

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.

Sarbó Artur: Közlemény a Szt. István-kórház ideggyógyászati osztályáról. A hyptokinesisről, mint az encephalitis epidemica amyostasisos tünetcsoportozatának egyik tünetéről. 231. oldal.

Bedő Imre: A szoptató nő emlőinek kezeléséről. 233. oldal.

Kunszt János: Közlemény a Szt. Gellért-gyógyfürdőből. (Vezető-főorvos: Benczúr Gyula dr., egyet. magántanár.) Mely megszállott területen fekvő és külföldi ásványvizeket pótolhatunk hazaiakkal. 234. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Max Joseph: Lehrbuch der Hautkrankheiten für Ärzte und Studierende. — **Lapszemle. Belorvosan. Plessner:** A trigeminus-neuralgia kezelése trichloroethylennel. — **Saathoff:** A gümökór egy új koratünete. — **Sebészeti. Jacobson:** A nagyfokú rachitises lábszárgörbülés kezelése. — **Ideg- és elmekórtan. Franke:** A paralysis agitans kezeléséről. — **Adler:** Encephalitis lethargica. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.** 237–238. oldal.

Vegyes hírek. 238. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a Szt. István-kórház ideggyógyászati osztályáról.

A hyptokinesisről, mint az encephalitis epidemica amyostasisos tünetcsoportozatának egyik tünetéről.*

Írta: **Sarbó Artur** dr., egyetemi tanár, közkórházi osztályos főorvos.

Azon előadásomban, melyet a Kir. Orvosegyesületben 1921 márczius havában az encephalitis epidemica-ról tartottam, már megemlékeztem egy sajátos mozgás-zavarról, melyet az encephalitis azon eseteiben lelünk, melyekben a *Strümpell* által körülírt amyostasisos tünetcsoportot találjuk meg. E tünet abban áll, hogy álló helyzetben bizonyos idő múlva hátradülöngés áll be. Erről sokszor maguk a betegek is panaszkodnak. Azóta e tünetet pontosabb vizsgálat tárgyává tettem és ma erről szeretnék beszámolni.

Mint említettem, e tünet részjelensége az amyostasiának, melyről mindinkább bebizonyosodik, hogy a régi paralysis agitanssal azonos. A tünetet magát *hyptokinesis*-nek neveztem el το ύπτιασμα — a hátrahajlott szó után. Kifejezett esetekben maguk a betegek említik, hogy nem tudnak hosszabb ideig állni, mert ilyenkor hátradülöngenek. A mikor az amyostasisos tünetcsoport hevenyen fejlődik ki, e tünetet is kifejezettebben látjuk.

Azokban az esetekben, a melyekben az amyostasisos tünetcsoport lassan fejlődik ki, a betegek panaszai közt a hyptokinesisre való panaszt nem halljuk, de bizonyos műfogásokkal azonnal kiválthatjuk. E műfogás abban áll, hogy az előrehajtott fejjel s előrehajlott felső testtel álló beteget felszólítjuk, hogy tegye össze a lábát s maradjon így állva; gyakran ez az állás elegendő, hogy 15–20 másodperc után a hátradülöngés beálljon. Ha így nem áll be a hátradülöngés, akkor megkíséréljük azt provokálni akként, hogy az összetett lábakkal álló beteg állat ujjunkkal felemeljük s ezzel a fejet a rendes tartásba hozzuk. Az esetek túlnyomó többségében néhány pillanat vagy másodperc alatt beáll a hyptokinesis; ha így sem állna be, behúnyatjuk a szeméit s ekkor sokszor pillanatosan hátradülöng a beteg. De ha még ily fejtartás mellett sem váltódik ki a hyptokinesis, ekkor ahhoz folyamodunk, hogy a fejet hátrahajlítottatjuk előbb nyitott, majd csukott szemek mellett, nézve, hogy beáll-e a hátradülöngés?

Vizsgálataim során a fejnek egyéb irányokban elfordításával is kísérleteztem s azt találtam, hogy akkor, mikor kifejezett a tünet, jobbra vagy balra való fejtartás mellett az illető oldalra, de legtöbbször hátrafelé való dülöngés is beáll. Viszont előrehajtott fejtartás mellett, az állat egészen a mellkasra hajtva, még a tünetet nagyon kifejezetten mutató ese-

tekben sem áll be a hátradülöngés, még csukott szemek mellett sem.

Olykor nem elegendő a fejnek hátrahajlítása sem, ilyenkor az előrehajlott törzs kiegyenesítését végezzük s ekkor áll be a hyptokinesis. Sőt láttam oly esetet is, a melyben a tünet létrehozásában arra volt szükség, hogy e törzskiegyenesítésen kívül a térdekben kissé behajlított lábakat kiegyenesítsük, hogy a hátradülöngés beálljon.

Ha az összetett lábakkal való állás helyett széjjelvetett lábakkal áll a beteg, akkor kitolódik az időszak, mely után e különböző fejtartások mellett a hátradülöngés beáll. *Ülő helyzetben akármily fejtartás mellett sem áll be hátradülöngés.*

A mikor a tünet nagyon kifejezetten van jelen, a kezdeti hátradülöngést hamarosan felváltja a retropulsio. Van úgy, hogy a beteg egy-két lépést tesz hátra s meg tud állni, miközben rögtön kinyitja szeméit; van úgy, hogy a beteg hátraesik; s van úgy is, hogy néhány hátrafelé lépés után esik el a beteg.

A leírt tünet gyakoriságát illetőleg azt kell, hogy mondjam, hogy az amyostasisos esetek csaknem mindegyikében megvan. Visszamenőleg átnézve a kórtörténeteket, oly időre nézve, mikor e tünet jellegző voltát nem ismertem még, feljegyzéseinkből megállapíthatom, hogy a Romberg-tünet vizsgálatára való adatok között idevonatkozó számos megemlékezést találtam. A subjectiv panaszok között is szerepel. A beteg előadta, hogy álláskor néha hátra akar esni, vagy hogy állás közben sokat tántorodik.

Érdemesnek tartom feljegyzéseinkből az idevonatkozó adatokat közölni:

1. K. Ö. 17 éves, tanuló. 1920 márcziusban encephalitis lethargica; 1920 május 17.-én behúnyt szemekkel még biztosan áll, retropulsiót nem mutat; nyolcz hónap után, miközben kifejlődött az amyostasisos kórkép: úgy nyitott, mint behúnyt szemekkel állva hátradől; retropulsiót mutat; propulsio nincs.

2. V. P. 25 éves földmives 1920 márcziusban szenvedte át az encephalitis lethargicát. 1921 januárban panaszolja, hogy állásközben hátradől, úgy hogy meg kell kapaszkodnia.

3. V. J.-né 23 éves, földmives neje. 1920-ban encephalitis. 1921 februárban: behúnyt szemekkel állva bizonytalanság.

4. Sz. J. 16 éves, tanuló. 1920 februárban encephalitis. 1920 decemberben kifejlődik nála az amyostasia. Panasza, hogy állás közben sokat tántorodik hátra. Vizsgálat közben a mellkasára tett stethoskop kis nyomása folytán hátradülöng. Fényképezés közben nem bír néhány másodpercig sem nyugodtan állni, folyton hátradülöngött. A retropulsio kifejezett.

5. G. A. 13 éves, tanuló. 1920 januárban encephalitis. 1921 márcziusban amyostasisos kórkép, igen kifejezett kisagyi tünetekkel. Erős dülöngés. Hátraesés. Kifejezett pro- és retropulsio.

6. B. Gy. 26 éves, kereskedő. Encephalitis 1920 februárban. 1921 októberben paralysis agitans képét mutatja. Behúnyt szemmel hátradől.

7. D. 25 éves, műgyetemi hallgató. 1920 februárban encephalitis lethargica. Szemünk előtt fejlődik ki másfél év múlva az amyostasisos kórkép és vele együtt a hyptokinesis. Állás közben olykor hirtelen hátradülöng.

8. L. J. 25 éves, földmives. 1920 januárban lethargias encephalitis. Panasza: hogy állás közben néha hátra akar esni. 1921 augusztusban a

* Előadás a Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegosztályának 1921 december hó 12.-én tartott ülésében.

fej kiegyenesítésekor retropulsio nincsen, de ilyenkor testében ingás áll be, a melylyel egyensúlyát igyekszik megtartani.

9. J. J. 32 éves, szabó. Encephalitis lethargica 1920 februárban. 1921 szeptemberében állás közben gyakran hátratántorodik.

Ezek az esetek azok, melyek valamennyiében kezdetben az encephalitisnek lethargiás alakja volt észlelhető s ebből fejlődött ki rövidebb-hosszabb idő múlva az amyostasisos tünetcsoport, a melybe beletartozik a hyptokinesis is, miként azt feljegyzéseinkben utólagosan megtaláltuk.

A hyptokinesis a bántalom lefolyása közben erősségében, kiválthatóságában változik, úgy mint az amyostasisos tünetcsoportnak többi tünete is. Vannak napok, napszakok, mikor nagyon kifejezett a tünet, máskor meg hétszámra is elmaradozik. A tünetek ez ingadozását az időszült encephalitis folyamat progressiójával, stabilizálásával kell magyaráznunk. A bemutatott esetekben* is konstatalhattuk az ingadozásokat.

Igy példának okául M. J.-n, kin két hét előtt még igen kifejezett volt a hátradülöngés, a pro- és retropulsio, ma ez utóbbi tünetek már nem válthatók ki.

Ugyancsak csökkent a tünet kiválthatósága Sz. Borbála esetében is, kin november 25.-én már 6 másodperc után állott be hátraszegzett fejtartás mellett, utóbb csak 24 másodperc után következett ez be.

Mielőtt a tünet valószínű magyarázatába fognék, meg kell hogy említem, hogy paralysis agitans esetében is egész tisztaságában észlelhetőnek bizonyult a hyptokinesis. Ezzel is mind valószínűbbé válik az, hogy a paralysis agitans bonczolástani háttere az amyostasisos tünetcsoportozattal azonos.

A kísérleti jegyzőkönyvek közlését mellőzöm s csupán erre a paralysis agitansra vonatkozó feljegyzéseimből ismeretemet a következőket.

Összetett lábakkal állva, a betegség okozta fejtartás mellett sem nyitott, sem csukott szemekkel nem áll be a hátradülöngés 30 másodperc után sem.

Ha ez állás közben a beteg fejét állánál fogva egyenesbe hozzuk, akkor csukott szemek mellett 5 másodperc után esik hátra; nyitott szemek mellett 15 másodperc után; mindkét esetben a hátraesést retropulsio követi.

Ha ugyanezen állás közben fejét hátra hajlítjuk, pillanatosán hátraesik csukott szemtartás mellett, míg nyitott szemek mellett csak 15 másodperc után.

Széjjelvetett lábakkal állva, a betegség okozta fejtartás mellett sem nyitott, sem csukott szemekkel hátradülöngés nem áll be; állánál fogva felemelt fejtartás mellett csukott szemekkel 15 másodperc után hátradól; míg hátrahajlított fejtartás mellett ez már 3 másodperc után következik be s a beteg retropulzál.

Úlve semmiféle fejtartás mellett sem dülöng.

E részletesen ismertetett viselkedésből, mely — mint mondom — teljesen egyezik az amyostasisos tünetcsoporthoz tartozó esetekben észleltekkkel, következik, hogy a vizsgálat tárgyául szolgáló tünet: a hátradülöngés, egy egyensúlyozási zavar következménye. Csak e felvétel mellett érthető, hogy ülő helyzetben a hátradülöngés semmiféle módon sem váltható ki; legkifejezettebb a tünet akkor, mikor az egyensúlyozás is legnehezebb (összetett lábak, hátrahajlított fej, csukott szemek), már hosszabb idő telik el a beálltaig akkor, ha a beteg az egyensúlyozásban segítséget kap a széjjelvetett lábakkal. A beteg bemondásai is megerősítenek abban, hogy egyensúlyozási zavarral állunk szemben. Volt oly intelligens betegem, a ki, mikor kérdeztem, miért tartja fejét előre-hajlítva, azt felelte, mert így meg tudja tartani az egyensúlyát. Egy másik betegem pedig azt mondta, mert így állva nem szédül. Szédülés alatt a bizonytalanság érzését értette. Megjegyzem, hogy szédülésről egyetlen egy beteg sem tett említést.

Mint egyensúlyozási zavar kétségtelenül a kisagyhoz s pályáihoz tartozó tünettől van dolgunk. Az egyensúlyozást szolgáló peripheriás végkérszülék: a labyrinthus, nervus vesti-

* Az előadáson amyostasisos tünetcsoportot mutató öt esetet demonstráltam, melyek közül négyben a hyptokinesis prompte állott be. Ugyancsak bemutattam a hyptokinesis tünetét egy paralysis agitansban szenvedő betegem is.

bularis megbetegedésére utaló klinikai tünetek teljesen hiányzanak. A fülorvosi vizsgálat negatív eredményt ad. Kisagyi megbetegedés kétségtelen tünete csak kivételesen vannak jelen, mindössze két esetben láttam cerebellaris járást, cerebellaris asynergiát. Múlt nystagmus különösen a heveny szakban többször volt észlelhető.

Félremutatást egy esetben sem találtam.

Egyensúlyozásunkhoz a kisagyi pályákon kívül az érző pályák, a látási impulsusok ép volta is szükséges, mindezek eseteinkben jól működőnek bizonyultak.

Ha tekintetbe vesszük az eddigi sectiós leleteket, azok mindegyikében a központi dúcok megbetegedése kimutatható volt; de valószínűnek kell tartanunk a központi dúc alatti területek megbetegedését is és itt elsősorban a hypothalamus tájékára gondolok. E tájékban fekszik egy fontos központja az egyensúlyozásnak, a *nucleus ruber*, melynek összeköttetése a felső kötőkar útján a *nucleus dentatus cerebellivel*, másfelől a *nucleus lenticularissal* ismert. Utóbbinak megbetegedése adja az amyostasisos tünetcsoportot; lehetséges, hogy a lencsemag megbetegedésekor azok az idegsejtmagvak is betegek, melyek a *nucleus ruberrel* vannak összekötve s az egyensúlyozási zavar így magyarázódik meg. Lehetséges, hogy a rubro-thalamo-frontalis összeköttetés megakasztása oka az egyensúlyzavarnak: a frontalis impulsusok hiánya. De lehetséges az is, hogy maga a kisagy, még pedig közelebből a *nucleus dentatus* beteg, bennök encephalitiszes folyamat játszódik le. Erre azért szabad gondolni, mivel ugyancsak a hyptokinesis tünetét adja a paralysis agitans is, melyben a legújabb kórszövevényi kutatások szerint (*Spielmeier*) az említett kisagyvelő-rész megbetegedése kimutatható. Legutóbb egy tumor cerebri eset bonczolásakor azt a tapasztalatot tettem, hogy az egyik corpus mammillareból kiinduló daganat, mely igen erős kétoldali hydrocephalust mutatott, a hypothalamus tájéka, nevezetesen a *nucleus ruber* kétségtelenül működésében gátolva volt s ez esetben a *hyptokinesis* tünete igen kifejezetten volt észlelhető. Kisagy-laesio, legalább makroszkopice, észlelhető nem volt. A központi dúcok sem voltak makroszkoposan bántalmazva, úgy hogy ez esetből kifolyólag megengedhetőnek tartom arra gondolni, hogy a *nucleus ruber* működési zavarával függ össze a *hyptokinesis* tünete.

A tünet változékonyságának okát az időszült folyamat megmagyarázza. Úgy lehet elképzelnünk a dolgot, hogy a központi dúcokban lejátszódó időszült lobfolyamat olykor fellángolván, a tünetek fokozottabb megnyilvánulását hozza létre, közben bizonyos nyugvópontra jut a lobos folyamat s ilyenkor a vérkeringési viszonyok megjavulásával egyes agyterületek működésükben kevésbé zavartatnak s a hozzájuk kapcsolt jelenségek a klinikai képben elmaradnak. Valószínűnek kell tartanunk, hogy a vérkeringés zavarai, melyek a központi dúcokban lejátszódó lobfolyamat által feltételezettek, ezektől távolabb eső agyrészekben is olykor nyilvánvalóvá válhatnak. Erre nézve egyik sectiós esetben konstatalhattam azt, hogy a *nucleus lenticularisban* lejátszódó súlyos lobos folyamat a capsula internában oedemás beszűrődést okozott.

Lehet arra is gondolni, hogy ily oedema a hypothalamusban a *nucleus ruber*t működésében zavarhatja és így hozza létre az egyensúlyozási zavart. Ez ellen védekezik a beteg, a mikor a felső testét, főleg pedig a fejét előrehajítja.

Ezek szerint feltehető, hogy az a sajátos fejtartás, melyet ezen amyostasisos tünetcsoportot feltűntető esetek mindegyike mutat, önkéntelenül az egyensúlyozás miatt is beállhat.

Az általam részletesen ismertetett tünetnek az egyensúlyozással való összefüggését a fentiekben előadottakon kívül még az is bizonyítja, hogy közvetlenül a retropulsióba való átmenetét igen gyakran tapasztaljuk. Vagyis látjuk azt, hogy a beteg, a mint felső testével hátradülöng, egyúttal apró lépésekkel hátrafelé szalad is, súlypontja után szalad.

A leírt tünet nem azonos a Romberg-tünettől. Ennél a test ide- s odaingása áll be összetett lábak s csukott szemtartás mellett. Ez ide- s odaingás közt előfordulhat a

hátrafelé ingás is, de nem ez a Römberg-tünet jellemző sajátossága. A Römberg-tünetet minden valószínűség szerint a hátsó kötegpályák (mély érzés- és tonuspályák) vezetési hiányai okozzák, a kisagy nem kap vagy csak hamis érzeteket e pályák útján s innen ered a minden irányban való ingás, a kisagy a mindenféle irányban megzavart egyensúlyozást igyekszik fenntartani, innen az ide-odaingás.

Ezzel szemben a hyptokinesiben állandóan ugyanazon irányban történő mozgásról van szó, létrejötté feltétlenül a fej egyensúlyozása zavarával függ össze. Valószínűnek kell tartanunk, hogy a retropulsiónak is ugyanez az oka, ezt azért tételezhetjük fel, mivel majd minden esetben, melyben a hyptokinesis tünete kifejezetten jelen van, a kísérletnek hosszabb időn át való fenntartása retropulsióhoz vezet. Azt hisszük, hogy a hyptokinesist a retropulsio legelső megnyilvánulásának tekinthetjük.

Az irodalmi adatok áttekintése annyiban nyújt felvilágosítást, hogy konstatalhatom, miszerint a paralysis agitansban szenvedőkön a hátrafelé esés tünete ismert jelenség. Így Forster és Lewy említi, hogy némely betegen a hátrafelé esésre való hajlam igen kifejezett. Zárójelben retropulsiót említenek, a mit én nem tartok egészen praecis meghatározásnak, mert retropulsio nélkül is megeljük, igaz, hogy bizonyos fogások alkalmazásával, a hátradülőngést.

Érdekesek Forster és Lewy kórbonczolástani összefoglalásai, melyek szerint paralysis agitansban a kisagyi rendszer különböző helyein kis göczök vannak; ilyen helyek: a központi dúczok, agytörzs s ezek összeköttetései a homloklebenynyel, thalamussal, nucleus ruberrel, nucleus candatussal, kötőkarral, agykocsányokkal.

Lewandowski is említi, hogy pseudobulbaris hüdésben szenvedőkön valószínűleg a kisagyban s annak pályáiban székelő kis göczök folytán jön létre oldalkitérés, retropulsio, hátraesési hajlam. Ez utóbbit illetőleg P. Marie és Catola-ra hivatkozik, kiknek munkája azonban nem állott rendelkezésemre.

Luciani szerint bilateralis affectio mellett (féregben vagy hemisphaerában) oldalt esés nem található, de igen a hátra-menés vagy -esés csak úgy, mint állatokon symmetriás kisagy-sértések után.

Serres kisagy-vérzések s lágyulások esetében találta meg a hátraesési hajlamot.

Neumann kisagy-abscessus egy esetében említi, hogy a beteg nem tudta fejét egyenesen tartani, mert különben hátraesett.

Friedler kétoldali kisagy-atrophia esetében bizonytalan járás mellett hátraesésre való tendenciát észlelt.

A csak szórványosan felsorolt adatok, ha némely vonatkozásban ellentmondók is, különösen a hátradülőngés localitóját illetőleg, abban azonban megegyeznek, hogy a tünet a kisagy-pályák bántalmazottságának a jele.

Remélhető, hogy a sectiós esetek pontos histologiai feldolgozása megadja a feleletet arra a kérdésre is, hogy a kisagy-rendszer melyik részének megbetegedtségével függ össze a hyptokinesis és hogy feltevésem, hogy a nucleus ruberben keresendő a tünet székhelye, beigazolást nyer.

Ismétlem, hogy e tünetet az encephalitis okozta amyostasisos tünetcsoportozatot feltüntető esetekben, lefolyásuk bizonyos szakában, csaknem mindig meg lehet találni, különösen ha az említett műfogások alkalmazásával kutatunk utána.

Gyakorlati használhatóságát illetőleg legyen szabad két esetre hivatkoznom. Az egyik esetet osztályomon észleltük; ebben alorvosom a betegen észlelhető hyptokinesis alapján a csak kevésbé jelzett amyostasisos tünetcsoportozatra lett figyelmes s így útbaigazítást nyert a körelőzmény mily irányban való felvételére. Meg is állapíthatta, hogy a beteg 1920-ban encephalitis lethargicán esett át.

A másik esetet consultative láttam. 65 éves asszonyról volt szó, a ki hosszabb idő óta gyengült. Kezelőorvosa a korrall járó adynamiának tartotta e gyengülést s suggestive igyekezett reáhatni; egy másik kartárs arteriosclerosisosnak

mondotta az egyént s a nyúltagy véreinek bántalmazottságában vélte annak az okát megtalálni, hogy a beteg mindinkább elerőtlenedik. Én az anamnesis felvételekor értesülvén arról, hogy a beteg 1920 márcziusában spanyolbetegségben szenvedett, mely a leírás szerint encephalitis lehetett, megvizsgáltam a beteget hyptokinesisre s ezt igen kifejezetten jelenlétnek konstatalván, megeltem az amyostasisos tünetcsoportozatot.

A szoptató nő emlőinek kezeléséről.

Irta: Bedő Imre dr., gyermekorvos, Szeged.

Ez a kérdés nem szorosan vett gyermekgyógyászati kérdés, hanem igazán a nőgyógyászat és gyermekorvoslás határkérdése. A milyen fontos az anyára, hogy az emlői ne betegedjenek meg, épp oly fontos a gyermekre is, a kit az emlők megbetegedése még ma is elég gyakran megfoszt attól, hogy anyatejen nevelkedhessék. Gyakran halljuk a panaszt, hogy az anyának a szülés után sok teje volt, de azután sebes lett az emlője; kezelték mindentéleképpen, végre elapadt a teje, de jól van ez így, mert úgyis annyira fáj a melle, hogy a szoptatás nagy kín volt neki.

Ennek nem volna szabad előfordulni! Hiszen a szoptató nő emlője normalis, physiologiás functiókat végez; helyes kezelés és ápolás mellett nem szabad hogy megbetegedjék.

Nézzük, mire vezethetők vissza az emlők megbetegedései?

Három tényezőre: a helytelen szoptatási technikára, a szoptató nők ügyetlenségére s végül a tisztátalanságra.

Majdnem minden primipara, de a legtöbb szoptató nő egyáltalában rossz technikával szoptat, mert nem a bimbóudvart igyekszik megfogadni a csecsemővel, hanem megelegszik azzal, ha bimbóját fogja kis kemény inyei közé a szopós. Persze ez a mirigyés, érzékeny bimbó, melyet a szopós erősen szív, s ha csak nem ömlik belőle a tej, valósággal rág is, hamar rhagasokat kap. S a rhagasok a fertőzés kapui; legfontosabb tehát, hogy rhagasok ne képződjenek, vagy ha már vannak, hamar meggyógyítsanak.

A legtöbb anyának csak a második vagy harmadik napon jön meg a teje. Ilyenkor az emlő erősen megduzzad, s a kemény emlőből keményen kiálló kis bimbót tudja csak megfogni a csecsemő. Ebben a szakban persze még nem hívnak orvost, hiszen tej van bőven s a gyermek jól tud szopni; de 24—36 óra múlva már fáj a bimbó, kínos a szoptatás s az előhívott orvos véresre mart, rhagasos emlőbimbókat, az emlőben magában kemény, tömött, fájdalmas mirigyrészleteket talál. S most jön az orvosnak sokszor nem megfelelő ajánlása: borogatást rakat az emlőre, de nemcsak a fájdalmas mirigyrészletekre, hanem a bimbóra is, a mi által a bimbó még puhább, felhámja még lazább lesz s a csecsemő még jobban fel tudja marni. Az emlőre rakott hideg borogatástól a tej kezd elapadni, a bimbó borogatásától pedig a bimbó még jobban elveszíti ellenállóképességét. Az ilyen borogatást vagy bőrvízzel, vagy carbol-oldattal, vagy alkoholos vízzel szokták végezteni; mindenesetre tisztán tartja legalább a bimbót s lehetővé teszi a mastitis elkerülését, a rhagasokat azonban nem gyógyítja!

Sokszor azonban az ilyen rhagasos bimbóhoz még nem hívnak orvost, hanem kezelik mindentéle háziszserrel: olajjal, vajjal, zsírral, sőt mézzel kenik, égetett timsóval dörzsölik, vagy nem is kezelik. Erre azután mastitist kap az asszony s a mikor a hideg már jól kirázta s az emlője egy-két helyen megpirosodott és hullámzik, akkor hívják az orvost, a kinek a következő typosos ostobaságot kell végighallgatnia: „Roszszul feküdt szegény, megnyomta a mellét s ettől gyuladásba jött“. Ezután persze következik az operatio, a csecsemő elválasztása stb.

Ebből a rövid leírásból, melyben csak a legtypososabb hibákat soroltam fel, láthatjuk, hogy milyen kövekből van kirakva a mastitis útja. De ha nem a mastitist, csak a rhagasok kínjait kell egy asszonynak elviselnie, már az is elég, hogy meggyűlöltesse vele a szoptatást és esetleg a gyermeket is. Láttam anyát, a ki a szoptatás előtt hysteriás rohamot kapott s a mellét megfogó csecsemőt sikoltozva lökte el magától.

Mit kell tehát tennünk, hogy az anyákat ezektől a nagy kellemetlenségektől megóvjuk?

Legtöbbször azt tanácsolják, hogy a bimbó edzését már a szülés előtt meg kell kezdeni, hogy megkeményedjék a bőre a szoptatáshoz. E célból mindennap alkoholos fogkefével megdörzsöltetik a bimbót, kihúzgáltatják, morzsolgatják két ujj között, hogy jó legyen a szoptatáshoz. Vannak leendő anyák, a kik olyan erélyt fejtenek ki ezen a téren, hogy mire megszületik a gyermek, már szívás nélkül is van egy pár rhasag a bimbón. Szerintem az előkészítés ebben a formában fölösleges, legalább én annyi úgynevezett előkészített bimbón láttam rhasagot, mint a hány elő nem készített. Értelme csak akkor van, ha a bimbó nagyon kicsiny, sőt invertált. Elegendőnek tartom, ha a rendes mosakodáskor a bimbót is szappannal és vízzel naponta megmossuk és jól szárazra törüljük.

Már most ha megszületik a gyermek, rendszeresen elkövetik azt a hibát, hogy az első 24 órában meg sem kíséreltetik a szoptatást, mert „még úgy sincs tej“ s az újszülöttet csak másnap teszik először anyjának emlőjére. Ez is helytelen. 6—8 órával a normalis szülés után, mikor a fiatal anya kissé kipihente magát, meg kell kísérelni a szoptatást. Ilyenkor az emlő még puha, nem duzzadt s az újszülött jól be tudja venni a bimbót, hozzászokik; s a szoptatás ingere még meg is gyorsítja a tejelválasztást. Persze az ilyen még üres, vagy nagyon kevés colostrumot tartalmazó emlő bimbóján elég, ha pár percig szopik a kicsi, a kit a míg a tejelválasztás megindul, nem szabad szomjazni hagynunk, hanem itatgatunk kell langyos saccharinos teával vagy vízzel, hogy a szükséges folyadék felvétele meglegyen. Ha pedig az emlő duzzadt, akkor mindig ki kell fejni belőle annyit, hogy a bimbó környéke megpuhuljon s úgy adjuk a csecsemő szájába. Így jobban is meg tudja fogni, jobban szív, hamarabb jól lakik, kevesebb ideig rágódik a bimbón.

Sokan félórakig hagyják a csecsemőt a bimbón, mert nem szopik eleget. Ha csak egyszer megmérnék a szopás mennyiségét, meggyőződnenek róla, hogy az első 10—15 perc alatt kiszopja a rendelkezésére álló tej legnagyobb részét s rájönne, hogy nem érdemes a bimbót tovább marcangolítani félórakig az utólag még kiszopott $\frac{1}{2}$ —1 deka tej miatt. „Elalszik az emlő“, „lusta szopó“, ezek a tipikus panaszok, a melyek miatt oly sokáig tartanak az egyes szopások. Inkább szoptassunk 2 óránként 10—15 percig, mint 3 óránként $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ óra hosszat. De az orvosok legnagyobb része úgy ragaszkodik a 3 órás szoptatáshoz, mintha az szentírás volna; nem gondolja meg, hogy a szopós csecsemő gyomrának kiürülésére elegendő 2 óra is és hogy sok kicsi sokra megy — s kap sebes bimbókat s rosszul fejlődő gyermekét. Ha pedig minden áron be akarja tartani a 3 órát s a csecsemő 10—15 perc alatt még két emlőből sem szopik eleget, akkor inkább már az első héten kezdjük meg az allaitement mixte-et, de ne szoptattassunk órákig. Majd megjön a tej magától, a csecsemő megerősödik s igen gyakran a 3—4. héten már el lehet hagyni azt a pár kanál melléktáplálékot, melylyel a szopások után pótoltuk a hiányzó mennyiséget.

Ha pedig már megvan a rhasag, akkor nem szabad borogatni! Helyes kezelés mellett még bimbóvédő sem kell, mert 2—3 nap alatt meg lehet gyógyítani az ilyen kis kezdődő rhasagokat helyes szoptatási technika és helyes gyógykezelés mellett.

A rhasagok legnagyobb része a gyermekágyban keletkezik, mikor az anya még fekvő szoptat; ilyenkor a csecsemő szája párhuzamosan van az anya szájával, a bimbót fölülről lefelé fogja a szájában, a rhasagok a bimbón ebben az irányban keletkeznek alul és felül, rendszerint a hónaljvonal felé eső oldalon; nem gyógyulhatnak be, mert a csecsemő mindig érinti a sebeket az ínyével. Arra kell tehát törekednünk, hogy az anya ülve, vagy legalább is félig ülő helyzetben szoptasson s így a bimbó nem sebes részei kerüljenek az ínyek közé. Ha pedig később ülve szoptatás mellett keletkeztek a rhasagok, szoptasson fekvő.

A rhasagok kezelésére sokféle eljárást ajánlottak: lapios edzést, alkoholos borogatást, naphtalan-kenőcsöt stb. A cél

az, hogy a rhasag gyógyuljon s a szoptatás ne fájjon. 4 év óta állandóan a következő eljárást alkalmazom nagyon kielégítő eredménnyel: Szoptatás után alkohollal vagy kölni vízzel jól megtisztítatom a bimbót s bekenetem a következő oldattal: Rp. Acidi tannici 1·0, Anaesthesini 0·5, Glycerini 10·0. MDS. Ecsetelésre; felrázandó. Beecsetelés után szabadon hagyjuk a bimbót, míg a gyógyszer rászárad, azután száraz gazet teszünk rá s úgy az inget. Szoptatás előtt kevés langyos vízzel lemossuk a bimbót; nem kell nagyon dörögni, mert ha nem is tökéletes a lemosás, az sem baj, hiszen egyik anyag sem lehet a csecsemő ártalmára. Ezzel az eljárással kisebb rhasagok 2—3 nap alatt feltétlenül meggyógyulnak, ezért fontos, hogy a kezelést mielőbb kezdjük.

Ha azonban már egészen nagy fekélyek vannak az emlőbimbón, néha még jobban járunk, ha a Langstein-Göppert-eljárással kezeljük őket: 1—3%-os lapis, ecsetelés után xerofomos beporozás és száraz kezelés. Ugyanők ajánlják a következő kenőcsöt: Rp. Arg. nitrici 1·0, Bals. peruvian. 0·5, Lanolini, Vaselini aa 10·0. M. f. ungu. D. S. Kenőcs. A borogatást ők is elvetik.

De ha már duzzadt, fájdalmas, kemény mirigyreszeket találunk az emlőben, akkor sem a borogatás a legelső és legfontosabb. Az ilyen emlőt ki kell üríteni. Ebből a célból a szopás előtt mindig 5—10 percig nagy Bier-haranggal jól megszívattuk a fájós mellet, míg egészen megkékül. Ezután szoptatunk s a szopás után még jó mellszívóval a mit lehet kiszívunk belőle vagy kézzel kifejtjük. Ha a rhasagos bimbó annyira fáj, hogy az anya nem tud szoptatni, akkor megpróbálhatjuk bimbóvédővel a szoptatást, bár ez rendszerint vagy nagyon nehezen, vagy egyáltalán nem megy. Erős csecsemő és könnyen folyó, dús tejű emlő kell ahhoz, hogy bimbóvédővel a szopás menjen. Szükség esetén, ha mind a két bimbó nagyon sebes, a csecsemőt 3—4 napig sem tesszük rájuk, hanem vagy a kifejt anyatejjel, vagy valamely tehéntejkeverékkel tápláljuk. Még 1 hét múlva is sikerül — a bimbók meggyógyulása után — újra elfogadtatni a bimbót s megindíttatni a szoptatást.

A piros fájdalmas részekre rendelünk ichthyol-kenőcsöt, vagy ichthyol-collodiumot s ha csak lehet, mellőzzük a borogatást; de ha borogatás a nagy fájdalmak miatt elkerülhetetlen, akkor váltsuk nagyon gyakran s ne kössük fel vele az emlőt, nehogy a tej elapadjon. Azért az ilyen beteget mindig le kell fektetni.

Az abscedált mastitis kezelése már a sebész dolga. Mi azonban igyekezzünk odahatni, hogy a sebész olyan kötést adjon a mellre, hogy a csecsemő szophasson. Ne felejtjük el, hogy ha a másik emlőből szopik a csecsemő, az operált emlő is folyton elválaszt tejet, mely ha bennmarad, csak hátráltatja pangásával a gyógyulást és jó táptalaj a bacteriumoknak.

Összegezve az elmondottakat, látjuk, hogy:

1. helyes szoptatási technika és kellő óvatosság mellett az emlők súlyosabb megbetegedései elkerülhetők;
2. hogy az emlők betegségei mindig a rhasagokból indulnak ki;
3. hogy tehát legfontosabb feladatunk az, hogy a rhasagokat mielőbb meggyógyítsuk, illetőleg megakadályozzuk azok kifejlődését.

Közlemény a Szt. Gellért-gyógyfürdőből. (Vezető főorvos: Benczúr Gyula dr., egyet. magántanár.)

Mely megszállott területen fekvő és külföldi ásványvizeket pótolhatunk hazaiakkal.

Irta: Kunszt János dr.

Hazánk szétdarabolása természeti kincseink legnagyobb részét elrabolta tőlünk. A mi megmaradt, az gazdagsághoz szokott szemünk előtt mikroszkoposan kicsinynek látszik, azonban ha jobban utána nézünk, látni fogjuk, hogy még mindig elég arra, hogy kellőleg kihasználva, nemzetgazdasági szempontból fontos tényezővé válhasson.

A magyar beteg közönséget a szétdarabolás, mely gyógyforrásainknak körülbelül 75%-át elvette tőlünk, annál is

inkább károsan érintette, mert az elveszett 75%, majdnem teljes egészében volt kihasználva, míg a megmaradt 25%-nak alig fele van kellőleg, illetve valamiképp kiaknázva s így a magyar betegek kénytelenek gyógyulásukat részben külföldi fürdőhelyeken, vagy behozott külföldi ásványvizek ivásával keresni.

Annak elérésére, hogy közönségünk pénzét ne a külföldön költse el, hanem itthon is gyógyulást találhasson, a külföldi ásványvizeket a lehetőség határain belül hazaiakkal kell pótolnunk (igen fontos nemzetgazdasági szempont).

Nem szabad természetesen csupán hazafiasságból esetleg kétes gyógyértékű hazai ásványvizeket az elismert külföldiekkel egy sorba, sőt azok elé állítani; de nem szabad a másik végletbe sem esnünk és csekély analysisbeli különbségek s egyes források esetleges ismeretlen volta miatt a mieinket lebecsülni. Tanuljunk a németektől, kik helyes üzleti érzékkel s a sajátjukba vetett szinte túlságos bizalommal sokszor bizony csekélyebb gyógyértékű ásványvizeket is világhírűvé tettek, a mi közönségünk pedig ezeket kereste fel az esetleg jobb hazai gyógyforrások helyett.

Kellő kritikával kell tehát a kiválogatást végeznünk s így elérhetjük azt, hogy közönségünket nagyrészt itthon tudjuk ellátni megfelelő természetes gyógyeszközökkel.

A magyar orvosok tartásuk kötelességüknek, hogy annyira ismerjék megcsonkított hazánk gyógykincseit, hogy a hozzájuk forduló beteget tájékoztathassák az irányban, hogy bajára találhat-e itthon is gyógyulást.

Sajnos, fürdőink nagy része igen rossz állapotban van, egyrésztük pedig a forradalmak és a román megszállás teljesen tönkretette, úgy hogy jelenleg üzemüket sem tarthatják fenn. Ha azonban felkaroljuk őket s kellő számú közönséget biztosítunk nekik, hamarosan fel fognak virágozni. Csak a kezdet nehéz!

Lássuk már most Csonkamagyarország ásványvizeit, hasonlítsuk össze őket a megszállott területen levőkkel és az ismertebb külföldiekkel, hogy láthassuk, melyek azok, melyeket teljesen vagy részben pótolni tudunk.

Hévízek. Megmaradt ásványvizeink egyik legnagyobb csoportját teszik s úgy számuknál, mint kiválóságuknál fogva teljesen pótolni tudják a külföldieket.

Egyszerű hévízeknek nevezzük azokat, melyekben a szilárd alkotórészek mennyisége 1 grammon alul marad. Gyógyhatásukat természetes hőjüknek, esetleges rádium-emanotartalmuknak és valószínűleg eddig még ismeretlen gyógytényezőknek köszönik.

A megszállott területen ismertebb: Rajecz (29—31 C°).

A külföldiek közül nálunk ismertebbek: Badenweiler (26·4 C°), Neuhaus (35·5 C°), Ragaz (34—37 C°), Tobelbad (25—29 C°), Wildbad (37—39 C°) és Vöslau (23 C°).

A számításba vehető hazaiak a következők: Eger (27—31 C°), Esztergom (28·7 C°), Görömböly-Tapolcza (26—31 C°), Hévíz (37 C°).

Valamennyi külföldit teljesen pótolja, sőt felülmúlja Hévíz úgy vizével, mint kiváló iszapjával. A mennyiben azonban valaki nyaralására kellemes környezetet keres (a mi főok a fenti külföldi fürdőhelyek felkeresésekor), ennek a céljának megfelel Görömböly-Tapolcza, mely ha nem is fekszik oly magasan, mint amazok, gyönyörű környezetével nagyszabású nyaralóhelyülé fejlődhetik. Külön kell megemlékeznünk Egerről, hol most szándékoznak egy mélyfúrást végezni, hogy forró (esetleg 40 C°) vizet kaphassanak, egyben pedig a folyó évben nagyszabású fürdőépítkezés indul meg.

A földes meszes hévízek közül legfeljebb a megszállott területen fekvő Stubnya jöhetne szóba (41·8—46 C°, szilárd alkotórészek mennyisége 1·074—1·079 gr.), azonban a hasonló budapesti hévízek mellett számba sem vehető; ezek a Szent Gellért-gyógyfürdő* (47 C°, szilárd alkotórészek mennyisége 2·408 gr.), a Rudas-fürdő (42·2 C°, szilárd alkotórészek mennyisége 1·825 gr.).

* Az egyes ásványvizeknél zárójelben foglalt számok, melyek a jellemző alkotórészek mennyiségét jelzik, mindig egy liter vízre vonatkoznak.

A kénes hévízeket illetőleg is a fentebb elmondottak állnak, a mennyiben Budapest és Harkány úgy az elszakítottakat, mint a külföldieket teljesen pótolni tudják.

Elszakítottak: Pöstyén (50—64 C°, szilárd alkotórészek 2·168 gr., HS 0·023 gr.), Trencsén-Teplicz (38·2—40·2 C°, szilárd alkotórészek 2·442—2·449 gr., HS 0·002 gr.).

Külföldiek: Baden Bécs mellett (27·5—33·7 C°, szilárd alkotórészek 2·168 gr., HS 2·6 cc.), Baden Schweizban (46—50 C°, szilárd alkotórészek 4·090 gr., HS 0·002 gr.).

Hazaiak: Császárfürdő (26—65 C°, szilárd alkotórészek 1·351 gr., carbonilsulfid 0·0006 gr.), Lukácsfürdő (28—62 C°, szilárd alkotórészek 1·168 gr., carbonilsulfid 0·0012 gr.), Margitsziget (43·7 C°, szilárd alkotórészek 0·885 gr., carbonilsulfid 0·0046 gr.), Széchenyi-fürdő 73·9 C°, szilárd alkotórészek 1·880 gr., HS 0·0007 gr.), Harkány (62·2 C°, szilárd alkotórészek 0·6843 gr., carbonilsulfid 6·8 cc.).

Tudjuk *Frankenhäuser* ismert elmélete alapján, hogy a vízben oldott sók, különösen a hygroskoposak, olyképp fejtenek ki hatást, hogy a hosszas fürdőkúra alatt a bőr porusai-ban lerakodva, a párányomást módosítják. Ilyen hatást azonban csak akkor tulajdoníthatunk nekik, ha konyhasó-tartalmuk nagyobb (az ivásra és fürdésre használt sósvizek közt a határ körülbelül 15—20‰ sótartalom) s ezért a gyengén sós hévízek az 5—6‰ konyhasótartalmukkal igen csekély mértékben fejthetnek ki ily hatást. Ezért a budapesti földes meszes hévízek jól pótolják az alábbi gyengén sós és alkalikus hévízeket: Herkules-fürdőt (41·2—56·6 C°, 1·266—3·817 gr. NaCl), Lipiket (64 C°, 1·939 gr. NaHCO₃), Emst (28·5—50 C°, 2·1 gr. NaHCO₃), Wiesbadent (49·5—68·75 C°, 5·19—6·83 gr. NaCl).

Ha összehasonlítjuk őket, láthatjuk, hogy Emst, Herkulesfürdőt és Lipiket teljesen, Wiesbadent pedig jól pótolhatják. A mennyiben azonban ezeknek ivókúra alakjában való használatáról van szó, legfeljebb az importált emsi vizet lehet valamelyik alkalikus vízzel pótolni, a helyszínen végzett ivókúrákat azonban nem pótolhatjuk.

Földes meszes savanyúvizek. Inkább mint asztali vizek szerepelnek, azonban adhatók ott, a hol calcium-hatást akarunk elérni. A bennük oldott szilárd alkotórészek mennyisége eléggé különböző, csak a calcium mennyisége fontos.

Külföldről békében sem kaptunk ilyen vizeket, sőt mi exportáltunk belőlük nagy mennyiséget. Sajnos, a legjobban elterjedtek megszállott területen vannak, azonban a megmaradtak teljesen pótolják őket.

Az elveszettek közül ismertebbek voltak a borszéki főként, Boldizsár-kút és a többi ivóforrás vize (1·438—2·381 gr. Ca(HCO₃)₂ és 1·320—2·872 gr. szabad CO₂), a Szultán-forrás (1·455 gr. Ca(HCO₃)₂ és 1·236 cc. szabad CO₂), a szlatvini víz (0·648 gr. Ca(HCO₃)₂, 0·07 gr. LiHCO₃, 2·119 gr. szabad CO₂), és a Salvator-víz (1·994 gr. Ca(HCO₃)₂, 0·022 gr. LiHCO₃, 2·355 gr. szabad CO₂).

E két utóbbit a lithiumos savanyúvizek közé számítják, az újabb kutatók azonban (*Kisch, Mendelsohn, Schütz*) a lithium javára írt eredményeket az egyéb hydrocarbonatoknak tulajdonítják, mert a lithium mennyisége oly csekély bennük, hogy gyógyhatást vele elérni nem tudunk. (Ezért a németek lithiummal mesterségesen töltött ásványvizeket hoznak forgalomba, a milyen például az „Ewischches Natronlithionwasser“ 0·6 gr. lithiumhydrocarbonattal.)

Ezért tehát az alábbiak teljesen pótolják őket: Mohai Ágnes (1·220 gr. Ca(HCO₃)₂, 2·325 gr. CO₂), Balatonfüred (0·829 gr. Ca(HCO₃)₂, 2·067 gr. CO₂), Bodajk (pontos analysis nincs).

Megemlítem még a budapesti földes meszes hévízekből készült, szénsavval mesterségesen telített savanyúvizeket, (*Kristály, Harmat, Szt. Margitszigeti, Ilona-víz stb.*), melyek igen jól pótolják a természetes földes meszes ásványvizeket. Külön megemlítenédek tartom a forró hévízek közé tartozó Hungária-forrást (Rudas-fürdő forráscsoportja), melynek vizét a helyszínen melegen isszák (0·771 gr. Ca(HCO₃)₂), azonkívül pedig a főváros „Hungária-gyógyvíz“ név alatt palaczkozva is forgalomba hozza. Belőle készül különben a fentemlíttet Harmatvíz is.

A mennyiben a savanyúvizeket fürdőkúra alakjában akarjuk alkalmazni, a külföldiekre nem szorulunk, mert Balatonfüred természetes szénsavas fürdővel berendezett modern sanatoriuma kiváló. Ezenkívül egészben pótolni tudja a vasas, szénsavas hévvizekhez tartozó Szliácson végzett fürdőkúrát is (ivókúrát nem!).

Nehezebben megoldható kérdés az *alkalikus ásványvizek* pótlása. A csoport legkiválóbbjai megszállott területen fekszenek, velük az ismertebb külföldieket teljesen pótolni tudtuk; a megmaradt három alkalikus víz alacsony natriumhydrocarbonat-tartalmánál fogva erre csak csekély mértékben alkalmas.

Megszállott területen fekszenek: Bikszád (6.32 gr. NaHCO_3 , 2.305 gr. NaCl), bártfai Orvosforrás (4.848 gr. NaHCO_3 , 1.165 gr. NaCl , 0.044 gr. vascarbonat), luhi Margit (2.89—4.00 gr. NaHCO_3), málnási Mária (9.43 gr. NaHCO_3 , 3.345 gr. NaCl), málnási Siculia (10.685 gr. NaHCO_3 , 3.892 gr. NaCl).

Ismertebb *külföldiek*: Bilin (4.257 gr. NaHCO_3), Fachingen (3.578 gr. NaHCO_3), giesshübli Ottoquelle (1.192 gr. NaHCO_3), Krondorf (2.385 gr. NaHCO_3), Selters (1.236—2.334 gr. NaHCO_3).

Ezekkel szemben *Csonkamagyarországon* csupán három alkalikus savanyúvíz van: a parádi Csevicze (1.118 gr. NaHCO_3), a sóskúti Vita-forrás (1.809 gr. NaHCO_3 , 0.948 gr. NaCl), a balfi Katalin-forrás (1.8095 gr. NaHCO_3 , 0.01 gr. vascarbonat).

Az összehasonlításból láthatjuk, hogy a kevesebb natriumhydrocarbonatot tartalmazó alkalikus vizeket (Giesshübl, Selters és esetleg Krondorf) a hazaiak némelyike elég jól pótolja, míg a koncentráltabbakat csak igen gyengén helyettesíthetik.

Itt említem még meg Emst is, habár a hévvizeknél már volt szó róla. Mivel NaHCO_3 -tartalma 2.175 gr., konyhasótartalma pedig 1.036 gr., a fent említett hazai alkalikus vizek elég jól pótolhatják.

A *vasas ásványvizeket* illetőleg külföldre nem szorulunk, mert a mennyiben vascarbonatos vizeink nem lennének elegendők, vassulfatos vizeink pótolják őket, ezek pedig elsőrangúak.

A *megszállott területen* levők közül ismertebbek a bártfai alkalikus vasas vizek (0.095—0.0362 gr. vasbicarbonat), Buziás (0.1—0.15 gr. vascarbonat), Előpatak (0.09 gr. vascarbonat, 1.1 gr. NaHCO_3), Szliács (0.015—0.144 gr. vasbicarbonat).

Az ismertebb *külföldiek* közül legfeljebb a marienbadi Ambrosiusquelle érdekel minket (0.16 gr. vascarbonat).

A *hazaiak*: balfi Újforrás (0.03 gr. vascarbonat), parádi Clarisse-forrás (0.03 gr. vascarbonat).

Valamennyit teljesen pótolják azonban vasgáliczos vizeink, különösen a parádi felső akna vize (1.796 gr. ferro- és ferri-ion, 0.0073 gr. arsen), mely teljesen egyenrangú a világhírű levicoi és roncegnoi vasas-arsenes vizekkel. Megemlíthetjük még Erdőbényét (0.25 gr. vassulfat).

A *glaubersós vizek* közül pótolnunk kell a *megszállt területen* fekvő Koritniczát (0.866—1.218 gr. glaubersó, 0.092—0.150 gr. vasbicarbonat), a *külföldiek* közül pedig Karlsbadot (2.31—2.40 gr. glaubersó, 1.00 gr. NaCl), Marienbadot (0.10—5.04 gr. glaubersó, 0.04—2.04 gr. NaCl , 0.05—1.82 gr. NaHCO_3), Franzensbadot (1.10—3.50 gr. glaubersó, 0.5—1.2 gr. NaCl , 0.01—0.07 gr. vassulfat), Rohitschot (1.96 gr. glaubersó, 0.16 gr. NaCl , 1.08 gr. NaHCO_3), Elstert (0.60—5.26 gr. glaubersó, 0.69—1.872 gr. NaCl , 0.232—1.684 gr. NaHCO_3 , sok szénsav).

Csonkamagyarország hasonló vizei a következők: kolopi Irma-kút (2.214 gr. glaubersó, 1.582 gr. calciumsulfat, 0.832 gr. NaCl , 0.09 gr. vasbicarbonat), jászkarajenői Miravíz (11.366 gr. glaubersó, 3.805 gr. NaCl).

Látjuk tehát, hogy a kolopi egyenrangú glaubersós víznek tekinthető a külföldiekkel, sőt vastartalmát illetőleg felül is mulja azokat. Jelenleg nincs forgalomban, azonban rövid időn belül palaczkozva is forgalomba fogják hozni. A Mira

glaubersós vizet csak most fedezték fel, azonban nagy glaubersó-tartalma miatt rövidesen valószínűleg igen el fog terjedni, kiváló chemikusok mindenestre nagy jövőt jósolnak neki.

Keserűvizeinkről teljesen felesleges szólni, csak megemlítem, hogy kellő hígítással elég jól pótolják a glaubersós vizeket. Ha külföldön feküdne, körülöttük már világhírű fogyasztó intézetek egész sora állna. Külön megemlítem még a budai Mária-forrást, mely hypertonia tekintetében elég közel áll a glaubersós vizekhez (6.928 gr. összes szilárd alkotórész, ebből 2.53 gr. keserűs, 2.02 gr. natriumnitrat, 1.27 gr. calciumchlorid) s ezért elég jól pótolja őket.

Azokról a keserűvizekről (Alap), melyek nagy konyhasótartalmuk miatt az erősebben sós vizeket pótolni tudják, a sós vizek tárgyalásakor lesz szó.

A *hydrocarbonatos*, tehát elsősorban a *meszes ásványvizek* nem fontosak, mert a hasonló hévvizekkel, illetőleg savanyúvizekkel teljesen pótolhatók.

A *külföldiek* közül megemlíthetjük Wildungent és Inselbadot, a *hazaiak* közül pedig a balfi István- és Mária-forrást.

A *konyhasós vizek* közül nézzük először a *gyengén sós vizeket*, melyeket ivókúra alakjában használunk. (A gyengén és erősen sós vizek közti határ körülbelül 15‰ konyhasótartalom.)

Az ismertebb *külföldiek* az elvesztett Csizzel együtt a következők: Baden-Baden (27.5—33.7 C°, 2.0 gr. NaCl), Csíz (15.5 gr. NaCl), Dürkheim (8.8 gr. NaCl), Hall (14 gr. NaCl), Homburg (3—10 gr. NaCl), kisingeni Rákóczi- és Pandur-forrás (5.5 gr. NaCl), Kreuznach (9.5 gr. NaCl), Neuhaus (14 gr. NaCl), Mergentheim (6.4 gr. NaCl , 2.73 gr. glaubersó, 1.93 gr. keserűs).

A *hazaiak*: kolopi Mária-kút (2.3 gr. konyhasó, 1.02 gr. keserűs, 0.032 gr. HS), Hortobágy (3.63 gr. konyhasó, 3.72 gr. chlormagnesium, 4.82 gr. chlorcalcium, 1.72 gr. keserűs).

Mindkét hazai jól pótolja a kisebb só-tartalmúakat (Baden-Baden, Mergentheim, Kissingen), sőt a bennük oldott kismennyiségű keserűs is hozzájárul a hatáshoz. A nagyobb só-tartalommal bírókat azonban nem tudjuk helyettesíteni.

Az *erősen sós vizeket* csak igen kis mértékben tudjuk pótolni. Nagyon nélkülözük az elvesztett *Erdélyben* fekvőket, mint Felsőbajom, Görgény-Sóakna, Korond, Marosújvár, Vizakna.

Ezeket kívül ismertebbek még a *külföldiek* közül Ischl (246—255 gr. NaCl), Reichenhall (228 gr. NaCl) és a meleg Nauheim (37 C°, 21—29 gr. NaCl). A két előbbi oly koncentrált, hogy erősen hígítva lehet csak használni.

Csonkamagyarországban erősen sós víz nincs s ezért másokkal kell igyekeznünk őket pótolni. Legalkalmasabbak erre azok a keserűvizek, melyek sok konyhasót tartalmaznak, így elsősorban Alsóalap (13.66 gr. NaCl , 19.14 gr. keserűs). Az azelőtt ismert gyógyfürdő ma teljesen elhanyagolt állapotban van, úgyszólván teljesen elfelejtették, pedig oldott alkotórészeinek szerencsés aránya miatt nemcsak mint keserűvíz, hanem kellőleg hígítva (1:4) mint glaubersós vizeket pótló víz is kitűnő hatású lenne, fürdőkúra alakjában pedig jól helyettesíthetné a fent említett erősen sós vizeket. Ugyancsak elég jól pótolhatja őket a budapesti Erzsébet királyné sós-fürdő is, a melyben a fürdőket keserűvizekből állítják elő (szilárd alkotórészek mennyisége 20.22—52.42 gr.).

Térjünk át ezek után tárgyunk utolsó fejezetére, az iszapra, lápra és fangóra.

Mielőtt az összehasonlítást megejtenők, legyünk tisztában azzal, hogy a láp és iszap különféle csoportjai (vasláp, kénesláp, radiumos iszap, fangó stb.) igen egyforma hatást fejtenek ki. Tudjuk, hogy a bennük levő oldhatatlan alkotórészek, gázok a bőrön át nem igen szívódhatnak fel s chemiai bőringerlő hatásuk sem nagy. A legoptimistább kutatók is csak igen óvatosan merik ennek a felszívódásnak a lehetőségét hangoztatni. Mindannyi mint jó hőtartó közeg fejt ki hatását, ehhez járul a különféle ásvány-alkotórészek (Spongilla-tűk, csillámszemcsék, csigahéj-töredékek stb.) mechanikai hatása.

Láp Csonkamagyarországban nincs, az ismertebb megszállott területen fekvők: Alsótátrafűred, Bázna, Buziás, Rajecz, Tarcsa; a külföldiek pedig: Driburg, Elster, Franzensbad, Karlsbad, Kissingen, Marienbad, Pyrmont, Spaa.

A fangót a battagliai hévizek termelik.

Iszapjokról híresek az ideiglenesen elvesztett Pöstyén és Trencsén-Teplicz. Csonkamagyarországban iszap van Budapesten (Császár-fürdő, Lukács-fürdő, Gellért-fürdő), Hévízen és Kolopon.

Némileg érthető, hogy a magyar orvosok egy része glaubersós vizük miatt küldi betegeit Karlsbadba, Franzensbadba és Marienbadba. Teljesen megfoghatatlan azonban az, hogy a magyar közönséget lép-, illetőleg iszapfürdők használata végett küldik oda. Német és cseh orvosok a lápfürdőket és láppakkolásokat dicsérik, az iszapról alig emlékeznek meg, a mi természetes is, mert nekik iszapjuk nincs. De nekünk van! Hasonlítsuk össze az iszap és lép fizikai tulajdonságait és látni fogjuk, hogy az iszap értékesebb. Nemzeti vagyunknak ez a teljes elhanyagolása talán még érthető volt akkor, a mikor itthon nem voltak jól berendezett fürdőink (habár Pöstyén évtizedek óta elsőrangú berendezéssel bírt). Most azonban, hogy Budapestnek a legkényesebb igényeket is kielégítő gyógyfürdői vannak, ez az eljárás teljesen érthetetlen. Hazai iszapjaink teljesen pótolják a megszállott területen fekvő és a külföldi iszapokat, lápokot és fangót. A budapesti hévizek iszapjait ismerjük, tudjuk, hogy kiválóak, ugyancsak elsőrangú Hévíznek nagymennyiségű iszapja is. A mennyiben azonban ezek csekélyebb radioaktivitásuk miatt némelyeknek nem felelnének meg, használjanak kolopi iszapot, a mely negyvenszer radioactívabb a fangónál (10 tonna iszapban 0.004 gr. széntizta radium). Mivel a helyszínen egyelőre nem használják, nagyobb tételekben gyógyintézetek részére szállítják.

Látjuk, hogy lerongyoltságunkban is maradt elég tőkénk, melynek észszerű kihasználásával megcsonkított hazánk felépítéséhez hozzájárulhatunk.

Addig, míg a beteg annak kárát nem látja, tartsuk itthon, a mennyire lehetséges, függetlenítsük magunkat attól a „művelt nyugattól“, mely annyi bajt zúdított ránk. Ne okozunk örömet azoknak, kik osztozkodtak rajtunk, azzal, hogy dacára az alig elmúlt eseményeknek, pénzünket akkor is náluk költjük el, ha nem kell. Csak elkerülhetetlenség esetén tegyük ezt, különben pedig használjuk ki az alkalmat, hogy most, mikor közönségünk nehezen tud utazgatni, ideszoktassuk, hogy addigra, míg a mostani kivételes állapotok megszűnnek, megismerje azt, a mit itthon is megkaphat s a mit a külföld máris jobban ismer, mint mi.

Összefoglalás:

I. Hévízek.

Hazaiak: Budapest, Eger, Esztergom, Harkány, Hévíz, Tapolca.

Hazaiakkal pótolhatók a külföldiek közül az osztrák és a svájci Baden, Badenweiler, Ems, Lipik, Neuhaus, Ragaz, Tobelbad, Wiesbaden, Wildbad, Vöslau és az ideiglenesen elvesztett Herkulesfürdő, Pöstyén, Stubnya és Trencsén-Teplicz.

II. Meszes savanyúvizek.

Hazaiak: Balatonfüred, Bodajk, Moha és a budapesti hévizekből készült mesterséges savanyúvizek (Harmat, Kristály stb.). Hazaiakkal pótolhatók az elvesztett Borszék, Szulván-, Szlatvin-, Salvador-vizek.

III. Alkalikus vizek.

Hazaiak: Balfi Katalin-forrás, parádi Csevicze-forrás, sóskúti Vita-forrás.

Hazaiakkal eléggé pótolhatók Giesshübl és Selters.

Hazaiakkal gyengén pótolhatók Bilin és az elvesztettek közül Bikszád, Bártfa, Luhi, Málnás.

IV. Vasas ásványvizek.

Hazaiak: Balf, Parád, Erdőbénye.

Pótolhatók: Marienbadi Ambrosiusquelle, Levico, Roncegno és az elvesztett Bártfa, Buziás, Előpatak, Szliács.

V. Glaubersós ásványvizek.

Hazaiak: Kolopi Irma-forrás, jászkarajenői Mira-víz.

Pótolhatók: Karlsbad, Marienbad, Franzensbad, Elster és a megszállt Koritnicza.

VI. Gyengén sós vizek.

Hazaiak: Kolopi Mária-kút, Hortobágy.

Ezekkel pótolhatók Baden-Baden, Kissingen, Mergentheim.

VII. Erősen sós vizek.

Erdélyiek: Felsőbajom, Görgény-Sóakna, Korond, Marosújvár, Vizakna.

Külföldiek: Ischl, Reichenhall.

Hazaiak nincsenek, legfeljebb keserűvizekkel pótolhatjuk őket (Alsóalap, Erzsébet-sósfürdő).

VIII. Iszap, lép, fangó.

Hazánkban iszap van Budapesten, Hévízen, Kolopon. Hazai iszappal pótolható külföldi lép, illetőleg iszap van Driburgban, Elsterben, Franzensbadban, Karlsbadban, Marienbadban, Pyrmontban, Spaaban stb.; a jelenleg megszállott Bázán, Buzián, Rajeczen, Pöstyénben, Tarcsán, Tátrafüreden, Trencsén-Tepliczen.

IX. Keserűvizek.

A hazaiak úgyszólván az egész világon ismertek s nem pótolhatók.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Max Joseph: *Lehrbuch der Hautkrankheiten für Ärzte und Studierende*. Neunte Auflage. Mit 63 Abbildungen im Text. Leipzig, 1922, Verlag von Georg Thieme. Ara kötve 130 m.

Joseph híres bőrgyógyászati tankönyve olyannyira elterjedt és kedvelt és csaknem valamennyi új kiadása alkalmával bővebben ismerttettem is, hogy a mostani 9. kiadást valóban fölösleges méltatni. A könyv anyagának áttekinthető beosztása, a leírásnak plastikus világossága s gondos arányossága a régi maradt, szóval ugyanazon jó tulajdonságokkal ékeskedik, melyek oly közkedvelté tették előző kiadásait. A nagy drágaság, sajnos, jelentékeny rövidítésekre kényszerítette a szerzőt, úgy hogy könyvének terjedelmét 16 ívre kellett csökkentenie; ennek ellenére a legutóbbi idők fontosabb haladásának ismertetésére mégis módot ejtett a szerző. A könyv végéhez csatolt, jól bevált receptek kis gyűjteménye (233 receptformula) ezúttal sem maradt el. Bizvást várható, hogy a könyv szűkített formájában is számos új olvasót hódít magának.

Guszman.

Lapszemle.

Belorvostan.

A trigeminus-neuralgia kezelése trichloroethylenel. Az eljárást Plessner használta először 1915-ben ama specifikus affinitás alapján, a melylyel a trichloroethylen a trigeminus érző ágával szemben viselkedik. Legújában Magunna számol be a göttingeni egyetem idegklinikáján 20 esetben szerzett tapasztalatokról. Vattára cseppentett 10—20 trichloroethylen lélegeztettek be naponként 1—2-szer több napon át. A 20 esetből 5 teljesen és véglegesen meggyógyult, 6 tetemesen javult és 9-ben hatástalan maradt a kezelés. Ez utóbbi esetek közül 3 a trigeminus harmadik ágának izolált neuralgiája volt, úgy hogy a harmadik ág talán refractaer e szerrel szemben; egyelőre azonban ez még csak feltevés. Néhány esetben rövid ideig tartó szédülés jelentkezett a kezelés folyamán, egy esetben pedig erős könyezés; más kellemetlen mellékhatást nem észleltek. (Klinische Wochenschrift, 1922, 13. szám.)

A gümőkór egy új koratünetét látja Saathoff a szem kötőhártyája nyiroktüszőinek hyperplasiájában, főleg az alsó külső szemzugban; izgalmi jelenség a szem részéről nem ismerhető fel. Ez a conjunctivitis granularis lateralis már

olyankor megvan, a mikor a gümőkórnak semmi más tünete sincs még jelen, sőt a Pirquet-reactio is még negativ. Előrehaladt phthisis eseteiben nincs meg ez a tünet, vagy csak kevésbé kifejezett. Prognostice is felhasználható, a mennyiben jól kifejezett volta kedvező lefolyásra enged következtetni. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1922, 13. szám.)

Sebészet.

A nagyfokú rachitises lábszárgörbülés eseteiben *Lackmann* hamburgi intézetében elért eredményeket ismerteti *Jacobson*. Ő is az *Anzoletti* által ajánlott méasztelenítő eljárást ajánlja és ennek alkalmazása módját tárgyalja. *Wehner*-rel szemben azonban az ultraviolet besugárzást nem alkalmazta. 2—9 év közti gyermekeket kezeltek a rachitis minden szakában. Legfontosabbnak tartja az első gipszkötés tartamát, a mi az elgömbült csont nyugalombahelyezését szolgálja, jól megszabni. Ez a gyermek korához mérten 6—9 hét. A gipszkötés a czomb legfelső részétől a lábujjakig terjedjen. A gipszkötés levétele után ugyanúgy jár el, mint *Wehner*, kézfogásokkal adja meg a végtag helyes alakját. A korrigálás után a végtagot térdtől lefelé gipszbe helyezi, belsőleg calciumot, phosphorcukamájolajat és antirachitises diatétát ajánl. 4-hét múlva a gipszkötést leveszi és az atrophias izomzatot masszálással, villanyozással kezeli. Az az általános ellenvetés, hogy az ügyis kórosan elváltozott csontokat ezzel az eljárással még inkább veszélyezteti, vagy hogy a rachitist újra mesterségesen felidézi, nem áll meg a szerző szerint azért, mert a rachitis constitutionalis betegség, a mely egyes csontok mesterséges atrophijával nem befolyásolható. (Münch. med. Wochenschrift, 1921, 29. szám.) *Farkas Mária* dr.

Ideg- és elmekörtan.

A paralysis agitans kezeléséről ír *Franke* és leírja, hogy egy influenza utáni parkinsonismus reszketése teljesen megszűnt calciumhasználat után. Chlorcalciumot adott (10:150, naponként 3-szor teáskanállal), de minthogy kínos vizelésinger jelentkezett, napi 0.01—0.015 morphiumot és később napi 3×0.05 gr. luminált is adott mellette, a mi olyan jól hatott, hogy a 65 éves beteg élete hátralevő 3 évében többé nem reszketett. (Med. Klinik, 1922, 17. sz.) *Kluge* dr.

Encephalitis lethargica kapcsán a százug rángatózása állott be *Adler* betegén, és pedig percerenkint 60-szor. Analogiába hozva ezt a csuklásjárványnyal és a *Cassierer* ősmertette torsiós spasmussal, mint a corpus striatum megbetegedésének monosymptomás alakját írja le. (Med. Klinik, 1922, 14. szám.) *Kluge* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Agoleum. *Pleschner* körülbelül egy évvel ezelőtt ismertette azokat a kedvező eredményeit, a melyeket cystitis eseteiben collargol olajos emulsiójának a húgyhólyagba fecskendezésével elért. Az emulsió előállítása azonban nagyon körülményes volt s ezért iparkodott oly készítményt előállítani, mely mellőzhetővé tenné ezt a körülményes előállítást. Hosszas kísérletezés után sikerült is előállítania az agoleumnak elnevezett készítményt, a mely körülbelül 1%-os colloidalis ezüstoldatnak felel meg növényi olajban. Ezzel a készítménnyel, a melyből 10 cm³ fecskendezendő be a katheterrel kiürített hólyagba, még pedig kétnaponként, igen jó eredményeket ért el, különösen heveny és félheveny cystitis eseteiben. (Gesellschaft der Aerzte in Wien 1922 márczius 31.-én tartott ülése.)

A belső szervek és az idegrendszer luesének módosított salvarsan-terápiáját kísérlete meg *Pulay*. Súlyos tabes esetében, a melyben a salvarsan-befecskendezések rendkívül heves gastrikus krízist és lancináló fájdalmat váltottak ki, a salvarsannal együtt calciumot próbált adni, abban a reményben, hogy a calcium-componens a beteg túlingérlékenységét csökkenteni fogja. Calcium-készítmény gyanánt az afenilt használta, a melyben a salvarsan jól oldódik. Állatokon végzett kísérletek kimutatták az afenilben oldott sal-

arsan ártalmatlanságát. Az 5, később 10 cm³ afenilben oldott salvarsan-adag befecskendezésére gastrikus krízis és lancináló fájdalom nem jelentkezett. Azóta állandóan használja a szerző az afenil-salvarsan-combinatiót jó eredménnyel. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 7. szám.)

Vegyes hírek.

Kinevezés. A kormányzó *Ellscher Gyula* dr.-t a debreczeni egyetem Röntgen-intézetének igazgatójává nevezte ki rendes tanári címmel és jelleggel.

Kitüntetés. A kormányzó *Fodor Oszkár* dr.-nak, a Zsófia Gyermekszanatorium Egyesület központi igazgató-főorvosának, *Kovács József* dr. budapesti egyetemi magántanárnak és közközhízi főorvosnak, továbbá *Tótyólgyi Elemér* dr. budapesti egyetemi magántanárnak a magyar királyi egészségügyi főtanácsosi címet adományozta.

A szemészeti továbbképző tanfolyamon (1922 szeptember 3.-ától 10.-éig Budapesten) a következő előadásokat tartják: *Henker O.* (Jena): A pápaszemekről. *Lenhossék Mihály*: Az üvegtest szerkezete és fejlődése. *Farkas Géza*: A stereoskopos látásról. *Bálint Rezső*: Cerebrális amaurosis. *Verebély Tibor*: Az orbita sebészete. *Paunz Márk*: A nasalis eredetű látóideggyulladás. *Gyóry Tibor*: A magyar orvosi tudomány történetéből. *Kelen Béla*: A Röntgen-gyógyítás a szemészetben. *Hoór Károly*: A fénytörés meghatározása. A szemfenék vörösmentes fényben. *Blaskovics László*: A szemoperálásokról. *Ifj. Imre József*: Plasztikai szemoperálások. *Mansfeld Géza*: A belső secretio. *Ifj. Liebermann Leó*: Tejinjectiók. Endogen uvea-gyulladások aetiologiája és gyógyítása. Trachoma-gyógyítás. Operatív technicismusok. *Grósz Emil*: A glaucoma terapiája. Az előadásokon előreláthatóan külföldiek is részt fognak venni, ezért valószínűen részben német nyelven tartatnak. Jelentkezés június hó 30.-áig az I. számú egyetemi szemklinika irodájában (VIII., Mária-utca 39. fsz. 2).

Személyi hírek külföldről. *M. Hahn* freiburgi tanár elfogadta a meghívást a berlini egyetem hygiene-tanszékére. — *H. Kümmell* tanár, a hamburgi hírneves sebész, a napokban ülte 70. születésnapját. — *W. Vorkastner*-t, a psychiatria rendkívüli tanárát a greifswaldi egyetemen, ugyanott a főrvényszéki orvostan rendes tanárává nevezték ki.

Meghalt. *W. Leube*, a híres belorvos, a würzburgi egyetem volt tanára, 80 éves korában. — *L. A. Ranvier*, a híres physiologus és szövétbúvár, 87 éves korában. — *Ch. Laveran*, a malariaplasmodiumok felfedezője, 77 éves korában.

Lapunk mai számához a *Dr. Wander* gyógyszer- és tápszergyár részvénytársaság prospectusa van mellékelve.



**Dr. SCHMIDT L. és
Dr. WEISZ EDE**
gyógyintézet,
súlyos betegek részére is.

Pöstyén

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

Hűvösvölgyi Park-Sanatorium

Klimatikus, physioalis és diatétás gyógyintézet

Budapest, I., Hidegkúti út 78. Telefon 50—37 és 145—90.
Bel-idegbetegek és üdülők részére hízó- és fogyókúra. Vizgyógyintézet, elektrotherapia, orvosi laboratorium. — Bejárók részére vizgyógyintézet is.

Iglófüred gyógyfürdő physicalis gyógyintézet.

Szepesmegye. Ösfenyves. Kitűnő ellátás s lakás 38—44 szokolig, gyógykezeléssel 60—65 szokolig naponta. Főorvos: Dr. Groó Béla.
Prospectust küld s informál Menetjegyjroda, Budapest, Vigadó-tér 1.

DAJKA- INTÉZET, VI., Szív-utca 69. Telefon 93—22.
Wassermannra vizsgált, bőtejű, orvosilag megfigyelt dadákkal állandóan rendelkezik.

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete
IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 86-76

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

Dr. Müller Vilmos, kir. tanácsos Sanatoriuma

Tátraháza
Reichenhali rendszerű Inhalatorium. Fekvő-csarnokok. Helio-quartzfény és specifikus therapia. Hízókúra.
Pensio. Teljes ellátás naponta 4-szeri étkezéssel, különös kedvezmények magyarországi vendégek számára. — Prospectust küld, fölvilágosítással szolgál, cseh visumot vidékiek részére is megszerez a sanatorium budapesti igazgatója, VIII., Népszínház-utca 31. Telefon József 113—05. Magyar-olasz bank.

(Magas-Tátrában.)

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.

Eisenmann Oszkár: Közlemény a székesfővárosi Szent István-kórház idegosztályáról. (Főorvos: Sarbó Artur dr., egyetemi tanár.) A Kernig-tünet újabb megvilágításban. 241. oldal.

Herman János: A német Röntgen-társulat 13. nagygyűlése. (Berlin, 1922 április 23—25.) 247. oldal.

Fabinyi Rudolf: A Lipótmező 50 esztendője. 249. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Királyfi Géza: A belső betegségek terapiája. — *Lapszemle. Belorvostan. Klewitz:* Az asthma bronchiale kezelése mély besugárzással — *Sebészet. Wehner:* A nagyfokú rachitises lábszárgörbülések kezelése. — *Ideg- és elme-kórtan. Pulay:* A cocainismus. — *Hermann és Pick:* A pupillák viselkedéséről az epilepsziás roham alatt. — *Gyermekorvostan. Schöber:* Heveny garatmögötti tályog kapcsán heregyulladás. — *Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.* 250—251. oldal.

Vegyes hírek. 251. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

A Kernig-tünet újabb megvilágításban.*

Irta: *Eisenmann Oszkár* dr., közkórházi adjunctus.

1884 óta, hogy *Kernig* először ismertette a nevével megjelölt tünetet, melyre mint az agyburkok gyuladására jellegzetes tünetre hívta fel a figyelmet, a neurologusok behatóan foglalkoztak e jelenséggel s csakhamar kiderült, hogy a meningitisek egyes eseteiben teljesen hiányozhatik, viszont egyéb természetű megbetegedésekben, melyekben az agyburkok bántalmazottsága nem volt kimutatható, a Kernig-tünet fellelhető volt. Így *Mongour*-nak egy cerebroszialis meningitis esetében a tünet csak rövidesen a halál bekövetkezése előtt volt kiváltható. *Clark* két gümős és egy genyes meningitisben észlelte a Kernig-tünet teljes hiányát. Hasonló észleleteket tett *Herrick*, a kinek 19 meningitis-esete közül 2-ben hiányzott a Kernig-tünet. Mindkét esetet gyermekeken észlelte s a tünet ki nem válthatóságát a halál közeli beköszöntését megelőző általános izomellazulásra vélte visszavezethetni.

Roglet szerint a Kernig-tünet a meningitis-eseteknek mintegy 85%-ában lelhető fel; ritkán jelentkezik már a betegség kezdetén, de jelentkezése után állandósul. Intenzitása egyik napról a másikra változó lehet s jelenléte mindenkor az agyburkok izgalmára vagy sértettségére utal.

Figyelemre méltók azok az esetek, melyekben a Kernig-tünet az agyburkok ép volta dacára is fellelhető volt. E csoportban a betegségeknek a legkülönbözőbb fajtáját találjuk. Elsősorban gyakran fellelhető *typhusban*. *Netter* typhusos gyermekeken gyakran mutatta ki a tünetet s tapasztalatai szerint ez mindenkor rossz prognosissal enged következtetést, a mennyiben ez esetek kiválnak a nagy mortalitással (20·5%) s a recidivára való hajlamossággal (43·2%). *Wennagel* a typhus-esetek 40%-ában találta meg a Kernig-tünetet, valamint különféle lázas megbetegedésekben és az üdülés szakában levők 23%-ában. Szerinte a Kernig-tünet meningitisben gyakoribb felnőtteken, főleg férfiakon, míg gyermekeken ritkább. Ezért ha gyermekeken fellelhető, nagyon valószínű a meningitis.

Abadie mitralis insufficiencia 1, hemiplegia 2 és ischias 3 esetében találta Kernig-tünetet. Hasonló észleléseket tett *Miller*, a ki ezenkívül még polyneuritisben, lues cerebroszialisban, pneumoniában és izom megbetegedésekben is megtalálta. *Belbeze* 19 herpes zoster-eset közül két öreg asszonyon rövidesen az eruptio kezdete után pár napig tudta kiváltani a Kernig-tünetet. Mindkét esetben az eruptiók a

lumbalis csigolyák magasságában helyeződtek el. *Rostowzew* néhányszor a tetanus kezdeti szakában s egy ízben a reconvalescentiában látott Kernig-tünetet.

Moncany a Kernig-tünetet, ha az a gerincoszlop kisebb-nagyobb fokú merevségénél mutatkozik, a csigolyák megbetegedésére utaló értékes jelnek tekintti. *Darcagne* a paralysis progressiva végstadiumában gyakran kimutatta a Kernig-tünetet (26 nő közül tíz esetben kifejezett, egyben kétes volt). Szerinte a tünet medullaris laesióra utal s ezért gyakran reflex-fokozódással, clonussal és Babinski-jellel társul. Különösen a paralysis kezdetén jelentkező Kernig-tünetnek tulajdonít nagy fontosságot, a mennyiben az a folyamatnak a gerincvelőre való terjedését jelentené. *Sciuti* az összes elmebajok között egyedül paralysisben talált Kernig-tünetet az esetek 23%-ában. Hasonló eredményre jutott *Stern* is, a ki a tünetet az agyburkok izgalmára utaló jelnek tekinti. Szerinte jelenléte előrehaladt általános arteriosclerosis-esetekben az agyburkok, illetőleg agyerek megbetegedésére utal.

Legértékesebbek *J. Sailer* megfigyelései. Két esetben, melyek közül az egyikben az egyik parietalis lebenyben székelő encephalitis gócz volt jelen, a másikban egy nyúlt agyi laesio spasmusos bénuláshoz vezetett, találta meg *Sailer* a Kernig-tünetet. Mindkét esetben Babinski-tünet is volt azon a végtagon, a melyen a Kernig-tünet is kiváltható volt. Ez alapon *Sailer* arra a következtetésre jut, hogy a Kernig-tünet a pyramispálya részleges sértettségének a megnyilvánulása. Szerinte ilyen esetekben a pyramispálya nem roncsolatott el teljesen és ezért functiováltozást szenved ugyan, de ez a functio nincs teljesen felfüggesztve; ha a pyramispálya súlyosan sértett, akkor Kernig-tünet többé nem váltható ki.

A Kernig-tünet kiváltásának több módja ismeretes: az eredeti módszer szerint az ágy szélén lelő lábakkal ülő beteg lábait térdben feszítjük ki. Elesett betegen czélszerűbb a fekvő helyzetben való vizsgálat, mikor is az alsó végtagot kifeszített térd mellett csípőben behajlítjuk. Vagy *Netter* szerint a fekvő beteget térdében kifeszített alsó végtagok mellett felültetjük. *Wennagel* szerint a fekvő betegen behajlított térd mellett erős csípőben való hajlítást végzünk s ennek megtörténte után a térdet megfeszítjük. Az általam végzett vizsgálatok alkalmával a fekvő helyzetben térdben kinyújtott végtagot csípőben behajlítottam s néztem, beáll-e a passiv térdhajlítás? Vagy a térdben kifeszített alsó végtagú beteget felültettem s néztem, hogy az esetleg beálló térdhajlítás könnyen megszüntethető-e?

Positívnek vettem a Kernig-tünetet akkor, ha az első kiváltási módnál a térdben behajlított alsó végtagot kiegyenesíteni alig lehetett, vagy ha a felültetett beteg térdhajlítását erőfeszítéssel tudtam csak legyőzni s így a végtagot térdben kifeszíteni.

Igy meghatározva, hogy mit tekintünk Kernig-tünetnek, elsősorban is az e vizsgálati mód mellett beálló jelenségeket

* Előadás a Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályában 1921 december 12.-én.

kellett egészségeseken megállapítanom. *Jendrassik* az izomtonusról írt közleményében említi, hogy ép viszonyok között a lábszár hajlító izmainak feszítési határát átlagban a czombnak $63^{\circ}9'$ szögig való emelésekor találta. E határon túl az alsó végtag további emelése még lehetséges, de a behajlási szög megnagyobbodását (átlag $11^{\circ}20'$) ilyenkor a medence elhajlása okozza; hangsúlyozza, hogy az izmok túlfeszítési határa nagy egyéni ingadozásoknak van alávetve.

Magam 96 idegrendszerileg ép egyénen végeztem összehasonlító vizsgálatokat a Szent István-kórház bőrgyógyászati osztályának anyagán, s kerestem, hogy milyen fokig volt hajlítható csípőben a térdben kifeszítve tartott alsó végtag, azonkívül, hogy beállott-e, s mikor a lábszár flexiója? E vizsgálatokból kitért, hogy nőknél a feszítés határa mindig magasabb, mint férfiakon. Míg nőknél, a medence elhajlási szögét is beleszámítva, a nyújtott végtag emelése az esetek átlagában 90° -ig volt lehetséges, addig férfiakon átlagban 70° – 80° -ig sikerült csak. Gyermekeken, minden nagyobb ellenállás nélkül, a nyújtott végtag emelése 90° -on túl (110° – 120°) volt lehetséges. 86 esetben az alsó végtag passzív túlfeszítése minden nagyobb ellenállás nélkül volt keresztülvihető, s a végtag e helyzetben hosszabb ideig volt megtartható, a nélkül, hogy térdhajlítás beállt volna. Adataim ezirányban megközelítőleg egyeznek *Jendrassik* adataival.

A 96 eset közül 10 esetben ellenállást találtam a kísérlet kivitelezésekor. És pedig sclerodermia két esetében, melyben a bőr merevségén kívül az ízületek rigiditása is jelen volt; kiterjedt ekzema egy esetében, mely a nemi szervekre és az alsó hasfalra szorított, és az alsó végtag mozgása localis fájdalmat váltott ki a lobos területen; egy epididymitisben, azonkívül hat férfin, a mely esetekben azonban csupán az izmok nyújthatóságának a határa volt alacsonyabb a rendesnél. Ezekben az esetekben csak 40° – 45° -ig lehetett a térdben nyújtott végtagot emelni, a mikor a beteg erősen ellenállt a további feszítésnek, de ekkor sem következett be a térdhajlítás, vagyis a Kernig-tünet. *Tehát megállapítható, hogy ép idegrendszerű egyéneken, kikerül feltételezhetjük, hogy az alsó végtagok izmainak tonusa normalis, nem váltható ki a Kernig-tünet.*

Vizsgáltam továbbá azt, hogy hogyan viselkednek az olyan esetek, melyekben az alsó végtagok izmainak csökkent, vagy fokozott tonusa van jelen.

12 hypotoniás tabesesen a térdben nyújtott alsó végtagnak csípőben való hajlítása minden akadály nélkül 90° – 100° – 110° -ig volt lehetséges, mely helyzetben hosszabb ideig való rögzítés után sem következett be a térdben a hajlítás.

Néztem továbbá, hogyan viselkednek azok a betegek, a kiken a gerincvelő megbetegedése folytán az alsó végtag izmainak hypertoniája van jelen; 11 idetartozó esetet volt alkalmam észlelni (9 sclerosis multiplex, 1 lateralsclerosis, 1 meningomyelitis); valamennyi egyformán viselkedett, és pedig mindkét alsó végtagon egyaránt; ez esetekben a lábszár hajlító izmai a passzív túlfeszítéssel szemben erős ellentállást fejtettek ki, mely miatt egyes esetekben már a térd kifeszítése sem volt lehetséges; a czomb hajlítása alkalmával pedig a lábszár hajlító izmaiban heves fájdalmak jelentkeztek s a végtag mint merev bot, minden további passzív mozgásnak ellentállt, s ilyenkor az erőltetett czombhajlítás kísérlet alkalmával beállt az egész medence, illetőleg törzs emelkedése. Ugyanez az ellenoldali végtag adductorainak és lábszárhajlító izmainak összehúzódása is beállt. A czomb hajlítása ezekben az esetekben csak ritkán volt lehetséges 40° – 45° -on túl; e határon túl való erőltetett passzív hajlítás alkalmával az esetek egy részében csakhamar beállt a térdben hajlítás, a mi némileg Kernig-tünetre emlékeztet. Azonban passive a térd kifeszíthető, szóval nem úgy viselkedik, mint azt a Kernig-tünetnél fent kifejtettük. Ezért a gerincvelői eredésű hypertoniában a Kernig-tünet kiváltásakor beálló térdhajlítást czélszerűnek tartanám, a valódi Kernig-tünettől megkülönböztetendő, az *ál-Kernig-(pseudo-Kernig-)tünet* elnevezéssel ellátni. Hasonló esetekben mindenkor megóv a tévedéstől a hypertonia jelenléte, s az a körülmény, hogy a lábszárhajlító

összehúzódása már a czombnak pár fokig való hajlítása után beáll, valamint a mindenkor megtalálható s korán beálló együttmozgás a medenczében.

Néztem továbbá, hogy *hemiplegiás alsó végtagokon* végezve a Kernig-tünet kiváltását, azok hogyan viselkednek? Vizsgálat alá került 18 eset, és pedig:

a) *Három emboliás eredetű hemiplegia közül*, mely eszméletvesztés nélkül állott be (s egy hét, félév, egy év óta állott fenn) s a hűdött oldalon csak egy esetben volt kis tonusfokozódás fellelhető, de minden esetben spasmusos reflexek, Babinski-jel jelen volt, *egyik esetben sem volt lehetséges a Kernig-tünet kiváltása egyik végtag felől sem.*

b) *Nyolcz endarteriitises alapon* (eszméletvesztés nélkül) létesült *hemiplegia* esetében (1 hetes, 1–2 hónapos — 1–2 éves tartam), melyekben a bénult oldalon spasmusos tünetek, Babinski-jel volt jelen, csak két esetben volt tonusfokozódás kimutatható. A nyolcz eset közül *hat esetben a Kernig-tünet nem volt kiváltható, kettőben igen; ezek közül az egyikben* (1 hónapos) *a bénult végtagon* volt jelezve kapható, *a másikban az ép végtagon* volt kiváltható, s a bénult oldalon való kiváltási kísérlet alkalmával az ép oldalon jelentkezett.

c) *Egy agyrázkódás (gránátrobbanás) kapcsán létesült*, három napi eszméletvesztéssel járt hat éves *hemiplegia* esetében, melyben a bénult végtagon spasmusos tünetek, tonusfokozódás voltak kimutathatók, *a Kernig-tünet egyik oldalon sem volt kiváltható.*

d) *Hat agyvérzés kapcsán* (a beköszöntéskor minden esetben napokig tartó eszméletlenség) beállott *hemiplegia* közül (2 hó — 5 éves tartam), melyekben a bénult oldalon a hypertonián kívül a többi spasmusos jel is fel volt lelhető, *öt esetben csak az ép végtagon volt a Kernig-tünet* kimutatható, s gyakran a bénult oldalon való kiváltási kísérlet alkalmával nem a bénult lábon, hanem ugyanakkor az ép lábon jelentkezett a térdhajlítás. Ez esetek közül kettőben az ép végtagon is, bár gyengébben, a Babinski-jel ki volt mutatható. *Egy esetben egyik oldalon sem volt kiváltható a Kernig-tünet.*

Paralysis agitans két esetében, melyekben a csípők és térdék mérsékelt fokú flexiós contracturája volt jelen az izmok hypertoniájával, mindkét oldalt már 45° – 50° -nál beállt a térdék hajlítása. Ezt a reakciót jellemezte a medence korai emelkedése, valamint az a körülmény, hogy ugyanakkor az ellenoldali végtagon is beállt a térdhajlítás. *Vagyis a gerincvelői eredésű hypertonia esetében talált megnyilvánulással teljesen analog módon viselkedett (pseudo-Kernig-tünet).* Kiemelem, hogy e vizsgálataim alkalmával a Kernig-tünet csupán a fekvő helyzetben való vizsgálattal volt kimutatható, míg a beteg felültetése alkalmával nem jelentkezett.

Összefoglalásul kimondhatjuk, hogy Kernig-tünetet nem kapunk a gerinczagi eredésű bántalmakban, legyenek azok hypertoniával, vagy hypotoniával járók. Eddigi vizsgálataim szerint tehát a Kernig-tünet jelentkezése agybántalmazottságnak a jele.

A következőkben rátérek azon bizonyítékaimra, melyekkel igazolni akarom azt a tételemet, hogy a Kernig-tünet agyeredésű. Mielőtt ezt tennem, szükségesnek tartom, hogy az irodalmi adatok alapján letárgyaljam azt a kérdést, hogy hol és milyen utakon és módokon vélik eddigelé a szerzők a Kernig-tünet létrejöttét magyarázni?

Roglet szerint a tünet kiváltó mozzanata az alsó gerincvelői szakaszokból eredő idegyökök direct ingerlése. *Hassin* szerint a kiváltáskor a medenceideg passzív túlfeszítése szerepel, minek következtében a hátulsó gyök fájdalommal, az elülső pedig összehúzódással reagál a hajlító izmokban; ehhez társul még az ülőideg feszítése által létrejött fájdalom ellen a beteg ösztönszerű védekezése. *Galli* szerint a Kernig-tünetet a cerebros spinalis folyadék fokozott nyomása okozza.

Mint látjuk, az egyes magyarázatok igen ellentmondók, melyekben tulajdonképpen *reflex-áttevődés* és ösztönszerű *védekezés* együtt szerepel. Ha szem előtt tartjuk azokat a megváltozott viszonyokat, melyeket a Kernig-tünet kiváltása alkalmából létesítünk, azt találjuk, hogy ilyenkor tulajdonkép-

pen a beható ingerek egész csoportozata érvényesül, mely a lábszár hajlító és czomb feszítő izmainak, illetőleg azok inainak, valamint az ülőidegnek s a csípő- és térdizület tok-szalagjának, valamint az alsó végtag hátulsó felszínén a bőrnek megfeszülése által létesül. Tehát a mély- és bőringerek együttes behatása az ülőideg direct feszítésével egyidőben szerepel mint a tünetet kiváltó mozzanat. E létesített ingerület további útja s áttevődésének székhelye egyelőre ismeretlen előttünk.

Önkéntelenül kinálkozik, hogy a Kernig-tünet mellé állítsuk a kiváltás módjában, valamint megjelenésében teljesen megegyező magatartást nyilvánító Laségue-tünetet, melyei az ülőideg gyuladása esetében szoktunk észlelni. Bár ez esetben a lobos ideg passiv túlfeszítése alkalmával megnyilvánuló heves fájdalomérzés a jellegzetes, de az idegnek erőltetett feszítésekor a térd hajlítása itt is bekövetkezhetik, a mely mozgást azonban a fájdalomtól szabadulni igyekvő egyén védekezésének kell felfognunk, miáltal a lobos idegtörzs további feszítését meggátolja. A térd behajlítása ez esetben mint *akaratlagos, védekező mozgás* tekinthető. Abból a tényből, hogy a Kernig-tünet kiváltása alkalmával általában subjectív fájdalomérzés-megnyilvánulást csak elvéve találunk, valamint hogy a Kernig-tünetet teljesen eszméletlen egyénekben is megkaphatjuk, tehát olyan esetekben, melyekben az eltompult öntudat minden valószínűség szerint a fájdalomingerrel szemben is kikapcsolódott, valószínű, hogy a térdhajlításban megnyilvánuló mozgást ne védekező mozgásnak tekintjük. A Kernig-tünet úgy látszik praeformált berendezkedése az idegrendszernek a fentemlített ingerhatásokkal szemben. Ezt látszik bizonyítani az a jellegző „*vadászkutyafekvés*” is, melyet a legtöbb agyi meningitiszes betegen a folyamat előhaladottabb szakában az alsó végtagokon észlelhetünk. A beteg ez elhelyeződésében az ízületek középállásba jutván, az agonista és antagonisták izomcsoportok is megközelítőleg egyforma ellazulásba jutnak; a beteg e testtartását önkéntelenül foglalja el, valószínűleg azért, hogy ezzel az egyes izmok és inak megfeszülését kikerülje s ezzel védekezze, a mit az is bizonyítani látszik, hogy ha egy ily vadászkutyafekvésben levő beteg alsó végtagjait kifizíteni akarjuk, azonnal beáll ellenállás a lábszár hajlító izmainak részéről; csípőben való mérsékelt hajlítás elegendő már, hogy a lábszár térdben behajoljon, szóval hogy a Kernig-tünet létrejöhön. A cerebrales meningitisben szenvedő betegek e sajátos viselkedése is a mellett szól, hogy agyeredésűnek tartjuk a Kernig-tünetet.

A következőkben bonczolással ellenőrzött esetekről kívánok megemlékezni, mely esetek nézetem szerint kétségtelenül bizonyítják a tünet agyeredetét. Ezek közül csaknem döntő bizonyítékú esetem az alábbi:

1. eset. M. A., 38 éves kereskedő. Kezelőorvosa 1/2 év előtt tabest állapított meg nála. Két hét óta rázóhideggel kezdődő s azóta állandóan tartó magas lázak, erős fejfájás. Pár nap óta retentio urinae.

Status praesens március 16.-án: Zavart sensorium, erős tarkómerevség, behűzött has, Trousseau-tünet, általános hyperaesthesia. Anisokoria, fénymórv pupillák. Az alsó végtagokban kis hypotonia; areflexia; a Babinski-jel nem kapható. Mindkét oldalt élénk Kernig- és Brudzinski-tünet. Az öregujj erős dorsalflektálásakor is beáll az azonoldali Kernig-tünet s a beteg feljajdul. A kibocsátott liquor zavaros, Gram-positív diplo-streptococcusokat tartalmaz. A Wassermann-reactio ++.

Sectio március 19.-én. Meningitis purulenta; az agyalonon bőséges sárgás-zöld színű genyes izzadmány, melynek eredete kimutatható nem volt. Az agyállományban elváltozás nem látható. Pyocephalus internus. Sepsis. A gerincvelő hátulsó kötélpályáin szürke elfajulás.

Mint már említettem, ez eset fontossága abban áll, hogy hypotoniás alsó végtagokban állott be a Kernig-tünet a genyes agyi meningitis következményeként. Érdekes továbbá az is, hogy ez esetben a Kernig-tünet kiváltásához már elegendő volt az öregujj erős túlhajlítása, szóval a rendesnél sokkalta kisebb ingerület alkalmazása.

A többi sectió esetem két csoportba osztható, úgymint 1. olyan esetekre, melyekben a kétoldalt kiváltható Kernig-tünet az egyik oldalon állandóan erősebben volt kapható; 2. olyanokra, melyekben a Kernig-tünet csupán az egyik végtagon volt kiváltható.

1. Esetek, melyekben a kétoldalt megjelenő Kernig-tünet az egyik végtagon állandóan erősebben volt kapható:

2. eset. P. F. 57 éves szabó. Kifejezett meningitis képe. Tarkómerevség, behűzött has, vadászkutyafekvés. A jobb szem strabismus divergensben, a bal szájúg mélyebben áll. Élénk inreflexek; hypertonia nincs. Babinski-jel jobboldalt jelezve. Mindkét oldalt Kernig-tünet, mely baloldalt élénkebb. Brudzinski-jel mindkét oldalt egyforma. Pulsus 84; a kristálytisza liquorban Koch-bacillusok kimutathatók voltak; állás után a liquorban fibrinhálózat vált ki. (Nem bonczolták.) Ez esetben kiemelendő, hogy a Kernig-tünet élénkebb volt az egyik oldalon, és pedig a Babinski-tünetet mutató oldallal ellentétes oldalon. Erre a viselkedésre s annak jelentőségére még visszatérek.

3. eset. H. P. 51 éves földműves. Két év óta jobb füle folyik, azóta ezen füleire süket. Két héttel ezelőtt hirtelen szédülés fogta el s több ízben hányt; majd jobb halántékában szaggató fájdalom jelentkezett, mely azóta állandóan tart; időnként hányás.

Status praesens október 25.-én: Fogak mutogatásakor a bal ajakszöglet visszamarad, a kiöltött nyelv balra deviál. A coraealis érzékenység mindkét oldalt csökkent. Mindkét oldalt pár horizontális nystagmus. Az ágy szélén kiültetve a Kernig-tünet kiváltásakor jobboldalt nagyobb ellentállást találunk, míg baloldalt a térd kifeszítése csaknem teljesen keresztülvihető. Fekvő helyzetben Kernig-tünet nincs. Brudzinski-tünet nincs. A reflexek kiválthatók, Babinski-jel nem kapható. Az összes végtagok mozgása és az izmok gorombaereje rendben. Szemfenék: a jobb papilla temporalis fele szürkés; tág kanyargós vénák. Vélemény: meningealis izgalom a jobb temporalis mező felett, mely otogen eredetű. Valószínű, hogy még csak meningitis serosa van jelen. Sürgős műtét javalt, mert esetleg tályog képződhetik.

Október 26. Reggel hirtelen eszméletvesztés, a szájból habos nyál ürül, a szegolyók jobbra deviálnak, baloldali hemiplegia. Az összes végtagokban tonusos görcs. Az inreflexek kiválthatók, Babinski-jel nem kapható. Fekvő helyzetben mindkét oldalt Kernig-tünet. Brudzinski-jel jobboldalt élénk, baloldalt jelezve. Felültetéskor mindkét oldalt Kernig, mely jobboldalt kifejezettebb. Egy negyed óra mulva az általános spasmus megszűnik, mire fekvő helyzetben jobboldalt élénk Kernig-tünet kapható, míg bal oldalon nem váltható ki. Aznap megtörtént a trepanatio, a mikor a jobb halántékben ültő galambtojásnyi tályog feltárattott.

Október 27. Exitus. Bonczoláskor a jobboldali occipitalis lebenyben az oldalkamara hátulsó szarva alatt dőnyvi tályog volt látható, mely az ugyanazon oldali temporalis lebenyben ültő tyúktojásnyi tályogüreggel közlekedett. A jobb félteke parietalis lebenye felett gyermektenyérszerű felületen nagyobb tömegű izzadmány volt elhelyezkedve; az oldalkamarák közepesen tágak. A nyúltvelő és gerincvelő épek.

Ez esetben a szemünk előtt történt a tályog kifejlődése, mely baloldali hemiplegiára vezetett, s a Kernig-tünet mindvégig a jobb oldalon praevaleált, később pedig egyedül a jobb oldalon volt kimutatható. Az ellenoldalon múltan az általános tonusos görcs idején volt csak kimutatható. Ez az eset is azt mutatja, hogy a Kernig-tünet főleg azon az oldalon jelentkezik, a mely oldalon az agyfolyamat székel; viszont az ellenoldalon kisebb fokban volt észlelhető, majd egészen el is tűnt.

4. eset. S. J., 9 éves tanuló. Négy éves korában vörheny, melyből kétoldali fülfolyás maradt vissza. Tíz nap óta erős fejfájás a fejtetőn, időnként hányás, éjjelenként felsikolt.

Status praesens október 9.-én: Aluszékonyosság, időnként cerebrales hányás. A jobb facialis mindhárom ága paresises. A reflexek kiválthatók. Behűzött has, Trousseau-tünet. Pulsus 82, arythmiás.

Október 22. Vadászkutyafekvés; tarkómerevség nincs. Jobb ajak-facialis-paresis. Az összes reflexek kiválthatók. Baloldalt Babinski jelezve kapható. Hainiss-tünet baloldalt kifejezett, míg jobboldalt jelezve kapható. Felültetve a Kernig-tünet baloldalt élénk; második kísérletkor baloldalt újra élénken kapható, míg jobboldalt jelezve. Brudzinski-jel csak baloldalt. Az összes végtagjait ágyában mozgatja.

Vélemény: a jobboldali facialis-paresis a baloldali Babinski-jellel a pons megbetegedésére utal. A gyermek kora, aspectusa s a jelzett tünetek alapján meningitis tuberculosa gondolunk. Október 24.-én exitus.

Bonczoláskor a baloldali parietalis és temporalis lebenyekben férfidőnyvi tályog volt kimutatható, mely csaknem a polus temporalisig ér; a tályog felső határa a gyrus angularisig terjed; hátrafelé a gyrus temporalis medialis és inferior határáig ér, mediálfelé a tályog nem éri el az oldalkamarát. A tályog helyén a gyrusok elsimultak, s az agy állományán áttűnik a tályog. Az ellenoldali parietalis lebeny gyrusai is elsimultak. A kamarák középtágak. Az agyburkok középvértartalmúak. A gerincvelő és burkai kóros elváltozást nem mutatnak. A hid bal fele lelapult és megkeskenyedett.

Ebben az esetben a praevaleáló diaschisis hatás okozta tünetek alapján a jobb hídfél bántalmazottságára következettünk, s a bonczoláskor nyert lelet alapján a Babinski-jel létrejöttét a jobboldali parietalis gyrusok lelapulásából magyarázhattuk; viszont a bal félteke bántalmazottságára a később jelentkezett jobboldali alsó facialis ág paresise utalt; jellemző, hogy hemiplegiára vagy aphasiára nem vezetett, s

a Kernig-tünet a bal oldalon praevaleált, illetőleg az első kiváltás alkalmával csakis ezen az oldalon volt kapható.

5. eset. Cz. F.-né, 57 éves napszámosnő. Diffus panaszokkal került osztályunkra, a hol ankylotizáló csigolyalobot állapítottunk meg a betegen. Egy reggel ágyában fekvé hirtelen eszméletét veszti, s a baloldali végtagjaiban tonico-clonusos rángások állnak be. Két óra múlva vizsgálva: a szemgolyók jobbra deviálnak, bal ajakfacialis-paresis; a baloldali végtagjait felemelve, azok petyhüdtlen aláesnek, míg a jobb oldali végtagjaival védekező mozgásokat végez. Mindkét oldalt Babinski-jel kapható. Kernig-tünet fekvő helyzetben, valamint felültetéskor csak jobboldalt jelentkezik; Brudzinski-jel szintén. Két óra múlva mindkét alsó végtag tonusos görcsbe kerül, s az adductorok tonusfokozódása miatt a lábak keresztbe helyeződnek. Ekkor a Kernig-tünet mindkét oldalt mérsékelten kapható; de míg ez jobboldalt igen kifejezett, addig baloldalt csak jelezve mutatkozik. Felültetéskor csakis jobboldalt jelentkezik. Babinski-jel baloldalt igen élénk, jobboldalt kevésbé. Rossolimo baloldalt jelezve. Spasmusos térdtünetek, élénk Achilles-reflexek. Mindkét oldalt lábclonus. Vizsgálat közben az erős hypertonia hirtelen megszűnik és hypotoniába megy át. Ekkor a Kernig-tünet csakis jobboldalt kapható; míg felültetéskor nem váltható ki. A szemgolyók divergálnak, cerebraalis hányás. Tüvel szurkálva nem reagál. Pulsus 76. Hüvelykopponens-reflex mindkét oldalt hiányzik. Brudzinski-jel nem kapható. Talpreflex jobboldalt kapható, míg baloldalt többszörös erős inger alkalmazása után áll be. (Este exitus.)

Bonczoláskor az agy ereinek nagyfokú sclerosisán kívül a jobb félteke frontális lebenyében kezdődő s a központi dúcok helyét is el-

6. eset. O. J., 14 éves tanuló. Tíz nap óta fáj a feje, elgyengült. Három év előtt baloldali fülfolyás.

Status praesens: Sopor, passiv hátfekvés, tarkómerevség, behűződött has, élénk Trousseau-vonalak. Időnkint felkiált. A jobb ajakfacialis paresises, a jobboldali végtagok szintén. Renyhe inreflexek, Babinski-jel mindkét oldalt, jobboldalt élénkebb. A talpreflex kiváltásakor bal lábával védekezik, míg a jobbat alig mozgatja. A Kernig-tünet baloldalt élénk, jobboldalt jelezve kapható. Brudzinski-jel csak baloldalt. Pulsus 56. Aphasía nincs. A szemfenék ép. Vélemény: a meningitis kifejezett képe. Tekintve az előző bal fülgyenedést s a bal agyfélteke kéré utaló tüneteket, valószínű az oto-gen eredet, mely miatt műtét javalt. Műtétkor gyenedést nem találtak s a beteg másnapra meghalt.

Bonczoláskor: a meningitis basilaris tuberculosa jellegzetes képét találjuk, mely elsajtosodott peribronchialis nyirokcsomóból indult ki.

Az esetben figyelemre méltó, hogy jobboldali hemiparesis volt jelen, mely oldalon a Babinski-jel is kifejezettebb volt, ellentétben a Kernig-tünettel, mely ezen az oldalon jóval gyengébben volt kapható; míg a gyenge Babinski-jelet mutató végtagban a Kernig-tünet feltűnő erősen volt kiváltható.

Összefoglalva az egyes esetekben észlelt jelenségeket, a következőket találjuk: Valamennyi öt esetben a Kernig-tünet az egyik végtagon az ellenoldalihoz viszonyítva lényegesen gyengébben jutott kifejezésre s a legtöbb esetben csupán halványan „jelezve“ volt kapható, míg a másik oldalon a ki-

I. táblázat.

Az eset száma	Kórfolyamat	Tünetek	Kernig	Brudzinski	Babinski	Megjegyzés	
2.	Meningitis bas. tbc.	Typusos	bal ++ jobb +	kétold. ++	jobb ∪		
3.	Tályog a jobb halánték-lebenyben	Bal ajakfacialis-paresis	jobb ∪	O	O		
		Baloldali hemiplegia	kétold. + ü. jobb ++	jobb ++ bal ∪	O	Áttörés alatt	Tonusos görcs
			csak jobb +			Áttörés után	Hypotonia
4.	Tályog a bal halánték-lebenyben	Jobb ajakfacialis-paresis	bal ++ jobb ∪	bal +	bal +		
5.	Vérzés a jobb féltékében	Baloldali hemiplegia	csak jobb +	jobb +	kétold. ++		
			kétold. + ü. csak jobb +		bal ++ jobb +	Áttörés alatt	Tonusos görcs
			csak jobb +			Áttörés után	Hypotonia
6.	Meningitis bas. tbc.	Jobboldali hemiparesis	bal ++ jobb ∪	csak bal +	jobb ++ bal +		

Jelmagyarázat: ü. = felültetéskor; ∪ = „jelezve“.

foglaló lúdtójsznyi, vérrel telt üreg volt kimutatható, mely hátrafelé terjedt a jobb pedunculus cerebri irányában. A vérzés betört az összes agykamarákba, s a foramen Luschka-n át a IV. agykamarából kifolyt a vér, mely alvadt állapotban a hid és a nyúltagy környékét borítja. Az agyburkok középvértartalmúak. A gerinczvelő és burkai épek.

Ez esetben az apoplexia keletkezése és egész lefolyása a szemünk előtt történt, s azt láttuk, hogy az eszméletvesztés után azonnal vizsgálva, a Kernig-tünet csupán az ugyanazon oldali végtagon volt kapható, mint a mely oldali félteke sérült; a beálló erős clonusos görcsöt a vérzés áttörése az agykamarákba idézte elő (úgy mint azt acut hydrocephalus esetében látjuk). Ez állapotban a Kernig-tünet múltán a hűdött végtagon is, bár csak jelezve, kapható volt; kivéve az ültetési kísérletet, a mikor a tünet csak jobboldalt jelentkezett. A spasmus megszűntével a Kernig-tünet ismét csak a jobb végtagon volt kiváltható. A vérzés áttörése alkalmával (tonusos görcs) a hirtelen nyomásfokozódással a Kernig-tünet is mindkét oldalt kiválthatóvá válik; majd csökkenvén a nyomás, csupán a kezdeti vérzés oldalán marad meg a Kernig-tünet, mint ebben az agyféltekében való állandó nyomásfokozódás következménye. E tényből arra a következtetésre jutunk, hogy a Kernig-tünet létrejövetele bizonyos fokú nyomásfokozódáshoz van kötve, a mely határon túl a tünet ki nem váltható s a melyen belül megjelenhetik.

váltás alkalmával feltűnt a reactio praegnans megnyilvánulása. A test azon oldalán, melyen a tünet renyhesége mutatkozott, minden esetben sikerült a contralateralis agyfélteke sértettségét kimutatnunk (2 meningitis, 2 agytályog, 1 agyvérzés). (Lásd az I. táblázatot.) Klinikailag az egyik féltekéhez tartozó pyramispályák sértettségére egy esetben (2. sz. eset) csupán a féloldalt kiváltható Babinski-jel utalt, míg három esetben (3., 5., 6.) féloldali hűdés volt kimutatható. Egy esetben (4. sz.) a féloldali Babinski-jel az ellenoldali agyféltekére gyakorolt diaschisis-hatás okozta pyramis-laesióra volt visszavezethető, míg a bántalom székhelyéből eredő egyedüli kiesési tünet gyanánt az ajakfacialis gyengesége volt jelen.

Ezekben az esetekben azt láttuk, hogy abban a végtagban, mely a pyramis-pálya sértettségére utaló Babinski-jelet nem, vagy az ellenoldalival összehasonlítva csak „jelezve“ mutatta, ott a Kernig-tünet élénken volt kiváltható; míg az élénk Babinski-jelet felmutató végtagban csak renyhén „jelezve“ volt kapható a Kernig-tünet. Vagyis a Kernig-tünet a Babinski-jellel ellentétben viselkedik: azon az oldalon, melyen a Babinski-jel erősen pozitív, ott a Kernig-tünet gyengébb vagy egyáltalán nem kapható. E megállapításunk teljesen fedi J. Sailer észlelését, a ki a Kernig-tünet létrejöttének alapfeltételül szabja a pyramispályák ép voltát; ha azoknak funkciója nincs

teljesen felfüggesztve, akkor a Kernig-tünet is kiváltható, míg roncsolódásuk esetében többé nem váltható ki.

II. Esetek, melyekben mindvégig csak féloldali Kernig-tünet volt kiváltható:

7. eset. V. J., 34 éves szabó. Tizenhárom év előtt lueses fertőzés. Két év óta jelleme megváltozott, hamar felizgul, magába zárkózott. Négy hét előtt hirtelen összeesett, azóta naponta többször epileptiformis görcs-rohamok.

Status praesens 1920 szeptember 14.-én: Zavart sensorium, anisokoria, a szegolyók balra deviálnak. A jobb alsó facialis-ág paresises; a jobb kar teljesen hűdött. Élénk inreflexek, mindkét oldalt Babinski jelezve, lábclonus és hypertonia. Kernig- és Brudzinski-tünet mindkét oldalt jelezve. Pulsus 68. Wassermann-reactio a vérben és liquorban ++++. Gyakori epileptiformis rohamok, melyek a jobb arcfélben és jobb karban kezdődnek. Roham után a szemek hosszabb ideig balra deviálnak. Antilueses kezelésre gyors javulás, csupán a jobb oldali végtagokban jelentkező paraesthesiák maradtak vissza.

1921 november 2. Ismét rohamok, melyek azonban Jackson-typusúak s a jobb oldalra szorítóknak. Állandó zavartság, nyugtalanság. Fekvő helyzetben Kernig-tünet jobboldalt. Babinski-jel nincs.

November 8. Jobboldalt hemiplegia fejlődött. Babinski-jel nincs. Kernig baloldalt élénk, a jobb oldalon vizsgálva nem kapható, ilyenkor a bal lábon jelentkezik. Vizsgálat közben jobboldalt Jackson-roham, a roham után közvetlen vizsgálva mindkét oldalt Kernig kapható, de ez baloldalt erősebb. Babinski-jel nincs. Vélemény: a baloldali motoros mezőben lezajló folyamat van jelen; valószínű, hogy egy meningo-encephalitis gummosa endarteriitissal zajlik le.

Változatlan állapot, csaknem állandó Jackson-rohamok a jobb testfélben; Kernig állandóan csak baloldalt kapható.

November 17. Exitus.

Bonczoláskor az agyban feltűnt állományának tömött volta. Az oldalkamarák rendkívül tágak voltak. A kéregállomány különösen a parietalis és frontalis lebenyek tájékán erősen elvékonyodott. A lágyburkok kis mérvű fehéres elhomályosodást mutattak.

Az esetben érdekes a Kernig-tünetnek változó viselkedése. A Jackson-rohamok hátterét alkotó corticalis folyamat (izgalom) eleinte csak az egyik felső végtag hűdését idézte elő s ebben az időben a Kernig-tünet csupán a hűdés oldalán volt kiváltható. A midőn később az alsó végtag hűdése is beállott, akkor a Kernig-tünet a hűdött végtagban nem volt kiváltható, hanem csupán az ellenoldali végtagban volt kapható. Közvetlenül a Jackson-rohamok után rövid ideig a hűdött végtagban is kapható volt a Kernig-tünet. Az eset fontossága abban rejlik, hogy reámutat arra, miszerint a pyramis-laesio egymagában nem elég ahhoz, hogy a Kernig-tünet hiányozzék.

8. eset. G. Á., 32 éves ügynök. Négy év előtt lueses fertőzés. Tizenkét éves kora óta időnként saceres rohamok. Pár hónappal ezelőtt diplopia (jobboldali abducenshűdés), mely Hg-kezelésre lényegesen javult. Két nap előtt hirtelen eszméletvesztés, mialatt bal lába rángatózott s székét meg vizeletét maga alá bocsátotta. Magához térve vette észre, hogy baloldali végtagjai hűdtek. Azóta állandóan heves fejfájás és szédülés.

Status praesens május 4.-én: Bal ajakfacialis-paresis; a koponya a jobb falcsont fölött ütögetve érzékeny. Baloldali hemiparesis, ugyanitt hypertonia. A bal hasreflex nem váltható ki, a bal cremaster-reflex renyhe. Élénk inreflexek. Mindkét oldalt élénk Babinski-jel. Pulsus 64; gyakori ásitás. A szemfenék ép.

Vélemény: az előző szemizombénulás, valamint a beállott hemiplegia fiatal egyénben s a lueses fertőzés az agy ereinek endarteriitises folyamatára enged következtetést, mely vérzéshez, esetleg obliterációhoz vezetett.

Május 15. Hirtelen eszméletvesztés. Pulsus 56. Mindkét oldalt élénk Babinski-jel. Teljes baloldali hemiplegia. Kernig- és Brudzinski-tünet csak jobboldalt. A bal végtagon való kiváltás megkísérlésekor ott nem kapható, hanem ilyenkor a jobb láb térdhajlítása áll be.

Május 18. Exitus.

Bonczoláskor a jobb agyféltekében kiterjedt pachymeningitis haemorrhagica interna volt kimutatható, a parietalis gyrusok lelapulása mellett.

Ismét oly eset, mely igazolja, hogy a Kernig-tünet azon az oldalon kapható, a melyen a cerebralis folyamat székel.

9. eset. D. J., 36 éves napszámos, alkoholista. Három hónap előtt eszméletvesztés után múlt jobboldali hemiparesis. Három hét múlva ismét eszméletvesztés; azóta a feje fáj a bal koponyafélben, szédül s a jobboldali végtagjai gyengék.

Status praesens július 20.-án: Bal ajakfacialis-paresis, az összes végtagok mozgása megtartott. Élénk inreflexek. Baloldalt Babinski jelezve. A bőrreflexek élénkek. Szemfenék: jobboldalt neuritis optica (a bal szem enukleált).

Július 28. Előző napon psycho-motoros nyugtalanság, majd apathia. Reggel óta teljes jobboldalt hemiplegia, aphasiával. A jobb talp-, a cremaster- és a hasfal-reflexek kiestek s az inreflexek élénkebbek. Mindkét oldalt erős Babinski-jel. Kernig- és Brudzinski-tünet csak baloldalt kapható.

Vélemény: endarteriitis alkoholica, mely vérzéshez vezetett a bal agyfélteke kérgében.

Augusztus 1. Kernig és Brudzinski ma nem kapható. Jobboldalt Babinski jelezve.

Augusztus 2. Exitus.

Bonczoláskor a bal központi dúcokban régebbi vérzés; a bal központi tekervény alatt egészen a felszínig terjedő tyúktójasnyi apoplexiás cysta mutatható ki. Az agyburkok megvastagodtak.

Ez az eset szintén azt bizonyítja, hogy a Kernig-tünet azon az oldalon kapható, a melyen a cerebralis folyamat székel.

10. eset. Sz. B.-né, 42 éves prostituált. 22 év előtt lues-infectio. Ma délelőtt hirtelen eszméletét veszítette.

Status praesens október 24.-én: Teljes eszméletlenség, maga alá vizes. A jobb ajakfacialis paresises. Hüvelykopponens-reflex jobboldalt nem váltható ki. Élénk térdreflexek; a jobb Achilles-reflex nem váltható ki. Mindkét oldalt Babinski-jel, mely jobboldalt élénkebb. A talp-reflex jobboldalt gyengébb. Kernig-tünet felültetéskor csak jobboldalt jelentkezik. Fekvő helyzetben baloldalt alig kifejezett, míg jobboldalt élénk.

Október 25. Sensorium feltisztult. Teljes jobboldalt hemiplegia az ajakfacialis részvételével. A Babinski-jel jobboldalt élénkebb. A jobb lábon erős hypertonia s ez a végtag mérsékelt flexiós contracturában tartatik. Kernig-tünet fekvő helyzetben jobboldalt mérsékelt combhajlításra beáll, míg a bal lábon nagyobb hajlítási szög mellett kapható. Felültetve csak baloldalt kapható a Kernig-tünet; úgyszintén a Brudzinski-jel is csak baloldalt van meg.

Október 30. Reggel óta eszméletlenség, a szegolyók jobbra deviálnak; spontán mozgás csupán a bal felső végtagban. Mindkét oldalt Babinski-jel, mely baloldalt erősebb, a bal térdreflex élénkebb. Fekvő helyzetben a Kernig-tünet egyik oldalán sem kapható, a Brudzinski-jel sem. Az alsó végtagokban tonusfokozódás nem mutatható ki. A talp-reflex mindkét oldalt gyenge.

Október 31. Exitus.

Bonczoláskor a baloldali agyalapi dúcokban tyúktójasnyi vérömleny volt kimutatható, mely betört az azon oldalt oldalkamarába. A bal oldalon ülő haematoma a jobb thalamust is nyomta. A jobb thalamusban és az agy állományában elszórtan régi vérzésből eredő kis lágyulások góczok. Az agy erein, valamint az aorta ívén chronikus endo- és mesaortitis fibrosa.

Abból a tényből, hogy a későbbben jelentkezett baloldali hűdés mellett a bal kar mozgása megmaradt, csupán a bal láb hűdése volt kimutatható s a bal láb ezen hűdése óta az ezen oldali Kernig-tünet eltűnt, azt következtetjük, hogy a Kernig-tünet kiváltásában a lábcentrum, illetőleg az ebből eredő pyramispálya állapota az irányadó.

11. eset. R. D.-né, 60 éves háztartásbeli. Egy hét óta szédülés és fejfájás. Ma eszméletét veszve összeesett.

Status praesens október 14.-én: Teljes eszméletlenség, cyanosisos arc. Az összes végtagokat felemelve, azok petyhüdtlen aláesnek, tüszúrásokra nem védekeznek. A baloldali végtagokban kis tonuscsökkenés. Babinski-jel csak baloldalt. Kernig-tünet csak jobboldalt kapható (jelezve). Talp-reflex baloldalt kiesett. Brudzinski-jel jobboldalt kapható. Este 8 órakor exitus.

Bonczoláskor az agy kivétele után feltűnik, hogy a jobb félteke domborulatán a gyrusok lelapultak. Az agy erei kemény csővé alakultak. A jobb féltekének agyalapi dúcjai elroncsolódtak, s ezen a helyen lúdtójasnyi vérömleny foglal helyet, mely betör a jobb centrum semiovaleba is, valamint betört a két alsó és a harmadik agykamarába is, melyeket liquorral kevert folyékony vér tölt ki. A IV. kamarában vér nem volt található, mert az aquaeductus Sylvii felülről kis véralvadék zárta el.

Ez esetben szintén a vérzés kiindulási helyével homolateralis oldalon találtuk meg a Kernig-tünetet.

12. eset. N. P., 24 éves kéményseprő. Két héttel ezelőtt a feje kezdett fájni s a baloldali végtagjai megbénultak. Azóta fejfájása állandóan tart, időnként hányás.

Status praesens augusztus 10.-én: Fátyolozott öntudat. A koponya ütögetésre a jobb falcsont táján érzékeny, a baloldali facialis mindhárom ága paresises, baloldalt hemiplegia, ezen az oldalon Babinski-jel kapható. Tarkómerevség, behúzódott has, élénk Trousseau-vonalak. A bal oldalon a bőrreflexek nem válthatók ki. Kernig-tünet csakis jobboldalt kapható, míg a bal lábon való kiváltás megkísérlésekor abban nem, hanem az ellenoldalon áll be a térdhajlítás.

Augusztus 16. Deliriumok, igen erős tarkómerevség. Jobboldalt teljes oculomotorius-hűdés. Szemfenék: kétoldalt pangásos papilla.

Augusztus 18. Bal oldalon abducens-hűdés. Babinski-jel nem kapható. Kernig-tünet csak jobboldalt.

Augusztus 19. Exitus.

Bonczoláskor a jobb temporalis lebenyben férfőkölnyi tályog volt kimutatható; a tályog az oldalkamarába nem tört bele. Az oldalkamarák kissé tágabbak a rendesnél. A tályog fölött lévő agykéreg gyrusai lelapultak.

Ebben az esetben is egyedül a laesio helyével homolateralis oldalon volt a Kernig-tünet kiváltható.

Összefoglalva az egyes esetekben észlelt jelenségeket, a következőket találjuk: az ismertetett hat esetben a Kernig-

tünet csupán az egyik végtagban volt kimutatható. Valamennyi esetben (4 agyvérzés, 1 agytályog, 1 lueses endarteriitis) az egyik agyfélteke nagyobbfokú bántalmazottsága volt kimutatható, mely hemiplegiához vezetett. (L. a II. táblázatot.) S azt tapasztaltuk, hogy a *Kernig-tünet csakis az ép végtagban volt kiváltható, illetőleg azon a végtagon, melynek pyramis-pályái a kisebb laesiót szenvedték el; úgy hogy feltételezhető volt, hogy annak vezetőképessége megmaradt. Vagyis ezekben az esetekben is igazolva látjuk Sailer felvételét, mely szerint a Kernig-tünethez a pyramis-pálya szükséges. Ha a pyramis-pálya elroncsolódott, Kernig-tünetet sem kaphatunk; ha azonban csak laedált, akkor a Kernig-tünet kapható, de gyengébben, mint ép pyramis-pálya esetében.*

Külön kiemelem azt az észlelésünket, melyet közvetlenül az apoplexia alatt vagy után, avagy a vérömleny áttörése alkalmával az ellenoldali féltekébe észleltünk: *közvetlenül az agyvérzés után a Kernig-tünet rövid ideig csakis a sértett végtagon volt kiváltható (10. számú eset) s ez idő (néhány óra) elteltével ott megszűnt, s az époldali végtagban állandósult. A vérzés áttörése az ellenoldali agyféltekébe klinikailag az összes végtagok tonusos görcsében nyilvánul meg. Az áttörés után közvetlenül rövid ideig mindkét oldalon egyforma*

nem bírjuk kiváltani a Kernig-tünetet. Ugyanekkor az ellenoldali agyféltekében nyomásfokozódást is feltételezhetünk, mely mint izgalom a Kernig-tünetet létrehozhatja. És mint-hogy csak az ezen oldali pyramis-pálya vezet, az ellenoldali alsó végtagban lesz az kiváltható. (Lásd a 7., 8., 9., 10., 11., 12. számú esetet.) Kétoldali *egyenlő* intracerebralis nyomás esetében (meningitishez kapcsolódó hydrocephalus) az izgalom is mindkét féltekében egyforma, s ennek eredménye a Kernig-tünetnek mindkét oldalon való egyforma élénk volta. (1. számú eset.) Ha pedig a két féltekében nem egyforma a nyomás, akkor a nagyobb nyomást elszenvedett agyféltekéhez tartozó végtagban gyengül, illetve megszűnik a Kernig-tünet. (Lásd a 2., 3., 4., 5., 6. számú esetet.)

Ha mindkét féltekében az intracerebralis nyomás *nagyfokúvá* válik, akkor a Kernig-tünet egyik oldalon sem kapható (9. és 10. számú eset). Ilyenkor mindkét féltekében a bénulás lép előtérbe, a pyramis-pálya nem vezet s igen erős Babinski-tünet jelentkezik.

Hogy az intracerebralis nyomás lényegében magára az agykéregre vagy az agyfélteke bármely más helyére fejti-e ki hatását, lényegileg nem érinti vizsgálatainkat. Eseteink nagyobb részében az agy kéregállományának kisebb-nagyobb

II. táblázat.

Az eset száma	Kórfolyamat	Tünetek	Kernig	Brudzinski	Babinski	Megjegyzés	
7.	Endarteritis cer. (Hydrocephalus int.)	Jobboldali hemiplegia Jackson-rohamokkal	bal + bal ++ jobb +	bal + O	O O	Roham után	
8.	Pachymeningitishaemorrh. int. a jobb féltekében	Baloldali hemiplegia	jobb +	jobb +	kétold. ++		
9.	Vérzés a bal féltekében	Jobboldali hemiplegia	bal + O	bal + O	kétold. ++	Halál előtt	
10.	Vérzés a bal féltekében	Jobboldali hemiplegia	jobb +++ bal ∪	jobb ++	jobb ++ bal +	Vérzés alatt	Jobboldali hypertonia
		Triplegia (bal láb)	O	O	bal ++ jobb +	Vérzés után	Áttörés után
11.	Vérzés mindkét féltekében	Quadriplegia	jobb ∪	jobb ∪	bal +	Baloldali hypotonia	
12.	Tályog a jobb halánték-lebenyben	Baloldali hemiplegia és VII. hüdés	jobb ++		bal +		

Jelmagyarázat: ∪ = „jelezve“.

intenzitásban találjuk a Kernig-tünetet; a shock-hatás megszűntével, mely a hypertoniát felváltó általános hypotoniából ismerhető fel, a Kernig-tünet újra a vérzés kiindulásával homolateralis végtagon kapható. (Lásd a 3. és 5. számú esetet.)

Hasonlóan a jobboldali Jackson-rohamokkal járó hemiplegia esetében (7. számú eset) *a Kernig-tünet a roham után közvetlenül a hűdött végtagban is múlóan, de az ellenoldalihoz viszonyítva lényegesen gyengébben kimutatható volt. Végül mindkét agyféltekében megközelítőleg egyenlő nagy intracerebralis nyomás esetében (9. és 10. számú eset) a Kernig-tünet egyik oldalon sem váltható ki.*

Ha figyelembe vesszük e megfigyeléseinket, kétségtelennek látszik az intracerebralis nyomásnak lényeges befolyása a Kernig-tünet jelentkezésére. Az agyvérzés kezdeti szakában az illető féltekében a nyomási plus folytán egy shock-hatás (izgalom) létesül; ezt igazolják az egyes esetekben észlelhető tonico-clonusos görcsök. (5. számú eset.) Ez izgalom következményének vélem betudni az ellenoldali végtagban észlelhető Kernig-tünetet. (Lásd a 10. számú esetet.) A vérömleny növekedése alkalmával az intracerebralis nyomás fokozódik, s az idegpályák roncsolódásához vezet, a mi bénulásban jut kifejezésre, s ilyenkor a sértett végtagban többé

fokú összenyomatását észleltük, a mi a corticalis hatást tenné valószínűvé. Az agynyomás erősségének bizonyos skáláját kell feltételeznünk, melynek alacsonyabb volta izgalmi tünetekhez vezet, melynek megnyilvánulása volna a Kernig-tünet; míg a nyomás erős fokozódása az azon oldali féltekéhez tartozó végtagban a tünet gyengülését vagy eltűnését vonja maga után. Hogy csakugyan az intracerebralis nyomás befolyásával állunk szemben, ezt a felvételünket igazolja az a körülmény is, hogy régi, defectussal gyógyult hemiplegiásokon a Kernig-tünetet kiváltani nem lehetséges. Ez esetekben fel kell vennünk, hogy a vérömleny felszívódása folytán az intracerebralis nyomás megszűnt, s így hiányzik az a nyomásfokozódás, melynek ingerhatása a Kernig-tünet kiváltásához szükséges. Ezt a felvételt igazolja még az is, hogy emboliás eredésű hemiplegiákban, a hol tulajdonképpen az agynyomás feltűnő emelkedése nem áll be, valamint endarteriitises lágyulások által létrehozott hemiplegiákban, szintén a főnti okból, Kernig-tünetet kiváltani nem tudunk.

E klinikai tények alapján valószínűnek kell tartanunk, hogy a Kernig-tünet jelentkezése valamely végtagon mindenkor a contralateralis agyfélteke izgalmi állapotára, s eltűnése a contralateralis félteke súlyosabb bántalmazottságára utal.

A Kernig-tünetnek összefüggése a talált agy-folyamatokkal kétségtelenné teszi a tünet *agyeredetét*. Ezt a felvételt látszik bizonyítani továbbá a Kernig-tünetnek a bőrreflexekkel való analog viselkedése is. Ugyanis azt találjuk, hogy a bénult oldalon a bőrreflexek kiestek, ugyanitt a Kernig-tünet sem váltható ki; viszont az ép oldalon a bőrreflexek túlságos élénk volta mellett a Kernig-tünet is prompte kiváltható. Tekintve, hogy a bőrreflexek központját a cortexbe helyezik (Jendrassik, Pándy), a Kernig-tünetnek analog viselkedése is a corticalis eredetet valószínűsíti, a mi mellett szólna még azon észlelésünk is, mely szerint a bénult oldalon a talp-reflex kiváltása alkalmával ott nem, hanem az ellenoldalon igen élénken látjuk megjelenni a védekező mozgást. Hasonlóan a Kernig-tünetnek a hűdött végtagon való kiváltása alkalmával azon a végtagon nem, hanem az ép végtagon látjuk a tünet jelentkezését.

Az agykéreg állapotának fontos szerepét igazolják azok az eddigi vizsgálatok is, melyekben a Kernig-tünetet uraemiában, typhusban, paralysis progressivában, múlt corticalis izgalmban, lumbalpunkció után beálló „meningismusban“ is sikerült kimutatni, mely esetekben közös elváltozásként szerepel a lágyagyburkok vérbősége, oedemája (meningitis serosa).

Felmerülhetne az a kérdés is, hogy a közölt, féloldali Kernig-tünetet mutató esetekben nem az egyén védekezése-e az, a mely a végtag hajlításában nyilvánul meg a tünetet mutató oldalon, s a bénult oldalon ez azért nem jelentkezik, mert az egyén a hűdött végtagját beidegezni nem bírja? E felvétel ellen bizonyítékul szolgál a 4. számú eset, melyben végtaghűdés egyáltalán nem volt kimutatható s a Kernig-tünet azon a végtagon volt különösen élénken kiváltható, melyen a Babinski-jel is kimutatható volt; míg a másik oldalon, melyen a Babinski-jel nem volt kiváltható s a melynek pyramispályái a sértett féltekéből indultak ki, nem, vagy csak gyengén jelezve volt lehetséges a Kernig-tünetet kiváltanunk. A védekező mozgás felvétele ellen támogató adat még az a további észlelésünk, hogy a Kernig-tünetet teljesen eszméletlen betegekben is sikerül kiváltanunk oly végtagokon, melyekkel az egyén erős ingerekkel (tűszúrások) szemben sem mutat védekezést. E felvételünket támogatja továbbá a Brudzinski-tünet, a melynek kiváltása alkalmával a végtaghoz egyáltalán nem is nyúlunk s a reakciója mégis a térdek behajlításában nyilvánul. Általában vizsgálataimban a Kernig-tünet értékelésekor nagy hasznát láttam a Brudzinski-jelnek, mert az esetek túlnyomó számában szintén kimutatható volt s a Kernig-tünetnek kétoldalisága esetében ez rendszerint csak a Kernig-tünetet élénkebben feltüntető végtagban jelentkezett. Megjegyzem, hogy a Brudzinski-tünetnek az alsó végtagokra szorító phasisát vettem tekintetbe.

Minthogy a Kernig-tünet corticalis eredete az előbb ismertetett indokok alapján valószínűnek látszik, kérdés, hol van a reflex-áttevődés székhelye? Erre nézve egy megfigyelésünkben remélek némi felvilágosítást nyerhetni, mely hemiplegia egy esetére vonatkozik (10. számú eset), a melyben az ép alsó végtagon a beállott hűdés után az eddig ott kiváltható élénk Kernig-tünet eltűnt. Tekintve, hogy ebben az esetben az azon oldali felső végtag mozgása megmaradt, feltehető, hogy csupán az alsó végtag pyramispályái sérültek. Ha felvesszük a reflex kéregbeli eredetét, akkor fenti észlelésünk alapján az áttevődés székhelyét a lábközpontba kellene helyeznünk.

Mindenesetre azonban bizonyos, hogy a lábhoz tartozó pyramisrostok állapota az irányadó a Kernig-tünet kiválthatóságában. E kéregbeli központnak az állapota lesz irányadó a Kernig-tünet kiválthatóságában. *Izgalma: a tünet élénkségét, bénulása a kiesését vonja maga után.* Az e központra beható inger nagysága és az ebből folyó reactio esetenként különböző. Erős kéregizgalomban a dúcz-sejtek túlérzékenysége van jelen. Csak gondoljunk a meningitises beteg általános hyperaesthesiájára, fény- és hangiszonyára, a mely állapotban már kisebb ingerhatás nagyobb reakciókat vált ki a túlingerlékeny kéreg részéről. Így meningitis egy esetében (1. sz. eset) ele-

gendő volt az öregujj passiv dorsalflektálása, hogy a Kernig-tünet létrejöjjön; vagyis ez esetben a reflexogen zóna kitágulását találjuk. Ha talán nem minden tekintetben helytálló a Kernig-tünet létrejövési módjára megadott hypothesisünk, vizsgálatainkból a gyakorlat számára azt hisszük eléggé hasznavehető módozatát a Kernig-tünetnek sikerült megállapítanunk; s ez abban nyilvánul, hogy *agyeredésű folyamatokban a tünet az ép oldalon jelentkezik, a mi tehát azt jelenti, hogy a bántalom (mely lehet vérzés, abscessus, tumor, meningitis) helye az ugyanazon oldali agyféltekében keresendő.* Megjegyezzük, hogy a Kernig-tünetet ezekben az esetekben az ellenoldali agyfélteke corticalis izgalmanak véljük betudni. Továbbá: *midőn agyfolyamatok esetében kétoldali Kernig-tünetet látunk, a gyengébben kapható tünet a contralateralis agyfélteke nagyobb fokú bántalmazottságra utal. Kezdődő agyvérzésben eleinte múlóan csak a bénulás oldalán kapható Kernig-tünet, mely a bénulás beálltakor ott eltűnik.*

Összefoglalásul kimondhatjuk tehát, hogy:

1. A Kernig-tünet valószínűleg corticalis úton jön létre; áttevődési helyül a motoros kéreg lábközpontját tekintjük.

2. Kiválthatóságának első feltétele a kéregben lezajló izgalom, ezért a legkülönbözőbb állapotokban kimutatható. Azonkívül szükséges hozzá a pyramispálya épsége, mert ha ez utóbbi nem vezet (roncsolódott), nem vezetheti a kéreg izgalmit. Ez magyarázza meg, hogy a Babinski-jel a Kernig-tünettel túlnyomórészt ellentétesen viselkedik. Vannak azonban kivételes esetek, melyekben a hűdött oldalon már jelentkező Babinski-jel mellett kivételesen a Kernig-tünet is kimutatható (lásd Sailer eseteit, valamint a 7., 10. és 4. sz. esetet).

A Kernig-tünet tehát mint exquisit izgalmi tünet fogható fel, s az egyes agyféltekékben fennálló intracerebralis nyomás indexe, mely a kisebb nyomást elszenvedő agyfélteke részéről mint izgalmi tünet jelentkezik a contralateralis testfélben; a nagyobb nyomást elszenvedő agyfélteke részéről pedig, ha jelen volt, a contralateralis testfélben való kiesésben nyilvánul meg. Ilyenkor feltehetjük, hogy hiányát az okozza, hogy a pyramispálya nem vezet.

Ha az izgalom megszűnik (typhus, uraemia, meningismus, vérzés felszívódása után) a Kernig-tünet is megszűnik, ha az izgalom állandósul (például vérzés utáni cysta-képződés), a Kernig-tünet is állandósul. Ha pedig a hemiplegia oka olyan, hogy az intracerebralis nyomás fokozódásához nem vezetett (embolia, endoarteriitises lágyulás), akkor a Kernig-tünet ki nem válthatósága fontos differentialediagnosztikai jelnek tekinthető a vérzéses hemiplegiával szemben. Eszméletlen betegekben a Kernig-tünet leírt viselkedése valamelyik agyfélteke bántalmazottságára mutató értékes jelnek vehető. Azonkívül nem lokalizálható agydaganatok és tályogok eseteiben általa útbaigazítást remélnék nyerhetni arra nézve, hogy a kérdéses bántalom melyik agyféltekében székel.

Végül nem mulaszthatom el, hogy köszönetemet fejezem ki Sarbó tanárnak, a kinek szíves támogatását és irányítását vizsgálataim végzésekor mindvégig élvezhetni szerencsém volt. E helyen fejezem ki köszönetemet Johan Béla magántanárnak és Baló dr. tanársegédnek, a kik a bonczolás megejtésével vizsgálataimat értékes adatokkal kiegészítették, végül Poór Ferencz magántanárnak, ki szíves volt bőrbetegeit vizsgálat céljából rendelkezésemre bocsátani.

A német Röntgen-társulat 13. nagygyűlése.

(Berlin 1922 április 23—25.)

A röntgenologia fejlődésének impozáns megnyilvánulása volt a német Röntgen-társulat idei nagygyűlése. A berlini Langenbeck-Virchow-ház nagy üléstermében három napon keresztül együtt láttuk a röntgenologia úttörőit, a most már negyedszázados tudomány reformátorait: orvosokat, fizikusokat vegyesen. A több mint 500 résztvevő között a sok külföldi szinte nemzetközi jelleget adott a congressusnak, melyre a franciaikat kivéve a Németországgal határos valamennyi állam elhozta tudását, tapasztalatait. Magyarországot tizenketten kép-

viseltük; a sok idegen orvos közt láttunk kínaiakat és japánokat is.

A congressus első nagy tárgya az operált gyomor Röntgen-vizsgálata volt. *Bergmann* és *Götze* terjedelmesen, a legapróbb részletekre kiterjeszkedve referált a gyomornak a műtét következtében megváltozott alak és működési eltéréseiről. *Bergmann* a műtét után jelentkező panaszoktól az *ulcus jejuni pepticum* nehezen differenciálható képét különítette el; jellegzetes tünetként a gyors ürülést (Stossentlehung), a fájdalmas pont jellemző elhelyeződését és a secretiobeli változásokat jelöli meg. *Götze* a műtét utáni panaszok okának a pylorus izgalmát tartja és annak eltávolítását ajánlja.

Vogt és *Lossen* a magzat és csecsemő gyomrának Röntgen-vizsgálatával a fejlődést gyarapította újabb fejzetekkel.

Ziegler ismertette *Rosenstein* módszerét, melylyel a vesekörűli kötőszövet levegőinfiltrációja útján a vese és a mellékvese is láthatóvá válik. *Teschendorf* pedig a pneumoperitoneum előállításához mint könnyen felszívódó és veszélytelen gázt a nitrogen-oxydult ajánlotta.

Otten a tüdődaganatok diagnosztikájáról szóló előadásában kiemelte, hogy a Röntgen-képből nem lehet a daganat természetére következtetni. *Strauss* a pneumokoniosisoknak nagyobb beteganyagban való vizsgálatával arra az eredményre jutott, hogy a siderosis kivételével csak ritka esetben kapható jellemző Röntgen-kép. *Frick* érdekes előadásában bemutatta, hogy balrafordítással a felvételeken nemcsak arteriosclerosis, hanem ép boncztanai viszonyok mellett is az egész mellkasi aorta láthatóvá válhatik.

Hosszas háborús tapasztalatairól beszámolva, *Krause* a typhus után néha fejlődő csontelváltozások közül csupán a heveny gyulladásokra jellemzőket találta. *Eisler* az ositis deformans kezdeti tünetének a csont teljes elmesztelenedését látta. *Hae-nisch* demonstrált eseteiben az ositis fibrosa és a csontsarkoma képe között jellegzetes eltérést nem talált.

Bucky bemutatott esetek kapcsán a röntgenologia törvényszerű orvosi fontosságát méltatta. *Lossen* újszülöttek tüdejének vizsgálatakor úgy látta, hogy a röntgenezés sem mülja felül a körboncztanai tüdőpróbákat.

A congressus tárgysorozatának második fő tárgya a helyes (*rationalis*) Röntgen-dosis volt. Az előadók közül *Holzknedit* a belgyógyászat, *Jüngling* a sebészet, *Warnekros* a gynaekologia tapasztalatairól számolt be. *Holzknedit* a dosis fogalmát tisztázta, mert a mai irodalomban a dosisoknak oly különféle és sokszor zavaró meghatározásait találjuk. Fizikai szempontból megkülönbözteti az effectív dosis számított értékét a hasznos dosis valóban lemerített értékétől; biológiai szempontból pedig a mély dosist, a biológiai hatást előidéző Röntgen-sugármenyiséget tartja fontosnak. Az annyira használatos delectaer, izgató, carcinoma-, bőregység-dosist csak segédeszköznek tekinti, mert tapasztalatai szerint ezeknek pontos betartásával sem lehet sok esetben a kívánt hatást elérni. A kis dosisok szerinte a sejtmagokra s azok működésére izgató hatással lehetnek, de nem okozzák a daganatok növekedését. *Jüngling* is hasonló értelemben nyilatkozott; a használatos biológiai dosisokat (HED-, carcinoma-, tuberculosis- stb. dosis) minimális dosisoknak tartja, a melyek tapasztalat szerint legtöbbször meghozzák a kívánt eredményt, a reactiót, illetőleg a zsugorodást. Mint legjobb módszert a távolról történő (30 cm.) besugárzást ajánlja, nagy területeken (Ferngrossfeldbestrahlung). *Warnekros* a gynaekologia tapasztalatairól beszámolva, a jóindulatú megbetegedéseket az ovarium belső secretiós zavaraira vezeti vissza. Ezek Röntgen-besugárzással mindig gyógyíthatók, kivéve a hypofunctiókat, a melyek röntgenezésével az ovarium működésének fokozása több esetben sikerült ugyan, de e téren további vizsálatokra van még szükség. A rosszindulatú daganatok gyógyításánál felhívja a figyelmet a szervezet ellenállóképességének tekintetbe vételére. Ez az ismeretlen tényező az oka, hogy a biológiai megállapítások nem bírhatnak általános érvényességgel. A sarkomát és a carcinomát egyformán a lehető legnagyobb dosissal sugározza be; szükség esetén 10—12 hét múlva megismétli a dosist.

Az eredmények további javulását a beteg gócz sensibilizálásától várja, melyre *Wintz* réz-ion-eljárása szolgál útmutatóul.

A discussióban *Wintz* és *Fraenckel* igyekezett megvédeni a biológiai dosisok érvényét, főleg az izgató dosist. A nagyszámú hozzászóló, köztük *Werner*, *Gleichmann*, *Lehmann*, *Holits*, *Schintz*, régebbi tapasztalatok és újabb vizsálatok alapján megerősítették az előadók véleményét.

Hessmann azzal a kérdéssel foglalkozott, meddig kell a műtét után prophylaxis céljából még besugározni; az eredmény eseteinek 70%-ában 2—3-szori utókezelés után biztos volt. *Lahm* nagy statisztika alapján annak a nézetének adott kifejezést, hogy a gynaekologiai carcinomáknál a műtét elkerülhető, mert a Röntgen-besugárzás eredményei megközelítik a műtét gyógyulás százalékát (4.7). *Seufert* a müncheni női klinika 5 évi statisztikáját közölte, a hol a portio- és cervix-carcinomák gyógyításában a műtét helyett teljesen áttértek a kombinált sugaras kezelésre. Hangsúlyozza, hogy az eredmény titka a radium-tok helyes alkalmazásában rejlik, a tok elhelyezése nagy nehézségekkel jár. *Vogt* jótermészeti méhbj 30 esete között csak 10-ben nem tudott a röntgenezésel eredményt elérni. *Bíró* hypophysis-daganat és genuin epilepsia eseteiben a mellékvese besugárzásával elért eredményeit ismertette.

Wintz a késői Röntgen-ártalmakról szólva rámutatott arra, hogy a szabályos Röntgen-kezelés után is a bőrt 1—2 évig óvni kell; minden trauma (derékfűző, thermofor, műtét stb.) hozzájárul a késői ulcus előidézéséhez. Mint általános ártalomra a vér elváltozásaira hívja fel a figyelmet. Tapasztalatai szerint minél nagyobb a besugárzott testrészt tömege, annál súlyosabb elváltozások állnak elő a vérben; ezért tanácsolja a vérkép állandó ellenőrzését, hogy kellő időben félbe lehessen szakítani a kezelést. *Heimann* 357 esete közül 25-ben látott intensív besugárzás után localis oedemát, mely nem fejlődött vissza.

A biológiai előadások során a besugárzási nausea (Röntgenkater) okának *Kohlmann* a Ca-ionok egyensúlyának megbomlását tartja, míg *Strauss* a cholesterin mobilisatióját, a lipoidok elváltozását tekinti oknak. *Martius* és *Grebe* a Röntgen-sugarak energiáját mérte s azt találta, hogy a kemény sugarakból egyenlő biológiai hatások létrehozásához nagyobb mennyiségre van szükség, mint a puhákból.

Kelen Béla szerint a helyes adagolás főkövetelménye a tökéletes egyenletességgel működő üzem. Az erythema-dosis helyett a pirosság nélküli pigmentatiós dosis bevezetését ajánlja. Kisebb felületes góczoknál a bőrt az általa összeállított és bemutatott plasztikus ölmos masszával védi.

Jaekel és *Janus* Röntgen-spektrummérésekkel kimutatta, hogy a 90—100.000 volt feszültség mellett keletkező Röntgen-sugaraknak van a legnagyobb gyógyító hatásuk, az ennél nagyobb feszültséggel dolgozó készülékeknél a therapiás hatásfok már alig emelkedik. *Siegel* végtagok besugárzásakor a pontos adagolást gátló felszín-egyenletlenségek kiküszöbölésére a testrészeknek bolussal vagy paraffinnal sík felületet ad; míg *Jüngling* ugyanabból a célból alulról sugároz be, hogy így a fekvés következtében sima felszínen jussanak a testbe a sugarak.

A congressussal kapcsolatos kiállításban a technika újdonosságai kerültek bemutatásra. Az egyes gyárak a nagy teljesítményű, drága készülékek mellett a gyakorló orvos céljainak megfelelő kisebb apparatusokat is hozták. A német ipar fölényét mi sem mutatta jobban, mint hogy minden hadisarcz, országcsontkítás, gazdasági elnyomatás ellenére gyártmányaik kivitelben és jószágban nemcsak a békebeli színvonalat érték el, hanem azt messze túlszárnyalták. A dosimeterek majdnem kivétel nélkül az ionizálás alapján épülnek; egész kicsiny, cigarettadoboz nagyságú készülékektől kezdve a nagy tudományos regisztráló műszerig számos alakjával találkoztunk. Legpontosabbnak látszik a Wulff-féle fonalas ionometer, a melylyel mért adagok a biológiai hatással párhuzamosan járnak.

Bucky számos technikai apróságot ismertetett. Mozgó rekeszes diaphragmáját (Wabenblende) Amerikában máris eredménnyel használják. Világosságban való átvilágításakor vörös

fényben zöld szemüveggel ugyanolyan jól lehet diagnoszkálni, mint teljes sötétségben.

A kiállításon nagy számmal láttunk javított typosú Coolidge-lámpákat, melyek az üzemben igen jól beváltak.

A congressus örömmel vette tudomásul, hogy a lipcsei műegyetemen felállították a röntgenologia rendes tanszékét. A congressus három napján tartott 90 előadás és számos hozzászólás mindvégig lekötötte a hallgatóság figyelmét. A terjedelmes anyagot az elnöklő *F. Groedel* erélyes, de tapintatos vezetése óramű pontosságával tudta irányítani.

Herman János dr.

A Lipótmező 50 esztendő.

Azaz már közel 54 éves, mivel az intézet 1868 decz. 6.-án nyílt meg. Az 50 éves évforduló megünneplése azonban könnyen érthető okokból mostanra maradt.

A jubileum több részletben folyt le. Június 1.-én a hercegprimás — ki 40 évvel azelőtt mint káplán működött az intézetben — ünnepi misét pontifikált, míg az ünnepi díszgyűlés 5.-én volt a tudományos világ és az érdeklődők nagy számának részvételével. A kormányzó képviselőjében *Vas János* kultuszminiszter jelent meg s kivüle ott volt *Tomcsányi Vilmos Pál* igazságügyi és *Bernólkák Nándor* népjóléti miniszter is, kinek megnyitó szavai után *Oldh Gusztáv* emlékbeszéde következett az intézet volt igazgatóiról: *Schnirch Emilről*, *Niedermann Gyuláról*, *Bolyó Károlyról* és *Konrád Jenőről*, a kik közül különösen *Niedermannak* korszakalkotó működését emelte ki.

Az intézet 50 éves történetét *Fabinyi Rudolf* adta elő, végül *Tasch József* gondnok az intézet gazdasági fejlődését és berendezését ismertette. A jubileumi ünnepséggel kapcsolatban az intézet a betegek munkáiból kiállítást rendezett, a mely főleg azok sokoldalú ipari foglalkoztatásáról tett tanúbizonyságot.

A jubileum harmadik része a betegek részére rendezendő nagy kerti ünnepély lesz.

A lipótmezei elmebetegintézet, először „*Budai országos örülde*“, később „*Országos Tébolda*“, 1860–68-ig épült 1,670.702 forint 71 és 1/2 krajczár költséggel, 500 ágyra; eleinte azonban csak 300-ra volt berendezve.

Jellemző, hogy tervezetessel és készülődéssel 77 évnek kellett eltelnie, hogy az intézet létesüljön. Az első berendezést is laikusok és nem orvosok intézték, úgy hogy *Bolyónak*, az első főorvosnak köszönhetjük, hogy a nagy költséggel beszerzett kényszereszközök, mint például a „dühöngő pad“ és „dühöngő asztal“ használatba sem került, mert azokat mindjárt az átvételkor lomtárba helyezte. Egyedül a kényszerzubbony maradt meg, de ezt is *Niedermann* 1884-ben véglegesen kiküszöbölte. A betegek kezelése, mint mindenütt a kontinensen, úgy itt is szigorúan zárt jellegű volt, de azért a foglalkoztatásról és szórakoztatásról mégis történt — bár szűkebb keretekben — megfelelő gondoskodás. A nyugtalan betegek kezelésekor leginkább az intézet úgynevezett „dühös kamaráit“ vették igénybe s ezenkívül még a hypnoticumok és sedativumok használatra volt divatos, a mi idővel az úgynevezett „chemiai restraint“-hez vezetett. A 90-es években indult meg *Niedermann* vezetése alatt az intézet modern fejlődése, a mit nemsokára a betegek kezelésének általános megváltozása követett. Ennek első etappeja volt az *ágykezelés*, melyet 1896-ban *Salgó* vezetett be. Ezt követte nemsokára a modern racionális *hydrotherapia*, vizes pakkolások, de főleg meleg prolongált fürdők alakjában. Az új humanus megnyugtató módok annyira hatékonyan bizonyultak, hogy a czellákat ki lehetett üríteni, illetőleg elkülönítő szobákká lehetett őket átalakítani. A therapia legnagyobb és legüdvösebb újítása az úgynevezett *szabad kezelés* volt, a mi abban állott, hogy az elzárt osztályokról a betegeket kiengedték a szabadba, az intézet parkjába, sőt fokozatosan az intézet környékére s végül a városba is. Ezzel kapcsolatban a betegek foglalkoztatásának és szórakoztatásának új tág tere nyílt.

Az intézet külseje és *gazdasági berendezése* is nagy átalakuláson ment át. Nem tekintve azt, hogy az intézeti élelmezés már a 90-es években házikézelésbe ment át, pékházat, tésztagyárat és új fürdőket építettek. A tuberculosissal fertőzött puhafa-padlót parkettával cserélték ki stb. Újabb épült fel egy külön állóbeteg-pavillon eredetileg hülye gyermekek számára, a mosókonyha gőzfertőtlenítővel, a jéggyár, és lakásul az ápoló-házak, valamint a központi melegvízfűtés számára az új gépház.

Az új központi fűtésnek az az érdekessége, hogy a fűtőtestek a kórtermekben, más intézetet megelőzve, szabadon vannak elhelyezve. Látványosság számba megy az intézet művésziesen restaurált kápolnája s újonnan épített, 3000 emberre berendezett konyhája.

A háború természetesen a Lipótmező fejlődését is megakasztotta. A tervezett újításoknak egész sora maradt el. Így egy új nagy betegpavillon építése, az ablakrácsok levétele, a mi újabb lépés lett volna a kórházi jelleg felé. A háború alatt a tuberculosissal terjedt el megint az intézetben. Közvetve azonban volt a háborúnak valami haszna is, tudniillik, hogy bebizonyult, hogy nyugtalan férfibetegek mellett is lehet női ápoló személyzetet alkalmazni.

Az elmúlt 50 év alatt itt ápoló 30.251 beteg közül meggyógyult 5234, a mi elég bizonyíték a Lipótmező gyógyintézet-volta mellett. De a Lipótmező nemcsak mint gyógyhely, hanem mint orvosképző intézmény *kulturális feladatot* is teljesít. A most működő intézeti elmeorvosok közül *Oldh, Nagy, Verubek, Nyéki, Sélíg, Mandel, Telegdi, Gtensperger, Molnár* stb. a Lipótmező neveltjei. Természetesen még nagyobb azoknak a száma, a kik most mint hatósági, törvényszéki vagy rendőrorvosok gyümölcsöztetik itt szerzett elmeorvosi tudásukat. Az orvosképzésen kívül a Lipótmezőn történik az *elmebetegápolók kiképzése* is. Az 1912 óta tartott „*Országos elmebetegápolói tanfolyamok*“ eddig 214 tanult ápolót adtak az országnak.

Az elmeorvosi *tudományos művelésében* a Lipótmező a 80-as évekig majdnem kizárólagos vezető szerepet játszott. *Niedermann* és *Bolyó* már elejétől fogva mint magántanárok működtek itt. Ugyancsak az intézetben fejtette ki rendkívüli tudományos munkásságát *Laufenauer Károly*, a ki innen lépett a számára felállított egyetemi katedrára. *Salgó* is mint magántanár foglalta el helyét s az intézet orvosai közül később még *Konrád, Pándy* és *Epstein* szerezte meg a docenturát. Majdnem egész könyvtárat tölthetnének meg az itteni orvosok tudományos munkálatai. Az intézet orvosai kivették részüket a Kir. Orvosegyesület „*Elme- és Idegkórtani szakosztályának*“ megalapításában és tudományos működésének fentartásában, úgyszintén az „*Országos elmeorvosi értekezletek*“ szervezésében is.

A tudományos czélt szolgálják az intézeti *prosectura* és a *laboratoriumok* is. (Kórszövettani, serologiai és psycho-physikai.)

Az elmúlt 50 év alatt a betegek részéről könnyen végzetessé válható merénylet történt *Salgó* ellen, kit két beteg tervszerűen támadott meg késsel és vasdarabbal. Nemkülönben hivatása közben kapott ütés miatt süketült meg egyik fülére *Nagy Dezső* s vesztette el majdnem a hallását egy beteg ütése következtében a másik fülére is.

Az orvosok elfoglaltsága a magas létszám és a betegekkel való különleges foglalkozást kívánó individualizáló kezelés miatt olyan fokúvá vált, hogy az intézet két nagy betegosztályát már 1908-ban három osztálylává kellett szétválasztani. Jelenleg az intézet öt osztályra van tagolva, de a forgalom és beteglétszám egyes osztályokon még olyan nagy, hogy a további kisebb egységekre való felosztás mind indokoltabbá lesz.

Az intézetnek eredetileg 7 *orvosa* volt (1 igazgató, 2 elsőorvos, 4 másodorvos). Az 50 év végéig az orvosi állások száma csak 3 orvosgyakornoki állással szaporodott, mert 2 másodorvosi állásnak másodfőorvosi állásra való átszervezése létszámszaporodást nem jelentett. Ezzel szemben a tisztviselők száma 5-ről 11-re s az ápolói létszám 30-ról 184-re emelkedett. A jelenlegi beteglétszám 1100 körül van.

Fabinyi Rudolf dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A belső betegségek terapiája. Orvostanhallgatók és orvosok részére. Irta: *Királyfi Géza* dr., egyetemi magántanár. 472 old. Budapest, 1922. Franklin-társulat.

Az utóbbi időben a mostoha viszonyok dacára örventesen fellendült magyar orvosi tankönyvirodalom számottevő nyeresége a címben jelzett munka.

A ma a gyakorlat közepette álló szerző hosszú tudományos pálya után, a kórboncztan, a belgyógyászati klinika és az önálló kutatások lépcsőfokain át jutott azon emelvényre, melyről most az embergyógyítás tanait hirdeti, és munkája alapos felkészültségének, az egész belgyógyászatot felölelő tudásának, józan kritikájának, de egyszersmind nem mindennapi optimismusának a tanuságtétele. Hiszen az utolsó évtized eseményei alaposan lelohasztották a leglelkesebb terapeuták törekvéseit is; nemcsak azért, mert a háborúk és belső villogások ideje minden egyébnek inkább kedvezett, mint a segíteni akarásnak; nemcsak azért, mert belorvosi terapiánk az általános természettudományokhoz képest, de még az orvosi kutatás más ágaihoz mérten is csak minimalisan haladt; hanem azért is, mert a külső körülmények még most is gátolnak bennünket abban, hogy ezt a keveset szenvedő embertársaink rendelkezésére bocsáthassuk. Valóban keserű dolog belgyógyászati terapiát üzni olyan országban, melyet hegyeitől, erdeitől, tengerpartjától, gyógyforrásaitól megfosztottak, olyan társadalomban, melynek széles rétegei számára a sok évi nélkülözés által leromlott szervezet felsegítéséhez szükséges mindennapi liter tej, néhány heti ágynyugalom majdnem utopiaszámba megy.

Királyfi könyve a specialis kór- és gyógytan egész systematikáján végighaladva, tizenhárom fejezetben tárgyalja a terapiát. Egymásután foglalkozik a keringési rendszer, a légzőszervek, az emésztő szervek, a hashártya, a máj és epeutak, a vese és a húgyutak, a pankreas és a lép, az anyagcsere, a vér, az idegrendszer, a belső secretiós mirigyek megbetegedéseivel, az izületi, izom- és csontmegbetegedésekkel, a fertőző betegségekkel és egy függelék a mérgezéseket is tárgyalja. Ezen főfejezeteken belül részletezi azután az egyes betegségeket. Hogy mennyire megy lelkiismeretes praecisiója, kitűnik abból, hogy például az idegrendszer betegségeit felölelő fejezetben nem kevesebb mint 50 betegség és kórállapot részeseül külön tárgyalásban. E mellett sehol sem sematizál, mindenütt igyekszik terapiás eljárásainkat a kórtani történésekbe bekapcsolni, a javallatokat a betegészlelésből és kórjelzésből levezetni és — a nélkül, hogy a klinika meghitt talajáról a kísérleti pharmakodynamika felé kalandozna — a gyógyszerek hatását tudományos logikával megmagyarázni.

Az orvostanhallgató ilyen módon rendes belgyógyászati tankönyvének nélkülözhetetlen kiegészítőjéhez jut, de legtöbb fejezetéből a tapasztalt orvos is friss tudást és ösztönzést meríthet.

Különösen sikerültek azok a fejezetek, melyek a belgyógyászat és sebészet határterületeit tárgyalják, például az appendicitis, az ileus, az epekőbajok fejezetei; kiemelendők a digitalis-, a tuberculin-therapiáról, a vérbetegségek kezeléséről szóló részek, továbbá a vesebajok terapiája, mely annak a klinikának, a hol működött, legsajátabb dominiuma. Terapiás gyógyeszközeink méltatásában a „multum, non multa“ elve szerint jár el. A fősúlyt a gyakorlat által leginkább szentesített eljárásokra és gyógyszerekre helyezi; csak helyeselni lehet, ha régi, történelmi jelentőségű terhet nem akar magával vonszolni, de az a benyomásunk, hogy újabb, a gyakorlatban igen fontos készítmények aphoristikus tárgyalását helyenként túlzásba viszi. Ha recepturát nem is kívánunk, de a felsorolt szerek dosológiájára az olvasó, különben a sokat elfoglalt gyakorló orvos mindenesetre igényt tarthat. Ezen — egy új kiadásban könnyen pótolható — megszorítás annál feltűnőbb, mert a könyv előadási modora különösen

széles mederben, egyenletesen folyik és egyébként sem törekszik túlzott tömörségre.

Királyfi könyvét egy drága halottja emlékének szenteli. Kétszeres elismerést annak, a ki szomorú élményei hajótöréséből meg tudta menteni az orvos gyógyító hivatásába vetett törhetetlen hitét! Öszintén kívánjuk, hogy szép munkája révén a csüggedők száma csökkenjen, a küzdve bízó tábor a nővekedjék.

Benedict.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az asztma bronchiale kezelését mély besugárással jó eredménnyel használják a königsbergi belklinikán. Az eredményekről *Klewitz* számol be. 24 eset közül, a melyeknek sorsát hosszabb időn át ellenőrizhették, 5 esetben a rohamok véglegesen megszűntek; 9 esetben a rohamok később ugyan újból mutatkoztak, de ritkán és olyan enyhe alakban, hogy a betegeket csak nagyon kevéssé bántották; 3 esetben szintén ritkábban és gyengébb mértékben jelentkeztek a rohamok és 7 esetben nem volt eredmény; ez utóbbi esetek közül azonban 5 csak nagyon hiányos kezelésben részesült. Végül megjegyzi a szerző, hogy a kezelés alatt s utána is még hosszabb ideig jodot szoktak szedtetni a betegekkel (Rp. Ammonii jodati 5·0, Ligu. ammonii anisati 1·0, Tinct. opii benz. 3·0, Succ. liquirit. 10·0, Aqu. destill. ad 200 0. Evókanálnyit naponként 3—4-szer), továbbá belladonnát, esetleg papaverinrel (Rp. Extr. belladonnae 0·3, Papaverini 1·0, fiant pil. No. 30. Háromszor naponként egy-egy pilulát) és calcium chloratumot. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1922, 9. szám.)

Sebészet.

A nagyfokú rachitises lábszárgörbülések kezeléséhez szól *Wehner*. A nagyfokú rachitises csontgörbülések ellen a legkülönbözőbb osteotomiákat ajánlják *Joachimsthal*, *Vulpus*, *Spitz*, *Schanz*, *Boeckh* és mások. *Springer* ajánlja a csont apró szeletekre való felmetszését a legnagyobb elgörbülés helyén és a szeletek visszahelyezését a periostealis csöbe. *Schepelmann* eltávolítja a csont egy részét és az üres csonthártya-tömlőt egy módosított Moseitig-plombbal tölti ki. Mindezen methodusok dacára gyakran nem sikerül a correctio, különösen olyan esetekben, a hol különböző síkokban különböző irányúak az elgörbülések. Ezek az operatív eljárások helytállnak, ha a csont már kemény, de nem olyankor, mint a hogy *Stracker* is rámutat, mikor a rachitis még florid stadiumban van. A szerző elmondja egy 3 éves rachitises fiu történetét. A felvételkor a lábszárak dugóhúzószerűen elgörbült állapotán kívül mindkét alkaron spontan fracturák voltak és az ágyéki gerincoszlop kyphosisos volt. Először az elgörbült végtagot gipszkötésbe téve meglágyították, azután a lágy csontot narcosisban kiegyenesítették; ezt többször ismételve, a végtag normalis tartásba jutott. Majd *Huldshinsky* eljárása szerint az utolsó redressement és gipszkötés felhelyezése után a gyermeket ultraviolet sugarakkal intenzíven besugározva, a rachitises csont megkeményedését érték el. Többszöri besugárást után a legnagyobb erőfeszítéssel sem sikerült a csontot elgörbíteni és a Röntgen-átvilágítás is mérszszegélyt mutatott ki az epiphysisben. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1921, 16. szám.)

Farkas Mária dr.

Ideg- és elmekórtan.

A cocainismusnak, a mely Berlinben tudvalevőleg annyira elterjedt, hogy társaságban egymást kínálgatják az emberek, Bécsben is kezdődő elterjedésére hívja fel a figyelmet *Pulay*. Gyakran vezet a cocainismus epilepsiás és epileptiformis görcsökhöz, melyeknek eredetét nehéz kikutatni azért, mert a betegek makacsul tagadják a cocain-abusust. Segítségül jöhet ilyenkor az, hogy a cocain következtében lencsényihúsfilléres nagyságú, éleshatárú, a seborrhoeához hasonló kékes erythemák mutatkozhatnak, a melyenket különben a szerző már fogorvosoktól adott cocaininjección után is látott körülírtan a trigeminus területén. (Med. Klinik, 1922, 13. sz.)

Kluge dr.

A pupillák viselkedéséről az epilepsiás roham alatt közli néhány észlelést Hermann a Pick prágai klinikájáról. Megfigyelte, hogy egyeseken a roham alatt az egyik pupilla előbb lesz fénymerev, mint a másik és mozgása előbb tér vissza, mint a másiké. Ez magyarázhatja az időleges anisocoriát is. Régebbi hasonló megfigyeléseket említ ugyan, de nem ismeri őket. (Med. Klinik, 1922, 13. sz.) Kluge dr.

Gyermekorvostan.

Heveny garatmögötti tályog kapcsán heregyuladást észlelt Schober 1½ éves fiúcskán. A tályog megnyitása utáni 12. napon a bal here tetemesen megduzzadt, a scrotum bőre vizenyössé vált és lobosan megpirosodott, fluctuatio nem volt érezhető. Borogatásokra a folyamat 5 hét alatt visszafejlődött. A garatmögötti tályogban pneumococcusok és streptococcusok voltak kimutathatók, s bár bacteriologiai vérvizsgálat nem történt és herepunctiót sem végeztek, a szerző az orchitist mégis a véráram útján létrejött áttétnek tartja, a mire analógiát nyújt a más betegségekben (parotitis epidemica, pharyngitis, erythema nodosum, variola, varicella, typhus, influenza, stb.) észlelt heregyuladás. (Monatsschrift für Kinderheilkunde, XXI. köt., 6. füz.) Szirmai Frigyes dr.

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

Kis gyermekek végbélelődesése ellen Eden a repositio után a sphincter és az előeső végbél-nyálkahártya köré narcosisban 20—25 cm³ humanolt fecskendez. Ez egyfelől mechanice akadályozza az előesést, másfelől izgalmat gyakorol a sphincterre és mérsékelt lobosodást vált ki, a melynek eredményeképpen a sphincter összehúzódik és a nyálkahártya rögzítődik. (Medizinische Gesellschaft in Freiburg, január 31.-én tartott ülés.)

Az alsó végtagok angiospasmusos fájdalma ellen Läden a nervus ischiadicus fagyasztását ajánlja azzal a céllal, hogy érideghűtés folytán megszűnjék az angiospasmus. Némely esetben a már fenyegető gangraenát sikerült ezzel az eljárással megelőzni. A hatás az eddigi tapasztalatok szerint hónapokig tart. (Versammlung der Mittelrheinischen Chirurgenvereinigung in Würzburg, 1922 január 21.)

Vegyes hírek.

A Magyar Orvosi Archivum három évi szünetelés után újból megindult. Kiadják a vallás- és közoktatásügyi ministerium támogatásával a magyar egyetemek orvosi fakultásai. Ügyvezető szerkesztője Vámosy Zoltán budapesti egyetemi tanár, megbízott társszerkesztők Issekutz Béla, a szegedi egyetem tanára, Mansfeld Géza, a pécsi egyetem tanára és Belák Sándor, a debreczeni egyetem tanára. A folyóirat évenként 6 füzetben jelenik meg; a füzetek ¾ részét eredeti dolgozatok fogják elfoglalni, ¼ részét pedig a legnevezetesebb tudományos folyóiratok cikkeinek referatumaival, illetőleg az elméleti orvostudomány egy-egy közérdekű kérdésének összefoglaló ismertetésével. Az imént megjelent első füzet 80 oldalra terjed és 4 eredeti dolgozatot, 1 összefoglaló ismertetést és nagyszámú referatumaikat tartalmaz. Bevezetésképpen meglehetősen érdekes közöl Bókay Árpád-ról, a folyóirat megalapítójáról. Egy évfolyam előfizetési ára 250 kor., a mely a szerkesztőség címére (VIII., Üllői-út 26) küldendő.

A csecsemők táplálásáról, gondozásáról és betegségeiről a charlottenburgi „Kaiserin Auguste Victoria Haus“ ezentúl évenként kétszer hathetes kurzusokat fog tartani. Mint előadók Langstein tanár, az intézmény osztályvezetői és segédorvosai szerepelnek. Az első kurzus május 29.-én vette kezdetét. A kurzus díja 1200 marka.

Meghalt. H. Quincke tanár, a volt kiel belklinikus, 80 éves korában Frankfurtban. — H. Schlange, ismert sebész, 66 éves korában Hannoverben.

Lapunk mai számához a Dr. Wander gyógyszer- és tápszergyár részvénytársaság prospectusa van mellékelve.

Jelen számunkhoz a Dr. Pápay-ottóintézet embergyógyászati készítményeiről szóló melléklet van csatolva.



**Dr. SCHMIDT L. és
Dr. WEISZ EDE**
gyógyintézete,
súlyos betegek részére is.

Pöstyén

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete
IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 86-76.

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

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

ISTVÁNUTI SANATORIUM — VIZGYÓGYINTÉZET Budapest, VII., István-út és Hungária-körút sarok.

A Városliget legszebb részében.
Klinikailag vezetett idegosztály. Vezetője: Schuster Gyula dr., igazgató-főorvos, a budapesti kir. magy. tudományegyetem elme- és idegkórtani klinika v. l. tanár-segédje. — Belgyógyászat. — Sebészet. — Nőgyógyászat.

Iglófüred gyógyfürdő
physicalis gyógyintézet.

Szepesmegye. Ősfenyves. Kitűnő ellátás s lakás 38-44 szokolig, gyógykezeléssel 60-65 szokolig naponta. Főorvos: Dr. Groó Béla.
Prospectust küld s informál Menetjegyroda, Budapest, Vigadó-tér 1.

RÖNTGEN-DEBELGA

TÁTRA-szanatórium

ÓTÁTRAFÜREDE 1020 m.
Dietetás-physicalis magaslati gyógyintézet. — Állandóan nyitva. — Hízó-és edző-kurák. Tüdőbetegek kizárva. — Vezető-orvos: Dr. Gáman Béla egyetemi magántanár. Felvilágosítást ad a Menetjegyroda Budapest, V., Vigadó.

Dr. Müller Vilmos, kir. tanácsos Sanatoriuma

Tátraháza
(Magas-Tátrában.)
Reichenhalli rendszerű inhalatorium. Fekvő-csarnokok. Helio-quartzfény és specifikus therapia. Hízókúra.
Pensio. Teljes ellátás naponta 4-szeri étkezéssel, különös kedvezmények magyarországbeli vendégek számára. — Prospectust küld, felvilágosítással szolgál, cseh visumot vidékiek részére is megszerez a sanatorium budapesti igazgatósága, VIII., Népszínház-utca 31. Telefon József 113-05. Magyar-olasz bank.

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma
VIII., Rákóczi-út 13. Telefon: József 104-22

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Újtátrafüreden
állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh koronától kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással utlevél-ügyben szolgál: Menetjegyroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.

ZUGLIGETI ÜDÜLŐTELEP (FÁCZÁN) KLIMATIKUS GYÓGYHELY

nyitva május 15.-étől október 1.-éig
I. Béla király-út 59-61. Telefonszám: 54-28.

Telefon: József 4-12.
Igazg.-tulajd.: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hill Paula, Dr. Mandler Ottó.
ZANDER-THERMOTHERAPIA, QUARZ
a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2, 1. e.

PÁLYÁZATOK.

278/1922.

Heves vármegye gyöngyösi járásába bekebelezett Domszló, Markaz, Vécs, Kisnána községekből álló, újonnan alakított domszlói körorvosi állásra pályázatot nyitok s felhívom az ezen állást elnyerni óhajtó orvostudorokat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket f. évi június hó 25.-éig annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

Javadalmazás: Törzsfizetés 1600 korona, fuvarátalány s megfelelő lakbér. Ezenkívül addig, a míg az állam is adja a háborús és drágasági segélyt, Domszló községtől 10.000 korona megélhetési segély, melynek akkor, a mikor az állam beszünteti a fentebbi pótlékokat és segélyt, mérsékelt leszállításnak vagy beszüntetésnek van helye. A látogatási és rendelési díjak a megalkofandó szabályrendelet szerint szedhetők. A körorvos a kör községeit hetenként egyszer tartozik meglátogatni.

A megválasztott körorvos tartozik állását azonnal elfoglalni. A választást Domszló község közházánál f. évi június 27.-én délelőtt 11 órakor fogom megtartani.

G y ö n g y ö s, 1922 június 3.

Biró, főszolgabíró.

11.635/1922. szám.

A szabolcsvármegyei „Erzsébet“-közkórházban üresedésben levő laboratoriumi-bonczolófőorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás a VIII. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő évi 3600 korona törzsfizetés a megfelelő pótlékokkal és lakbérrel.

A szakképzettséget igazoló okmányokkal felszerelt kérvények folyó évi június 15.-éig Szabolcsvármegye főispánjához címezve a közkórház igazgatóságának adandók be.

N y i r e g y h á z a, 1922 május 22.-én.

Mikecz István s. k., alispán.

Ad 328/1922. sz.

Csonka Biharvármegyében megüresedett derecskei járásorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Ezen állás az 1904: X. t.-cikk értelmében a X. fizetési osztály szerint 2000 korona fizetés, 450 korona lakbér, hivatalos kiszállásoknál az utiköltség megtérítése, valamint a törvények és rendeletek alapján járó pótlékokkal van javadalmasva s elnyeréséhez orvosi oklevél, két évi gyakorlat és tisztí orvosi képesítés kivántatik meg. Megjegyezni kívánom, hogy a tervbe vett status rendezése alkalmából a járásorvos magasabb fizetési osztályba kerül.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy entjelzett okmányokkal, valamint születési anyakönyvi kivonattal s a kommun és megszállás alatti viselkedésüket igazoló okmányokkal felszerelt, 5 koronás bélyeggel ellátott s főispán úr ömeltósága Balásházy Iván úrhoz címzett kérvényeiket hozzám 1922 június 25.-éig adják be, mivel a később érkező kérvényeket figyelembe nem vehetem.

Berettyóújfalú, 1922 június hó 1.

Az alispán.



Egyetlen ideális sebhintőpor
(egész sárgaszínű).
Hatásánál fogva felülmúlja az eddig használt összes sebhintőporokat.
Alkalmazás: mint sebhintőpor, gaze és 5-10%-os kenőcs.
„Dermaforine“ laboratorium
Katona Ágoston Antal (törv. bej. czég.)
Budapest, I., Verpeléti út 24.
Külföldi lerakatok: Páris, Barcellona, Bécs, Bratislava (Pozsony), Prága.
Törv. védve.

Symmetrie - Röntgen - mélytherapiára a legtökéletesebb készülék.

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

Telefon:
37-04.



Vas — fehérje — phosphor

Fersan-por.

(25, 50, 100 gr.)

Fersan-tabletták.

(0.25 és 0.5 gr.)

Brom-Fersan-tabletták.

(0.1 natr. brom.)

Jod-Fersan-tabletták.

(0.1 kal. jod.)

Arsenliquo-Fersan.

(Arsen és glycerophosphat.)

Fersan-cacao.

(20% Fersan.)

Magyarországi főraktár:

Dr. FILO JÁNOS gyógyszerterára
BUDAPEST, VIII., Mátyás-tér 3.

Kapható minden gyógyszerterában.
Orvosi irodalom és minta kívánatra ingyen.

Almatlanság, ideges fájdalom és depressziós állapotok



Prof. v. Noorden szerint.

Rp.: Somnacetin-tabletták 1 ered. csomagolás. — Rp.: Somnacetin-por, 0.6. D. t. Dos.

Psychés zavarok, epileptikus állapotok



Rp.: Somnospasmosan, 1 ered. üveg.

Subcutan, intramuscularis és rectalis használatra. Hypnoticum, sedativum, analgeticum.



Rp.: Somnacetin solubile, ampullák.
Rp.: Somnacetin solubile, kúpok.



Calcium-glycerophosphat
1% 2.5%
Bromvalerianatsyrup
5% 10%

Az idegek megnyugtatósára és mint kiváló enyhén ható antiepilepticum.

A hatványozott hatású **bromszegény** Spasmosan különösen enyhe és megbízható megnyugtató szer; a fentebb felsorolt különleges javulatokon kívül alkalmas az Epilepticon Dr. Weil-lal való együttes használatra.

Rp. Spasmosan 1 eredeti üveg.

S.: 2-3-szor naponta 1-2 evőkanállal, gyermekeknek kávéskanállal. (Azonkívül, ha szükséges, reggel és este 1-1 adag Epilepticon Dr. Weil.)

Dr. R. & Dr. O. Weil, vegyi-gyógyszerkészítmények gyára Frankfurt a. Main.

Orvosi mintával és irodalommal díjmentesen szolgál a magyarországi vezérképviselő:
Pogány Gábor, Budapest, VIII, Baross-u. 125.

Fluor albus, vaginitis, gonorrhoea



Rp.: Tanargentan-Bolus 10%, ered. csomagolás.
Rp.: Tanargentan-Bolus 20%, ered. csomagolás.

Influenzában, lázas tüneteknél a szív erejét növeli



Rp.: Coffeospirin, ered. csomagolás.

Izom- és ízületi rheuma, neuralgiák



Rp.: Coffeospirin comp, ered. csomagolás.

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.

Major Kálmán: Közlemény a budapesti tudományegyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., ny. r. tanár.) Az osteomalacia protrahált Röntgen-kezelése. 253. oldal.

Borza Jenő: Közlemény a m. kir. Pázmány Péter tudományegyetem urológiai klinikájáról. (Igazgató: Illyés Géza dr., egyetemi nyilvános rendes tanár.) Adatok a prostatatúltengés körképe alatt kifejlődött járulékosmirigy-adenomához. 255. oldal.

Friedrich László: Német belorvostani congressus. 257. oldal.

Grósz Emil: A Rockefeller-alapítvány. 258. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. G. Klemperer: Grundriss der klinischen Therapie innerer Krankheiten. — *Új könyvek.* — *Lapszemle.* Belorvostan. *Weed és Mc Kibben:* A fejfájás kezeléséről konyhasóval. — *Sebészet.* *Denk:* Roncsoló tüdőelváltozások sebészeti terapiájáról. — *Ideg- és elmekórtan.* *Regensburger:* Tabessel kapcsolódott úgynevezett Reichmann-féle tünetcsoport. — *Weskott:* Makacs ischiásnál spina bifida occulta. — *Szemészet.* *Knapp:* Az exophthalmus mérése. — *Gyermekorvostan.* *Moll:* A szoptató anyák emlőbimbóján a rhagasok megakadályozásáról és kezeléséről. — *Orr-, torok- és gégebajok.* *Feln.* Sajátságos garatbaj. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 258–260. oldal.

Vegyés hírek. 260. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti tudományegyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., ny. r. tanár.)

Az osteomalacia protrahált Röntgen-kezelése.

Irta: Major Kálmán dr., egyetemi gyakornok.

Az osteomalacia okát a belső secretiós mirigyek funkciójának és az organismusra való befolyásuknak még hiányos ismerete miatt ma is csak hypothesisekkel tudjuk magyarázni. A csontok elváltozásán kívül más kórbonczatani elváltozást, mely a betegségre jellemző volna, nem tudunk kimutatni. Régen tisztán csontmegbetegedésnek tartották. Különböző okokat vettek fel a betegség megindítójául; eleintén

a) exogen eredettel magyarázták, mint a rossz tápláltság, ivóvíz, hosszú szoptatás, nedves lakás, mésztelen táplálék, infectiók, psychés momentumok stb. folyamányát, majd

b) endogen befolyásokra gondoltak, így *Novak* a vér aciditását, *Winckel* és *Seeligmann* primaer vérbetegséget, *Pommer* centralis idegrendszeraffectiót, *Recklinghausen* trophoneurosis, ismét mások a vérnek csökkent alcalescentiáját, az ovarialis interstitialis mirigyek hyperplasiáját, az általános anyagcserezavart tartották a betegség alapbajául. Ezen tünetek azonban csak részjelenségei és nem okai a betegségnek.

A régi hypothesisek mind megdőlték, az osteomalacia kezelésében is lényeges változás állott be és a kutatás egészen más mederbe terelődött, a mikor *Fehling* észrevette és a figyelmet felhívta arra, hogy a Porro-műtétek után az osteomalaciások fájdalmi rohamosan megszűnnek és a betegek jelentékeny százaléka meggyógyul. *Fehling* mindjárt az ovariumokat gyanúsította, azonban nemcsak hyperfunctióját tételezte fel az ovariumoknak, hanem sympathicus-hatással is magyarázta a vasomotorok izalmát, a mi által ugyanis a csontok vérrendszerében hyperaemia fejlődne, a melynek azután a csontok elváltozása a következménye. *Fehling* elvitathatatlan nagy érdeme, hogy a belső secretiós mirigyek felé terelte a kutatók figyelmét. A mikor azután az endokrin mirigyek kutatásával azoknak funkciói is többé-kevésbé ismeretessé váltak, az osteomalacia genesisében is e mirigyek különféle zavaraira gondoltak. *Fehling* sikerei nyomán a legtöbben csupán az ovariumfunctio megváltozását tételezték fel (*Novak*). *Mitchel* és mások ezt egyszerű hyperfunctiónak, *Kaji* ovariummegbetegedésnek, *Zikmund* pathológiásan emelkedett functiónak tartja, *Cramer* pedig a belső genitálék működésének az ovarium functiójához kötött, hullámszerű változatosságával hozza összeköttetésbe. *Fränckel* ezeket az ovariumból termelt anyagokat, melyek a betegséget létrehozzák, ellenanyaggal igyekezett lekötöni, s ezt kasztrált kecske tejében vélte megtalálni. Később egész sora keletkezett a hypothesiseknek, melyek szerint más és más mirigyek hibás functiója váltaná ki az osteomalaciát. A feltételezett kórintító szerint

változott a kezelésmód is: pótolni vagy antagonistá mirigykivonatokkal paralyzálni a vérmirigyekben fennálló egyensúlyzavart.

Bossi látván az osteomalaciát jellemző csonthyperaemiát, arra gondolt, hogy a mellékvesekivonattal állja annak az útját, a mely egyúttal a mézskiválasztást is befolyásolja. Miután számítása beigazolódott, a mellékvese hypofunctiójának tulajdonította a betegséget: a mellékvese hiányos működése folytán nem tudja rendezni az anyagcserét. *Scipiades* thymogen betegségnek mondja, miuthogy pedig a Basedow-kór 50%-ban osteomalaciánál észlelhető, a thyreoidéával is összefüggésbe hozták. Az osteomalacia és acromegalia között párhuzamot vonva, *Bab* kétségtelen ellentétet fedezett fel a két betegség között; ekkor fordította figyelmét a hypophysisre, a mely functiójában valamiképpen meg volna zavarva és ezért a pituitrint ajánlotta. *Neu* szintén a hypopituitarismust veszi fel a betegség okának. *Pause* a feltételezett thyreoida-hyperfunctio ellenében antithyreoidint ajánlott. *Erdheim* az epitheltesteknek tulajdonított szerepet, mert azokat osteomalaciásokban nagyobbak találta (nálunk *Johan*), *Bonnamour* és *A. Badolle* syndromának tekintik, mert különböző alapokok idézhetik elő: 1. infectio, 2. belső secretiós zavar, 3. táplálkozási zavarok. Ezekből a különféle nézetekből, melyek mindegyikének megvan a tudományos klinikai és állatkísérletekkel beigazolt alapja, alakult ki azután újabban a polyglandularis elmélet, a melylyel megmagyarázhatóvá vált, miért gyógyul az osteomalacia castratióra, de adrenalinra vagy más endokrin mirigykivonatra is.

A polyglandularitás elvének fenntartása mellett *Kownatzki*, *Seitz* és mások még mindig az ovariumot tekintik a kiinduló pontnak, a mely elméletet azonban *Salis* megdöntöttnek véli a sikertelen castratiók folytán. *Bossi* elfogadja ugyan a polyglandularitás elvét, de szerinte mégis főképpen a mellékvese hiányos functiója áll az előtérben. Ma a legtöbben általános endogen mirigymegbetegedésnek tartják az osteomalaciát, a mit *Falk*, *Stocker junior* általános vérmirigyhypertrophiának, *Cristofoletti* dysfunctiónak, *Edelmann* a mirigyek atrophijának, *Schlesinger* pedig a vérmirigyek sérülésének mond, melyet a rossz tápláltság idézett elő.

Az összes kivezető cső nélküli mirigyek egyensúlya tartja fenn az egészséget; ha ez az egyensúly megbomlik, különféle betegségek jöhetnek létre. Egy betegség azonban, tekintve, hogy vannak synergiás és antagonistá módon működő mirigyek, többféle mirigyműködés-zavar combinatiójából tevődhetik össze. Így van ez az osteomalaciával is, a hol a mézanyagcserét szabályozó összes endokrin mirigyek: ovarium, hypophysis, mellékvese, pajzsmirigy, epitheltestek és thymus hibás összműködéséből keletkezik a betegség az arra disponáló egyénben, valami külső ok, talán a táplálkozás (Hunger-osteomalacie) befolyására. Tekintve a castratióra eső 87%-os gyógyulást, mégis az ovarium hyperfunctiójának kell a fő-

szerepet tulajdonítani. A többi 13%-ban más endokrin mirigyekben is kell nagyobb fokú elváltozásoknak lenniök, mert ezek castratióra nem gyógyulnak. Vannak olyan esetek, a melyek adrenalinra, vagy más endokrin mirigykivonatra mutatnak javulást, de egyes esetekben az összes belső secretiós mirigyek egész complexumában kombinált zavarokat kell feltételeznünk, a minek következtében úgy a gyógyszeres kezelés (phosphor, organo-therapia), mint a castratio cserbenhagy.

Azok a szerzők, a kik az osteomalacia-kezelés különféle módzatainak eredményeit összegyűjtötték, a castratiónál találták a legjobb eredményeket. *Schnell* 15 évre visszamenőleg összeállított statisztikájában, a melyben 334 eset van felsorolva, melyek közül 105 operatív castratióval vettek alá, mindössze 7 recidiva van felemlítve, a mi 6.5%-ot tesz ki. Ennyi esetből a conclusiót levonva, azt mondja, hogy egy methodus sincsen mostanáig, a mely az osteomalacia minden fajának gyógyításában eredményre vezetne, de mindegyik kezelésmód között a legjobb eredményt a castratiónál látta.

A castratióhoz, mint az osteomalaciának általánosan elismert, a legjobb eredményeket felmutató gyógymódjához, újabban a Röntgen-sugarakkal való kezelés csatlakozott.

A Röntgen-sugaraknak az ovariumra való hatását először részletesen, úgy makro-, mint mikroszkoposan, *Halberstaedter* vizsgálta és nyúlkísérletei után 1905-ben közölte. Makroszkoposan az ovariumok volumenének jelentékeny megkisebbedését észlelte és a Graf-tüszőknek erős visszafejlődését, sőt eltűnését írta le. Szövettanilag a folliculusoknak jelentékeny kisebbedését, sőt eltűnését, a primordialis tüszőknek pedig nagyfokú megkevesbedését és degenerációs folyamatát látta. Feltűnők voltak a nagyszámú, kerek, éles-határú, nem jól látható endotheliummal bélelt helyek, melyek homogen anyaggal kitöltöttek és eosinnal diffuse festődnek; helyenként magrészetek is találhatóak, melyek az ép ovariumszövetben sokkal kevesebb mértékben fordulnak elő. A corpus luteumot sértetlennek találta. *Bergonié*, *Tribondeau*, *Récamier*, *Specht*, *Fellner* és *Neumann*, majd *Roulier* és mások csaknem teljesen egyező eredményre jutottak vizsgálataik során *Halberstaedter*-rel.

Röntgenezett női ovariumot *Vera Rosin* vizsgált először 1907-ben, majd *Faber*, *Reiferscheid* és *Fraenkel*, kik hasonló elváltozásokat írtak le az ovariumban.

Miután a Röntgen-sugaraknak az állati, majd női ovariumra való hatása beigazolódott és *Langfellner* azt közölte, hogy a Röntgen-sugarak hatására az ovarium inaktiválása, illetőleg atrophiaja következik be, *Seligmann* volt az, a ki osteomalacia ellen először ajánlotta az ovariumok besugárzását. Különösen a betegség ovarialis formájában és olyan legyengült egyéneknek javulja, kik gyengeségüknél fogva az operatív castratióval nem tehetők ki. *Seligmann*-t is a *Stocker junior* állatkísérleteivel beigazolt *Fehling*-féle hypothesis vezette s bár *Ascarelli* sikeres Röntgen-eredményeit előbb közölte, mégis övé az érdem, hogy a röntgenológusok figyelmét az osteomalaciára már 1907-ben felhívta. Jó eredményekről számol be röntgenezett osteomalaciások kapcsán *Manfred Fraenkel*, *Kirstein*, *Sielmann* és *M. Cohn*; *Mohr* két esetről számol be, *Sippel* egy esetet demonstrál, ezzel szemben *Reiferscheid* azt mondja, hogy Röntgennel nem ért el lényeges eredményt. *Wallart* előző adrenalin-kúra után látott javulást Röntgen-kezeléssel és az esetben is a Röntgennek tulajdonítaná a javulást, ha adrenalinval nem történt volna kezelés. Vizsgálatainak eredményeképpen azt mondja: mindamellett, hogy a menstruatio és valószínűséggel az ovulatio is kimaradt, mégis az ovariumnak élénk belső secretiós functiója áll fenn és ezek szerint úgy normalis, mint abnormis functio kiindulhat az ovariumból. *Benzel* a Röntgen-kezelést adrenalinval kombinálta és eredményei oly meglepő jók voltak, hogy a strassburgi női klinikán ezt a kezelésmódot vezették be 1914-ben. *Benzel* e kombinált kezelésmódnak specifikus hatást tulajdonít.

A mióta ismerjük a mélyreható kemény Röntgen-sugarakat, kétféleképpen kasztrálhatunk Röntgennel: a) egy ülésben való castratio; b) protrahált lassú castratio. A poly-

glandularis elmélet szemeltartása mellett, a hol az összes mézanyagcserét szabályozó vérmirigyek megváltozott működés-zavara okozza az osteomalaciát, az egy ülésben való Röntgen-castratióval szemben a protrahált kezelésnek kell az előnyt biztosítani. A Röntgen-castratióval az ovarium inaktiválása a czélunk, a mit kemény sugarakkal egy ülésben is elérhetünk, ez azonban még nem gyógyítja meg a betegséget, szükséges hozzá a többi endokrin mirigy functiójában beálló reflexes eltolódás is. Ilyen castratio utáni reflexes hypertrophiát észlelt *Fischer* a hypophysisen, a mi ovarium adagolására ismét visszafejlődött. A lassú castratiós kezeléssel módunkban áll időt engedni az ovariumon kívüli többi endokrin mirigyben fennálló egyensúlyzavar kiegyenlítésére, a vérkép javulására, a mi különösen az amúgy is igen legyengült betegeknek bír nagyobb fontossággal s a mivel elérjük azt, hogy a menstruatio kimaradásával járó kiesési tünetek, a melyek a betegnek kellemetlenséget okoznak, a minimumra csökkennek. A castratio mindazon esetekben gyógyítólag foghatni, a melyekben a többi endokrin mirigy megbetegedése kisebb fokú, vagyis melyek az ovarium-functio lassú kimaradására fokozatosan hyperfunctióval tudnak még reagálni.

Ezek alapján alkalmaztuk négy betegünkön, a kiknek súlyos osteomalaciájuk volt hosszabb idő óta, a lassú protrahált dosisokat; a gyógyítás időtartamát $\frac{1}{2}$ —1 évre terveztük. A betegeket havonta egy ülésben 25 cm. focusbörtávolságból, 3 mm. aluminium-szűrővel, 3—4 mm. aluminium felezőréteggel keménységgel, ülésenként 200 Fürstenau-egységdosisal kezeltük. Egyes alkalmas esetekben, a mikor a beteg jobb erőben volt és ezért feltételezhetjük az ovariumon kívül eső többi belső secretiós mirigy gyorsabb hyperfunctio-képességét, ennél nagyobb dosisokat, 300 Fürstenaut is alkalmaztunk, kiválasztva lehetőleg olyan betegeket, a kik előzőleg organextractumos kezelésben nem részesültek, nehogy a bekövetkezendő gyógyulás ennek legyen tulajdonítható, kivéve egy beteget, a kin néhány heti injectiós kezelés végeztetett, eredmény nélkül, de több mint egy évvel a Röntgen-kezelés előtt. Az első kezelést 1915-ben végeztük. Eseteink rövid leírása a következő:

I. H. M.-né, 29 éves, budapesti lakos, kőműves neje. 15 éves korában kapta havibaját, mely rendetlenül, 3—6 hetenkint jelentkezett 4 napi időtartammal. 17 éves korában ment férjhez. 6 partus. Első graviditásának második hónapjában kezdődött a betegsége végtagjaiban, mely még három egymásután következő, normalis szüléssel végződött graviditása alatt ismétlődött és szülés után minden különösebb kezelés nélkül visszafejlődött. Ötödik terhességének második felében a tünetek annyira fokozódtak, hogy járni már nem tudott. Spontan szülés. 10 napi fekvés után fájdalmi ellenére felkelt, járni azonban alig tudott. Nyolcz hónapi szoptatás után gyermeke meghalt, mire javulást vett észre, azonban néhány hét múlva ismét teherbe esett; ezen hatodik terhességének második felét, ötödik terhességének második feléhez hasonlóan, ágyban fekvéssel töltötte. Harántfekvés miatt fordítás, extractio, élő magzat. Egy hónapi fekvés és orvosságos kezelés után némi javulás. Három hónappal az utolsó szülése után Röntgen-kezelést kap. Csoszogó járás, erős végtagfájdalmak, bokamerevség; saját észlelése szerint alacsonyabb lett, a medencsecsonton elváltozás nem észlelhető. Kísérőtől támogatva jön. 2 besugárzás után bokáját mozgatni tudja. 4 besugárzás után lényegesen könnyebben érzi magát, hizott, fájdalmi csökkentek, kísérő nélkül jelenik meg. 6 kezelés után teljesen jól érzi magát. Minimalis vérzése van. 8 kezelés után vérzése még mindig megjön, bár igen kevés, hasbőre azonban viszket, megbarnult, de rajta kóros elváltozás nem észlelhető; mindamellett, tekintve az objectiv és subjectiv javulást, egyelőre elbocsájtjuk. Tizennégy hónappal a kezelés után a beteg panaszmentes, jól érzi magát, munkaképessége teljes.

II. L. F.-né, 39 éves, budapesti lakos, szemetes neje, rossz nyirkos lakásban lakik. 16 éves korában ment férjhez. Első havibaját 15 éves korában kapta meg, rendszeresen nyéghetenként 8 napi időtartammal. 9 partusa, 2 abortusa volt. Nyolczadik terhességének második felében kezdődött a betegsége a csípőizületben, úgy hogy a terhessége utolsó hónapjában járni már nem tudott. Orvosa kenőcsökkel és napfürdővel kezelte. Rendes szülés placenta-leválasztással, mely után 4 hónapig feküdt, majd nehezen, fájdalmasan járni kezdett. Tíz hónapig szoptatott. Négy évre rá ismét teherbe esett és terhességének III. hónapjától kezdve fájdalmi annyira fokozódtak, hogy ágyank dőlt, de semmi kezelést nem kapott. Atoniás vérzéssel komplikálódott szülés után két hónapig feküdt, majd intézeti kezelésben részesült, a hol injectiókat és hólyagkezelést végeztek rajta. Három hétig állapotában javulás nem állott be, fájdalmi nem szűntek meg. Mankóval hagyta el az intézetet. Rövid időre rá csukamájolaj- és phosphorkezelés, melyet egy évig folytatott, azután annyira javult, hogy otthon a lakásban a butorokba kapaszkodva, egyik helyről a másikra tudott menni. Vérzése legutolsó szülése óta nem volt.

Ismét jelentkező fájdalmi graviditásra hívták fel a figyelmét, a phosphorkezelést folytatja. Ezen egész terhességét ágyban fekvéssel töltötte, majd a VIII. hónapban művi koraszüléssel élő gyermeket szült. Miután néhány hónapig még ágybanfekve, phosphorkezelésre javulást nem értett, castratióra vették fel az egyik helybeli intézetben, a műtéttől azonban, tekintettel a szopós gyermekére, elállottak és Röntgen-castratióra hozták utasították. Így kínos betegségének nyolczadik évében kapta az első Röntgenkezelést. Igen legyengült, sovány, gracilis csontrendszerű beteg, ki bordáinak és végtagjainak érzékenysége miatt fekdülni nem tudott. Ülőhelyzetben pihen. Állítólag sokkal kisebb lett. Medenczecsontján elváltozás nincs. Két mankóval kísérelve segítségével is nehezen botorkál. 4. kezelés után állapotán változást nem vesz észre. 5. kezelés után vérzése elmarad. 10. kezelés után könnyebben jár. 11. kezelés után egy mankóval jön. 12. kezelés után mankó nélkül jelenik meg, jól érzi magát, házimunkát végez, bár kissé kacsázva jár, fájdalmi azonban jelentéktelenek. Jól érezve magát, a további kezelésről elmarad, míg vérzései nem jelentkeznek, ekkor néhány besugárással, tekintettel az ismét beállott menopausára, elbocsájtjuk. Bár járása nem tökéletes, mégis fájdalom nélkül végezhet mindenféle házimunkát 8 tagú családja számára.

III. F. J.-né, 49 éves, budapesti lakos, munkás neje, nedves lakásban, igen szűkös viszonyok között él. Hústápláléka alig van. 16 éves korában kapta meg havibaját, mely 4 hetenkint jelentkezve, 3-4 napig tartott. 10. partus, 1. abortus. Tizenegyedik terhességének legelején kezdődtek a panaszai, derék-, far- és lábfajdalmak, majd terhességének második felében alig tudott járni, úgy hogy a VIII. hónaptól kezdve ágyban fekdülni kezdett. Calciumot és phosphort kapott. Rendes szülés. Két hónapot ezen kezelés mellett még ágyban töltve (gyermekét szoptatta) annyira javult, hogy két botra támaszkodva járni tudott és így jelentkező Röntgen-kezelésre. Sovány, alacsony, gracilis csontrendszerű asszony, szegycsontja és keresztcsontja nyomásra érzékeny. Csontdeformatio nincs. Erős, kifejezett lúdtalp. A 3. kezelés után egy botra támaszkodva jön. Az 5. kezelés után már annyira javult, hogy botra szüksége nincs. Fájdalmi a minimumra csökkentek, könnyen fárad ugyan, de mindenféle háztartásbeli munkát végez. Tekintettel arra, hogy vérzései még nem maradtak el, bár állapota teljesen kielégítő, kezelését a menopause beálltáig folytatjuk.

IV. K. J.-né, 40 éves, budapesti lakos, tisztviselő neje. 23 éves korában ment férjhez. 15 éves korában kapta meg havibaját, mely 4 hetenkint 3-4 napig tartott. 8 évig bányatelepen, igen rossz, nedves lakásban lakott. Anyja hasonló betegségben szenvedett. 6. partusa, 2. abortusa volt. Hetedik terhességének hatodik hónapjában kezdődött a betegsége igen kifejezett csontfájdalmakkal, főleg a far- és keresztcsonton, melyek annyira fokozódtak, hogy ülőhelyzetből felállani és fekvőhelyzetben megfordulni nem tudott. Terhességének utolsó idejét fekvéssel töltötte. Köldökzsinórcsavarodás miatt halott magzatot szült. Hat hetes fekvés után némi javulást értett. Rövid időre rá teherbe esvén, terhességének egész elején ismét fájdalmi voltak, különösen a keresztcsonton és tibiákon nyomásra élénk érzékenység; ezt a terhességét két-hónapos korában elvetélte. Orvosa phosphorral kezelte, de panaszai mégis ismétlődtek, a beteg graviditásra gondolt. Miután ezt az orvosi vizsgálat meg nem erősítette, Röntgen-kezelésre utasították. Középtermetű, sovány beteg. A csontokon a nyomási érzékenység kiskokú, főleg a sternumon észlelhető. Csontdeformatio nincs. Fájdalmait főleg a far- és keresztcsontra lokalizálja. 4. kezelés után vérzése kimarad, járáskor fájdalmi alig vannak. 7. kezelés után, tekintettel arra, hogy teljesen jól érzi magát és három hónapi menopausája van, elbocsájtjuk. Miután ennek a betegnek a többi beteghez viszonyított erőbeli állapota sokkal jobb volt, az első két Röntgen-kezeléskor másfélszeres dosist adtunk és így az első két besugárással 300 Fürstenau-egységet kapott.

Három utolsó esetünkben a gyógyulás a climax közelségével hozható összefüggésbe, a mi kétségtelenül a mesterleges castratio segítségére van, de hogy a Röntgen-sugarak nemcsak a magasabb korban hatásosak az osteomalaciában, azt az I. esetünk bizonyítja, a melyben a 29 éves beteg fiatal kora miatt az ovariumok nagyobb ellenálló képességét és gyorsabb regenerációját tételezve fel, a hatást későbbre, a gyógyulás tartamát pedig rövidebb időre gondoltuk, mégis kellemes csalódás ért, mikor a beteget immár 14 hónapja gyógyultan, panaszmentesen látjuk.

Ezek szerint tehát nemcsak ott javallhatjuk a Röntgenkezelést, a hol a betegek a climaxhoz közel vannak, hanem minden olyan esetben, a hol az endokrin mirigykivonat és phosphor cserben hagyva, az operatív castratiótól remélt gyógyításnak akár a beteg legyengültségénél, akár más oknál fogva valami contraindiciója áll fenn. Az osteomalacia gyógyításának módjában tehát individualizálni kell. Míg lesznek, a kik organotherapiás kezelésre is meggyógyulnak, addig mások csak castratióra. A kétféle Röntgen-castratio közül pedig a lassú protrahált kezelés látszik előnyösebbnek. Az I. és III. számú esetünkben ugyanis a subjectív és objectív javulás a lassú röntgenezés folyamata alatt már akkor jelentkezett, a mikor a castratio objectív jele még nem volt meg, az asszony még menstruált. Daczára ennek, a gyógyulás teljesnek mond-

ható. Az I. beteg immár fennálló vérzés mellett 14 hó óta panaszmentes. Ezek alapján jogosultnak látszik az a feltevésünk, hogy egyes esetekben az ovarium hyperfunctiójában fokozati különbségek vannak. A míg az egyik esetben a belső secretiós mirigyek egyensúlyának helyreállításához a petefészek funkciójának teljes kiküszöbölése szükséges, a másokban már egynehány besugárással után állandó javulás mutatkozik a petefészek még olyfokú funkcióképessége mellett is, hogy az a menstruatiót előidézhetheti. Ebben az esetben tehát a teljes, akár operatív, akár egy ülésben végzett Röntgen-castratióval túllőttünk volna a célon. Hogy melyek ezek az esetek, előre megmondani nem tudjuk, de éppen a lassú protrahált Röntgen-castratióval találhatunk rájuk.

Közlemény a budapesti m. kir. Pázmány Péter tudományegyetem urológiai klinikájáról. (Igazgató: Illyés Géza dr., egyetemi nyilvános rendes tanár.)

Adatok a prostata-túltengés kórképe alatt kifejlődött járulékosmirigy-adenomához.

Irta: Borza Jenő dr., egyetemi tanársegéd.

Az idős férfikorban sok kellemetlenséget, sőt sokszor következményeivel végzetes kimenetelű betegséget okoz az úgynevezett prostata-túltengés, a mely kezdetben vizelési nehézségeket, majd retrograd úton veseelégtelenséget okozva, a szervezeti háztartási egyensúlyát megzavarja s halállal végződik.

Az egyedüli helyes és czélszerű s egyben lehetséges gyógyítása műtéti úton történik, a melylyel a már-már elveszettnek hitt, sokszor uraemiás beteget kellő előkészítés után sebészi beavatkozással megmenthetjük az életnek. Ezen indiciótól csak akkor térünk el, ha súlyos szervi elváltozások a műtétet ellenjavalltá teszik. Ilyenkor a sok és életveszélyes complicatió okozó katheter-életet vagyunk kénytelenek ajánlani.

A műtéttel a húgycső átjárhatóságát korlátozó s ezzel súlyos következményeket okozó többletet eltávolítva, a beteg meggyógyul.

Hogy mi az az akadályt okozó többlet, a melyet prostata-túltengésnek neveznek, tettük vizsgálat tárgyává az urológiai klinika beteganyagán.

Alkalmunk volt fiatal egyének normalis prostatáját, sebészi műtéttel eltávolított részleteket, megoperált s később intercurrens betegségeiben meghalt egyének bonczolása alkalmával kivett prostata-ágakat, továbbá műtetre nem került, veseelégtelenségben elpusztult egyének prostatáját a túltengett részekkel együtt tanulmányozni.

A prostata normalisan kifejezett férfikorban két symetriás részből álló, gesztenyealakú, körülbelül 15-22 gr-os, félig mirigyes, félig izmos kötőszövetből álló szerv, a melynek nagysága kor szerint, szöveti összetétele pedig egyénenként eltérést mutathat a szerint, hogy az izom vagy pedig a mirigyes rész van nagyobb mennyiségben képviselve.

Simonds méréseket végzett és úgy találta, hogy felnőttön a 20-60. életévig a prostata közepes súlyokat véve 15-18 gr.-ig növekedik, a 60-80. életévig a 18 gr.-os mirigy súlyban 15 gr.-ig súlyed. A periurethralis mirigyeket is együttmértve kitűnt, hogy az 50-80. életévig 40 gr.-ra emelkedik a súlyuk, a mely 40 gr.-ból 15 gr.-ot tesz ki a prostata és 25 gr.-ot a megnagyobbodott periurethralis mirigyecsomó. Ez a kimutatás azt bizonyítja, hogy az 50-60-as életévekkel a prostatának is beáll a senilis involutiója, ellenben ezekkel az évekkel elkezdődik a sphincteren belül, a colliculus fölött helyet foglaló apró periurethralis mirigyek megnagyobbodása.

Ezeknek a periurethralis mirigyeknek a tömege igen nagy lehet. Fullerton beszámol egy 481 gr.-os tömegről. A mi klinikánkon 216 gr. volt eddig a legnagyobb, 2 gr. a legkisebb. A legsűrűbben 40-80 gr.-ig fordul elő.

A mirigy és izomszövet egymáshoz való aránya annyira különböző lehet, hogy izmos és mirigyes prostatákat lehet megkülönböztetni. A gyermekkorban is kevesebb a mirigyes rész mint a nemi érettség korában.

A prostata két oldalsó és egy középső lebenyből áll, a melyek elől egy vékonyabb, hátul egy vastagabb, commissurá-

nak nevezett hídal vannak összekapcsolva. A hátulsó felső összeköttetés, a középső lebeny, isthmus prostatae vagy Home-féle lebeny, kis babnyi nagyságú, s a prostatát átfűrő ductus ejaculatoriusok és a hólyagfal között fekszik. A húgycső 3—3¹/₂ cm.-nyi hosszúságban keresztülfúrja a prostatát hosszirányban excentrikusan.

A mirigyes rész több elágazó, aránylag tág lumenű tubuloalveolaris járatból áll, a melyek egyes helyeken egyedül vannak, más helyeken csoportosan, szőlőfürtszerűen rendeződnek el, sima izomszövetbe s kevés kötőszövetbe ágyazva. Alakjuk kerekded, megnyúlt ovalis. A mirigyek hámjá egyrétegű cylinderepithel, a melynek magja jól festődik s basalisan helyezkedik el. A cylindrikus hám alatt egy hosszúkas, megnyúlt alakú sejtréteg van, a mely valószínűleg a hiányzó membrana propriát helyettesíti. Ha a mirigy megtelődik, vagy a járatok levezetésében akadály van, kitágul és a hám ellaposodik. A kitrült mirigy lumenében többszörösen bedomborodó epithel által alkotott alacsony bolyhok vannak. A mirigyeket és mirigyjáratokat sima izomrostok fonják körül, a melyek a mirigy kiürülését szolgálják. Váladéka higan folyó, gyengén lúgos, zavaros, leukocytákat, hámsejteket és hámsejt-törmelékét tartalmaz. Ha besűrűsödik a váladék, concrementumokat alkothat.

A prostata tokja erős tunica propria, a mely kötőszövetből és sima izomszövetből áll. Lendorf szerint a húgycső körkörös izomrétegéből fejlődik s ebben a körkörös izomrétegben foglal helyet a prostata. Kivezető nyílásai a colliculus seminalis mellett s az alatt nyílnak a húgycsőbe.

A húgycső egész pars prostaticájában a colliculus magasságában és ettől felfelé az orificium internum körül, a nyálkahártya alatt az izomrétegbe terjedőleg, több-kevesebb apró accessorius-periurethralis mirigy fekszik, a melyeket a prostatától a sphincter urethrae membranaceae választ el, az a sphincter, a mely a hólyag sphincterében folytatódik.

Broman szerint ezek a mirigyek entodermalis eredetűek, szemben a prostata mesodermalis eredetével, ugyanis a Wolf-járat primaer urethrárt alkotó részéből fejlődnek.

Tehát az excentrikus elhelyezkedésű nagyobb mirigyrendszerből álló prostata extrasphincteresen fekszik, kivezető csövei a colliculus mellett és alatt vannak. A centralisan fekvő periurethralis kisebb mirigyecskék submucosusan és intrasphincteresen fekszenek, a colliculustól felfelé a hólyag felé, a húgycső elülső falának nyálkahártyája alatt kisebb számmal, mint a hátulsó fal nyálkahártyája alatt. Kivezető csöveik a colliculus felett foglalnak helyet s nyílnak a húgycsőbe. Ezek az accessorius mirigyek nem tartoznak sem az elhelyezkedés, sem a fejlődés alapján a prostatához.

A prostata-túltengésnek nevezett azon kórképben, a mely súlyosságánál fogva műtéti beavatkozás tárgya, sohasem a prostata túltengésével állunk szemben, hanem kivétel nélkül e sokszor módfelett megnagyobodott és megszaporodott mirigy-csoportok daganatszerű elfajulásával.

Ha már most egy ilyen műtéttel eltávolított mirigy-csoportot — a mely egy rostos kötőszövetes tokban elhelyezett, göbös külsejű és tapintatú, puha és keményebb részleteket tartalmazó tumornak felel meg — kettémetszünk, látjuk, hogy a metszéspont gombostűfejtől lencse-, bab-, sőtogyoró-nagyságú kerekded, ovalis alakú szigetekre osztott. A szigetek szürkésfehérek, a felületből kiemelkednek, nyomásra zavaros váladékot lehet kisajtolni belőlük, élesen körülárgoltak szívósabbnak látszó fénylő, fehéres, kötőszövetes válaszfalakkal, a mely válaszfalak metszéskor a kidudorodó mirigyes részszel szemben visszahúzódnak. Ha egy kiemelkedő göböt könnyedén, tompán kihámozunk, megmarad a fénylő fehéres külsejű bémélyedt tok s a kihámozott göb újból apróbbakra választható szét. Minden kis daganatocskának megvan a saját tokja, azonkívül tagja egy közös tokban több kis mirigyecskéből álló csoportnak s végre az egész eltávolított mirigy-tömegnek, a melyet kívülről s egyúttal a prostatától egy vastagabb rostos tok választ el és vesz körül, a mely műtétek alkalmával az úgynevezett való réteget alkotja.

Egyik ilyen műtéttel eltávolított 21 gr. súlyú daganat-tömegből (tehát a kicsinyek közül) 71 darab buzaszem-bab-

szem nagyságú, külön tokkal bíró mirigyecskét lehetett egymástól tompán könnyedén kihámozni a közös kötőszöveti tokból. A kihámozott mirigyek 12 gr.-ot, a visszamaradt közös tok 11 gr.-ot nyomott.

Némelyik nagyobb mirigyecske a kisebbekhez alakjának elnyúlásával odasimulni igyekszik.

Görccső alatt látjuk, hogy a tok vagy válóréteg vastag izom-kötőszövetből áll, a melyben aránytalanul több a kötőszövet, mint az izomszövet. Ezen belül a metszéspont makroszkopos szigeteinek megfelelőleg körkörös kötőszövettől körülvett, különféle nagyságú tubulo-acinosus mirigyhalmazokat látunk, a melyek a kötőszöveti váz fokozatos elvékonyodásával a központ felé mind kisebb és kisebb mikroszkopos mezőkre osztódnak. A mirigyek bélése nagy mértékben burjánzott, többsoros cylindrikus [hám, sötéten festődő maggal. Lumenükben több vékony kötőszöveti alappal bíró, burjánzott hámmal fedett, boholszerű betüremkedés látható annyira, hogy némelyik mirigyjárat lumene csillagalakúvá válva, erősen megsűkül. Egyesek lumene levált hámsejtekből, hámsejt-törmelékéből és leukocytákból álló anyaggal kitöltött. Találunk kitágult nagy lumenű üregeket, a melyek némely helyen valószínűleg cystává alakulnak s a melyek között a kötőszöveti válaszfal egészen elvékonyodik, a hámsejtek ellaposodnak, némely helyen a fal átszakad. E két véglét között a nagyság és számbeli elváltozás egész skálája van.

Közös kiemelkedő tulajdonság a megvastagodott kötőszöveti tok minden mirigyjárat körül és a nagyfokú hám-burjánzás, a mely még a cystásan tágult járatokban is bolyhokat alkot. Néhol gömbsejtes beszűrődés látható, a mi mindig secundaer gyuladással elváltozásnak felel meg.

Ez elváltozások mellett ritkábban előfordulnak olyan tumorok is, a melyekben a mirigyállomány nyal szemben a stroma burjánzása jut túlsúlyba. Ilyenkor külön tokkal körülvett, igen kevés szűk mirigyjáratot tartalmazó, kötőszövetből álló kerekded kis fibromákat találunk. Előfordul a két kép kombinálódása, a mikor egymás mellett látni a fibromát és fibroadenómát.

Ha az elhalt prostatektomizált beteg bonczolásakor talált visszamaradt tömött prostatát vizsgáljuk, szabad szemmel egyneműnek, szívós felületűnek, egyenletes felszínűnek, szürkés színűnek találjuk. Göbös tapintat, metszéskor kidomborodás és behúzódnak, szigetekre osztottság hiányzik.

Görccső alatt a normalis prostatát jellemző bőséges sima izomrostot, kevés kötőszövetet tartalmazó mirigyes szerkezetűnek találjuk. A mirigyjáratok általában a külső felülettől a központ felé fokozatosan szűkülnek, hosszukassá, elnyulttá válva a peripherián, a hol még kifejezett lumen van; a központ felé közeledve annyira szűkek lehetnek, hogy lumenük már nem látható s csak mint elnyúló basalis szolid sejtcsoportok képviselik a volt mirigyjáratot. A nyomástól függően ez a kép változhatik. Kisfokú nyomás esetén a peripherián még működőképes, váladékkal telt, corpora amylaceaakat tartalmazó mirigyjáratokat találhatunk, a központ felé a mirigyjáratok már szűkebbek, de a lumenük és hámjuk még megtartott. A nyomás érhetőleg a központban a legnagyobb s anatómiai következményeiben itt fejeződik ki a legjobban. A periphéria felé kisebb, tehát itt az anatómiai következményei is a legenyhébbek.

A műtét után három-négy héttel, a nyomás megszűntével, a prostata természetesen elfoglalván rendes helyét, a mirigyjáratok lassacskán kitágulnak és közelednek a normalis prostata szöveti képéhez. S csakugyan klinikailag is megállapítható, hogy a prostata a műtét után felszabadulván az eltávolított tumor okozta nyomás alól, elfoglalja normalis helyét, visszanyeri normalis alakját, consistentiájában azonban valamivel tömöttebb marad.

Veseelégtelenségben meghalt beteg prostatáját a megnagyobbodott mirigy-tömegekkel együtt vizsgálva, a két előbb említett kép egymásmellettségét látjuk, úgy makroszkopice, mint mikroszkopice. Látjuk a daganat által összenyomott, több simaizomszövetet, kevesebb kötőszövetet, normalis számú szűk mirigyjáratot tartalmazó, a központ felé lumen nélküli,

szolidnak látszó epithelsorokat, mint valódi prostata-szövetet, s ezzel szemben a kevés izomszövetet, sok kötőszövetet tartalmazó, számban erősen megszorodott mirigyjáratokat, a nagy mértékben burjánzó, bohólyszerű betüremkedéseket alkotó adenomát vagy fibroadenomát.

Az előbbiekből kitűnik, hogy a prostatatúltengésnek nevezett kórképben a megnagyobbodásban a prostata nem vesz részt, hanem a tumortól összenyomva, mint prostata-ág, vagy a tumornak tokja sértetlenül bennmarad és műtét után felszabadulván a nyomástól, elfoglalja régi helyét és a normalis nagyságát visszanyeri. Az eltávolított rész pedig egy tömegében megnagyobbodott kötőszöveti stromából és számban nagy mértékben megszorodott mirigyből áll, a melyben a prostatában sohasem hiányzó bőséges símaizom-elem igen kis számmal van képviselve. Kitűnik továbbá az, hogy míg a prostatában a közbenső szövet nem alkot az egyes mirigyjáratok között válaszfalakat, addig a tumorban igen élesen tokot alkotva helyezkedik el az erősen burjánzó, bohólyokat alkotó, többsoros hámmal bélelt mirigyjáratok között.

Tekintetbe véve azt a körülményt, hogy úgy a kötőszövet, mint a mirigyszövet számbeli megnagyobbodását, illetőleg megszorodását ki lehet mutatni, valódi daganatnak tarthatjuk, még pedig adenomának vagy fibroadenomának. Ilyenformán a prostata-túltengés azon kórképben, a mely sebészi beavatkozást igényel, tulajdonképp nem prostata-túltengéssel, hanem az accessorius periurethralis mirigyek adenomájával vagy fibroadenomájával van dolgunk.

Német belorvostani congressus.

Az évenként megismétlődő gyűlést idén is Wiesbadenben tartották meg április hó 24.-étől 27.-éig. A gyűlésen Brauer tanár elnökölt. A gyűlés sikerének bizonyítékai: közel 800 résztvevő, 135 megtartott előadás s a külföldi orvosok nagy száma, ezek között a külföldi orvostudománynak több híres képviselője.

Csaknem lehetetlen az elhangzott előadásokat csak megközelítőleg is ismertetnem, oly sokoldalú, a belgyógyászat minden ágára kiterjedő és intenzív tudományos munkásságra valló volt a tárgysorozat. E sorok keretében csak arra szorítkozhatom, hogy főbb vonásokban ismertessem az előadottakat s kiemeljem az elméleti, vagy gyakorlati fontosságú kérdéseket.

Brauer tanár elnöki megnyitójában az orvosok socialis helyzetéről, illetőleg a betegségyező pénztárhoz való viszonyáról emlékezett meg, hangsúlyozva, hogy a betegségyezés új alapokra helyezendő.

A májbetegségek tárgyalását Eppinger (Bécs) vezette be az icterusról szóló referatumával. Szerinte a sárgaság nem betegség, csak tünet. Az icterusnak három fajtáját különbözteti meg: 1. A mechanikai eredetűt, a melyben az epe-capillarisk eldugulása, vagy epethrombusok hozzák létre a tüneteket, 2. a haemolysises icterust, a melyben még kétséges, hogy az epefesték hol képződik s a Kupfer-sejtek szerepe sem tisztázott, 3. a catarrhalis alakot, melynek keletkezése szintén nincsen tisztázva, ez sokkal súlyosabb baj, mint a hogyan rendszeren gondolják, mert a májsejtek parenchymás elváltozásával jár s ezért a nephrosissal hasonlítható össze.

Müller R. (Erlangen) a májnak vegetatív idegekkel való ellátásáról beszélt. Westphal (Frankfurt) azt találta, hogy az epeutak s főleg a choledochus sphinctere a vegetatív idegrendszer befolyása alatt állnak s ez gyógyszerekkel befolyásolható. Rehloff (Berlin) szerint a haemolysises icterus is hepatogen eredetű. Nürnbergger (Homburg) a terhesség ideje alatt functiós zavarokat talált a máj működésében. Linser (Tübingen) a salvarsan után előálló icterust lueses eredetűnek tartja s nem a salvarsan hatásának. Lepehne (Königsberg) az epe-savas sóknak a kénvirág-módszerrel való kimutatását ismerteti. Singer (Bécs) az epeutak desinfectiójára a choleval intravenás alkalmazását ajánlja. Grafe (Rostock) azt találta, hogy a chemiai hőszabályozás székhelye a máj, s ez az idegrendszer befolyása alatt áll.

Az eszmecsere alkalmával, a melyben Schiff, Naegeli, Lichtwitz, Leschke, Klemperer, Stepp, Friedrich, Minkowski, Hijmans von den Bergh s mások vettek részt, beigazolást nyert, hogy a catarrhalis icterus majdnem mindig a májsejtek elváltozásával jár és hogy a májsejteknek jut a fő szerep; a lép, valamint a Kupfer-sejtek csak előkészítői a folyamatnak.

A másik nagy tárgy a belső secretio volt, még pedig főképp a hypophysisről volt szó, a melyről a referatumot Biedl (Prága) adta. E mirigynek a legfontosabb alkotórésze, a középső lebeny secretuma, nem a vérbe, hanem az agyhoz vándorol. Az elülső lebeny megbetegedésénél nincsenek anyagcserezavarok. A Fröhlich-féle betegség oka vagy az, hogy a középső lebeny váladéka nem tud kiürülni, vagy az, hogy a hypothalamus beteg; ehhez atresia ani, polydaktilia és egyéb fejlődési anomaliák társulhatnak. A vér-regulatio székhelye a hypothalamus s így a diabetes insipidus nem tisztán hypophysis-megbetegedés. Az elülső lebeny a fejlődés mirigye, a későbbi korban csak hyperfunctiós állapotban juthat szerephez. A therapiában infantilismus esetében használhatjuk fel. A mirigy váladéka lipoidszerű anyag: a tethelin. A középső lebeny az anyagcsere-mirigy s váladéka részben a hátulsó lebenybe ürül. A hypophysis életfontosságú mirigy, a mit igazol, hogy elpusztulása cachexiát okoz.

Kestner (Homburg) a Fröhlich-betegségben hús adagolása után az anyagcsereinek csupán 10%-nyi emelkedését észlelte. Zondek (Berlin) az endokrin elhíjasodásról adott elő, mely a legkülönbözőbb testrészeket mutatkozik. A tisztán calorikus úton való megítélés helytelen. Bijlsma (Utrecht) a különböző hypophysis-praeparatumok vizsgálatára a tengerimalac méhét s a vérnyomás mérését ajánlja; a különböző készítmények a legkülönbözőbb componensekre hatnak. Densch (Rostock) a thyreoida és a bélmozgások közötti összefüggést ismerteti. A pajzsmirigy szabályozza az Auerbach-plexust. Myxoedemánál obstipatio áll fenn.

Lichtwitz (Altona) hangsúlyozza, hogy a hypophysis-praeparatumok adagolása után észlelt diuresisgátlás függ a beteg saját hypophysisének állapotától; minél rosszabbul működik ez, annál kedvezőbb a hatás. Gigon (Basel) szerint a Fröhlich-betegségnek két typusa van, melyek közül az egyikben a két testfél asymmetriás s a boka körül zsírpárna nincsen.

Még két összefüggő tárgyról volt szó. Ellinger (Frankfurt) vezette be a kolloidchemiai előadások sorát. Úgy ő, mint Schade (Kiel) és Nonnenbruch (Würzburg) az úgynevezett duzzadási nyomásnak és a serum viscositásának fontosságáról beszélt. Strauss (Halle) szerint a diuresis kezdetén felhigul a vér s az extrarenalis tényezők dominálnak. Trendelenburg (Rostock) a sympathicotonus pharmacologiai próbáiról referál. Csak egy szabatos módszerünk van, a mely a periferia izgalmát okozza; a szer, a mely ezt létrehozza, az adrenalin, a többi szer hatása complex s így nem használható; kis adagban való alkalmazása után hűsevőkben a vérnyomás csökken. A subcutan alkalmazás hatásának mértéke nem lehet irányadó, mert a resorptiós viszonyok különbözők, ezért intravenásan kell adni. A vita során az a vélemény alakult ki, hogy embernek csak nagy mértékben felhigítva, vagy pedig úgynevezett állandó infusio alakjában adjuk. Weinberg (Rostock) szerint az adrenalin hatása csakis az adagolástól függ. Billigheimer (Frankfurt) a különböző táplálkozások hatásmódját tanulmányozta az adrenalin-görbékre.

A többi előadás közül elsősorban emlitem Schottmüller-ét (Hamburg), a mely gyakorlati therapiás eredményekről számolt be; cystitis és pyelitis eseteiben 2%-os lapissoldatnak 100 cm³-es adagokban való befecskendezését a hólyagba ajánlotta; az eredmény kitűnő. Az aneurysmák — tapasztalata szerint — intenzív salvarsan-kezelésre lényegesen javulnak. Tannhauser (München) a melanin alaptermékének a brenzkatechin-eczet-savat tartja. Petrén (Lund) acidosisnál szigorú fehérje-megszorítást ajánl. Koch (Köln) a véráram sebességének meghatározására 1 cm³ fluoresceint használ. Friedrich (Budapest) az achylia gastrica különböző alakjainak elkülönítésére állandó szondán át sósav befecskendezését ajánlja. Weiti (Tübingen) szerint az essentialis hypertonia familiaris megbetegedés. Külbs

(Köln) a pericardium punctióját az axillaris vonalból ferde irányban ajánlja. *Unverricht* (Berlin) a thoracoskop igénybevételével elektrokautilerrel távolítja el a mellkasi adhaesiákat. *Reiss* (Frankfurt) a gyomor-pepsin meghatározására a refractometriás eljárást ajánlja. *Reiss* (Frankfurt) a májdiagnostikában jónak találta a galaktosepróbát, a mely catarrhalis icterus eseteiben is pozitív. *Hijmans von den Bergh* (Amsterdam) a cholelithiasis-roham alatt a vér bilirubin-tartalmának megnövekedését észlelte oly esetben is, a mikor sárgaság nem volt. *Veil* (München) megállapítja, hogy a vizelet aciditása s az arteriális vér széntartalma ellenkezőleg viselkedik. *Tallquist* (Helsingfors) a hypoplastikus szíven nem észlelt megnagyobodást akkor sem, ha az illető hypertoniás volt. *Neuschloss* (Frankfurt) a vérsavó viscositásának csökkenését észlelte hyperthyreoidismusnál s ezért ezt diagnostikai jelnek ajánlja. *Adler* (Frankfurt) szerint a mellékvese kérge a fejlődésre, illetőleg a növekedésre is befolyással van. *Plesch* (Berlin) új regisztráló vérnyomásmérő készüléket mutat be. *Schürer* (Mühlheim) bacillushordozóknál az epehólyag kiirtását tartja a legcélszerűbbnek.

Az előadottak legnagyobb részét az experimentalis pharmacologia s a kóréletlen körébe tartoztak; feltűnő sok volt az állatkísérletekről szóló beszámoló, míg gyakorlati tárgyú és a betegágygyal szorosan összefüggő előadás aránylag kevés volt.

A jövő évi congressust Bécsben tartják *Wenckebach* elnöklésével.

Friedrich László dr.

A Rockefeller-alapítvány.

A Rockefeller-alapítvány feladata, hogy az emberi jólétet az egész világon előmozdítsa. Főtevékenységét a közegészségügyre és orvosképzésre irányítja. 1920-ban 6 canadai orvosi fakultást 5 millió dollárral, a londoni orvosi iskolát 5 millió dollárral támogatta, 1 millió francot adott a bruxellesi, *Erzsébet királyné* nevét viselő orvosi tudományos intézet céljaira, a bruxellesi orvosi fakultás restructióját 3 millió dollárral megindította, 5 európai állam 11 orvosi fakultásának laboratoriumait és könyvtárait segélyezte, Pekingben egész orvosi fakultást tart fenn, hozzájárul a baltimorei *John Hopkins*-egyetemen a közegészségügyi tanfolyam létesítéséhez, ugyanezt teszi Sao Paoloban Braziliában, 13 állam 90 orvosának továbbképző ösztöndíját adott, meghívott Amerikába angol, belga és cseh higienikusokból és orvosokból álló bizottságokat, a sárgaláz, a malaria és bélférgek ellenes küzdelmet folytatta, megszervezte a tuberculosis ellenes küzdelmet Franciaországban, segíti a cseh-szlovák kormányt a közegészségügyi laboratoriumok felállításában, az ápolónőképzés előmozdítására bizottságokat alakít, az európai gyermekmentő-actiót 1 millió dollárral támogatja. Az alapítvány jogosan használja „The wellbeing of mankind throughout the world” jelzöt.

Nagyon tanulságos, hogy miképp szervezték meg Franciaországban a tuberculosis ellenes küzdelmet. 1917-ben a háború alatt az alapítvány bizottsága állapította meg a küzdelem programját:

1. Néhány minta-dispensairet állítottak fel; 2. orvosok és védőnők számára tanfolyamokat szerveztek; 3. helyi bizottságokat alakítottak; 4. népszerű előadásokat tartottak és nyomtatványokat terjesztettek. A küzdelem költségeihez a francia törvényhozás 3 millió franc-nal járult hozzá. Rövid idő alatt 271 dispensaire-t állítottak fel és 178-at készítettek elő, 215 védőnőt képeztek ki. Reánk nézve legtanulságosabb az alapítvány tevékenysége Csehországban: 1. Az újonnan felállított cseh közegészségügyi ministeriumba amerikai szakembert küldtek, ki a közegészségügyi szolgálat megszervezésében a kormány segítségére legyen. 2. Ösztöndíjakat bocsátottak rendelkezésre jól kiválasztott szakemberek kiképzésére. 3. Közegészségügyi laboratoriumok felállítását támogatták. 4. Cseh bizottságot tanulmányútra küldtek Angliába és Amerikába. Mindezekhez járul a központi egészségügyi intézet alapítása.

Az alap tőkéje körülbelül 200 millió dollár, de a kamatokon kívül évről-évre újabb adományokat kap az alapító csa-

ládtól. A Rockefeller-alapítvány eddig a budapesti egyetem orvosi fakultását támogatta, hogy a laboratoriumok tudományos felszerelését, mely a háború alatt sokat szenvedett, kiegészíthesse s angol meg amerikai folyóiratokat küldött békebeli előfizetési díjért, a különbözetet az alap fizeti. *Tóth Lajos* államtitkár, *Bókay János* és *Nékám Lajos* egyetemi tanárok nagy érdeme, hogy az alapítvány delegáltját, ki Európát beutazta, meggyőzték arról, hogy a magyar tudomány reászorgált a támogatásra. Az utolsó időben professor *Selskar M. Gunn*, széles látókörű higienikus járt Budapesten, a ki látásba helyezte, hogy a népjóléti ministeriumot a közegészségügyi szolgálat megszervezésében hathatósan támogatni fogja.

A jövő nemzetgyűlésnek és kormánynak legsürgősebb feladata lesz, hogy a nép egészségügyét tervszerű intézkedésekkel ápolja. A csecsemőhalandóság, a tuberculosis és a venereás betegek pusztítása gyökerében támadta meg az ország életerejét, melyet a háború, a forradalmak s a kegyetlen béke amúgy is meggyengítettek.

Az angol *Jenner*, a francia *Pasteur*, a német *Koch* s a magyar *Semmelweis* megmutatták a szanalás útját és eszközeit. Az az államférfi, ki megérti az idők szavát s egész erejét a közegészségügy megjavítására fordítja s azt eredményesen végrehajtja, nevét legjobbaink sorába iktatja.

Grósz Emil dr., egyetemi tanár.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

G. Klemperer: Grundriss der klinischen Therapie innerer Krankheiten. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. Ára 54 márka.

A harmadfélszáz lapra terjedő, kisebb alakú könyv megírásakor az a cél vezette az ismert nevű szerzőt, hogy a belső bajokban szenvedők kezelésének tudományos alapelveit és gyakorlati kivitelét lehetőleg tömören és áttekinthetően ismertesse, különös tekintettel a kezdő orvos igényeire. Ezt a célt, úgy gondoljuk, elérte a szerző s így a munka bizonyára meg fogja találni a maga nagy olvasóközönségét, mint a hogyan megtalálta a maga közönségét a klinikai diagnostikát tárgyaló, nagyszámú kiadást megért kis munkája, a melynek mintegy kiegészítője akar lenni ez a mostani.

Új könyvek:

G. Mingazzini: Der Balken. Eine anatomische, physiopathologische und klinische Studie. Berlin, J. Springer. 160 m. — *C. Garré*: Chirurgischer Operationskursus. Leipzig, F. C. W. Vogel. 12 m. — *W. Stupka*: Die Therapie der Nasentuberkulose. Leipzig, C. Kabitzsch. 12 m. — *O. Bumke*: Das Unterbewusstsein. Berlin, J. Springer. 15 m. — *K. Neuwirth*: Gynäkologische Strahleneffekte und eine merkwürdige Alopecie. Wien-Leipzig, A. Hölder. 48 m. — *M. Kahane*: Grundzüge der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. Wien, Urban und Schwarzenberg. 54 m. — *J. Thiersch*: Carl Thiersch. Sein Leben. Leipzig, J. A. Barth. 120 m. — *C. Bruck*: Rezeptaschenbuch für Dermatologen. Berlin, J. Springer. 48 m. — *P. Mulzer*: Die syphilitischen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. München, J. F. Lehmann. 90 m. — *R. O. Stein*: Geschlechtskrankheiten. Mit 32 Tafeln. München, J. F. Lehmann. 90 m. — *S. Oberndorfer*: Pathologisch-anatomische Sifusbilder der Bauchhöhle. München, J. F. Lehmann. 100 m. — *C. Lämle*: Einführung in die schulärztliche Tätigkeit. Wien, Urban und Schwarzenberg. 15 m. — *Dietrich und Kammer*: Handbuch der Balneologie, medizinische Klimatologie und Balneographie. Band II. Balneophysiologie. Leipzig, G. Thieme. 120 m. — Diagnostische und therapeutische Irrtümer. Abt. Ohrenheilkunde. Heft 1. *A. Brüggemann*: Krankheiten des äusseren und mittleren Ohres. Leipzig, G. Thieme, 33 m. — *A. Jesionek*: Biologische Vorfagen der experimentellen Tuberkuloseforschung vom dermatologischen Standpunkt aus. Leipzig, J. A. Barth. 20 m. — *O. Seifert*: Die Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel. II. Teil. Leipzig, C. Kabitzsch. 50 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

A fejfájás kezeléséről konyhasóval. *Weed* és *Mc Kibben* közölte három évvel ezelőtt, hogy konyhasó-oldat intravenás befecskendezése erősen csökkenté az agnyomást,

majd *Cushing* és *Foley* kimutatta, hogy ugyanez a hatás érhető el a gyomron át adott sóval is. Minthogy azonban a szükséges töményebb sóoldatot a gyomor sokszor nem tűri, hányással reagál, *Hughson* kísérletet tett salóllal bevont konyhasótablettákkal, mint a melyek csak a vékonybélben oldódnak. Tapasztalatai szerint 8—15 egygrammos ilyen tablettának lehetőleg kevés vízzel bevétele után (5 percenként nyelendő le egy-egy tablettát) a legtöbb fejfájás megszűnik. *Foley* főleg agydaganat és hydrocephalus okozta fejfájás eseteiben használta jó eredménnyel ezt az eljárást. Nephritis és magas vérnyomás eseteiben, valamint az öregkorban óvatosság ajánlatos. (Journ. of the Americ. med. Association, 1921, 24. szám.)

Sebészet.

Roncsoló tüdőelváltozások sebészeti terapiájáról ír *Denk* docens. A tüdőgümőkór gyógyulása kötőszöveti körültekintéssel, másodlagos zsugorodással és a tüdőszövet retractiójával történik. A sebészi beavatkozásnak a tüdő eme retractióját kell lehetővé tenni azon esetekben, a midőn a környéki szövetek merevsége ezt megakadályozza. A mesterséges pneumothorax készítésén kívül a tüdőszövet komprimálására a Brauer-Friedrich-féle thoracoplastika, a Wilms-féle „Pfeilerresection“, a Sauerbruch-féle paravertebralis bordaresectio, a Tuffier-Baer-féle tüdőplombálás és a phrenicotomia szolgál. A Brauer-Friedrich-féle thoracoplastikát a beavatkozás súlyossága és veszélyei miatt — lényege ugyanis a mellkasfal csonttalanítása — többnyire mellőzik. A Wilms-féle „Pfeilerresection“ az egész csontos mellkasfal bestülyesztését czélozza, az elért compressio azonban nem kiadós. A Sauerbruch-féle paravertebralis bordaresectio s a Tuffier-Baer-féle plombálás — mely utóbbit azonban kombinálni kell az alsó lebenyt szűkítő operációval — a tüdőgümőkór legczélszerűbb mütéte. *Tuffier* plombáló anyag gyanánt szabadon transzplantált zsírt, *Baer* 48—56 fokos paraffinból, 0.5% bismuthum carbonicumból és 0.5% vioformból álló keveréket használ. A phrenicotomia az azon oldali rekeszizom bénulását, maximalis magas rekesz-állást, ebből kifolyólag az alsó lebeny compressióját s a másik tüdőfél functionális túlterhelését idézi elő. A tüdőgümőkór sebészi kezelése javult, ha a gyógyulás belső kezelés útján nem érhető el, feltéve, hogy az egyik tüdőfél ép. Acut progresszív folyamatok, más szervek súlyos elváltozásaival szövődött esetek contra-indikálják a mütétet. *Sauerbruch* tapasztalatai szerint mütétre praktice gyógyult kb. 35%, javult 40%. A nem specifikus elváltozások (abscessus, gangraena) sokkal régebbi idő óta sebészi beavatkozás tárgya. A diagnosis és localisatio Röntgen segítségével könnyű. A próbapunctio, ha pleura-összenövésnek nincsenek, a szabad pleura-ür inficiálásának veszélye miatt kerülendő. Pleuralis összetapadást septamponad révén létesítünk s csak ezután végezzük a genyes gócz feltárását bordaresectio útján. A sikeres feltárás dacára egyes complicatiók, mint genyes metastasisok, meningitis, abscessus cerebri stb., a további lefolyást kedvezőtlenül befolyásolhatják. Minthogy az operatiós mortalitas ezen súlyos tüdőmegbetegedésekben mindig kisebb, mint a belsőleg kezelt esetekben, ajánlatos minden genyegócot, mely rövid időn belül nem ürül ki köhögéssel, operativ úton kezelni. Progresszív gangraena azonnali beavatkozást tesz szükségessé. (Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 26. szám.)

Tirczka Kolos dr.

Ideg- és elme-kórtan.

Tabessel kapcsolódott úgynevezett Reichmann-féle tünetcsoportot ír le *Regensburger*, a mely hasonlít a gastrikus krízishez, de különbözik ettől abban, hogy 1. szabályos időközökben jelentkezik (az ő betegén 13 hónap óta minden négy héten egyszer 8—10 napig); 2. teljesen fájdalomtalanul folyik le, csupán a bőven elválasztott savanyú gyomornedvet hányja ki a beteg és motoros tünetek a gyomor Röntgen-ellenőrzése mellett is hiányoznak. A lényege tehát hypersecretio. (Klin. Wochenschrift, 1922, 13. szám.) *Kluge* dr.

Makacs ischiasnál spina bifida occulta lehetőségére hívja fel figyelmünket *Weskott*, a ki 260 beteg közül hat

beteg fedezett fel ilyen Röntgennel. Ez a ritkaság (2.31%) magában kétségesse tenné a causalis összefüggést; de részben az, hogy valamennyi beteg a nehéz testimunkások közé tartozott, a hol a csontabnormitás könnyebben vezethetett a környezetében levő lágyrészek megbetegedésére, másrészt az irodalomból ismert sebészi leletek azt a nézetet érlelik meg a szerzőben, hogy egyes esetekben ezt az oki összefüggést mégis csak el kell fogadni, és pedig legvalószínűbb az, hogy valamely szövetképződés nyomja az ischiadicusnak a plexus sacralisban levő gyökereit avagy pedig magát a szabadon maradt gerinczvelőt. (Klin. Wochenschrift, 1922, 13. szám.) *Kluge* dr.

Szemészet.

Az exophthalmus mérésére igen egyszerű és elég pontos eljárást ajánl *Knapp*. Szemüvegszekerényünk próbakeretének szárán milliméteres beosztást készítünk, mely a keret üveget tartó részének hátulso szélén kezdődik és hátrafelé halad. A méréskor az üvegfoglatoknak egy síkban kell feküdniök, a miről könnyen meggyőződhetünk, ha vonalzóra fektetjük. A keretet a vizsgálton pontosan elhelyezve, oldalt a betegtől minden mérés alkalmával ugyanolyan távolságra állunk, s fejünket úgy tartjuk, hogy szemünk a keretekkel egy síkba jusson; ilyen helyzetben figyeljük meg, hogy a cornea tetőpontja melyik beosztásra esik. Az eredmények a *Hertel* eszközével végzett mérésektől alig térnek el. Minthogy ilyen módon a próbauvegeknek a szemtől való távolságát is könnyen meghatározhatjuk, a mi a *Zeiss*-üvegek rendelésekor elengedhetetlen, ajánlja, hogy a beosztást minden próbakereten megcsináljuk. (Zeitschr. f. Augenheilkunde, 1922 márczius.) *Sz. L.*

Gyermekorvostan.

A szoptató anyák emlőbimbóján a rhasások megakadályozásáról és kezeléséről ír *Moll*. Szerinte a bimbónak alkohollal való edzése a terhesség alatt felesleges. Teljesen elegendő a szappanos mosás, de fontos a jó leszárítás. A rhasások kifejlődésének okát igen bő tapasztalatai alapján abban látja, hogy a csecsemőt, főleg a szülés utáni első napokban, nem jól helyezik az emlőre. Ha a csecsemő szája nem a bimbó alatt van, hanem azon rajta fekszik, a szívási aktus nem jöhet rendesen létre, a csecsemő a bimbót harapja, feleslegesen macerálja a bőrt s így alkalom van az epithel-sértésre. Sokkal ritkább az alkalom erre, ha a bimbó a lógó mellel szabadon fekszik a csecsemő szájában. Ideges, kapkodó csecsemőknél tanácsos a segítőnek a gyermek fejét fixálni az egyik kézzel, másrészt a bimbót a másik kézzel a csecsemő szájába igazítva tartani. Rövid idő múlva a nyugtalan gyermek is megtanulja így a jó szopást. Kifejlődött rhasások esetén fontosnak tartja a tej kiszívását *Jaschke*-szivattyúval. A kezelést illetőleg a szokásos lapis-edzést csak a régebbi rhasásoknál ajánlja, míg friss sebeknél, a mennyiben felületesek, a 10% perubalzsamot és 3% bór-savat tartalmazó kenőcsöt ajánlja, és pedig oly kenőcs-alapanyaggal, mely vízzel jól lemosható. Kifejezett lobos tüneteknél legfontosabb a rhasások ilyen kezelése mellett az antiphlogistikus eljárás, az ágynyugalom és a tej rendszeres kiszívása. (Med. Klinik, 1922, 13. sz.) *Rohrböck Ferencz* dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Sajátságos garatbajt ismertetett *Fein* a „Wiener laryngo-rhinologische Gesellschaft“ egyik utóbbi ülésén. A most 54 éves férfit 9 év előtt mutatta be először az egyesületben a lágy szájpad főleg oldalának merev beszűrődésével; az infiltratum halvány, fénylő, porczkemény volt, szétesésnek vagy hegeképződésnek minden nyoma nélkül; a Wassermann-reactio negativ volt, gümöbacillusok nem találtak; sem az anamnesis, sem a beteg pontos megvizsgálása nem nyújtott valamilyen támpontot. Egy kimetszett darabka szövettani vizsgálata kereksejtes beszűrődést és néhány óriássejtet mutatott peripheriasan elhelyezkedett magvakkal. Tuberculin bőr alá fecskendezésére általános reactio nem jelentkezett, a szűrési reactio azonban erős volt, a garatbaj pedig

mérsékelt. A betegről azután 9 évig semmit sem tudtak; a mikor újból jelentkezett, teljesen gyógyultnak volt mondható; csak néhány finom heg látható a szájjpadlás egyébként ép nyálkahártyáján. Az egész idő alatt semmiféle kezelésben nem részesült; zavarai lassankint maguktól kisebbedtek s végül teljesen megszűntek. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1922, 23. szám, 988. l.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Yatren intravenás alkalmazása után Zieler és Birnbaum két esetben heveny sárga májorvadást észlelt. A nevezett szer használatakor tehát óvatossá kell lennünk, a vizeletet állandóan ellenőriznünk kell. Olyan esetekben, a melyekben a máj működése nem egészen kifogástalan, nem szabad használnunk yatrent. Egyébként megjegyzik a szerzők, hogy a gonorrhoeának kezelése yatren intravenás befecskendezésével, a mit az utóbbi időben ajánlottak, semmiféle különös előnyrel nem jár. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1922, 18. sz.)

Pyogen vérfertőzés 18 súlyos esetében Buzello naponként 4–6 gramm urotropint fecskendezett be intravenásan; a szert steril physiologiai konyhasó-oldatban oldotta. A súlyos tünetek 2–3 befecskendezés után szűntek meg, a mikrobák pedig 3–4 befecskendezés után tűntek el a vérből. Az eseteknek 11%-ában 6–8 befecskendezés után izgalmi tünetek jelentkeztek a húgyhólyag részéről. A 18 eset közül csak 2 végződött halállal. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 168. kötet, 1. füzet.)

Gyógyulni nem akaró sebek Hilgenreiner tapasztalatai szerint néha feltűnő gyorsan gyógyulnak szürke kenőcs használatára. A prágai német orvosok egyesületének március 24.-én tartott ülésén is beszámolt egy esetről, a melyben emlőgyulladás műtéve után súlyos sebdephtheria fejlődött; serum, a legkülönbözőbb desinficiens, napfénykezelés stb. mind hatástalan volt, a szürke kenőcs ellenben néhány nap alatt gyógyulást hozott; lues az anamnesis és a vérvizsgálat alapján ki volt zárható.

Az albertan nevű új sebhintőporról nagyon dicsérően nyilatkozik Brüning a berlini Charité sebészeti klinikáján szerzett tapasztalatok alapján. Különösen kiemeli szagtalanító és adsorbeáló hatását, nemkülönben olcsóságát s azért a jodoform pótlására nagyon ajánlható. A mi az összetételét illeti, aluminium polyphenylatnak mondható. (Deutsche med. Wochenschrift, 1922, 19. szám.)

Vegyes hírek.

A budapesti egyetem rectorává az 1922/3. tanévre Bársony János tanárt, az orvosi kar dékánjává Vámosy Zoltán tanárt választották. Megbízás. A m. kir. igazságügyminister Benedek László dr. egyetemi tanárt a debreczeni kir. törvényszék területén felmerülő törvényszéki elmeorvosi, Orsós Ferencz dr. egyetemi tanárt pedig a nevezett kir. törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi tennivalók rendelkezésével bízza meg.

G. Mendel századik születésnapját szándékoznak ez év szeptember havában megünnepelni Brünnben, a hol mint Augustinus-szerzetes működött és biológiai vizsgálataival megvetette az alapját azoknak a törvényeknek, a melyek az öröklés kérdésében oly nagy szerepet játszanak.

Groó Béla dr., Iglófüred gyógyfürdő vezető főorvosa, rendelését Iglófüreden ismét megkezdte.

Meghívó a Budapesti Áramintavásár (Városligeti Iparcsarnok) keretében rendezendő kiállításunkra. Főbb szakcsoportjaink: Röntgen és különleges elektromedikai készülékek. Orvossebészeti műszerek és újdonságok. Kórházi és orvosi rendelőszoba-bútorok. Laboratoriumi berendezések. Kórházi fehérneműk. Betegápolási gummiaruk. Felvilágosítás, költségvetés a helyszínen. Szíves érdeklődést kér: Odelga Magyar Gyógyteknikai Ipar r.-t. VI., Andrassy-út 28.

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 86–76.



Dr. SCHMIDT L. és
Dr. WEISZ EDE
gyógyintézete,
súlyos betegek részére is.

Pöstyén

Iszapkúrák orvosi felügyelet mellett
Dr. Pajor-Sanatoriumban
Budapest, VIII., Vas-utca 17.
Ugyanitt Zander-massage és vízkúrák.

RÖNTGEN-ODELGA

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

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

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

Dr. Müller Vilmos, kir. tanácsos Sanatoriuma

Tátraháza Reichenhalli rendszerű inhalatorium. Fekvőcsarnokok. Helio-quartzfény és specifikus therapia. Hízókúra.

Pensio. Teljes ellátás naponta 4-szeri étkezéssel, különös kedvezmények magyarországi vendégek számára. — Prospectust küld, fölvilágosítással szolgál, cseh visumot vidékiek részére is megszerez a sanatorium budapesti igazgatóság, VIII., Népszínház-utca 31. Telefon József 113–05. Magyar-olasz bank.

ZUGLIGETI ÜDÜLŐTELEP (FÁZS) KLIMATIKUS GYÓGYHELY

nyitva május 15.-étől október 1.-éig
I. Béla király-út 59–61. Telefonszám: 54–28.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh koronától kezdve. Prospectussal és bővebb felvilágosítással utlevél-ügyben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.

DAJKA-INTÉZET, VI., Szív-utca 69, Telefon 93–22. Wassermannra vizsgált, bőtejű, orvosiilag megfigyelt dadákkal állandóan rendelkezik.

Iglófüred gyógyfürdő physicalis gyógyintézet.

Szepesmegye. Ősfejes. Kifűnő ellátás s lakás 38–44 szokolig, gyógykezeléssel 60–65 szokolig naponta. Főorvos: Dr. Groó Béla. Prospectust küld s informál Menetjegyiroda, Budapest, Vigadó-tér 1.

Telefon: József 4–12. Igazg.-tulajd.: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hill Paula, Dr. Mandler Ottó. ZANDER-Üdítő SOVÁNYÍTÁS a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2, I. e

PÁLYAZATOK.

47/1922. szám.

A Nagyméltóságú Vallás- és Közoktatásügyi Minister Úrnak 46.938–1922/IV. ü. o. sz. alatti rendelete értelmében a vezetésem alatt álló szolnoki m. kir. Bábaképezdénél két tanársegédi állásra ezen pályázatot hirdetek. Mindkét állás a X. fizetési osztály illetményeinek élvezetével van összekötve.

Az eddigi előképzettséget feltüntető folyamodványok folyó év június hó végéig hozzám beküldendők. Szolnok, 1922 június hó.

Konrád Jenő dr., igazgató tanár.

2389/1922. kig. szám.

A magyarbányegyesi orvosi állás lemondás folytán megüresedvén, arra pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni óhajtozókat, hogy az 1908:XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt szakképzettséget és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám 1922. évi július hó 10.-éig mutassák be.

Az állással egybekötött javadalmazás az 1908:XXXVIII. t.-cz. 10. §-a értelmében évi 1600 korona törzsfizetés, 5 évenként 200 koronával emelkedő korpótlék, természetbeni lakás, továbbá háborús drágasági, rendkívüli és átmeneti segély.

A tisztújító szék kitzése iránt külön fogok intézkedni.

Mezőkovácsháza, 1922 június hó 6.

Vásárhelyi Sándor, főszolgabíró.

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.

Faludi Géza és Balogh Ernő: A csecsemőkori scorbut klinikai és kórboncolástani megvilágításban. 261. oldal.

Batisweller János: Közlemény a budapesti k. m. Pázmány Péter tudományegyetem I. számú kórboncoltani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi ny. r. tanár.) Érdekesebb lefolyású sugárgombabetegség. 263. oldal.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (XI. rendes tudományos ülés 1922 április 8.-án) 265. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *Scpiades Elemér*: Szülészeti előadások. — *Lap-szemle. Sebészet. M. Mayer*: A trypaflavinnak szájbetegségekben használatáról. — *Ideg- és elmekörtan. Mayer*: A felső végtag két reflexe, a Léri- és Mayer-féle. — *Szemészet. Folinea*: A heterophoria mérése. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 265—267. oldal.

Vegyes hírek. 267. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A csecsemőkori scorbut klinikai és kórboncolástani megvilágításban.

Irta: Faludi Géza dr., közkórházi osztályos főorvos és Balogh Ernő dr., közkórházi boncoló főorvos, egyetemi tanársegéd.

I. Klinikai rész.

Faludi Géza dr.-tól.

A csecsemőkori scorbut (Barlow-kór) Magyarországon rendkívül ritka. A hazai irodalomban csupán két eset kapcsán olvashattam róla. A míg azonban ezek közül az egyik esetben (*Grósz Gyula*: Budapesti Kir. Orvosegyesület, 1902) a Barlow-kór diagnózisát illetőleg a kórboncolási lelet alapján kételyek támadtak, addig a másik mint specifikus diéta gyógyult eset (*Fritz Sándor*: Orvosi Hetilap, 1918) kórszövet-tani feldolgozásra nem is kerülhetett.

Az általam észlelt eset kórrajza röviden a következő:

K. L. menhelyi ápoló, elsőszülött fiúgyermek. Testsúlya 7 napos korában 3500 gr., 4 hónapos koráig kizárólag anyatejen élt. Ekkor vegyes táplálás (fehérjetej, tejlisztfőzet-hígítás), 7. hónapban elválasztás, testsúlya 4120 gr. Tápláléka ekkor 500 gr. tejben dara, 300 gr. $\frac{2}{3}$ tej, $\frac{1}{3}$ lisztfőzet és egyszer leves. 1920 februárban 10 hónapos korában influenza-diagnózissal első ízben felvétel a Szent László-kórházba, honnan bronchopneumonia skétoldali genyes középfülgyulladás kiállása után 6 hét múlva elbocsájtják. 1920 május 1.-én második felvétel a Szent László-kórházba varicella és pertussis miatt. Testsúlya ekkor 1 éves korában 3500 gr. (születési súly). Bal tüdejében bronchopneumoniás gócz. Igen súlyos pertussis-rohamok dacára a beteg összeszedi magát, testsúlya 4800 gr.-ra emelkedik. Más osztályra helyezik át. A feljegyzések szerint szeptemberben a beteg kedvetlenül válik, rosszul táplálkozik, fogy. Szeptember 19.-én láz kíséretében a bal térd és környéke megduzzad, másnapra a duzzanat mindkét lábszár egész hosszára kiterjed s rendkívül fájdalmas. A láz négy napig áll fenn (38—39° között), ettől kezdve láztalan, de duzzanatai változatlanok, kezelő orvosa a duzzanatok inaniitós oedemának minősíti. Október 14.-én 1 $\frac{1}{2}$ éves korában látom újra a beteget. Statusa röviden a következő: Leromlott, lesóványodott, fakó bőrszín. Fenn 3, alul 2 incisivus; a foghús alul halvány, felül az incisivusoknak megfelelően kissé duzzadt; vérzés azonban nem látható, lapos sternum, kifejezett bordaporcduzzanatok. Mindkét alsó végtag symmetriásan a ccomb középső harmadáig duzzadt és ezeket mérsékelt térdhajlásban mozdulatlanul tartja, spontán mozgásokat csupán a lábujjakban végez. A végtagok passzív mozgatási kísérletei igen erős fájdalmat váltanak ki. Mindkét ccombcsont alsó epiphysiseinek megfelelőleg crepitatio érezhető. A bőrfelületen vérzés nem látható. Vértvizsgálat: vörösvérsejt 1,500.000, fehérvérsejt 10.200, haemoglobin 35%, neutrophil 67%, eosinophil 0,5%, mononuclearis 0,5%, lymphocyta 30,5%, myelocyta 1%. Magvas vörösvérsejtek száma: 100 fehérvérsejtre 1. A vizeletben úgy vegyi, mint górcsövi vizsgálat alkalmával rendelleneset nem találtunk. A Wassermann-reactio negatív. Az október 16.-án megejtett Röntgen-vizsgálat mindkét ccombcsont diaphysisének distalis határán csipkézettséget s folytonosság-megszakítást (epiphysiolysis) mutatott. A tibiákon hasonló elváltozások úgy a proximalis, mint a distalis diaphysis-határokon. Ugy a tibiákat, mint a fibulákat széles árnyék övezi, a mely a megejtett próbabpunctio, illetőleg incisio alapján biztossággal vérömlenynek tartható. A kórjelzés így Barlow-kórra megerősítést nyervén, antiscorbutos diéta fogjuk a

beteget, azonban a legyengült s leromlott gyermekben segíteni nem tudunk, október 28.-án meghalt. A boncolás és kórszövet-tani vizsgálat a scorbut kórjelzését igazolta.

Mi volt esetünkben a scorbut kifejlődésének oka? A felvételkor már leromlott gyermek szervezetében a hosszantartó fertőző bántalmak (influenza, otitis, pertussis, bronchopneumonia) mindenesetre előkészítették a talajt. Mint közvetlen előidéző és kiváltó momentum a huzamos czélszerűtlen táplálás okolható. A beteg fő tápláléka a tej s különösen az általa nagyon szívesen fogyasztott tejes étel volt. A kórház 1920 nyarán a budapesti rossz tejellátás következményeit nagyon megérezte. A tejet érkezése után rögtön a konyhán, majd pedig az osztályokon újra felforralták. Minthogy pedig a kórház a szükségelt tejmenyiségnek csupán $\frac{2}{3}$ -át kapta, kénytelen volt a hiányt tejporral (Glaxo) pótolni, mely elsősorban a tejes étel készítésére használtatott fel. Hónapokon keresztül az ismétellen felforralt tej, másrészt a tejporral előállított tejes étel lévén a beteg majdnem kizárólagos tápláléka, ezeknek tulajdonítható a Barlow-kór előidézése.

A Barlow-kór hovatarozása felett megindult vita eldöntöttnek tekinthető, még pedig az eredeti Barlow-féle felfogás értelmében. Döntően szerepelnek itt *Hart* majmokon végzett kísérletei. Ez a szerző kizárólagos kondenzált tejjel való táplálás mellett fiatal s öreg állatokon teljesen azonos körképet és megegyező kórboncolástani és kórszövet-tani leleteket észlelt. *Tobler* 1918-ban közzétett észleletei 3—15 éves gyermekeken pedig szerencsésen egészítették ki azt az irt, a mely a Barlow-kór és a felnöttek scorbutja között fennállott.

Fröhlich, Holst, Fürst, Hart és mások egyoldalú vitaminszegény táplálási állatkísérleteire támaszkodva sorozta be *Casimir Funk* a Barlow-kórt az avitaminosok második csoportjába. Szerinte a tej előkészítése (többszöri forralás, pas-teurizálás, homogenizálás, kondenzálás és porítás) megfosztja a tejet vitamintartalmától s ha az így kezelt tej hosszú ideig mint kizárólagos táplálék szerepel, ez előidézhetheti a scorbutos elváltozásokat.

Funk felfogását támogatják *Freise*-nek 1914-ben és *Freudenberg*-nek 1916-ban közzétett gyógykísérletei a takarmány-répának (beta vulgaris) mint nagy vitamintartalmú tápszernek alkalmazásával az eredeti bántalmat kiváltó táplálás mellett.

De sem a hosszantartó bélbántalmaknak, valamint infectióknak (dysenteria [*Epstein*], influenza, pertussis) mint előkészítő tényezőknak, sem pedig a hosszas vitaminszegény táplálásnak mint előidéző oknak hatása nem elegendő magyarázat a Barlow-kór jelentkezésére. Hisz rendkívül sok gyermek tápláltatik ilyen módon s aránylag csak kevés betegszik meg. Ezért vették fel az egyéni dispositio létezését és befolyását. A vitamintheoria hívei úgy vélik, hogy a világrahozott vitaminraktára a szervezetnek nem egyforma s ez magyarázza meg, hogy a vitaminszegény táplálásban részesülőknak csak egy töredéke betegszik meg.

Hogy azonban a csecsemőkori scorbut gyakorisága mennyire összefüggésben áll az általános és gyermekkori tápláló viszonyok megromlásával, bizonyítja Ausztria példája. A háború előtt a Barlow-kór ott, úgy mint nálunk, jóformán ismeretlen volt. Ezzel ellentétben 1918 novemberében a bécsi bel- és gyermekorvosok egyesületének ülésén *Knöpfelmacher* bemutatása kapcsán *Riehl* 43, *Moll* 8, *Schick* 6 esetről számol be, a melyek mind az 1918. év folyamán észleltettek. *Erdheim* pedig 31 bonczolásról emlékezik meg. Az előbbi szerzők a bántalom okát a fentebb említettek kivül a tejelő állatok elégtelen táplálása folytán vitaminszegénnyé vált tejében s a friss főzelék hiánya folytán táplálásra felhasználható szárított főzelékben (Dörrgemüse) keresik. De szaporodnak másutt is az esetek, így *Epstein* a prágai leleczházából 11 esetről, Németországból *Erich Müller* 13 esetről, *Elisa Kayser* pedig 9 esetről számol be.

Minthogy, sajnos, nálunk is rendkívül leromlott a csecsemőknek friss tejjel való ellátása, úgy hogy ennek folytán a tejnek a termelőnél való előzetes felforraltatása, illetőleg pasteurizálása is javaslatba hozatott, másrészt pedig a friss tej hiányát a különböző jótékony intézmények és tejkonyhák mindenféle tejconservekkel igyekeznek pótolni, nem lenne meglepő, ha ezen tejmizériák állandósulása és a mesterséges tejkészítmények tartós s általános használata következtében a nálunk eddig ismeretlen csecsemőkori scorbut gyakrabban kerülne szemünk elé.

Kórbonczolástani rész.

Balogh Ernő dr.-tól.

A Barlow-kór klinikai diagnosissal jelzett K. L. 1½ éves fiúgyermek tetemét 8 órával a halál után bonczoltam. Testhossza 68 cm., fejkörfoga 41½ cm., mellkasának kerülete 33 cm. volt. Testbőre halványasárga árnyalattal bírt. A szegycsont besüppedt volta mellett a bordaporczok és csontok határán kiemelkedő egyenetlenségeket éreztünk. A térdizülethez összetérő czomb- és lábszárvégek erősen megduzzadtak, de duzzanatuk csonka kúp alakjára formálisan a diaphysisek közepe felé mindinkább elenyészett. Mindkét térd izületi ürege tiszta. Ugy a bal, mint a jobb lábfej erősen vizenyős, de a czomb gyűjtőerei rögzösödéstől mentesek.

A szívburok és a zsigeri mellhártya alatt egynéhány apró petecs látszik. A jobb tüdő mindmegannyi, a bal tüdőnek csak az alsó lebenyében vöröses-barna színű, elszórt, majd egybefolyó gyuladós góczok tapinthatók. A vérbő nyálkahártyájú apró hörgőkből genyecsapokat tudtunk kinyomni. Vérszegény volt úgy a szembetűnően kicsiny lép, mint a vesék és mellékvesék állománya. A máj sötétebb enyvbarnás színű metszslapján a lebenykes rajzolat elmosódott.

A jobboldali psoasizom és a ráboruló hashártya között kis almányi, alvadt vérömleny foglalt helyet. Egyéb zsigerekben, de az agyvelőben sem találtunk szembeötlő kóros eltérést.

A czomb bőralatti kötőszöveve vizenyösen átívódott, elég tömött tapintatú és tetemesen felduzzadt. A czombcsont periosteuma leemelődött, megvastagodott, csontot is termelt, úgy hogy ezáltal 2 mm.-nyi vastagságot is elér; közötte és a diaphysis között lazán alvadt vértömeg foglalt helyet, mely a czombnak már a külső szemléléskor érzékelhető csonkakupalakú, jelentős duzzanatát okozta. A czombcsont szára csonthártyájától megfosztottan: érdes, egyenetlen felszínű s azt a képet nyújtja, mintha meleg macerációval kezeltük volna. A czomb distalis végén már teljes epiphyseolysis következett be s a diaphysis egyenetlen és finoman fogazott distalis vége könnyen dislokálható. A lábszáron hasonló elváltozásokat észlelünk: az epiphysisek felette könnyen mozgathatók, de a sípcsont és levált csonthártyája közti vérömleny felülről lefelé kevesbedik s így a czombon észlelt hasonló vérzés körvonalait orsó alakjára egészíti ki.

Az alsó végtag csontjait egy ugyancsak 1½ éves, de rövid lefolyású vörhenyben elhunyt fiúcskának a csontjaival egybevetve, a hossz- mint szélességbeli növekedésben messzemenő eltéréseket találtunk. A szélességbeli növekedésben való elmaradást a csonthártya leválása, a csőkevényes hosszanti fejlődést a növekedési porczréteg pusztulása értelmezi. Szembetűnő a csont átmetszetén a szivacsos állomány csontgerendáiból várható structura rajzolatának elmosódott volta. A levált epiphysisek közelében látható sötétebb barnás elszíneződés az ott helyet foglaló vérzéseket már így is elárulta.

A bordaporczok és csontok határán kelt egyenetlenségeket, a mint a kimetszett készítmények metszslapján láthattuk, az okozta, hogy a bordaporczok subluxáltan a bordacsontok alá benyomódtak. Ez megmagyarázza a szegycsont besüppedését, illetőleg *Fraenkel E.* szerint már a klinikai megfigyeléskor is szembeötlő azt a pathognomiai fontosságú viselkedését, hogy a légzőmozgások alkalmával jelentősen visszamarad. Az alsó végtagok csöves csontjai tisztán a növekedésük gátlása, a bordák azonban ezenfelül még a vázolt subluxatiójuk miatt is, azaz tetézetten rövidültek meg. Ezt élénken kifejezi az az egybevetésünk is, hogy a míg ennek az 1½ éves fiú hullájának testhossza (68 cm.) egy 1 éves fiúgyermek magasságának még megfelel, addig a mellkasa kerülete (33 cm.) alig különbözik egy jól fejlett újszülött ebbeli méretétől.

A bordáknak és lábszárcsontok végének szövettani metszetein már lupe-nagyítással is észrevesszük, hogy a porcz felrostozódott s az ereszről lecsurgó jégcsapok módjára a határos csontvelőbe beolvadni látszik. Erősebb nagyítással nézve, mint azt a Röntgen-felvételek zezgúgos árnyéka jelezte: a porcz és csontvelő közé vérzésektől, szabálytalanul elszórt festékfelhőktől, csontgerendák és mészsók maradványaitól átszórt, a felismerhetetlenségig elpusztult sáv: „a roncs-mesgye“ (Trümmerfeldzone) van beiktatva. Kiemelni szeretném, hogy e helynek közelében nemcsak közvetlenül a compacta szomszédságában, de a spongiosa legmélyén is számos typosos osteoklastsejtet láttam a metszetekben, a melyek a végbemenő kórosan fokozódott felszívódási folyamat élénk kifejezői. És csakugyan a diaphysis szomszédságában a csontgerendácskákat is felette vékonynak találjuk, annak jelétül, hogy a csontszövetben is, mint *Ziegler* hangsúlyozta, kifejezett lacunaris resorptio megy végbe.

Ugyancsak itt a lymphoid vagy „splenoid“ (*Ziegler*) csontvelő helyén a rostos velőt („Gerüstmark“) találjuk. Ha a roncs-mesgye még nem alakult ki teljesen, akkor a rostos velő elég laza szerkezetű nyúlványos, sőt csillagalakú sejtekből áll, egyébként orsóalakú, hosszúkas magvú sejtek sűrű együtteséből épül fel.

A most ismertetett csontelváltozások korántsem visszahangozzák teljes összességükben azokat a súlyos pathophysiologiai folyamatokat, a melyeket a már olyannyira gazdag klinikai irodalom a Barlow-kórról mint qualitativ elégtelen táplálkozás folytán beálló bántalomról felsorol. Azt azonban mindenestre mondhatjuk, hogy a csontok, kiváltképpen a csöves csontok azok a szervek, a melyeken a Barlow-kór elváltozásai a legszembeszökőbben visszaverődnek s így a morphologus, a kórbonczoló által jól tanulmányozhatók.

Miért éppen ezeken a szerveken látjuk Barlow-kór eseteiben a legsúlyosabb alaki elváltozásokat? Minden valószínűség szerint azért, mert a gyors növekedés folytán jelentősebb és kényesebb táplálkozást igényelnek, másrészt mechanikai igénybevételük is fokozott még a nyugalmi helyzetben, például fekvés alatt is, az izomtonus, a bordákat illetőleg pedig az állandó légzőmozgások folytán.

Az ismertetett morphologiai-pathologiai elváltozások között két jelentős csoport áll előttünk:

1. a vérzések,
2. a csontvelő-elváltozások.

Kórereditük elemzése előtt szükségtelen különösebben hangsúlyoznunk, hogy a mint manapság a klinikus a Barlow-kórt, a későbbi gyermekkor s a felnőttek scorbutját méltán azonosítja egymással, éppúgy a kórbonczolók is a kórszövet-tani leletek alapján mindahárom életkor scorbutját ugyancsak azonosnak tartják.

Egészen jogosult tehát, ha a Barlow-kóros elváltozások pathogenetikai értelmezése alkalmával a gyermek- és felnőttkori scorbut körül szerzett tapasztalatokat bizonyításul felhasználjuk.

A vérzések okát megközelítőleg per exclusionem tisztázhatjuk. *Tobler W.* felette gondos és nagyszámú vizsgálata alapján elfogadhatjuk, hogy a vérzések oka nem a vér megváltozásában keresendő, mert szerinte: „Az alvadáshoz szük-

séges három tényezőnek: a fibrinogennek, a thrombozymnak és thrombogennek egymáshoz való viszonya az egyszerű klinikai vizsgáló módszerekkel kideríthető módon a scorbutos gyermekek vérplasmájában megzavarva nincsen. Nem lehet a vérzések oka a csontvelő kóros megváltozása alapján esetleg feltételezhető thrombopenia sem, mert ugyancsak *Tobler* nem-hogy alacsony, de igen magas vérlemezke-értékeket (egész 468.000!) állapított meg.

A vérérfalak közvetlen durva alaki károsodását is kizárhatjuk, mert *Aschoff* és *Koch* W. 23 felnőtt scorbutos ember szerveit kórszövettanilag átvizsgálva, az érfalakon zsíros elfajulást igen elszórtan, felette ritkán és csak kis mértékben észlelt.

Esetleges rögzősődések nyomában fakadtnak sem minősíthetjük a vérzéseket, mert ugyancsak *Aschoff* és munkatársa vizsgálatai szerint a thrombosisok és vérzések egymástól teljesen függetlenül is létrejöhetnek.

Tisztán traumás avagy mechanikai eredetre sem gondolhatunk, mert például a csontelhártya alatti vérzések epiphysisleválás nélkül is előfordulnak. *Aschoff* és *Koch* az idegrendszer szerepét is kizárja. Így a vérzéseket általában az érfal toxikus károsodása folytán (*Stephan*) per diapedesim keletkezettnek kellene tekintenünk. Tetszetősnek látszik *Aschoff* és *Koch* felvétele, hogy a végső ok: az érfalak endothelsejtjeinek colloidalis kémiai megváltozásában rejlik. Azt azonban mi sem hallgathatnók el, hogy mintegy hozzásegítőleg, praedisponálólag a mechanikai insultusok stb. járulékos szereppel bírhatnak.

A rostos velő (*Gerüstmark*), a mint az *Fraenkel E.* ismertetéséből kitűnik, vérzések minden nyoma nélkül is kifejlődhetik.

Nézzük, hogy megváltozott viszonyok közepette nem viselkedhetik-e bizonyos fokban analog módon a csontvelő?

Olyan példákat idézve, a melyek okát tisztán és biztosan ismerjük, az öreg kort és a kísérleti szöveti teoyésztések esetében szereplő „vita minor“-t említem fel. Az öregkori csontvelő valóban a lymphoid velőhöz egyáltalán nem hasonló fibrosus jellegű. Ha szövet-kultúrában, például homolog plasmában, lépdarabkát tenyésztünk, a mely histomorphologiailag a csontvelő szövetével oly messzemenő azonosságokkal bír (*Recklinghausen, Ponfick*), akkor oly sejtek elemek újdonszerűségeit látjuk, melyek a „roncsmeszgye“ kialakulása előtt fejlődő rostos velő (*Gerüstmark*) sejtjeinek alakilag teljesen megfelelnek.

Ezekkel az analogiákkal magam is megerősíteni és bizonyítani gondolnám, hogy a Barlow-kór ismertett rostos csontvelőjének a kialakulásában nem a csontvelő saját szöveti szerkezetén kívül eső okok, mint például vérzések, szerepelnek, hanem az ok magában a csontvelőben, annak szöveti természetében rejlik, mely, mint egyéb mostoha viszonyok között, úgy Barlow-kór esetében is a qualitative elégtelen táplálkozás folytán maga alakul át rostos velővé.

Közlemény a budapesti k. m. Pázmány Péter tudományegyetem I. számú kórbonctani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Érdekesebb lefolyású sugárgombabetegség.*

Közli: *Batisweiler János* dr.

A sugárgombabetegség mint időszűrt sarjadzások fertőző bántalom általában elég jellegzetes megjelenésű és lefolyású szokott lenni, úgy hogy felismerése nem okoz különösebb nehézségeket. Néha azonban, mint közlendő esetünk is mutatja, olyan különböző megbetegedéseket utánozhat megjelenésében, hogy a bántalom sugárgomba-jellegének felismerése még a leggondosabb klinikai észlelés mellett sem lehetséges. Ilyenkor azután vagy a műtéti beavatkozás, vagy a boncolás adhat csak biztos felvilágosítást a kórfolyamat lényegéről. Esetünknek aetiologiai szempontból rejtélyes klinikai lefolyása mellett érdekességét növeli az a körülmény is, hogy a bon-

* Kivonatossan bemutatva a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1921. április 16.-i tudományos ülésén.

colási és szövettani vizsgálattal pontosan ki lehetett mutatni az aktinomycosisnak a véráram útján való terjedését és azokat a ritkábban észlelhető érelváltozásokat, melyek mint sugárgomba okozta gyűjtőergyuladások (phlebitis aktinomycotica) vannak az irodalomban feljegyezve.

Sz. V. 35 éves ügyvéd anamnesisében (az I. számú belklinikán) előadja, hogy hét éves korában varicellája volt. Azóta egészségesnek érezte magát. A mozgósítástól kezdve végigküzdötte a háborút. 1914-ben két ízben sebesült meg, és pedig jobb czombján és bal karján. Sebesüléseiből hamarosan kigyógyult. 1918-ban malariája volt. Kevés alkoholt iszik, nem dohányzik. 1920 márciusában *acut appendicitis* tünetivel a II. számú sebészeti klinikára került, a hol megoperáltatván, a genyes appendicitis mellett egy letokolt perityphlitises izzadmányt találtak, melynek lebecsátása után rövid idő múlva gyógyultan hagyta el a klinikát. Egészségi állapota 5 hónapon keresztül változatlanul jó volt. Csak a műtét utáni hatodik hónapban jelentkeztek főleg éjjelenként tompa fájdalmak a jobb bordaív alatt, melyek később fokozódtak s bal vállába is kisugároztak; az étkezéssel nem voltak összefüggésben; ugyanekkor sárgasága nem volt. E panaszaival újból a sebészeti klinikát kereste fel, a hol karlsbadi kúrát rendeltek, melynek hatása alatt fájdalmak némileg csökkentek. Alighogy azonban a kúrát felhagyott, fájdalmak újból jelentkeztek, köhögéskor és mozgás közben kifejezettebbé váltak. Ezen idő óta lázasnak érezte magát. Ekkor az I. számú belklinikára került, a hol enyhe jobb oldali csúcsfolyamatot állapítottak meg. A jobb bordaív alatt egy igen fájdalmas resistentia volt tapintható, mely felett a hasizomzat tonusa fokozott volt. A májtompulat felső határa normalisnak bizonyult korlátozott mozgással. A fehérvérsejtek száma ismételt vizsgálatok alkalmával mm³-ként 15.000 volt. A hőmérséklet a nyolcz napig tartó klinikai észlelés folyamán állandó emelkedést mutatott, úgy hogy a kezdeti subfebrilis temperatura végül 39,5 fokot ért el. Pulsusa ennek megfelelően szapora volt. Csuklás, hányás nem jelentkezett. *Empyema vesicae felleae* diagnossissal áttétetik az I. számú sebészeti klinikára, a hol a műtétet október 21.-én *Verebely* tanár végezte. Már az aponeurosis harántmetszése közben (*Kehr-féle* metszés) feltűnt annak időszűrt lobos beszűrődése. A klinikai vizsgálatkor tapintott daganat a rectusizom állományában helyezkedett el, ezért *Verebely* tanár az elülső rectushüvelyt felpraeparálta és állományába körülbelül 1 cm. mélységig behatolva, egy jókora üregbe jutott, melyből nagy nyomás alatt sűrű tejfelszerű, zöldes szemcséket tartalmazó geny buggyant elő. Tamponade. A laboratoriumi vizsgálat aktinomyces-szemcséket mutatott ki. Rendelés: jodkali, Röntgen és quarz. Tyűktojásnyi retentiót leszámítva, melyet 10 nappal a műtét után lebecsátottak, a hasfali seb gyors gyógyulása ellenére a beteg állapotja egyre romlott, állandóan magas láz gyötörte. A csúcsfolyamathoz ugyanis kétoldali bronchopneumonia társult, a minek aetiologiai összefüggése a hasfali aktinomycosissal bizonyítható nem lévén, s mert a köpetben gombafonalak nem találtak, közelfekvő volt annak fölvétele, hogy a csúcstuberculosis progrediált és ezért *pneumonia caseosa* diagnossissal újból áttétetik az I. számú belklinikára, a hol a physicalis vizsgálat a jobb oldali csúcsfolyamat mellett bal oldalon nagy kiterjedésű, jobb oldalon kevésbé súlyos tüdőgyuladást állapított meg. A lúggal főzött köpetnek üledékében rugalmas rostok találtak, azonban sem gombafonalakat, sem saválló pálczikákat még antiformin-kezelés mellett sem sikerült kimutatni. A beteg hőmérséklete állandóan magas, remittáló, sepsises jellegű volt. A szív működés gyengült, a légzés dyspnoéssé vált. Egyre fokozódó leromlás és deliriumok közben december 31.-én bekövetkezett a halál.

Boncolásra pneumonia (aktinomycosis?) diagnossissal került. A boncoláskor, a melyet január 1.-én végeztünk, röviden a következőket találtuk: Középtermétű, erősen lesóványodott férfihulla. A has falán a jobb bordaív alatt bajonett-alakú metszés helye látható, mely egy körülbelül fillérvnyi területet leszámítva behamodott. A hasüreg megnyitásakor feltűnik, hogy a coecum és a felszálló vastagbél lapszerint az elülső hasfali peritoneumhoz van rögzítve. Az összetapadás helye szétválasztás után szürkés-kékes színű. A máj tokjának epehólyag körüli része ötkoronásnyi terjedelemben igen tömört heges szövettel a hasfalhoz nőtt, a minek szétvágása után a vékony zsírszövetet tartalmazó hasfalba és a jobb oldali rectusizomba főleg a műtét helyén számos bemetszést ejtve, sehol nyeredésnek nyomát sem találjuk. A máj nagyobb a rendesnél. A jobb lebeny convexitását férfitenyérvnyi területen sárgás-fehér lepedék borítja, ugyanott a máj állományában a tok alatt egy diónyi, rekeszes szerkezetű tályogcsoportozat foglal helyet, melyre jellemző az, hogy az átmetszetben legfeljebb lencsényi, rostos tokkal körülvett tályogocskák belsejéből zöldes-sárga szemcséket tartalmazó geny kaparható ki. E tályogcongglomeratumhoz hasonló, de jóval nagyobb ül a máj hilusában. Ennek közepe ellágyult, szennyes-zöldes színű és feltűnően büzös. A tályogok közelében jól felismerhetők kisebb rögzösödött vena portae- és vena hepatica-ágak. A vena portae törzse szabad. Az epehólyag szomszédságában a májszövetben egy kis diónyi alveolaris szerkezetű tályogcsoport, ugyanitt a máj tokja és az epehólyag fala között körülbelül 2-3 cm³ sűrű, tejfelszerű geny. A legnagyobbodott lép felső polusa fibrines genyvel borított; állománya petyhűt; metszslapja szürkés-vörös színű, pulpája előbuggyan s könnyen kaparható. A belek szabadok: sem pigmentatio, sem hegesedés az appendix szürkés-kékesen pigmentált csontján kívül nem található. A szívburokban 1-2 cm³ fibrines-genyes izzadmány. A szív valamivel nagyobb a rendesnél; izomzata középvastag, benne bemetszéskor számos szürkés csík látszik. A billentyűk vékonyak, hártásak.

Aorta belfelülete sima. A baloldali pleuralemezek között körülbelül 20 cm³ sűrű geny, melyben már a bonczolás folyamán sikerül aktinomyces-szemcséket kimutatni. A bal tüdő alsó lebenye egyenletlenül tömött, májtápiantatú, metszéspán vérzéses szegélyvel körülvevett, genyenes elágyult góczok vannak, közéjükön rögzösödött erekkel. Nyomásra zavaros folyadék ürül. Késsel megkaparva, a kés szélén igen apró szemcsék láthatók. A felső lebenyben, főleg a csúcsban heges kötegek s tömött kölesnyi szürkés-fehér göbök vannak. A jobb tüdő felső lebenyében kiterjedt hegesedés mellett mogorónyi sajtos gümők, az alsó lebenyben és a mellhártyán a baloldalihoz hasonló elváltozás. A hörgőkől genyes váladékot lehet kinyomni. A többi szervben elváltozást nem találunk.

Ezek alapján a következő bonczolási diagnosit állítottuk fel:

Thrombophlebitis aktinomyctica ramorum venae portae verosimiliter post perityphlitem aktinomycticam sanatam, et inde abscessus hepatis permulti. Perihepatitis subphrenica et pericholecystitis purulenta aktinomyctica. Pneumonia lobularis haemorrhagica et abscedens loborum inferiorum pulmonum. Pericarditis et pleuritis purulenta aktinomyctica bilateralis. Cicatrix parietis abdominis post incisionem abscessus aktinomycotici. Tuberculosis chronica fibrosa et caseosa lobi superioris pulmonis dextri. Bronchitis purulenta. Myocarditis fibrosa. Anaemia universalis.

Mikroskop alatt úgy a májtályogok, mint a vena portae- és vena hepatica-ágakat kitöltő rögök belsejében nagyszámú sugárgombatelep látható. A telepek körül leukocyták helyezkednek el, azután zsirtartalmú szemcsés sejtek, majd igen érdús sarjszövet következik sok plasmasejtrel. A májparenchymában sok pigmentrög és epefesték, a lebenykék között kis sejtes beszűrődés, a májsejtekben regeneratív burjánzás direct és indirect magöszlásokkal. A tüdőmetszetekben a verőerek thrombusaiban sugárgombatelepek vannak, az alveolusok és hörgők fibrines-genyes izzadmányában pedig Gram szerint intensive festődő, helyenkint csoportokba verődött hosszú fonalak láthatók, melyek szintén gombafonalaknak felelnek meg. A tüdő mikroskopos leletéből nyilvánvaló, hogy a gyuladást (genykeltők mellett) itt is az aktinomyces okozta haematogen úton. Érdekes, hogy a gombafonalakon bunkóképződésnek jeleit sehol sem sikerült megtalálnunk.

Különös figyelmet érdemelnek az ereken talált elváltozások. A már említett rögzösödés a vena portae- és vena hepatica-ágakban genyes thrombophlebitis képét nyújtják. Az erek fala, kisfokú intima-proliferációtól eltekintve, általában ép, csak helyenkint láthatunk főleg a legkisebb erekben az érment tetemesen szűkítő intima-burjánzást. Sorozatos metszeteken sikerült kimutatni, hogyan terjed a genyes gyuladás az aktinomycosis tályogról az ér adventitiájára, létrehozva egy *periphlebitis aktinomycotiát*, mely viszont továbbhaladva áttöri a mediát s a rugalmas rostok lemezeit, végül belejut az ér belsejébe, a hol nagyobb mennyiségű fibrines alvadék mellett fehérvérsejteket és sugárgombatelepeket vagy fonalakat lehet találni. E ritkább, érköri gyuladásból keletkező phlebitisekkel szemben, a melyek a májban a vena hepatica-ágakat illetik, *dominál az emboliás eredetű érgyuladás*, a mennyiben úgy a májban a vena portae ágai, mint a tüdőben az arteria pulmonalis ágai emboliás jellegű változásokat tüntetnek fel. Különösen szép példáit nyújtják ennek azok a rögzösödött erek, melyek egy-egy tályog közepében foglalnak helyet. A tüdőgyuladásos góczok belsejében talált érrögök göröcsői vizsgálata azt mutatta, hogy az ereken megakadt fertözött embolusokról terjedt a folyamat az ér falára oly módon, hogy a rugalmas rostok és a media izomrétegének arrosioja folytán végül belejutott a genyedés az érköri tüdőszövetbe s okozta azt a genyes infiltrációt, a melyben sugárgomba fonalak mellett nagyobb számmal találtak Gram-positív coccus-tömegek is, a miből arra lehet következtetni, hogy *társfertőzés* is szerepelt a gyuladás létrehozásában.

Az ismertetett bonczolási és szövettani vizsgálatok eredményét áttekintve, a folyamat terjedésére nézve felfogásunkat következőképpen foglaljuk össze: Valószínűnek kell tartanunk, hogy jelen esetben az acut appendicitis előidézésében — bár bacteriologiai vizsgálat a műtét után nem történt — genykeltők mellett a sugárgomba is szerepet játszott, annyival is inkább, mert a vena portae ágainak kiterjedt rögzösödése, a rögökben mindenütt megtalálható sugárgombatelepek egy a vena portae érrendszeréhez tartozó szerv sugárgomba okozta megbetegedésére engednek következtetni. Primaernek vesszük fel tehát az appendicitist és perityphlitem, mely a műtét után hegesedés és csekély pigmentatio hátrahagyásával meggyógyult. Innen thrombophlebitis kapcsán a vena portae-ágakba jutottak a leszakadt vérrögök és létrehozták a májtályogokat: a legnagyobbat a hilusban, egyet az epehólyag közelében, mely áttört a has falába s a mely műtét után, akárcsak az appendicitis, hegesedéssel meggyógyult, egy harmadikat a jobb lebeny convexitásán, mely a jobboldali rekesz alatti genyedést okozta. A vena hepatica thrombusai pedig leválva, a vena caván és jobb sziven keresztül belekerültek mint mycosis embolusok a tüdő-arteriákba és előidéztek azt a gyors lefolyású áttéti tüdőgyuladást mellhártya- és szívburokgyuladással, a mely azután a halálhoz vezetett. E vázolt folyamat

időtartamát tekintve — minthogy a megbetegedés kezdetétől a halálig körülbelül 10 hónap telt el —, esetünket az idősült lefolyású sugárgombabetegségek közé kellene sorolnunk; bonczolási és göröcsői jellege, valamint a klinikai tünetek miatt azonban — Frey csoportosítása szerint — inkább az acut actinomycosisokhoz tartozik. Frey ugyanis a klinikai lefolyás szerint három csoportot különböztet meg:

1. *Acut*, mely heveny fertöző betegség képében zajlik le. Lázzal, fájdalmakkal, gyakran mirigyduzzanattal jár és hajlama van az emboliás terjedésre (pyaemiás alak). Minden bizonynyal vegyes fertözés okozza.

2. *Subacut*, mely idősült phlegmonehoz hasonló. Lefolyása általában lázmentes, a mirigyduzzanat hiányzik. A szövetbeolvadás és genyedés csak lassan halad előre. Az általános fertözésre való hajlam kisebb, a kötőszöveti reactio erőteljes. A prognosis jobb, mint a heveny és idősült alakban.

3. *Chronikus*, mely lefolyásában cachexiához vezet. A szöveti reactio nagyon hiányos, a deszkakemény beszűrődés alig kifejezett. Huzamosabb lefolyása miatt gyakran általános amyloidosist okoz.

Esetünk lefolyásában három olyan időszakot lehet megkülönböztetni, melyek mindegyike egy-egy rövid ideig tartó *heveny megbetegedésnek felel meg*, és pedig: acut appendicitis, acut pericholecystitis és acut bronchopneumonia. E megbetegedések klinikailag látszólag egymástól függetlenül fejlődtek ki s csak a bonczolás nyújtott támpontokat annak felvételére, hogy e folyamatok lényegileg egyugyanazon kórokozó által idéztettek elő. Az appendectomia idején minden bizonynyal már kifejlődött a thrombophlebitis, minek következtében megvolt a lehetőség a folyamat továbbterjedésére. A májban a betegség hosszú ideig állhatott fenn a nélkül, hogy klinikai tüneteket okozott volna s csak akkor vált nyilvánossá, mikor betört a has falába. Úgy az appendectomia, mint a hasfali tályog megnyitása egy időre lappangó állapotba hozta a folyamatot, de a mikor a májból a vérerekre való terjedés útján emboliás tüdőgyuladás fejlődött, jött létre az a súlyos állapot, mely azután halálhoz vezetett.

Mint ismeretes, a *sugárgombabetegséget a behatolási kapu és localisatio szerint* három főcsoportra szokás osztani. Gyakoriság szempontjából első helyen áll a *szájgaratüregi aktinomycosis*, mely kiindulhat az állkapocscsontokból, e csontok periosteumából, a pofa és ajkak nyálkahártyájából. Jellemző reá, hogy csak ritkán okoz távoli szervekben metastasisokat, inkább helyi folyamat marad s így a therapia számára könnyen hozzáférhető. A véráram útján való terjedésre ritka példa a *Moodie* esete, a melyben a felső állcsonti aktinomycosisból májtályogok keletkeztek.

Ritkább a *tüdő, illetőleg légzőtractus aktinomycosisa*, melyben a fertözés vagy a száj-garatüregi folyamat helyéről leszakadó szövetrészekkel (tonsillából és carieses fogakból is), vagy direct aspirációval történik. A fertözésnek ez utóbbi módjára érdekes adatokat szolgáltatott *Odermatt*-nak a háború folyamán svájci katonákon végzett azon észlelései, melyekkel sikerült kimutatni, hogy aktinomycosisban általában azok a katonák betegedtek meg, a kik csupasz szalmán huzamosabb időn át aludtak s így alkalmuk volt a szalmával való közvetlen érintkezés közben a szalma porát behelenni vagy a behelent s gombát tartalmazó részecskéket lenyelni. A folyamat kiindulhat a hölgök nyálkahártyájából vagy a tüdő parenchymájából. Rendesen a tüdő alsó lebenyeiben szék, szemben a tuberculossal, mely a csúcsokat és a hilust (mirigyeket) szereti elsősorban megtámadni. Nagy terjedési hajlamánál fogva csakhamar beletör a mellüregbe és a szívburok üregébe vagy a csigolya előtti szövetbe, áttöri a mellkas falát vagy a rekeszt, végül metastasisokat okoz, a mikor is a legkülönbözőbb combinatiójú hasi és generalizált megbetegedéseket hozhatja létre. Ennek illusztrálására szolgáljanak az alábbi tüdőaktinomycosis-esetek, melyekben bonczoláskor egyrészt a hasüri szervekbe való áttérést, másrészt pedig az ereken való tovaterjedést és specifikus érgyuladásokat lehetett kimutatni. Így *Habel* esetében a primaer tüdőaktinomycosis ráterjedt a pleurára, a szívburokra és beletört a vena cava

superiorba. *Schmorl* esetében 14 éves fiúban a primaer gócz a jobb tüdőben ült. Áttörte a mellkas falát s beletört a szív mindkét pitvarába. Áttörte továbbá az endocardiumot, melyben polyposus növedékeket alkotva, a levált rögökkel az egész szervezetet inficiálta. *Litten* és *Levi* esete klinikailag tuberculosisnak felelt meg: A bonczoláskor a tüdő- és máj-aktinomycosis mellett a kürtökben és az agyban is lehetett áttéteket találni. *Skeritt* esete ugyancsak phthisis képében zajlott le. Az aktinomycosis folyamat áttörte a rekeszt, a májban tályogokat, a májvenákban pedig genyes thrombophlebitist okozott. *Wolf* esetében az elsődleges tüdőfolyamat helyéről a hasüregbe terjedt az aktinomycosis. A bonczoláskor a bursa omentalisban körülbelül egy liter szemcsés (aktinomycosis) geny, a hasnyálmirigy fejében pedig egy kis gócz foglalt helyet. A máj telve volt tályogokkal, a vena lienalis és vena portae ágaiban pedig thrombophlebitist lehetett kimutatni. *Diehl* esetében a rekeszen át a lépbe terjedt az aktinomycosis, melyben nagy tályogot hozott létre, honnan beletört a vena lienalisba (a vena lienalis thrombusaiban mikroszkop alatt sugárgombatelepeket lehetett találni) s onnan tovább haladva a vena portaen keresztül, a májban többszörös tályogképződésre vezetett.

(Folytatása következik.)

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XI. rendes tudományos ülés 1922 április 8.-án.)

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

A tuba Eustachii nyálkahártya-gegyedésének Röntgennel való kezelése.

Szász Tibor: A garat nyílása felé mozgó csillószőrös hámmal fedett nyálkahártyája alatt igen sok mirigyét és adenoid szövetet tartalmazó tuba genyes középfülgyulladás mellett maga is beteg. Éppen úgy, mint a középfülgyedések nagy része, a tuba is gyógyulhat spontan. Az elhúzódó esetekben a kezelés lényege főleg abban áll, hogy a lument megtöltő bő nyálkás-genyes váladékot átfúvásokkal igyekezzünk eltávolítani akár a garat, akár a hallójárat felől, mely utóbbi módszernek a bemutatott sok előnyét látja. Vannak esetek, a melyekben minden kezelés dacára éveken át megvan a baj, mert a folyton bőven termelődő nyálka nyomása, bomlása és a csillószőröket bénító hatása akadályozza a gyógyulást. Nem tartoznak ide azok az esetek, a melyekben a genyedés fentartójának a garatváltozásokat, a lymphatikus constitutiót és egyéb általános megbetegedéseket tartjuk, továbbá azok a mélyreható genyes megbetegedések, a hol a csont is meg van támadva.

A Röntgennek mirigyelválasztást gátló és adenoid szövetet sorvasztó hatását igyekezett a bemutatott felhasználni arra, hogy a tubát egy időre tehermentesítse, számítva a gyors gyógyulásra, a mennyiben mélyebb elváltozások nem volnának. *Bálint* tanár klinikáján *Rosenthal* tanársegéd és *Nagy Jenő* vállalták a Fehér Kereszt-kórházból küldött betegek röntgenezését. Az eddig végigélesztelt hét beteg közül öt teljesen meggyógyult; mind olyan hallószerv-megbetegedésben szenvedett, a mely legalább fél éve állott fenn és minden szokásos kezeléssel dacolt. A hypophysis részéről nem jelentkezett tünet, bár kétségkívül az is kapott a sugarakból. A secretiót csökkentő hatás 1—2 nap múlva jelentkezett; azokban az esetekben, a melyekben körülbelül a 3. hét végén áll be a kiszáradás, valószínűleg már az adenoid szövet is sorvad.

Minthogy e kezelésmódnak semmiféle hátránya nincsen, ajánlja akkor, ha minden más kezelés eredménytelen. A röntgenezés után a többi kezelést is folytassuk, mert a secretiocsökkenés mellett az alkalmazott adstringensek hatása intenzívebb lehet a nyálkahártyával való közvetlenebb érintkezés miatt.

Az eredmények megítélésakor legyünk nagyon tárgyilagosságok, mert az optimizmus a Röntgennek tulajdoníthat olyan gyógyulást, a melyet más eljárások is meghoztak volna, míg a módszer hatástalansága bizonyítékának fog tartani a pessimizmus olyan eseteket, a melyekben a genyedés azért áll fenn továbbra is, mert az elváltozások már mélyrehatók.

Hypophysis-tumornak Röntgen-besugárzásra javult érdekes esete.

Gerlőczy Géza: 30 éves nőbeteget mutat be, a kit nagyfokú látásromlás és a papilla temporalis decoloratiója miatt agyvelődaganat gyanújával tettek át az I. sz. szemészeti klinikáról a belgyógyászati diagnosztikai klinikára. A koponya-alapi Röntgen-felvétel háromszorosára megnagyobbodott sellát mutatott, a minek alapján hypophysis-tumorra kellett gondolni. A feltevést támogatta az a körülmény, hogy az asszony 16 éves kora óta nem menstruál. A csaknem teljesen vak betegen az agygyomárnak egyre fenyegetőbb tünetei jelentkezvén, sürgető volt a beavatkozás szükségessége. A nagy halálozással járó műtét helyett, az utóbbi évek irodalmi adatainak kedvező statisztikájára támaszkodva, a Röntgen-therapiás besugárzást választotta. A tumor meglepő gyorsan reagált, a mennyiben a két egymást követő napon összesen 4 részletben 30—30 percig tartott besugárzás hatására már az első napon megszűnt a szédülés, a főfájás, a hányás; a látás 6 nap múlva a bal szemén már a normalis látás egy-negyedéig javult, a jobb szem 1 méterről olvas ujjakat.

Egy másik esetében a hypophysis-tumor kapcsán infantilis mus állott fenn. Itt a besugárzás után 2 héttel súlyos elesettségs, látásromlás s a hypophysis cachexiára jellemző kép fejlődött ki.

Henselmann Aladár: Ismerteti a Röntgen-kezelési módot, melyet a betegen alkalmazott. Két egymást követő napon délelőtt-délután, tehát összesen négyszer, minden egyes alkalommal egy-egy mezőben 30 perces besugárzást végezt unipuls-inductorral, 7 mm. aluminium-szűrőt és 25 cm. focus-börtávolságot használva. A hatás, tudniillik a látás feltűnő javulása, a szédülés és fejfájás teljes megszűnése, már órák múlva az első besugárzás után jelentkezett. Az első két besugárzásra úgy hozták a beteget, mert nem látott és szédülése miatt alig bírt megállni a lábán. Már a harmadikra támogatás és vezetés nélkül jött be, örömmel újságolva, hogy meggyógyult. Röntgen-mérgezési tünetek egyik besugárzás után sem mutatkoztak.

Az esetet Röntgen-therapiai szempontból két irányban találja érdekesnek. Egyrészt rámutat arra, hogy a Röntgen-therapia hatásosságának megítélésakor legfontosabb tényező, a mely mellett minden egyéb majdnem eltörpül, a szövetek Röntgen-érzékenysége, helyesebben reactio-módja; tudniillik vajjon az általunk rendszerint óhajtott regressiv irányban reagál-e, hypo- vagy aplasiával, a mi a sejtélet lefokozásának az eredménye. A másik reactio-mód, a progressiv irányú, rendszerint nem kívánatos. Néha semmiféle reactio sincs, illetőleg therapiásan belőle semmit sem értékelhetünk; ilyenkor azt mondjuk, hogy a szövetnek nincs sugárérzékenysége. Példák ismertetésével rámutat arra, hogy bizonyos szövetek Röntgennel való elpusztítását elérhetjük úgy is, hogy „ingerlőleg” hatunk rájuk.

Az eset érdekes másfelől azért, mert a hozzászóló nem használt úgynevezett modern Röntgen-készüléket, melynek beszerzését elengedhetetlennek szokás tartani a hatásos mély-therapiához. Egy nagy típusú, a klinikán évek óta jól bevált inductorral érte el az eredményt s nem egyszeri ülésben, hanem négy részre adagolva, számítván ezek hatásának összegeződésére.

Büchler Pál: Két ízben észlelt minden hypophysistünetet mutató daganatgyanus egyént. Ezekben az esetekben a Röntgen jól hatott, ellenben a műtétkor kiderült, hogy liquorral telt és hydrocephalus által okozott cysták voltak. Tömör daganatok ellen a Röntgen hatástalan volt. A Röntgen-kezelést különösen productiv gyuladással hypophysises folyamatnál tartja jónak.

Erdős Ödön: A bemutatott beteg márczius elején kereste fel az I. sz. szemklinikát látáspanaszával.

Visus: Kézmozgást lát. Fényérvés 5 méterről. Localisatio temporalisan a centrumig szűkült. A szemfenéki kép csupán temporalis decoloratiót mutatott, a mi nem állott arányban a nagyfokú látásromlással. Ez arra figyelmeztetett, hogy az ok intracranialis nyomás. A szép therapiás eredmény arra vall, hogy minél korábbi stadiumban igyekezzünk az atrophia nervi optici aetiologiáját megállapítani. A szemtükör, a látótér felvétel, a Röntgen fontos segédeszközök; ezekhez társul még a belső secretió szervek zavarai által előidézett jelenségek felismerése.

Erdélyi Sándor: 6 évvel ezelőtt keletkezett hypophysis-tumorral referál, a melyet úgy kezelt, hogy a sinus sphenoidalist endonálisan megnyitotta és beléje radiumot helyeztet két ülésben. Az akkor igen súlyos, féloldali vakságot és az akromegalia legkifejezettebb tüneteit mutató (fejfájás, óriási vétagok, csökkent mozgásképesség, szellemi zavarok stb.) állapot rövidesen javulni kezdett; a fejfájások elmúltak, a látás megjavult, a munkaképesség visszatért. Jelenleg, 5 és 1/2 évvel a kezelés után, a beteg jól van, nehéz munkát végez. A látása jó. Tekintve a radikális operálások 12—33%-os mortalitását, a nem cysta-esetekben feltétlenül conservativ kezelést ajánlja.

Grósz Emil: A bemutatott eset diagnosztikai és therapiai szempontból egyaránt tanulságos. A hypophysis-daganat diagnózisában értékes a szemlelet; a látótérbeli temporalis hemianopiát néha a színes látótér típusos megszűkülése előzi meg. Intracranialis nyomás-emelkedés mellett a pangásos papilla hiánya s atrophia nervi optici simplex

jelenléte a hypophysisre tereli a figyelmet. Viszont az atrophia nervi optici simplex aetiologiájában mind gyakrabban szerepel a hypophysisdaganat. A diagnosztikai tévedéseket a belgyógyászok, a sebészek, a kórboncznokok s a szemészek együttműködése csökkenti. A Röntgen-therapia jogosultságát bizonyítja a bemutatott eset. Különösen az olyan esetekben, a midőn a hypophysis-daganat a szemtüneteken kívül más jelenséget nem ad, a nagy mortalitású sebészi beavatkozás előtt indokolt a besugárzás. A két eljárás kiegészíti egymást, mivel a sebészi beavatkozás inkább a cysták, a Röntgen inkább a fémor daganatok ellen hatékony.

Johan Béla: Bonczolási anyagából arra következtet, hogy a hypophysis-tumor diagnózis nem könnyű. Számos oly esetet látott, a hol a hypophysis-tumor csak a szem részéről voltak tünetei. Van olyan is, hol élőben semmi sem árulta el hypophysis-tumor jelenlétét. Ennek az oka részben az, hogy a hypophysis-tumorok tetemes része lefelé, a sinus sphenoidalis felé növekszik. Még jóindulatú tumorok is hamar elszorvasztják a sella fenekét és a sinusban nőnek tovább. A hypophysis-tumorok eme viselkedése miatt érthető, hogy pangásos papilla ilyenkor nincs. Egyébként is pangásos papilla gyakoribb a hátsó scala tumorai mellett.

Adat a glaucomaelenes scleratrepantio hatásmódjához.

Ifj. Liebermann Leó: Trepanált szemek későbbi megfigyeléséből arra következtet, hogy a scleranyílás nyitvamaradása vagy elzáródása bizonyos fokig önműködőleg szabályozódik, a mennyiben oly glaucomás szemeken, a melyeken a nyílás nyitvamaradása nem szükséges a nyomás leszállítására — mert a gyöki iriskimetszés egymaga eléggé hatásos —, a nyílás később bezáródik. (Ez nem érinti azt a gyakori tapasztalatot, hogy akkor is elzáródhatik, a mikor szükséges volna a nyitvamaradása.) Ez a viselkedés, úgy látszik, a glaucoma fajától és szakától függ. Ha ez a még nem eléggé figyelemre méltított jelenség prognosztizálható szabályossággal mutatkoznék, akkor a trepanatio javulatát az iridectomia rovására ki lehetne terjeszteni, elkerülendő az iriscoloboma hátrányait, feltéve, hogy az nem okvetlenül szükséges. Bemutat ilyen különböző viselkedést feltüntetett trepanált szemeket.

A pestisről és bacteriumának változandóságáról.

Preisz Hugó: Ismerteti a patkányok és bolhák szerepét az emberi pestis terjesztésében. Kísérletekkel bebizonyították, hogy patkányról patkányra a bolha is átviszi a vírust és sok adat szól a mellett, hogy az embert is főleg ily fertőzött bolha betegíti meg. Mindazonáltal óvakodnunk kell e tekintetben az általánosítástól, mert az bizonyos, hogy a pestis epidemiológiája még nem mindenben tisztázott. Egyes helyeken és időpontban bizonyára más tényezőknek is lehet fontosságuk. A hol az emberi pestis megjelenését patkányok pusztulása nem előzte meg, más állatok között lehetett pestist észlelni.

Érinti előadásában azt az érdekes kérdést is, hogy miképpen van az, hogy a pestis és más exotikus betegség is mindazon helyeken, a hol nem endemiás, előbb-utóbb kivész és csak akkor jelenik meg újból, ha ismét becipelik. E helyeken tehát kell, hogy a vírus elpusztuljon vagy legalább is végérvényesen elveszítse virulenciáját. Majd képe vetítésével demonstrálja a pestis-bacillus variétásait, a melyek sajátlagos elfajulást szenvedve, tenyészetekben gyorsan elpusztulnak. Éppen ezért azt hiszi, hogy hasonló elfajulás révén a természetben is ilyen módon mennek veszendőbe. Igen ám, de miért nem pusztul el ekképpen a vírus ama vidékeken is, a hol a betegség endemiás és mi okozza az ottani maradandóságát? Kell tehát, hogy e helyeken oly feltételek legyenek megadva, melyek másutt hiányoznak. Ezen ismeretlen tényezőket az előadó nem az endemiás pestis-góczok éghajlati és földrajzi viszonyaiban látja, hanem úgy véli, hogy bizonyos alsóbbrendű állatfajták szerepelhetnek, melyekben a pestisbacillusok — talán mint veszélytelen paraziták — élnek és hogy ezeknek földrajzi elterjedtsége, valamint az endemiás pestisgóczok fedik egymást. Ezen állatokból származnék azután a patkányok fertőződése; ez állatok e szerint nem lehetnek a betegség közvetlen okozói, mert a patkány minden világtájon otthonos.

Id. Liebermann Leó: Bár szakkönyvek nem írják róla, de angol orvosok tapasztalata mutatja, hogy a pestist tetvek is terjesztik; ezen

kérdés tisztázására hívja fel az előadó figyelmét. A pestis megszűnését oly vidékeken, a hol nem endemiás, a bacteriumok degenerációjával magyarázza. Azt hiszi, hogy a pestis-bacillus mint saprophyta növényeken vagy állatokon is élhet.

Krompecher Ödön: A gümöbacillus burgonyán tenyésztve, idővel színét változtatja, sőt fekete coloniákat is termel, a mit oxydatiós folyamattal magyaráz.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Scipiades Elemér: Szülészeti előadások. (Kézirat gyánánt.) II. Gyakorlati rész. a) A szabványos viszonyok (Physiologia). Budapest, Franklin-Társulat, 1922, 339 oldal.

Tankönyv-szegénységünk mellett örömmel üdvözljük az előtünk fekvő könyvet, a mely a nemrég megjelent propaedeutikus résznek folytatásaként jelent meg s a melyet bizonyára nemsokára a pathologiai részt és a műtéttant tárgyaló kötetek fognak követni. De nemcsak az említett oknál fogva örülünk *Scipiades* munkája megjelenésének, hanem — és elsősorban — azért is, mert megírásával szerzője oly abszolút becsű munkával gazdagította szakirodalmunkat, a mely, különösen ha majd végleges kiállításban (rajzokkal illusztrálva, a melyeket most, bizonyára a mostoha gazdasági viszonyok folytán, sajnálattal kell nélkülöznünk) fog forgalomba kerülni, nemcsak a medikusnak, hanem a gyakorló orvosnak is hasznos olvasmánya lesz.

Mindenekelőtt ki akarjuk emelni, hogy *Scipiades* munkája a célnak, a melyet maga elé tűzött, kitűnően megfelel; úgy az egyes fejezetek anyagának megválasztása, mint beosztása, a fontosabb részeknek a megfelelő helyeken való újabb érintése s ezzel a tanuló emlékezetébe való jobb bevésése, az egyes ténykedések világos megmagyarázása, az el nem kalandozás a részletek, különböző nézetek, történeti fejtegetések, függő kérdések tárgyalásakor, bár egyes kérdéseket, mint például az ophthalmoblennorrhoea prophylaxisát rövidebbre is foghatta volna, mind kitűnő pozitív, illetőleg negatív didaktikai értékek. E mellett a legmodernebb színvonalon tárgyalja a szakmát, a melyet még néhány év előtt is egy már majdnem teljesen befejezett tudománynak tekintettünk s a melynek tárgyalásakor *Scipiades* mintegy ad oculos demonstrálni akarta *Stoekel* ismert mondásának helyességét, hogy e tudományunk biológiai szempontból teljes átalakuláson megy át. Így mintegy vörös fonálként húzódik végig különösen a terhesség physiologiai részében a belső secretiók tana nagy fontosságának s eddigi ismereteinkre gyakorolt nemcsak elméleti, hanem gyakorlati átalakító hatásának ismertetése s látjuk e fejezetből azt a nagy kedvet és hozzáértést is, a melylyel a szerző ezen kérdéssel foglalkozott. Ugyanezt látjuk a serológiának s egyéb modern tudományoknak a szülészetre való befolyása tárgyalásánál is. A szülés mechanizmusának s egyéb nemrég még általánosan elfogadottnak hitt tanoknak ismertetésekor is mindenütt az újabb és legújabb jól megalapozott nézeteknek és felfogásoknak ad helyet.

Messze vezetne, ha a könyv részletes ismertetését akar-nók adni s ezért csak hangsúlyozni kívánjuk, hogy *Scipiades* munkájával nem sablonos tankönyvet nyújtott, hanem olyat, a melyre szerzője egyéni béléget is nyomta. Eltérő véleményeknél mindig a maga, illetőleg annak az iskolának nézetét is előadja, a melyből kikerült. A terhesség korai felismerésénél egy új jellel is gazdagítja tudásunkat. Amellett mások nézetét sem hagyja sehol figyelmen kívül, de a könyv terjedelméhez mérten és céljának megfelelőleg az irodalom ismertetésében nem megy nagyon a részletekbe, hanem válogatva adja a szerzők és szakemberek nevét, ezzel sem akarván túlterhelni a tanuló memoriáját. Kivételt csak a magyar irodalommal tesz, a mennyiben a magyar szerzők idevágó munkáit mind felemlíti, figyelemre méltatja s érdem szerint tárgyalja. A munkának még egy dicséretes tulajdonságát kell kiemelnünk s ez az, hogy mindenütt, különösen a diaetetiká-

ban és hygienében, egyes magyar népszokásokat sem hagyván figyelmen kívül, sok gyakorlati értékű útbaigazítást ad a kezdő orvosnak és szülésznek s hogy mindenütt lehetőleg a szegényebb és a vagyonosabb néposztályhoz tartozó családok eltérő gazdasági viszonyaira is tekintettel van.

A rendes (vagy a szerző egészen szokatlanul mondja „szabványos“) terhesség, szülés és gyermekágy ismeretésekör azok tünettanát, felismerését, sorsát és kezelését egyaránt behatóan és világosan tárgyalja. Külön köszönet illeti a szerzőt azért, hogy függelékképpen ugyancsak kimerítően (körülbelül 70 oldalon) ismerteti a tudomány mai álláspontját az újszülött és csecsemő gondozásában és táplálásában.

Érdeklődéssel nézünk *Scipiades* munkájának folytatása elé.
Temesváry.

Lapszemle.

Sebészet.

A trypaflavinnak szájbetegségeiben használatáról ír *M. Mayer*. Meglepően jó eredményt látott alkalmazásától *Plaut-Vincent-angina* több esetében. A gyógyulás mindig gyorsan bekövetkezett. Egyik betegén alkalma volt a torok egyik oldalát neosalvarsannal, a másikat trypaflavinnal kezelni s ez utóbbi 5 nappal előbb gyógyult. Legszebb eredményt azonban a soor kezelésében tapasztalta, mely betegség dyspepsiás csecsemőkön és súlyosan beteg, marasmusos felnőtteken az eddig használt gyógyszerek alkalmazása mellett (bórsav, borax) gyakran hosszabb ideig áll fenn, s ámbár prognosisa quoad sanationem jó, a halálos kimenetel pedig rendkívül ritka, mégis a táplálkozás akadályozása miatt az erősen legyengült betegek érdekében kívánatos a mielőbbi megszüntetése. Ezideig 7 esete volt: 4 felnőtt és 3 dyspepsiás csecsemő. Ezek közül négy esetben a *tinctura myrrhae*-, bőrkezelés már 5 napja eredménytelen volt, trypaflavin alkalmazására pedig a második napon megszűnt. Ezenkívül két esetben, mely bőrkezelésre egyáltalában nem reagált, a trypaflavin prompt gyógyulást létesített. A többi esetben a gyógyulás tartama átlag 2—4 nap között ingadozott. Következőképpen járt el: A száj- és toroküregek forralt vízzel kiöblítése után csecsemőkön $\frac{1}{2}\%$ -os, felnőtteken 1% -os trypaflavin-oldattal megecseteli a nyálkahártyát naponta több ízben. Ecsetelés helyett a trypaflavin spray alakjában is használható. Ezenkívül napjában többször öblíteti a száját és a torkot a következő szájvízzel: $\frac{1}{4}$ liter vízre 40 csepp 1% -os trypaflavin-oldat.

Igen fontosnak tartja, hogy sem localisan szövetlaesít, sem a vese részéről irritációt e kezelés mellett sohasem látott. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 49. szám.)

Tirczka Kolos dr.

Ideg- és elmekórtan.

A felső végtag két reflexére, a Léri- és Mayer-féle reflexre hívja fel újra a figyelmet *Mayer* innsbrucki tanár. Ha a kéztőizületet passive erősen behajlítjuk, az alkar reflectorice behajlik, ez a Léri-féle reflex. Ha a kéz II.—IV. ujjának I. phalanxát passive erősen behajlítjuk, a hüvelyk reflectorice addukálódik vagy opponálódik, ez a Mayer-féle reflex. E tünetek hiányosak, fáradékonyak, lassu lefolyásúak a centralis motoros neuron sérülésénél, hiányoznak az epilepsiás roham alatt, míg ellenben hysteriás bénulásoknál és rohamnál kiválthatók. De prognostikailag is használhatók, mert ha nem előrehaladó folyamat esetén bénulások dacára e reflexek kiválthatók, a motilitás gyors helyreállítását várhatjuk. (Klin. Wochenschrift, 1922, 13. sz.)

Kluge dr.

Szemészet.

A heterophoria mérésére *Folinea* ajánlja egyszerű eszközét, mely bármely fokú és nemű heterophoria értékelését röviden és egy leolvasással teszi lehetővé. A vizsgált egyik szeme elé négyszeres (alapjukkal egymáshoz illesztett hasábokból álló) hasáb kerül, ez tehát minden tárgyról négyszeres képet ad. A szabadon hagyott szem képének e négyszeres képhez való viszonyából adódik az eredmény. Tárgynak

6 méterre a beteg előtt lévő keresztet használ, melynek nagysága egyenlő a hasábok 6 méterre vonatkozó eltérítő erejével, úgy hogy orthophoria esetén a hasábos szem négy keresztjét a szabad szem keresztje egymással éppen összeköti. Heterophoria esetén a középső kereszt egyik szára megfelelő mértékben fedi az egyik külső kereszt felé eső karját. Cyclophoria esetén a középső kereszt a külsőhöz képest szögfordulást végez, mely elfordulás nagyságát a négyszeres hasáb foglalatának fokbeosztásán olvassuk le. A kereszt szárai pedig oly módon fogazottak, hogy egy fogköz 1 foknyi heterophoriának felel meg, tehát a hány fog esik egybe a középső és külső keresztet közt, annyi fokos a heterophoria. A kereszt nagyságának megfelelő változtatásával az eszköz kis távolságban való mérésre is használható. (Archivo di ottalmologia, 1922, 37. oldal.) Sz. L.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Gyermekkori hasmenés ellen a müncheni gyermekpoliklinikán jó eredménnyel rendelik az Ireks-féle makkmaláta-cacaót. A makk-kávét és makk-cacaót diéta szer gyanánt már régóta kedvelik; maláta hozzáadásával pedig még jobban fokozzuk a szer tápértékét és ezzel elejét vesszük enteritis esetében a beteg gyors elgyengülésének. A bélnek ricinus-olajjal kiürítése után kezdik adni a szert, még pedig egy evőkanálnyit egy csésze vízre, naponként 4—6-szor. A gyermekek nagyon szívesen veszik czukor nélkül is; czukrot és tejet csak akkor tesznek hozzá, a mikor a bélürülék már consistensebb kezd lenni, a mi 2—3 nap mulva szokott bekövetkezni. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 15. sz., 573. lap.)

Nagyobb műtétek előtt a vérvesztés legelőször csökkentésére *Wieting* szerint ajánlatos ú. n. vérlerakatokat létesíteni, a mi olyan módon történik, hogy az egyik vagy mindkét czombot leszorítjuk annyira, hogy nagyfokú venosus vérbőség támadjon, s a mikor ez bekövetkezett, teljesen leszorítjuk a czombot vagy czombokat. Ilyen módon a vér egy részét kirekesztjük a vérkeringésből s a műtét után lassan visszaeresztve a keringésbe (a leszorítás lassú megszüntetésével), ezzel autotransfusiót is végzünk. Előnye az eljárásnak az is, hogy kevesebb narcoticumra van szükségünk. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 6. szám.)

Erythema nodosum néhány esetében, a mely salicylra nem reagált, *Ammann* jó hatást ért el ammonium carbonicummal. 5% -os oldatból kétóránként adott kávéskanálnyit. (Schweiz. mediz. Wochenschrift, 1922, 10. szám.)

Vegyes hírek.

Kinevezés. A kormányzó *Herczog Ferencz* dr.-t, a pozsonyi egyetem tanárát, a budapesti kir. m. Pázmány Péter tudományegyetemen üresedésben volt egyik belgyógyászati tanszékre nyilvános rendes tanárrá kinevezte.

Groszországi állapotok. Kiütéses typhus-eset volt ez évi januárban 119.932, februárban 180.285, márcziusban 213.102. Ukranianban 5 millió ember halt meg éhen; Charkowban, Ukrania fővárosában, 800.000 lakosból 500.000 halt meg éhen, ezek közül márczius 1.-étől 20.-áig 125.000.



Dr. SCHMIDT L. és
Dr. WEISZ EDE
gyógyintézete,
súlyos betegek részére is.

Pöstyén

Dr. GRÜN WALD SANATORIUMA

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

Iglófürdő gyógyfürdő
physicalis gyógyintézet.

Szepesmegye. Ösfenyves. Kitűnő ellátás s lakás 38—44 szokolig. gyógykezeléssel 60—65 szokolig naponta. Főorvos: Dr. Groó Béla. Prospectust küld s informál Menetjegyiroda, Budapest, Vigadó-tér 1.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete
V., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 86-76.

TÁTRA-szanatórium

ÓTÁTRAFÜREDEEN 1020 m.

Diaetás-physikalís magaslati gyógyintézet. — Állandóan nyitva — Hízó-és edző-kurák. Tüdőbetegek kizárva. — Vezető orvos: Dr. Gáman Béla egyetemi magántanár. Felvilágosítást ad a Menetjegyiroda Budapest, V., Vigadó.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrása.

Termális és fizioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vízgógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diaetás konyha. Beiső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár.

Dr. Müller Vilmos, kir. tanácsos Sanatoria

Tátraháza

(Magas-Tátrában.)

Reichenhaller rendszerű **Inhalatorium**. Fekvő-csarnokok. Helio-quartzfény és specifikus terapia. Hízókúra.

Pensio. Teljes ellátás naponta 4-szeri étkezéssel, különös kedvezmények magyarországbeli vendégek számára. — Prospectust küld, fölvilágosítással szolgál, cseh visumot vidékiek részére is megszerez a sanatorium budapesti igazgatósága, VIII., Népszínház-utca 31. Telefon József 113-05. Magyar-olasz bank.

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Újtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh koronától kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással utlevél-ügyben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.

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

ZANDER-

Gyermektorna

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

PÁLYÁZATOK.

3301/1922. fh.

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

1. Budapesten a IV. kerületben a Kossuth Lajos-utca, Dunapart, Fürdő-utca, Vilmos császár-út és Károly-körút által határolt területre évi 24.000 korona díjazással.

2. A VIII. kerületben az Illés-utca, Práter-utca, Szigony-utca, Ludoviczeum által határolt területre évi 28.000 korona díjazással.

3. A VII. kerületben (Zugló) a külső Egressy-út, Hajtsár út és Körvasút által határolt területre (Rákosfalvái) évi 28.000 korona díjazással.

4. Rákospalotán a Deák-utca, Tavasz-utca páros számú oldala, Jókai-utca, Szentmihály-utca és Rákóczi-út páratlan számú oldala a Tomkó Mihály-utcaig évi 19.000 korona díjazással.

5. Rákospalotán a Dugonits-utca és Rákos-út a Zápolya-utca közötti terület, ezen utcák kizárásával, hozzáértve a Zápolya- és Dugonits-utca részét, a Rákosi-útnak egészen a körvasútig terjedő területre évi 19.000 korona díjazással.

6. Újpesten a Baross-utca, Rákóczi-utczától a Fólthi-utcaig a Fólthi-út, Váci-út és Rákóczi-utca, a két utóbbi utca kizárásával évi 26.000 korona díjazással.

7. Soroksáron egy kezelőorvosi állásra évi 15.000 kor. díjazással.

8. Érden egy kezelőorvosi állásra évi 8000 korona díjazással. Ezen illetmények a közel jövőben 100%-kal emeltetnek.

A pályázati kérvények, melyek oklevélmásolattal, curriculum vitae-vel, az eddigi orvosi szolgálatot bizonyító iratokkal, valamint a személyazonosságát bizonyító okmányokkal felszerelendő, ezen pénztár főorvosi hivatalában VIII., Köztemető-út 19/b, I. em. 41. sz. 1922. évi július hó 12.-éig bezárólag nyújtandók be, ugyanitt ezen állásokra vonatkozó bővebb felvilágosításokat is megadják.

A megválasztott orvosnak a kijelölt körzetben állandó lakással kell bírnia.

Budapest, 1922 június hó 10.-én.

Angyal dr., s. k.,

a népjóléti és munkaügyi minister által a pénztár vezetésével megbízott ministeri tanácsos.

47/1922. szám.

A Nagyméltóságú Vallás- és Közoktatásügyi Minister Úrnak 46.938-1922/IV. ü. o. sz. alatti rendelete értelmében a vezetésem alatt álló szolnoki m. kir. Bábaképezdénél két tanársegédi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Mindkét állás a X. fizetési osztály illetményeinek élvezetével van összekötve.

Az eddigi előképzettséget feltüntető folyamodványok folyó év június hó végéig hozzám beküldendők.

Szolnok, 1922 június hó.

Konrád Jenő dr., igazgató tanár.

3342/1922. szám.

A folyó évi július hó 1.-ével megüresedő gyöngyösmelléki körorvosi, valamint az ennek betöltésével netán megüresedő drávafoki körorvosi állásokra pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, kik ezen állások bármelyikét elnyerni óhajtják, hogy teljes szövegű születési anyakönyvi kivonataikat, képesítési okmányaikat, működési és politikai megbízhatóságukat igazoló bizonyítványaikat, illetőleg mindezekkel kelően felszerelt kérvényeiket, hozzám mielőbb, de legkésőbb folyó évi augusztus hó 15.-éig annál is inkább benyújtsák, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választás határnapját később tűzöm ki, mégis addig is esetleg megfelelő pályázót helyettesítek.

A gyöngyösmelléki körorvosi kör székhelye Gyöngyösmellék község, melyen kívül a körhöz még a következő községek tartoznak: Bűrös, Kisdobsza, Kistamási, Magyarujfalu, Nagydobsza, Nemeske, Németujfalu, Pettend, Szórény, Várad és Zádor.

A drávafoki körorvosi kör székhelye Drávafok község, melyen kívül a körhöz még a következő községek tartoznak: Drávasztára, Drávakeresztúr, Endrőcz, Markócz, Révfülély és Teklafalu községek.

Mindkét állás javadalma természetbeni lakáson kívül 1600 korona évi törzsfizetés, most tárgyalás alatt álló fuvarátalány, avagy természetbeni fuvar, a szabályszerű családi és háborús pótlékok, valamint drágasági segélyek és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Az esetleg megválasztandó drávafoki körorvosnak kérelmére kézipatika tartási jog kieszközlését is kilitásba helyezhetem.

Szigetvár, 1922 június hó 8.-án.

A főszolgabíró.

ORVOSI MŰSZERÜZEM

Főüzlet:

BUDAPEST IX., Üllői út 1.

TELEFON: JÓZSEF 32-73.

Fióküzlet:

DEBRECZEN Kistemplom Bazár.



Egyetlen ideális sebhintőpor

(egész sárgaszínű).

Hatásánál fogva **felülmúlja** az eddig használt összes sebhintőporokat. Alkalmazás: mint sebhintőpor, gaze és 5-10%-os kenőcs.

„Dermaforine” labororium Katona Ágoston Antal (törv. bej. czég.) Budapest, I., Verpeléti út 24.

Külföldi ierakatok: Páris, Barcellona, Bécs, Bratislava (Pozsony), Prága.

HORDENZYM

AZ IDEÁLIS CSECSEMŐ TÁPSZER

HIGITOTT TEHÉNTÉJEN OLDVA LEGJOBBAN PÓTOLJA AZ ANYATEJET



Röntgen-Coolidge-

berendezéssel a legideálisabb üzem.

Telefon: 68-16.

ODELGA R.-T. VI., Andrassy-út 28.

Sürgönczim: Medodelga Budapest.

Telefon: 37-04.