnak; ilyenkor punctiót végzünk. Mások a diaeta megváltoztatása segíthet az álmatlanság leküzdésében; így néha — főleg arteriosclerosisban — a folyadékfelvétel túlságos megszorítása okoz alvás-zavart; de a túlságos folyadékfelvétel is, főleg az esti órákban, ugyanez az eredményre vezethet a pollakisuria miatt. Természetesen a zavart vérkeringésnek helyreállítása a főcél, csak ennek elérésével szüntethetjük meg sok esetben az álmatlanságot; addig azonban, a míg a szívre ható szerek kifejtik a hatásukat, több nap telik el, a mely idő alatt a beteg nyugtalan, álmatlan s ezért a szívre ható szerek hatása is kevésbé jó. Régi tapasztalat az, hogy 2—3 napi ágynyugalom és narcoticum használata után kezdve csak meg a digitalis adását, az eredmény sokkal jobb. A használatos megnyugtató, altató és fájdalomcsillapító szereket a szerző négy csoportba osztja. Az 1. csoportba tartoznak az ártalmatlan nyugtatószerek, főleg a különböző valeriana-készítmények (valeriana-tinctura, recvalysat, valyl, valisan, bornyval); ezek szívbaj minden alakjában bátran használhatók hosszabb ideig és nagy mennyiségben; a szívizom ama heveny gyuladásaiban is jó hatásuk lehet, a melyekben az erősebb szerek használata oly nagy óvatosságot igényel (diphtheria, sepsis, influenza okozta myocarditis). A 2. csoportba sorolhatók az enyhe hatású hypnoticumok: bromural (0.3—0.9 gramm), bromsók (2—3 gramm), adalin (0.5—0.75 gramm), medinal (0.5—0.75 gramm). A bromsók huzamosabb használata szívbajokban nem ajánlható; könnyen juttatja a betegeket állandóan álmos, apathiás állapotba; ezzel szemben a bromural hosszú időn át használva is megbízható altató, a mely ezenfelül az idült szívelégtelenség eseteiben gyakori esti félelemérzést is kedvezően befolyásolja. Az adalin is hosszú időn át használható, kedvező hatású hypnoticum, a

mely nem befolyásolja kedvezőtlenül a vérkeringést. Álmalság súlyosabb alakjaiban, ha csak nem nehézlégzés okozza, nagyon ajánlható a medinal; különösen arteriosclerosis esetében használja a szerző a veronal helyett, a melynek használatát itt Romberg is ellenzi; hetenként 3 estén szüneteltetni kell azonban a használatát. A 3. csoport az erősebb fájdalomcsökkentő és altatószereket foglalja magába. Közülük a lumnált kis adagban (0.1 gr. naponként 3—5-ször) nagyon gyakran adják izgatott betegeknek, noha néha még fokozza a beteg izgatottságát; egyébként 0.3 grammos adagban jó alvást szokott biztosítani a megkínzott szívbetegnek; hasonló hatását a veronal 0.5 grammos adagban. A mi a codeint és a hozzá hasonló, de sokszor jobb hatású dionint illeti, használatuk a súlyos szívbetegnek inkább idült állapotaiban alig mellőzhető; így az ú. n. status asthmaticusban, a mikor egyfelől rendszeresen adott kis adagokkal némileg tűrhetőbbé tesszük a nehézlégzést, másfelől pedig megelőzhetjük az asthma cardiacum-roham jelentkezését, ha mintegy 1 órával amaz időpont előtt, a mikor a beteg tapasztalata szerint jelentkezni szokott, a codeinből 0.025—0.05, a dioninból 0.02—0.03 grammot adunk valami excitanssal (2 cm³ kámforolaj a bőr alá, vagy 1—2 tablettá cadochol). A 4. csoport az erős hypnoticumokat és narcoticumokat tartalmazza. Közülük a morphiom okvetlenül mellőzendő, ha csak kisfokú subjectiv zavarokról van szó (szívdobogás, szívcsúrá, szívnyomás, szív- és érneurosis okozta kellemetlen érzetek). Nagyon veszélyes a használata a myo- és endocardium heveny gyulladásos folyamataitól feltételezett heveny szívgyengeségi állapotokban (például diphtheriás vagy sepsis myocarditis eseteiben); úgy látszik, hogy a fenyegető vasomotorius hűdés állapota teszi a morphiomot ilyen esetekben annyira veszedelmessé. Friss pericarditis eseteiben is csak nagyon kis adagot adjunk a fájdalom ellen; inkább dionint használjunk ilyenkor. Cardialis asthma-roham ellen legjobb a morphiom: öregebb betegeknek 5—8 milligramm, erőteljesebb, fiatalabb betegeknek 1—1.5 centigramm a bőr alá; ha az egyidejű fájdalom arra utal, hogy az asthmát stenocardia kombinálja, még óvatosabbnak kell lennünk az adagolásban. Állandó arhythmia, extrasystole eseteiben is nagyon tartózkodók legyünk a morphiom használatával. Annnyival könnyebben tehetjük ezt, mert a pantoponban oly szer birtokába jutottunk, a mely csaknem oly hatásos, mint a morphiom, de nélkülözi ez utóbbinak káros mellékhatását a szívre; előnye az is, hogy a szervezet nem szokja meg hamar; egyedüli hátránya az obstipáló hatása, a mely nagy fokot érhet el. Úgy látszik, hogy a narcophin, a mely kevésbé mérgező, mint a morphiom, kevésbé obstipáló; 1—1.5 centigrammos adagban adva esténként, tűrhető állapotban tartja a légzést. A scopolamint csak ritkán használta a szerző; psychosis állapotokban dicsérik az erősen nyugtató hatását. Sokan félnek a bőr alá fecskendezéstől; ilyeneknek adhatunk esetleg chloralhydratot, csak azt tartjuk szívmünk előtt, hogy szívbetegre a hatása sokszor kiszámíthatatlan: egyszer jó alvást hoz, máskor meg, látszólag azonos körülmények között, szívcollapsust okoz. Végül még megjegyzi a szerző, hogy a diuretin 1—2 grammos adagban a késő délutáni vagy esteli órákban adva néha kifejezetten altató hatású és néha fájdalomcsillapító is, például az aortitis kíséretében jelentkezni szokott mellkasi fájdalomra. Arról is emlékezzünk meg mindig, hogy hasonló hatású szerek kis adagjainak kombinálása néha nagyon jó eredményt ad, így például kis mennyiség codein és aspirin, vagy medinal és phenacetin kombinációja. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 43. szám.)

Ideg- és elmekórtan.

Az Abderhalden-reactionnak új, bárhol végezhető módszerét ismerteti *Abderhalden*; abból áll, hogy az absolut sterilen és szabályszerűen kezelt vizsgálendő serumot kémlőcsőben vegyítjük a megfelelő szervkivonattal és 37°-on tartjuk. Mindazokban az esetekben, a melyekben idáig a dializáló, a polarisatiós, a refractometeres vagy interferometeres eljárással bontás volt kimutatható, így paralysisben és dementia prae-

coxban is, az új eljárással zavarosodás áll be, míg egyébként még hetek múlva is átlátszó a serum. A módszer kísérletes megalapozása és részletezése a „Fermentforschung“ című folyóiratban közöltetett. (Med. Klinik, 1921, 48. szám.)

Kluge dr.

A meningitisnek új tünetét írja le *Lafora*, a mely abban áll, hogy a beteg a prodromalis szakban, de sokszor még az öntudatzavar fokán is az orrát vakarja, nyomogatja, miként ezt bélférgéknél látni szoktuk. Mivel ez az utóbbi is a meningealis izgalom jele, a leírt tünetet, a mely úgy epidemiás, mint tuberculosus vagy serosus meningitisnél egyaránt előfordul, a szerző úgy magyarázza, hogy az agyalapi meningitis okozta izgalma a trigeminusnak és a Gasser-dúcznak hozza létre, illetőleg az ornyálkahártyának ebből eredő paraesthesiája. Füleregetű circumscrip serosus meningitis egy esetben csupán az egyik oldalon, még pedig a beteg oldalon jelentkezett. (Rev. de méd., 1921, 6. sz.)

Kluge dr.

Szülészet és nőorvostan.

A gyermekági láz kezeléséről ír *Döderlein* tanár. A prophylaxis szempontjából fontosnak tartja a kesztyűben való vizsgálat, a műteti beavatkozások idejének helyes megválasztását. Helyteleníti a lázas abortusok expectativ kezelését. A lázas abortus befejezendő, még mielőtt a bacteriumok mélyebbre hatolhatnának. A sokáig bennhagyott tampon, ballonok, főleg a laminariák könnyebben fertőznek, mint a rövidebb idő alatt is célhoz vezető véres beavatkozások. A már beoltott kórokozókat semmiféle desinfienssel elpusztítani nem lehet. Ennek dacára a nem mérgező oldatokkal való hüvely- és méhőblítésektől jó hatást látott. Főleg ajánlja a Reichert-féle „Mea-Jodina“-t (1 tablettá 1 liter vízre). Az öblítés vizsgálat-asztalon vagy haránt ágyon végzendő, a hol tükörrel való feltárás mellett fekélyek kezelésére, burokészletek eltávolítására is jó alkalom nyílik s ekkor egyúttal váladékot is vehetünk a bacteriologiai vizsgálat céljára, a melynek eredménye irányítólag hathat a további therapiára. Az anti-streptococcus-serumok, kolloid-fémek és protein-készítmények iránt megnyilvánuló skepsist túlzottnak tartja. Az antipyreticumok subjective jó hatásúak. Sebészi beavatkozásra főleg a parametran abscessusok adnak alkalmat. Néha megvan az indicatiója a totalis exstirpationak is. Trombophlebitisnél helyesen megválasztott esetben és helyen a Trendelenburg-féle lekötésnek életmentő jelentősége van. Peritonitis esetén a has megnyitásától s a drainezéstől sohasem látott jó eredményt, de annál melegebben ajánlja a colpocoeliotomia posteriori. 51 így kezelt esetéből 72.6% gyógyult. Annnyira bizik ezen műtét jó hatásában, hogy mindazon esetekben, a hol a peritoneum megbetegedésének csak a gyanuja is áll fenn, elvégzi. Ha genyet nem talál, a kis seb könnyen bevarrható, ellenkező esetben nyitva marad. (Deutsche med. Wochenschrift, 1922, 1 szám.)

Raisz dr.

Gyermekorvostan.

A köldökdiphtheriáról ír *Foth. Cassel* vizsgálatai alapján felvetődhetett az a kérdés, vajjon a nedvedzéssel járó köldökbántalmak nagy részét nem a diphtheria-bacillus okozza-e. A szerző ezért minden oly köldökbántalomban szenvedő gyermekben, a kin nedvedzést látott, oltásokat végzett és állatkísérlettel virulencia-meghatározásokat végeztetett. 30 csecsemő közül, kik közül 3 esetben fungus, 22 esetben nedvedző köldök és 5 esetben genyedéses megbetegedése a köldöknek volt jelen, ötnek a baja diphtheriás eredetűnek bizonyult. Az első esetben genyedés, a másodikban phlegmone, a harmadikban genyedés utáni necrosis alapú anyaghiány a köldök helyén, a negyedikben tallér nagyságú álhártya volt az infiltrált megvörösödött köldökn, s az ötödikben egy kis genyedő fistula látszott csak, melyből nyomásra kevés geny volt üríthető. A negyedik eset kivételével egyik eset sem látszott diphtheriának, bár a bacteriologiai lelet szerint a bajt virulens diphtheria-bacillusok okozták. Pusztán helyi kezelésre gyógyult 3 eset, 2 esetben az alkalmazott serum a gyógyulást lényegesen gyorsította. Ezek alapján ajánlja a köldök

bacteriologiai vizsgálatát minden esetben, különösen csecsemő-osztályokon, ha a köldök nedvedzik vagy genyed, hogy ily módon a kórházi fertőzéseknek elejét vegyék. (Deutsche med. Wochenschrift, 1921, 42. szám.) *Bókay Zoltán dr.*

Szemészet.

A keratitis parenchymatosa kiváltó oka *Kraupa* szerint a luesesen terhelt betegnél újonnan szerzett lueses fertőzés is lehet, míg a traumás kiváltó ok jelentőségét kétségbe vonja. Más esetekben a luesesen terhelt, frissen is fertőzött, de keratitis parenchymatosában meg nem betegedett szülők gyermekein fejlődött ki a keratitis. Ez úgy lehetséges, hogy a szülők vagy kigyógyultak az öröklött luesből, mire az új fertőzés bekövetkezett, vagy az új fertőzés idejében szaruhártyájuk más okból spirochaetamentes volt. A gyermekek keratitisét vagy a nagyszülöktől származó, a szülők új fertőzésével megerősített spirochaeták, vagy pedig csak a szülők új fertőzéséből öröklött spirochaeták okozzák. A szem lueses betegségeinek analogiáját a tabessel és paralysissal az mutatja, hogy szemluesnél a liquorban gyakori a pozitív Wassermann, és hogy a luessel súlyosan terhelt betegek korán hajlamosak a szem luesén kívül idegrendszeri megbetegedésekre. Egy esetében már a gyermekkorban tabes tünetek (pupillamerevség, hiányzó térdreflex) mutatkoztak. Az öröklött lues azonban nemcsak degenerációt okozhat, de genialitással is párosulhat. E szempontból érdekes volna a nagy elmék életrajzát átvizsgálni. Közlését azzal végzi, hogy a luesesen terhelt új fertőzés iránt akár a méhen belül, akár később nagyon érzékenyek. (Klin. Monatsh. f. Augenhilfunde, 1921, II. kötet, 218—222. 1.) *Sz. L.*

Venereás betegségek.

A neosalvarsannak az orvos számára fontos azonosági próbáit ismerteti *L. Kofler* és *A. Perutz*. A reakciók, melyek a hamisított neosalvarsankészítményeket fölismerhetővé teszik, az orvost, a gyógyszerészt és a vegyészt egyaránt érdeklik. Mind a három szakembernek azonban más-más a feladata. A gyógyszerész természetesen főként csak a külső jeleket kutatja. Sok hamisítás már a csomagolás, számozás minőségéből derül ki. Ha gyanus a csomagolás, a gyógyszerésznek föl kell bontania a dobozt s az ampullát meg kell szemlélnie. Romlott vagy hamisított készítmény gyakran az ampullán keresztül is fölismerhető. Az orvos feladata ugyanaz, de ő az ampulla megnyitása után chemiailag is vizsgálhatja a készítményt. Szükséges, hogy a kémlel minél egyszerűbb legyen, a mire elég mód van. Tudvalevően a neosalvarsan igen reakcióképes anyag. Redukálón hat ezüst- és kénesoldatokra, jod- és bromoldatokkal pedig kicsapódik. 1—10%-os ezüstnitrátoldat már néhány csepp neosalvarsan-oldat hozzáadására megfeketedik. A kísérlet lapisoldattal itatott szűrőpapíron is végezhető. A *Nessler*-reagens fekete, a *Millon*-reagens szennyes-barnás csapadékot okoz a neosalvarsan-oldatban. Föltűnő színreakciót nyerünk 3%-os H_2O_2 -oldattal; a 10%-os neosalvarsan-oldat sárga színe ugyanis elszíntelenedik tőle, de néhány pillanat múlva hirtelen vörössé változik. Ha 3%-os hidrogensuperoxidhoz néhány csepp neosalvarsan-oldatot adunk, sárgás-fehér csapadék támad, mely neosalvarsan-oldatnak további hozzáadására nem oldódik. Ezt a *Denigès* és *Labat* által leírt reakciót *Rödel* azonosági próbának ajánlja. Az orvos praxisában e most ismertett kémlelések elegendők. Az eddig ismert hamisítványok e kémlelések segítségével valamennyien könnyen fölismerhetők. *Hunziker* szerint a következő négyfajta hamisítvány szokott forgalomba kerülni: 1. baryumsulfat és ólom-sulfat, 2. silicathomok, okker, rozsliszt és ólomchromat, 3. baryum- és calciumsulfat, ólomchromat és naphtholsárga S, 4. homok, konyhasó és okker. A legtöbb ilyen hamisítvány már a hiányos oldás által tűnik föl, a neosalvarsan reakcióit pedig egyik sem adja. Az orvos, a ki csak kissé érti a dolgát, sohasem jöhet oly helyzetbe, hogy ily hamisítványt fecskendez a betegébe. Ha az orvos valamely készítményben sehogysem bízik, vegyésznek adhatja azt át, a ki még

sokkal pontosabb kémlelésekkel és eljárásokkal rendelkezik, hogy a hamisítvány mineműségét teljesen meghatározhassa. Többek között az arsen quantitativ meghatározását is végezheti, a melyre *Utz* különösen súlyt helyez. Az arsen-tartalma a hőchsti gyár adata szerint „körülbelül 20%“, *F. Lehmann* szerint pedig 22.02%. (Wiener klinische Wochenschrift, 1921, 49. szám.) *Guszman.*

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

Calcaona néven új mézskészítmény került forgalomba, a mely nem más, mint calcium és cacao elegye. *Fuld* szerint jól helyettesíti a calciumchloridot, a mely felszívódóképessége és calcium-iontartalma alapján a legjobb mézskészítmény, de az íze miatt nem szeretik bevenni. (Mediz. Klinik, 1921, 1090. 1.)

Epeköbetegség ellen *Henius* az agobilin használatát ajánlja. Évenként két négyhetes kúra használandó oly módon, hogy a négyhetes kúra első felében reggel és este 2-2 tablettát vesz be a beteg, a második felében pedig reggel és este 1—1 tablettát. (Berliner klin. Wochenschrift, 1921, 1505. 1.)

A chinin bőr alá fecskendezése által feltételezett necrosis-veszély *Neumann* szerint a minimumra csökkenthető, ha chininum hydrochloricumot aethylurethannal együtt adunk: Rp. Chinini hydrochlorici 0.5; Aethylurethani 0.25; Aquae destill. 5.0. (Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 34. szám.)

Extrasystolia eseteiben is jó hatású lehet *Frey* szerint a chinidin; csak nagyon súlyos szívelégtelenség mellett ne használjuk. Az adag 0.2 gramm 3—5-ször naponként. (Klinische Wochenschrift, 1922, 1. szám, 47. lap.)

Vegyés hírek.

Kitüntetés. A kormányzó *Petz Lajos* dr.-nak, Győr város tisztii orvosának az egészségügyi főtanácsosi címet, *Schuschny Henrik* dr. székesfehérvárosi gyakorlóorvosnak, az V. ker. főreáliskola iskolaorvosának, *Vámosi Mór* dr. Győr vármegyei tisztii főorvosnak és *Bánóczy Gyula* dr. győri orvosnak pedig az egészségügyi tanácsosi címet adományozta.

Megbízás. Az igazságügyminister megbízta *Demtsa Pál* pestvármegyei tisztii főorvost a pestvidéki kir. törvénytörvényes területén felmerülő törvénytörvényes orvosi teendőknél rendes ellátásával.

Az Állami Munkásbiztosítási Orvosi Tanács, a mint ismeretes, megszűnt. Helyét a Munkásbiztosítási Orvosszakértői Tanács foglalja el, a melynek szervezete, eljárása és ügyviteléről tárgyában a f. évi január 18.-án kelt 3000/1922. számú igazságügyministeri rendelet intézkedik.

Orvosi reklám. Az elmúlt héten nagy falragaszok voltak láthatók Budapest utcáiban a következő szöveggel: „Kedden, 1922 január 17.-én este 1/2 órakor a fővárosi vígadóban *Koppányi Tivadar*, a kinek szemtüntetési kísérletei évek óta foglalkoztatják a tudományos köröket, „Az élettudomány műhelyéből“ címen ismerteti (élelanyag és vetített képek bemutatásával) *Steinach* tanár és saját átültetési (transzplantációs) kísérleteit. Jegyek 30—200 K.-ig.“ Kommentárt hozzáfűzni felesleges; habár talán nemsokára adajutunk, hogy ilyesfélét is kommentálni kell, mert sokan nem találnak benne elvetnivalót!

Meghalt. *Lechner Károly* dr., a *Ferencz József* tudomány-egyetemen az elme- és idegkörtan volt nagynevű tanára, 72 éves korában január 20.-án. Legközelebbi számaink egyikében hivatott toll fogja méltatni érdemeit. — *Solyomossy László* dr. 26 éves korában január 23.-án Budapesten.

Dr. Rajnik Pál tüdőbetegségek diagnosztikai intézete. Fizikális, Röntgen-, serologiai és bakteriologiai vizsgálatok. Specifikus oltások, quarz- és művi pneumothorax-kezelés. Budapest, VII., Vilma királyné-út 11 (Fasor). Telefon József 14-51.

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

DAJKA- INTÉZET, VI., Szív-utca 69, Telefon 93-22. Wasse-ma nra vizsgáit, bőteju, orvosilag megfigyelt dadák felett állandóan rendelkezik.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA VII., Városligeti fasor 13-15. Telefon: József 52-29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest V. Nagykorona-u. 32. Telefon 87-73.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56-76.

Dr. Pajor-Sanatorium Belgyógy- és sebész-intézet. Külön szülősztály. Vizgyógy., medico-mechanika, urologia. Budapest, VIII., Vas-utca 17.

RÖNTGEN-ODELGA**Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest**

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrásaival. Termális és fizioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorum. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár.

Dr. Szilas diagnosztikai laboratoriuma, Erzsébet-körút 22. Tel.: József 129-27. Bacteriologia, serologia.

Telefon: József 4-12. Igazg.-tulajd.: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hill Paula, Dr. Mandler Ottó.

**ZANDER-
Gyermektorna**

a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. I. e.

PÁLYÁZATOK.

843/1922. szám.

A Ferenc József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára az Újpest területére kiterjedő működési körzetben megüresedett kezelőorvosi állásra ezennel pályázatot hirdet.

Az állással járó évi illetmények 3000 korona törzsfizetés és 17.500 korona drágasági pótlék, összesen 20.500 korona és a tárgyalás alatt levő új orvosi szerződés értelmében még legalább havi 1500 korona rendkívüli pótlék.

Az alkalmazás egyelőre csak ideiglenes jellegű.

Az alkalmazandó orvos köteles állandóan Újpest belső területén lakni és a működési körzetében lakó pénztári (járó és fekvő) betegek orvosi gyógykezeléséről gondoskodni.

A pályázati határidő ezen hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való első megjelenésétől számított 14 nap.

Pályázati kérvények a Pénztár vezetéséhez címezve VII., Bethlen-tér 1. szám alatt nyújthatók be, a hol a Pénztár igazgatója hétköznap délelőtt 11-1 óra között az állásra vonatkozólag bővebb felvilágosítást nyújt.

Budapest, 1922 január hó 16.

Barcza Arthur s. k., igazgató.

Gáspár Ferencz dr. s. k., min. oszt.-tanácsos.

180/1922. ki. szám.

A lemondás folytán megüresedett pusztavámi körorvosi állásra, melyhez Pusztavám, Bakonysárkány és Nagyveleg községek tartoznak, pályázatot hirdetek.

A körorvos székhelye: Mór község.

A körorvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben megállapított fizetés, lakbér, továbbá fuvardíj és a törvény szerint járó egyéb díjazások.

A körorvos köteles Bakonysárkány és Nagyveleg községeket hetenként egyszer, Pusztavám községet hetenként kétszer meglátogatni.

Szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények hozzám 1922. évi február hó 26. napjáig adandók be.

A választás napját a móri járási főszolgabírói hivatalba 1922. évi február hó 27. napjának délelőtt 9 órájára tűzöm ki.

Mór, 1922. évi január hó 15. napján. Dömötör, főszolgabíró.

A szekszárdi Ferencz-kórház sebészeti osztályán üresedésben levő alorvosi állásra pályázat hirdettetik 1800 korona évi fizetéssel és a megfelelő pótlékokkal, bentlakással és teljes ellátással. A pályázatok a főispán úrhoz címezve a kórház igazgatóságához küldendők folyó évi február hó 1.-éig.

Szekszárd, 1922.

Kórházigazgató.

Orvosok sanatorium részére, bentlakással és étellemezéssel, laboratoriumban tökéletes jártassággal, folyamodványukat nyújtják be „Reprezentáló 2457” jellegre Blocknerhez, Semmelweis-utca 4.

**Labor gyógyszappanok**

Magas zsirtartalmú, kitűnő minőségű alapanyagból készülnek a szokásos gyógyszerkombinációkkal. Igen kellemes illatúak; elismert megbízható készítmények.

„LABOR“

gyógyszer- és vegyészeti gyár részvénytársaság

Budapest, III., Bécsi út.

„Funk Gyermektápszere“

Kívánatra mintadozoz.

Rationalis összetételű megbízható csecsemő-táplisz.

WESZELY ISTVÁN NAGY KÁROLY FRIGYES
ÉS TÁRSA UTÓDA
BUDAPEST, IV., KIGYÓ-TÉR 1.

Orvosi műszer-, kötszer- és művegtaggyár. Betegápolási cikkek, haskötők, sérvkötők, kórházi vasbútorok stb. raktára.

**SAGRADA
BARBER**

**ENYHE NÖVÉNYI HASHAJTÓ.
ÉVTIZEDEK ÓTA BEVÁLT.**

FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R.-T.
BUDAPEST, IV., CALVIN-TÉR 3. félemelet.

Fióközletek: VII., Rákóczi-út 78 és IV., Vámház-körút 8. Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben, betegápolási cikkekben. Művegtaggyártás és műszerjavítás. Telefon József 19-24.

A legtökéletesebb és legteljesítőképesebb
RÖNTGEN-készülékek a KOCH és STERZEL
gyártmányok egyedárúsítója

ERICSSON Magy. VIII. R. T. elzolt: DECKERT és HOMOLKAI
Budapest, VI., Vörösmarty-u. 67. Telefon: 28-09, 89-64.

Dr. SANDER-féle

Csukamájolaj-emulsio

A szervezet ásványi anyagcseréjénél szükségeltetett physiologicali táp-sókat glicerinophosphorsavhoz kötve tartalmazó jóízű csukamájolaj-praeparatum.

Dr. H. Sander & Co., Chemische Fabrik G. m. b. H.
Mainz-Geestemünde.



Dr. SANDER-féle

Vitamin-csukamájolaj-emulsio

Calcium-, vas- és phosphor-tartalmú, rizshéjből kivont, vitamin-anyagokkal emulgeált jóízű csukamájolaj-praeparatum.

Magyarországi központ:
„PANACEA” Gyógyszervegyészeti Részvénytársaság,
Budapest, V., Nádor-utca 30. szám.