



reactio kimenetelére befolyással. A májműködés vizsgálatára használatos egyéb methodusok eredményeivel sem állapítható meg minden esetben teljes congruentia. Egyes esetekben a haemoklasiás krízis, más esetben az urobilinogenuria mutatkozott érzékenyebb körjelzőnek. Úgynevezett „dissociált krízis“-t, a mikor a leukopeniát nem kísérte a két másik elváltozás, szintén észleltünk egy esetben.

Míg e próba a francia orvosi gyakorlatban hamar — és jóformán ellenkezés nélkül — meghonosodott, a német orvosi irodalomban még nem alakult ki felőle végleges vélemény. Kraus az anaphylaxiás shock egy aequivalensének tartja és utal arra, hogy egyéb betegeken is kiváltható. A Schiff előadása nyomán megindult berlini orvosegyesületi vitában résztvevők általában kedvezően nyilatkoztak róla és sokat ígérőnek tartják. Holzer és Schilling ugyancsak jó tapasztalatokról számolt be. Sömjen még nem tud a próba klinikai fontosságáról biztos ítéletet alkotni.

Vitatott kérdés a haemoklasiás krízisnek és az anaphylaxiás shocknak összefüggése. Szénalázban szenvedőkön pollemlen, coryza eseteiben hideg alkalmazásával (Lermoyez), egyeseken antipyrinnel (Roch-Saloz), lenmagliszttel (Roch-Gautier), asthmásokon burgonyával (Roch-Schiff) sikerült megfelelő rohamot és ennek megfelelőleg haemoklasiás krízist kiváltani. A mi egyik asthmás betegünk is asthmás rohammal, illetőleg lázzal és urticariával reagált bizonyos fehérjeféleség bevitelére s ugyanakkor a haemoklasiás krízis is positive ütött ki. Véleményünk szerint azonban mégis vannak bizonyos kriteriumok, a melyek alkalmasak a két állapot megkülönböztetésére. Az egyik az a körülmény volna, hogy a haemoklasiát — az anaphylaxiás shockkal ellentétben — más klinikai manifestációk nem szokták kísérni (Widal, Abrami, Jancovesco); ez a mi eseteinkben is szembeötlő volt. A másik különbség, a mire a figyelmet felhívni szeretnők, az az a körülmény, hogy míg az emésztési haemoklasiát bármily fehérje bevitelével kiválthatjuk, addig anaphylaxiás reactiót csupán egy bizonyos anyagnak a szervezetbe jutása hoz létre. Így egyik asthmás betegünk csupán tojásfehérjére reagált rohammal, ám a haemoklasiás krízis is csak ilyenkor volt kimutatható, míg tej- vagy húsbevitel leukocytosist váltott ki. De megkülönbözők a két állapotot kiváltó anyagok is: az anaphylaxiás shock csak fehérjével — peptonnal nem — idézhető elő. Mindezen körülmények valószínűvé teszik, hogy a haemoklasiás krízis az anaphylaxiás reactióval nem azonosítható. Hogy a kettő közt kapcsolat fennáll, abban nem lehet kételkedni: a közös alap valószínűleg a májban keresendő, melynek az anaphylaxiás shockban való részvétele (laesioja) ismert dolog.

Saját vizsgálataink és az irodalmi adatok alapján kialakult felfogásunk a következő:

A haemoklasiás krízisnek a májfunctio iránti specificitása kétségtelen. Azok a diagnostikai és prognostikai (!) következtetések azonban, a melyeket a francziák a próba pozitív voltához fűznek („latens hepatitis“: narcosis, salvarsan-injectio ellenjavallata), kétségtelenül túlzottak. Másrészt — mint eseteink mutatják — a mai methodikával a negativ reactio alapján sem zárható ki májsérülés fennállása. Mindazonáltal közöltek már eseteket, hol e próba gyakorlatilag is felhasználható volt, a mennyiben differentaldiagnosiz felállítását tette lehetővé. (Rénon-Blamoutier: cirrhosis hepatitis-peritonitis tuberculosa; Sömjen: cholelithiasis-nephrolithiasis.)

A próba practikus kivitelében a fehérvérsejtszámolásnak van legnagyobb fontossága, a többi vizsgálóeljárás szükség esetén el is hagyható.

Végezetül közlünk egy — klinikai érdekességgel is bíró — esetet:

M. F., 44 éves férfi. A Klinikára való felvételkor elmondja, hogy körülbelül 1/2 év óta vannak jobboldalt deréktáji, légzőskor fokozódó fájdalmi. Étvágytalan, gyenge, soványodik. Orvosa tüdőcsúcshurutot és mellhártyagyulladás állapotot meg, állapot azonban minden kezelés ellenére folyton rosszabbodik, esténként kis hőemelkedései is szoktak lenni.

A physicalis vizsgálattal csekélyfokú jobboldali tüdőcsúcslváltozás volt kimutatható. A jobb rekesz körülbelül két harántujjal magasabban

állott, mint a bal, légzési kitérése csaknem teljesen felfüggesztett. A máj 3 ujjal haladta meg a bordaívet, tapintata sima, tömött volt. Semmi kétség nem lehetett abban, hogy a jobb rekesz magasabb állását a megnagyobbodott máj okozza. A gyomor- és béltractus radiologiai átvizsgálása negativ eredményű volt, a próbareggeli vizsgálata subacidifast mutatott ki. A léptompulat a VII. bordánál vette kezdetét, az alsó léptompust nem lehetett tapintani. Az anamnesisben alkoholismus lévén kimutatható, a kórképet — minden atypusossága mellett is — kezdődő májcirrhosisnak voltunk hajlandók tartani. Vizeletében az aldehydróba gyengén positiv volt. A haemoklasiás krízis, mint azt a következő táblázat mutatja, feltűnően nagyfokú volt:

Idő	Fehérvérsejtszám	Vérnyomás	Törés	Megjegyzés
8 ó. 40 p.	5.700	133	1'3483	8 ó. 45 p.-kor 200 cm <sup>3</sup> tej per os
9 ó.	5.400	121	1'3478	
9 ó. 15 p.	2.900	120	1'3474	
9 ó. 30 p.	4.100	117	1'3472	
9 ó. 45 p.	5.100	124	1'3478	
10 ó.	5.900	129		

A beteget két hónap mulva láttuk viszont teljesen leromlott állapotban, sárgasággal, ascitissal, köldökig érő nagy, göbös májjal. Ekkor a carcinoma hepatis diagnosizsa már nem volt kétséges.

Irodalom. I. A francia szerzők dolgozatait a „Kongress-Zentralblatt für innere Medizin“ (1920–1921) referatumaiból ismerjük. — II. Német nyelven megjelent közlemények: Kraus: Berliner klin. Wochenschrift, 1921, 27. sz. — Schiff: Sitzung des Ver. f. inn. Medizin und Kinderheilkunde zu Berlin am 20. Juni 1921. — Sömjen: Mediz. Klinik, 1921, 40. sz. — Holzer und Schilling: Berliner klin. Wochenschrift, 1921, 46. sz.

## A syphilises egyének házassági engedélyének kérdése.

Irta: Guszman József dr., egyetemi magántanár, közokórházi főorvos.

(Folytatás és vége.)

Ezidőszerint tehát ne bízzunk túlsokat az úgynevezett abortiv gyógyulásban; a betegnek túlsok és fontos érdeke forog kockán. Hiszen még oly nagy optimismussal nyilatkozó orvos, mint Fr. Lesser<sup>7</sup> is, a ki a seronegativ primaer affectiók 8 napon belüli biztos, végleges gyógyulását veszi fel, ha a beteg ezen idő alatt 3×0.6 gr. neosalvarsant kap, további úgynevezett biztosító kúrákról szól. Egyébként a legtöbb szerző, ha még oly nagy bizalommal van is a seronegativ primaer affectiók abortiv kezelésének hatása iránt, továbbra is folytatja az intermittáló kezelést s legalább még két, esetleg több érelyes kúrát tart szükségesnek. Ezzel eltelik az első év. Az óvatos orvos ezekben a legkedvezőbb, sajnos nem túlgyakori esetekben még további 2 esztendei gondos megfigyeléssel, esetleg kezeléssel iparkodik visszatartani betegét a házasságtól. Itt említem, hogy Jessner<sup>8</sup> új tankönyvében kezdettől állandó seronegativitás esetén már 2 év eltelté után megengedhetőnek tartja a házasságot.

A syphilis-esetek nagyobb számában azonban abortiv gyógyításról nem lehet szó, mert a betegek később kerülnek kezelés alá. A házasságkötéskor mindig a fertőzés lehetősége lévén a legközvetlenebbül fontos kérdés, helyes, ha ezekben az esetekben az orvos még ma is betartja a régi tapasztaláson alapuló követelményt, s a betöltött 4 év előtt nem adja meg a consensust; jöllehet újabban a kezelés (kénesó + salvarsan) határozottan érelyesebb s a serologiai vizsgálatok is némi betekintést engednek a syphilis pathológiájába. A várakozási idő leteltével megadhatja a consensust, mert a mai nap kívánt feltételek betartásával a bizonyossági érzése az 1. és 2. kérdésre vonatkozóan jóval nagyobb lehet. E feltételek — ismétlem — ezek: több éven át tartó kiadós kúrák, 1–2 évi teljes tünetmentesség, különböző időben (4–5-ször) negativ Wassermann-reactio, mely salvarsan-provocatióra sem változik. Ez az az állapot, melyben az orvos clausulája Neisser<sup>9</sup> szerint ez lehet: „mit grösster Wahrscheinlichkeit“ geheilt.

<sup>7</sup> Fr. Lesser: Deutsche med. Wochenschrift, 1919, 37. sz., 1921, 2.—3. sz. és berlini salvarsan-vita, 1922.

<sup>8</sup> Jessner: Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtsleiden, 1920, II. kötet.

<sup>9</sup> Neisser: I. c.

Ezeket az óvoszabályokat már évek óta követem s megnyugvással állíthatom, hogy a mikor tanácsom fogékony talajra hullott s a lueses egyén azt megfogadta, bajt sohasem tapasztaltam. Megerősít e véleményemben az a körülmény, hogy sok esetben módomban volt utóbb gondosan megfigyelni s vizsgálni az új családot (házastárs és gyermekek), mindenkor kedvező eredménnyel. És ez egészen természetes, hiszen ha a 4.—5. éven túl a syphilitikus egyén fertőzés dolgában már a régi általános tapasztalás szerint is alig veszedelmes, annál kevésbé lehet az az utolsó évtizedben gyakorolt kezelés folytán, mely nemcsak a kénesőt alkalmazza intensivebben, de rendszerint a salvarsant is használja kiterjedten. A salvarsan használatáról az akták még nem záródtak le véglegesen.<sup>10</sup> Egyre újabb meg újabb kérdések merülnek fel és válnak vita tárgyává. Vitás ma még például a dosisok nagysága, vitások lehetnek a különböző salvarsan-károsodások, de úgyszólván vitán fölül áll az az általános, immár több mint tíz éves tapasztalás, hogy a lueses fertőzés tovaterjedése ellen a salvarsan a leghatalmasabb gyógyszer.

Kérdés ezek után, hogy a salvarsan-aura miképpen módosította a tapasztalást és véleményt a 3. pont alá eső esélyekre nézve. Arra nézve, hogy a betegek további sorsában kedvezőbb kilátásokat nyújt-e az újabb kezelésmód, ma még egyáltalán nem lehet helytálló véleményt nyilvánítani. Egyrészt mert alig 12 évi tapasztalás ily súlyos kérdés végleges megválaszolására még nem elegendő, másrészt azért, mert a salvarsan-therapia hatására nézve eddig tett észlelések még meglehetősen szétágazók. Míg még néhány év előtt inkább optimista volt a felfogás, addig az utóbbi években inkább a kedvezőtlen tapasztalások nyomulnak előtérbe (*Gennerich*,<sup>11</sup> *Strümpell*,<sup>12</sup> *Sarbó*,<sup>13</sup> *Meirowsky*<sup>14</sup> és mások). Kedvezőbb eredményről számol be *Boenhoffer*,<sup>15</sup> a kinek észlelése szerint a paralysis-esetek száma mostanában csökkenőben van.

E vázlatosan leírt adatok után áttekintve a salvarsan-aura eredményeit, azt kell mondanunk, hogy a házassági engedély kérdésében nem követhetünk egységes álláspontot. A nem abortive kezelt esetekben — tehát a lues-eseteknek még mindig legnagyobb számában — egyelőre még mindig a legjobb és legbiztosabb lesz, ha betartjuk minimumnak a régebben követelt várakozási időt, a mit azzal a megnyugvással tehetünk, hogy a mai nap szokásos erélyes kombinált salvarsan-kezeléssel sikerül az 1. és 2. pont alá tartozó esélyek számát még jobban a lehető minimumra lecsökkenteni.

Más szemmel kell néznünk az abortiv eseteket. Ezekben határozott enyhítésnek van helye, ha a legjobb eredmény ellenére is legalább 2 éven keresztül erélyes intermittáló kezelést alkalmazunk. Én részemről ily esetben a minimalis várakozási időt egyelőre egy esztendővel leszállítom s már a harmadik év letelte után nem tiltom a házasságot. Valószínűnek tartom, hogy e tekintetben idővel még engedékenyebbek lehetünk, de ahhoz még hosszabb tapasztalásra van szükség. Erre a lehetőségre nézve a figyelő orvos minduntalan szerezhet tapasztalást, a mikor a lueses egyén orvosának tanácsa, sőt tilalma ellenére korábban köt házasságot s utóbb mégis az új család tagjainak többszörös vizsgálata (serologiai is) és megfigyelése kideríti, hogy baj nem esett, fertőzés nem jött létre. Ugyanilyen irányú tapasztalást szerezhet még gyakrabban az orvos azon sajnálatos esetekben, melyekben az egyik házasság extramatrimonialisan fertőzi magát luesel, abortiv kezelésben részesül, de azután orvosi tilalom ellenére csakhamar újra megkezdí a nemi érintkezést egészséges házastársával. A kedvező tapasztalások most már meglehetősen nagy számmal állanak rendelkezésemre.

Valószínű, hogy idővel, retrospectív tapasztalás alapján azoknak a klinikusoknak gyógyító kísérletei is hozzájárulnak

majd a várakozási idő leszállításához, a kik feladatuk tűzték ki maguknak az egyetlen kúrával való kezelés rendszeres kiépítését (*E. Hoffmann*,<sup>16</sup> *Scholtz*<sup>17</sup>).

Nem hagyhatjuk azonban figyelmen kívül, hogy szokatlanul késői infekciók is előfordulnak, szerencsére vajmi ritkán. Nem valószínű azonban, hogy a felsorolt szigorított feltételek betartása mellett s a mostanában úzótt erélyes kombinált kezelés nyomán ilyesmi előfordulna. Két év előtti e themát némileg érintő közleményemben<sup>18</sup> két esetről tettem említést, a melyben a syphilitikus átvitale 10 év után történt meg. Fel-említettem ez alkalommal az újabb irodalomból *Brun Pedersen*<sup>19</sup> feltűnő esetét, melyben egy asszony 16 évvel a fertőzése után syphilitikus magzatot szült. Különösen érdekes és tanulságos *M. Hesse*-nek<sup>20</sup> legújabbban közölt esete, melyben ugyan szerencsére újabb fertőzés nem történt, de annak lehetősége nagyon is fennforgott. Az eset férfire vonatkozik, a kinek lueses fertőzése 22 év előtt történt s az 2—3 (kéneső-) kúrával kezeltetett annak idején. 22 évvel később intertrigós ekzema kapcsán a scrotumon és a lágyékhajlatokban típusos syphilitikus papulák fejlődtek, a melyekben a szerző *spirochaeta pallidát* talált. Látható ebből, hogy a nő beteg vajmi könnyen fertőzhetne volna egészséges feleségét.

A liquorvizsgálatot a házassági consensus kérdésébe nem kívánom belevinni. Egy-egy liquorvizsgálat eredményét általános házassági prognosira ugyanis még nem lehet fölhasználni, mert még meglehetősen forrásban van ez a problema. Az a kevés szerző, a ki az utóbbi években a házassági engedélyre kitért (*Neisser*, *Joseph*, *Jessner*, *Hesse*), vagy egyáltalán nem, vagy csak per tangens foglalkozik a liquorvizsgálat eredményével. S ezt természetesen kell tartanunk, ha az eddigi adatokat például a prognosik szempontjából összehasonlítjuk. Az irodalomban a korai lueses egyének 40—80%-ában találjuk a liquor elváltozásait följegyezve, de ezek bizonyára nagyrészt múlt jelenségeket tárnak fel (*Kyrle*), mert a későbbi idegbajok körülbelül csak 10%-ra redukálódnak. *Kyrle*<sup>21</sup> a korai latenciában levő prostituáltaknak mintegy a felében talált liquorváltozásokat, s ha csak a kifejezettebb elváltozásokat tekintjük, akkor az esetek mintegy egyharmadában. Kétségtelen, hogy azok az esetek, melyek a házassági consensus kérdésében leginkább szóba kerülnek, aránylag korábbi latens lueses szakban levő egyénekre vonatkoznak, a lues korai latens szakában lefolyt meningealis infectio azonban mainap semmiféle prognosist irányítást nem nyújthat (*P. Goldberger*<sup>22</sup>). Egyébként is alig képzelhető el a gyakorlatban annak kivitele, hogy a beteget luesének 10. hónapjától kezdve időnkint liquorvizsgálat alá fogjuk. Pedig a liquorleletek értékelésében éppen a többszörös vizsgálat a fontos (*P. Goldberger*). A beteg, a ki lelkiismeretesen kezelteti magát, többszörös Wassermann-vizsgálatnak s a provocatiós kísérleteknek készséggel veti alá magát, de a rendszeres liquorvizsgálatra már nem hajlandó. És ez érthető is. Ha pedig erőlteti valaki a vizsgálatokat, a beteg elriasztva legtöbbször elhagyja orvosát. Mindezzel csak azt kívánom bizonyítani, hogy a házassági consensus kérdésébe a liquorvizsgálatokat ezidő szerint még nem tudjuk belevinni, de egyébként is ezek biztonsági érzésünket alig tudnák fokozni.

A provocatiós eljárásokról e helyütt alig kell szólanom, azoknak jelentőségét a múlt évben közölt kísérleteim<sup>23</sup> során részletesen ismertettem. Itt csak arra kívánok utalni, hogy a hosszasan negatív reagáló syphilitikus esetek nem csekély része provocatiós injectio nyomán újra pozitív válik, a mi azután a még fennálló luest bizonyítja. A sok provocatiós eljárás közül a legalkalmasabbnak a salvarsannal való provocatiót tartjuk.

<sup>16</sup> *E. Hoffmann*: Deutsche med. Wochenschrift, 1917, 5. sz.

<sup>17</sup> *Scholtz*: Berl. klin. Wochenschrift, 1914, 33. sz.

<sup>18</sup> *Guszman*: l. c.

<sup>19</sup> *Brun Pedersen*: Dermatol. Wochenschrift, 1918, 6. sz.

<sup>20</sup> *M. Hesse*: l. c.

<sup>21</sup> *J. Kyrle*: Wiener kl. Wochenschrift, 1920, 14.—15. szám.

<sup>22</sup> *P. Goldberger*: Wiener med. Wochenschrift, 1920, 30.—32. sz.

<sup>23</sup> *Guszman*: Orvosi Hetilap, 1921, Dermatolog. Wochenschrift, 1921, 45. szám.)

<sup>10</sup> Lásd a Berliner Med. Gesellschaft legutóbbi salvarsan-vitáját. (Deutsche med. Wochenschrift, 1922.)

<sup>11</sup> *Gennerich*: Die Syphilis d. Nervensystems, ihre Ursachen und Behandlung. Verl. Springer, 1921.

<sup>12</sup> *A. Strümpell*: Mediz. Klinik, 1921, 48. sz.

<sup>13</sup> *Sarbó A.*: Syphilis és idegrendszer. 1921.

<sup>14</sup> Köln. Allgem. Ärztl. Verein, 1922, I. 9.

<sup>15</sup> Lásd berlini salvarsan-vita (1922, II. 1).

Kiterjeszkedem még egy specialis körülményre, mely nem nagyon ritkán kerül szóba. Értem ez alatt azokat az eseteket, melyekben az egyik házasodni készülő fél gyermekkorában vagy congenitalisan syphilissel fertőztetett. A gyakorlatban leginkább leányról van szó, a kinek szülei az orvoshoz azt a kérdést intézik: szabad-e a leányt férjhez adni? Neisser<sup>24</sup> szerint a Wassermann-reactio viselkedése szerint két csoportba helyezhetők az illetők (valószínűleg gyógyult és még lueses), bár bevallja, hogy az ily későn esetleg mutatózó pozitív Wassermann-reactiót alig sikerül kúrával befolyásolni. Véleménye szerint az ily nő syphilisének az utódokra való átvitele, bár teljességgel nem zárható ki, a gyakorlatban föltötte valószínűtlen. Csaknem kizárható azonban szerinte, hogy a másik házastárs ily módon lueses fertőzést szenvedjen.

A gyakorlatban tehát úgy áll a dolog, hogy a congenitalisan, vagy a zsenge gyermekkorban syphilissel fertőzött egyén felnőtt korában már nem ad alkalmat a fertőzésre, hiszen itt ugyanazon az alapon bírálhatjuk el a kérdést, mint a felnőtt korban acquirált syphilis eseteiben: a fertőzés óta eltelt idő s a lezajlott kezelések mennyisége dönti el az orvos számára a kérdést. Minthogy a szóba jövő esetekben a lueses fertőzés legalább 1½, esetleg több évtizedre nyúlik vissza, nyilvánvaló, hogy a tanácsadó orvos nem fog tévedni, ha a házasságot nem tiltja, föltéve természetesen, hogy az illető évek óta tünetmentes s a régi syphilisének nem rokkantja.

A congenitalisan fertőzött leány házasságának kérdésében szóba jöhet még az a jelenség, a mit a harmadik generatio syphilisének nevezünk. A harmadik generatio syphilisének problémájával napjainkban, bizonyos kritikai módszerek birtokában jóval ritkábban találkozunk az irodalomban. A föllájitott postulatumok, melyek Finger-től<sup>25</sup> és E. Fournier-től<sup>26</sup> erednek, az elfogadható s a kritikának minden tekintetben helytálló esetek számát igen megapasztották, sőt csaknem teljesen kizárták (Feige<sup>27</sup>). Finger véleménye szerint a harmadik generatio syphilisének fölvételéhez szükséges a következő három követelménynek megfelelés: 1. A szülők egyike (II. generatio) kétségtelenül congenitalisan syphilisesnek bizonyuljon (már a születéskor, vagy kevéssel azután). 2. Bizonyosan kizárható legyen a második generációban a szerzett syphilis. 3. A harmadik generációban a syphilisnek minden kétséget kizáróan congenitalis természetűnek kell lennie s annak ugyancsak már a születéskor, avagy kevéssel később kell jelentkeznie. Egyébként Finger s főként Feige szerint a III. generatio syphilise absolut bizonyossággal még nincsen is beigazolva. Mindazonáltal akadnak nagy ritkán esetek, melyekben a szigorú kritika ellenére is elfogadhatónak látszik a harmadik generatio syphilisének fönnforgása. Ily érdekes esetet közölt a közelmúltban M. Jessner.<sup>28</sup> Megjegyezzük e helyen, hogy a második generációban csakis az anya congenitalis syphilise jöhet tekintetbe, mert az atya congenitalis syphilisének paternalis (germinalis) átvitele mai tudásunk szerint legalább is valószínűtlen (Matzenauer, M. Jessner).

Ha tehát a harmadizigleni lues jelensége nincsen még egészen tisztázva, sőt némely szerző annak előfordulását kétségbe is vonja, a consensus kérdésében kevés a jelentősége. Fontos szerepe lehet azonban a luesnek az utódokra kihatóan egyszerűen mint a szervezetet s a szöveteket gyengítő körülmény, a mint azt Bársony János<sup>29</sup> Balassa-előadásában hirdette (praedisponáló momentum például a rákra), hangoztatván egyben, hogy a syphilidologus, mikor a luest gyógyítja, közvetve egyúttal a rák ellen is küzd.

Külön kell szólnom az orvosok egy részének laikusok előtt tett ama könnyelmű, meg nem fontolt nyilatkozatairól, melyek a syphilis prognózisára vonatkoznak. Ha megfontolnák, hogy gyakran mily súlyos lelki szenvedést, gyötrelmet okoz-

nak e fölületes vagy legalább is fölösleges nyilatkozatokkal az érzékenyebb lelkületű syphilises betegeknek, bizonyára óvatosabbak volnának. Minduntalan hallunk patienseket panaszkodni, hogy egyik-másik orvos társalgás közben — nem orvosi viziten — odaveti, sőt magyarázza, hogy a syphilisből sohasem lehet kigyógyulni. Általánosságban, társaságban, még ha megfelelne is a valóságnak, a mint különben nem felel meg, egyetlen betegségről sem szabad így nyilatkozni, mert sohasem tudhatjuk, nem okozunk-e nagy bánatot valakinek a jelenlevők közül. De legkevésbé szabad ily nyilatkozatot tenni oly rendkívül elterjedt betegségről, mint a minő a syphilis. Hiszen kisebb férfitársaságban igen gyakran meg-esik, hogy a társaság minden harmadik, sőt minden második tagja syphilisben szenved vagy szenvedett. Már most bizonyos, hogy a fölületes, sokszor tudálékos kijelentések a syphilis gyógyíthatatlanságáról több káros és szomorú hatást válthatnak ki a syphilisesek körében. Igen sok egyént valóságosan lelki beteggé tesznek, mert nemcsak saját baja bántja, hanem még inkább az a gondolat, hogy még ragadós beteg s így, ha már nő, újra az a félelem győti, hogy családját meg-mételyezte, ha pedig házassági szándékai vannak, visszariad a fertőzés gondolata miatt. Ne feledjük soha, hogy az emberek lelki tulajdonságai mennyire különbözők s hogy mily sokan vannak az érzékeny, sőt túlérzékeny kedélyűek. S azt se feledjük, hogy éppen a legkomolyabb, legderekabb és lelkiismeretes egyének azok, a kiket az ilyen könnyelmű kijelentések legjobban viselnek meg.

Sokat beszélünk és irunk mi orvosok arról, hogy a syphilis mennyi életet olt ki, egyrészt abortusok vagy halvaszülések képében, másrészt súlyos tünetek kíséretében a már megszületett magzatok közül. És méltán. Nem egy gondos statisztika ezt a nemzetölő pusztítást ijesztő számokkal demonstrálja s kimutatja, hogy mennyi ezer emberéletet veszít el ily módon társadalom és állam évenként. Németországban például Prinzing a nemibajok terhére a születési kiesések számát évi 200.000-re becsüli. Az idevonatkozó súlyos veszteségeket Nékám<sup>30</sup> nagyértékű adatai is bizonyítják.

Másfelől azonban akkor is sok az emberéletben való veszteség, ha a syphilises infekción átment, de ragadósan már nem tartható egyénekét a házasságtól túlzottan vissza akarnók tartani. Pedig minél lelkiismeretesebb, tehát magát leggondosabban kezeltető valaki, annál könnyebben lehet őt egy nagy felelősséggel járó lépéstől, mint a minő a házasság, elriasztani. S itt curiosumként említtem meg, hogy akadtak orvosok, a kik bizonyos ritka esetek által lenyűgözve, a lueses egyéneknek általában meg akarják tiltani a házasságot. Így Terebinski<sup>31</sup> azon az alapon, hogy az utolsó spirochaeta elpusztulása bizonyossággal meg nem állapítható, hogy olykor tertiaer folyamat nyomán is támadhat fertőzés s hogy Gaucher és Giraux 50 év után, Brocq pedig még 60 év után is látott syphilises recidivát, arra a következtetésre jut, hogy az orvosnak minden lueses egyén házasságát elleneznie kell. Ez nyilvánvaló eltévelyedés, mert fontoljuk csak meg, hogy mennyi a városokban a lueses egyének száma s ha azokat mind eltiltanók a házasságtól, mennyi jövendő s egészséges emberletről kellene már eleve a társadalomnak s az államnak lemondania. Bizonyára igen nagy számról, bár e veszteség számbelileg még megközelíthetően sem állapítható meg, mert igaza van Dreuw-nek (Arch. f. Rass. u. Gesell. Biolog., 12. köt., 74. old.), a mikor a lues-statisztikákat még teljesen hiányosoknak s ellenmondóknak vallja.<sup>32</sup>

Befejezem az orvosi gyakorlat e föltötte fontos kérdésének fejtegetését s összefoglalom saját tapasztalásomra s a szerzők általános véleményére támaszkodó nézetemet. Véle-

<sup>30</sup> Nékám L.: A venereás betegségek társadalmi kihatása, 1917, és Nékám L.: A háború és a nemi betegségek, 1915.

<sup>31</sup> Terebinski: Russky Wratsch, 1913, 23. ref. Arch. f. Rass. u. Ges. Biologie, 1916—17.

<sup>32</sup> Blaschko szerint például a felnőtt férfiak körülbelül 10%-a luesessé válik. Ezzel szemben Lenz Berlinre vonatkozóan 90%-ot (1) vesz fel. Mintegy a középúton halad Weinberg, a ki szerint a lues nagy városokban körülbelül 33—50%-ban fordul elő.

<sup>24</sup> Neisser: 1. c.

<sup>25</sup> Finger: IV. Internat. Dermat. Kongr. 1900.

<sup>26</sup> E. Fournier: Société de Dermatol. et de Syphil. 1904.

<sup>27</sup> Feige: Dissert. Bonn 1917. (Ref.)

<sup>28</sup> M. Jessner: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920.

<sup>29</sup> Bársony János: Balassa-előadás. 1921.

ményem szerint általában nem tagadható meg a házassági consensus oly egyéneknek, a kiknek syphilise legalább befejezett 4 éves s a kik több év óta klinikai és serologiai értelemben tünetmentesek. Positiv reactiót adó, de klinikailag már régebben latens esetben beszéljük rá lehetőleg a beteget, hogy várja ki az 5., esetleg 6. évet is s folytasson még kúrát, a mit egyébként fiatal nőktől általában is megkívánunk, tekintve, hogy tapasztalás szerint a nőnek gyermekére való átvívó képessége hosszabb ideig állhat fenn, mint a syphilis ragályozása általában. Természetes, hogy a házassulni készülő lueses egyén syphilisének semmiféle rokkantsági tünetét se mutassa. Fontos azért, hogy a beteg szakszerű belorvosi vizsgálatnak is vesse alá magát.

Azt a régi orvosi elvet, hogy a lueses egyén házassága előtt még egy kúrát végezzen, mai nap is követhetjük, csak hasznára lehet az illetőnek. Ily kúraban azonban főként a salvarsanra helyezném a súlyt, esetleg egyidejűleg jodkúrával kombinálva azt.

A salvarsannal abortive kezelt korai lues-esetekben (+ spir., elejétől fogva negatív Wassermann-reactio) a várakozási időt 1, esetleg  $1\frac{1}{2}$  évvel csökkenthetjük s legjobb meggyőződés, hogy ezáltal nem járunk el kisebb gondossággal, mint a többi eset minimalis 4 évi várakozási idejének megállapításával. Bármily sikerültnek lássék is az abortio, egyetlen kúrával sohasem szabad beérnünk.

Felelősséget azonban sohase vállaljon az orvos, mert nem vállalhat, jöllehet a lueses egyének igyekezzenek a felelősséget orvosukra hártani. E kísérletet kereken vissza kell utasítani. Ezen irányelvnek természetes következése az is, hogy az orvos sohase beszélje rá betegét a házasságra. Az egész kérdésben az orvosi tapintat és jó emberismeret fölülte kívánatos. Ezt megtanulni bajosan lehet, mert az orvos egyéniségéből fakad. Csak reá kívánok mutatni, hogy finomlelkű, idegesebb hajlamú, de jó és becsületes egyéneknek, a kik amúgy is gondosak, az esélyek lehetőségét tompított és tapintatos alakban adjuk tudtukra, a könnyelmű, lelkiismeretlen betegeknek azonban már erősebb szavakkal adhatjuk tudtára, hogy kiséreje figyelemmel magát és családját. Az eddigiekből is látnivaló, hogy nem vagyunk azon a nézeten, hogy a syphilises egyének házassági szándékát rideg kézzel összeromboljuk, a mikor egyébként az általános követelményeknek megfelelnek. Lehetséges, hogy némely betegével végeredményben jót tesz az orvos, a mikor visszatartja őt a házasságtól, de viszont bizonyos, hogy sokkal több esetben szükség nélkül megakadályozza a boldoguló családok keletkezését. A kérdés átgondolása alkalmával mindenkor lelki szemem előtt áll a derék, jelentékeny positiót betöltő és értékes munkát kifejtő férfiak egész sora — köztük nem egy tiszteletreméltó, kedves kollegám —, a kik családot alapítottak és tisztességben egészséges gyermekeket neveltek fel. Mindez a családi boldogság s társadalmi és állami nyereség létre nem jött volna, ha a házassági consensus körül az orvos áthághatatlan torlaszokat emelt volna. Az orvos akadályozza meg ereje és tehetsége szerint a betegség tovaterjedését, de ne iparkodjék az emberek sorsának irányítójává lenni s abba belemarkolni. A helyes elbíráláshoz tehát elsősorban gondos vizsgálatra s szakszerű tudásra lesz szükség, de szükség lesz jó adag emberismeretre s humanus érzésre is.

### Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XVI. rendes tudományos ülés 1922 május 20.-án)

Elnök: **Hutyra Ferencz.** Jegyző: **Lehoczky-Semmelweis Kálmán.**

#### Skorbut-eset.

**Petényi Géza:** 8 éves gyermeket mutat be. Typusos gingiva-élváltozás, kiterjedtebb izom- és bőralatti vérzések mindkét térdhajlatban, apróbb bőralatti vérzések a lábszáron s a czombon. A vér- és Röntgen-lelet normalis. Az anamnesis nem állapítható meg egészen pontosan. Gyümölcsöt nem, főzeléket igen ritkán, tejet igen keveset kapott. Rendes kórházi etetés mellett 8 nap alatt lényeges javulás.

**Angyán János:** A II. belklinikán nemrég hasonló esetet észlelt. A skorbut előfordulása a főváros rossz élelmezési viszonyaira vezethető vissza. Háború alatt skorbutot a front legrosszabbul táplált részén s az oroszországi fogságban levőkön is észlelték.

#### Fibromyoma mint szülési complicatio.

**Lehoczky-Semmelweis Kálmán:** Az I. sz. női klinikáról két esetet mutat be. Az első esetben 34 éves, negyedszer szülő nő a belső méhszáj magasságában levő mandarin-nagyságú, széles kocsányú, submucosus myoma akadályozta az elől fekvő fej leszállását a medencze-bemenetbe. De a ki nem hordott terhességre való tekintettel nagyobb beavatkozás nem volt javalt, azért tűnőfélben levő méhszájánál művileg burkot repesztettek abban a reményben, hogy a koramagzat kis feje talán mégis leszáll a medencze-bemenetbe és a daganat a szülőfájások hatása alatt felhúzódik. Mivel ez nem következett be, a magzatot lábra fordították és extrahálták; az utójára jövő fej nehezen született meg. Hat óra mulva igen erős szülési fájások közben a méh megszülte a daganatot. Vérzés, méhinversio és fertőzés fenyegette az asszonyt; a megszületett daganatot tokjából kihámozták, kocsányát lekötötték és átvágták. A gyermekágy teljesen síma lefolyású volt. A 44 cm. hosszú és 31 cm. fejrületű magzat a nehéz extractio alatt szenvedett sérülés következtében néhány óra mulva meghalt. Az eset azért érdekes, mert nagy myoma mellett a terhesség csak körülbelül a IX. hónapban szakadt félbe, a mi úgy lehetséges, hogy a daganat mélyen a passiv szakaszban ült, a méh teste egészséges volt.

A második esetben 43 éves hetedszer szülő nőben egy a méh alsó szakaszán ülő, a kismedenczébe szorult myoma absolut szülési akadályt okozott. A burokrepedés 37 óra előtt történt, a szülés fájáshiány miatt nem haladt előre, azért egy ujjnyi méhszáj mellett intraperitonealis cervicalis császármetszéssel fejezte be a szülést; a myomás méhet bennhagyta, mert a 43 éves, anaemiás, legyengült, sokszoros családanyát nem akarta hosszabb műtétnek és a daganat kihámozásával járó elvesztésnek kitenni. A műtét alkalmával a magzatvíz bűzösnek bizonyult; a műteti területnek  $H_2O_2$ -vel való fertőtlenítése után a hasat zárta. A gyermekágyban a magzatvíz bacteriumaitól való fertőzés következtében hasfal-tályog fejlődött, de 36 nap mulva az anya és gyermeke egészségesen távozott a klinikáról. Akkorra a méh hátulso felszínén kidomborodó daganat félnarancsnnyira zsugorodott össze s a Douglas felől alig volt elérhető. Az asszonyt két év előtti terhessége alkalmával már másutt figyelmeztették, hogy daganata szüléskor complicatiót okozhat. Akkor azonban a szülés könnyen folyt le. A császármetszés után  $7\frac{1}{2}$  hónapra a méh a daganattal együtt másfél öklönyi volt; erős menstruációk miatt eleinte kisebb dosisú Röntgent kapott, de mivel ez hatástalan maradt és az asszony állapota helyrejött, radiosilex-készülékkel 40 percig tartó erős besugárzást végeztek elülről és hátulról, a mit a beteg a nausea különösebb tünetei nélkül kiállott. Erre a beteg teljesen meggyógyult. A bemutató oly esetben, a mikor a szülőnő már közelebb áll a climaxhoz és a myomás méhnek eltávolítása a császármetszéssel egy időben valami okból előreláthatólag nehéznek ígérkezik, egy régebbi eset majdnem csillapíthatatlan vérzésén okulva, célszerűbbnek tartja a császármetszést egyedül végezni, a bennhagyott myomás méhet pedig utólag röntgenezni, vagy esetleg második ülésben eltávolítani.

#### Adatok a sepsises betegségek chemotherapiájához.

**Tornai József:** Az 1918.-i súlyos jellegű sepsises influenza-járvány idején körülbelül 100 ilyen beteget rendszeres intravenás resorcin-injectiókkal nagyon kielégítő sikerrel orvosolt. Azóta a resorcin a sepsisnek különböző fajtáiban rendszeresen alkalmazta sok esetben. Használta azt rheumás, valamint kifejezetten sepsises polyarthritiss több esetében, továbbá sebészeti és kryptogen septico-pyaemiák ellen, valamint colisepsis ellen, azonkívül gonococcus-fertőzés és recidiváló endocarditis eseteiben. Az intravenás resorcin-kezeléssel a sepsises betegségek körül gyűjtött eredményei az annak idején ugyanazon kezelésmóddal sepsises influenza-esetekben elért

eredményei mögött sem maradnak el. Minthogy a serumkezelés nem bizonyult specifikus orvoslásnak, érthető, hogy a sepsises betegségek kezelésében az utóbbi időben a chemotherapia jutott jelentékeny szerephez. A resorcin (meta-dioxybenzol) mint bécses antisepticum eddig is használatos volt. Azonban általános sepsis eseteiben, különösen intravenásan, előtte még senki sem alkalmazta. A resorcint főképpen egészen friss rheumás polyarthritissel, továbbá colisepsissel és sepsises influenza (bronchopneumonia) ellen találta különösen hatásosnak, de elég sikeresen alkalmazható a septico-pyaemiának még friss, nem elhanyagolt eseteiben is. Intravenásan egy-egy alkalommal átlagban 0.50—0.60 gr.-ot adott. A resorcint számtalan esetben használta, de azért kellemetlen hatást egyetlen egy esetben sem tapasztalt. Fontos, hogy olyan esetben, a melyben a resorcin-befecskendezés indokolt, nem szabad sokáig habozni. Ő maga sepsises betegségekkel szemben a resorcint tartja ma a legjobb szernek.

**Darányi Gyula:** A belső desinficiensek legnagyobb része a C-vegyületek cyclikus csoportjába tartozik. A belső desinficienseket laboratoriumi vizsgálatai alapján két csoportra osztja. Az első csoportba tartoznak a phenolból levezethető vegyületek, melyeket az OH-csoport növelésével, vagy gyűrűszám-emeléssel nyerünk. Ilyen karbolderivatum a salicyl, naphthol, naphthalin stb., továbbá a resorcin is. Ezek a vegyületek kevésbé a bacterium, mint a szervezet fehérjéihez bírnak affinitással s hatásuk inkább az antitest-productio fokozása. A második csoportja a belső desinficienseknek a pyridin-csoport, a melyben a gyűrűben egy N-atom van. A pyridin maga nem használatos, de igenis a benzol-pyridin vagy chinolingyök származékjai (chinin, optochin, eukupin, vuzin, yatren, chinisol). Hogy a chinolingyök hatásos, saját maga is látta. Több festék összehasonlításakor egy Wollschwarz (Grübler) nevű festék igen erős fertőtlenítő hatást mutatott s képlete után kutatva kiderült, hogy chinolingyököt tartalmaz. Még egy benzolgyűrű csatolásával a chinolinhoz kapjuk az akridingyököt, mely a tryptaflavin, flavicid, rivanol alkotórésze, melyekben végeredményben szintén a pyridingyök, a 3 vegyértékű, csak C-atomok által lekött N hatásos. A pyridin-származékok a bacteriumfehérjék iránt sokkal nagyobb agressivitással bírnak, mint a phenolszármazékok és a szervezetre relative ártalmatlanok, ezért úgy gondolja, hogy a bacteriumos betegségek chemotherapiájának megoldása ebben az irányban fog inkább haladni.

**Tornai József:** Köszöni a hozzászólást, azonban ez alkalommal részletesen nem térhet ki rá, mert akkor az eredeti tárgyától nagyon is eltávolodnék. Ő maga, a mint az előadásából kitűnt, a kérdésnek leginkább csak a klinikai részével foglalkozott. Ismétli, hogy ma csaknem általános felfogás, hogy egyes, a laboratoriumban nagyon értékesnek minősített belső desinficiens, illetőleg antisepticum a betegágynál jóformán értéktelennek bizonyul. Máskor meg csekélyebb bactericid értékű orvosszerek a gyakorlati alkalmazásban sokkal nagyobb sikerrel használhatók. A sepsises betegségek orvoslásában használatos chemotherapiás orvosszereknek hatásossága tehát bizonyára nem egyedül azoknak a bacteriotrop tulajdonságán fordul meg. Kitérte célja ma nem az volt, hogy a sepsises betegségek orvoslásával általánosságban, avagy éppen részletességben foglalkozzék, mert hiszen ilyen nagyfontosságú és széles körű kérdést időhöz kötött, szűkre szabott előadás keretén belül nem is lehet letárgyalni. Ez alkalommal csupán néhány adatot óhajtott fűzni a sepsises betegségek chemotherapiájához.

#### Áttekintés a gondolkodás betegségeiről.

**Pándy Kálmán:** Az előadó a psychiatria általánosan ismert nehezen érthetőségére hivatkozva, egy a nemszakértő orvosok és más nemszakértők által is könnyen megérthető és áttekinthető psychiatriát ismertet, a melyet már közel 30 esztendő óta használ.

A gondolkodás kóros változásai két főcsoportba oszlanak: I. összefüggő kóros gondolkodás; II. össze nem függő kóros gondolkodás. Az összefüggő kóros gondolkodás négy törzsformában változhat meg: 1. megfogy, illetőleg a maximalisnál kevesebb = dementia (minus latens gondolkodás); 2. megélnékül = mania és maniás állapotok; 3. megnehezül = melancholia és melancholiás állapotok; 4. befolyásolt = paranoia és paranoiás állapotok. Ez utóbbi bajban az egész gondolkodás idegen ingerek uralma alá kerül. Ez az inger lehet hallucinatio, illusio, gondolat, de a legtöbbször csak homályos érzés, sejtelen. A mai keletű tankönyvekben hangoztatott az az állítás, hogy a paranoiában rendíthetetlen, szilárd téveszmerendszer van, téves, mert igaz ugyan, hogy néha főként a perlekedő, sérelmesen és vallásosan tébolyodottat egy gondolatcsoport bántja, de az esetek sokkal nagyobb számában a kóros gondolatcsoportnak tartalma változik, a kóros inger elcsendesül, majd kiújul és majd üldöztetési, majd sérelmi, majd nagyzási, majd vallásos gondolatokban nyilat-

kozik meg, a melyek hasonlóan ismétlődhetnek, de egymástól függetlenek s mögöttük a gondolkodás teljesen összefüggő, épnek látszó marad. Az össze nem függő kóros gondolkodásnak csak egyetlen törzsformája van, ez a zavarodottság, a Meynert-féle amentia (kein Verstand, esztelenség). A dementia acquirált, szerzett és kifejlődési, evolutiós dementiára oszlik. A gondolkodás kóros megváltozásának mind az öt törzsformáját az előidéző ok szerint kell közelebbről megismerni s a lehető legszélesebb körű orvosi ismeretek igénybevételevel megállapítani, hogy infectiosus, toxikus, más testi bajoktól vagy kezdettől hiányos fejlődésből eredő (endogen) kóros gondolkodással van-e dolgunk? Így megállapíthatjuk, hogy például dementia lueticája (úgynevezett progressiv paralysis), paranoia alcoholicája, exogen vagy endogen maniája, melancholiája, illetőleg amentia van-e valakinek. Az utóbbi betegség körébe tartozik az úgynevezett dementia praecox, a schizophrénia és az úgynevezett maniás-melancholiás elmebaj is, a melyek definitív máig is határozatlanok. Ezek a szer-telenül felkapott kórképek egymással és teljesen idegen kór-képekkel elválaszthatatlanul egybefolyanak. Ezek az elnevezések *Bleuler* szavai szerint tankönyvről-tankönyvre, tanítóról-tanítóra változnak s a lényeges jegyeket lényegtelenekkel felcserélve, a psychiatriában még eddig nem volt zűrzavar és értelmetlenség forrásai lettek; helyettük az előadó a classikus eredésű, tisztán definiált elnevezések használatát ajánlja, a melyek a gondolkodás bajait áttekinthetővé, azok lefolyását, gyógyítását a nemszakértő orvosok részére is átgondolhatóvá teszik. (Az előadó a vázolt gondolatokat a psychiatria egészére kiterjedő munkában is megírta, ennek kiadása azonban a mai nyomdai viszonyok között lehetetlen.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

#### Wein Dezső: Az állkapocssérülések gyógyítása.

Főbizományos: Killian Frigyes utóda. Ára 300 kor.

A világháború vérforgatagában született munka 150 oldalnyi terjedelemben, 198 gyönyörű ábrával ismerteti 23 részletesen leírt és ábrázolt eset kapcsán mindamaz eljárásokat, a melyekkel az egyszerű állkapocssérüléstől a legsúlyosabb roncsolásig a sebészfogorvos avatott keze minden esetben sohasem remélt mérvben tudja pótolni a működési és kozmetikai hiányokat.

Minthogy az állkapocsebészet éppen a háború nyomán fejlődött, ez az aránylag igen fiatal tárgykör minden művelőjétől a találékonyság, genialitás és szigorúan orvosi gondolkodás igen nagy fokát kívánta meg, mert a mindennapi munka özönében a szinte napról-napra változó nézetek, felfogások, módszerek és az eleinte tapogatózó kísérletek között csakis az erős orvosi egyéniségek tudtak sebesültjeiken igazán és hathatósan segíteni.

Örömmel kell megállapítanunk, hogy e könyv szerzője teljes egészségében és mélyen szántotta fel az állkapocsebészet ugarát, hogy a bőséges tapasztalataiból és fáradságos munkájából leszűrte igazságok érett termésként hulljanak ölünkbe. Könyve alapvető munka hazai tudományos irodalmunkban; nyomása és kiállítása is díszére válik nyomdai művészetünknek. Tanulmányozása melegen ajánlható. *Morelli* dr.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

A joddiuretal-tablettákkal szerzett tapasztalatait foglalja össze *Askanazy* tanár (Königsberg). 16 évvel ezelőtt ajánlotta volt először ezeket a tablettákat, a melyeknek összetétele a következő: Theobrominum 0.5, Natrium bicarbonicum 0.1, Talcum 0.1, Kalium jodatum 0.2. Az évek hosszú során át nagyon jó eredménnyel használta a tablettákat stenocardias állapotok, asthma cardiale és idült cardialis nehézlégzés ellen. A betegek szívesen veszik, kellemetlenséget úgy-

szólván sohasem okoznak. Sok beteg szinte rögtön javulást érez, az eseteknek többségében azonban csak 2—3 nap alatt szűnnek meg a panaszok. A vérnyomás akárhányszor 20—30, sőt több mm. Hg-vel csökken és kis adagoknak további használata mellett csökkent is marad. A stenocardiára gyakorolt kedvező hatás azonban független a vérnyomáscsökkentő hatástól, mert azokban az esetekben is beáll, a melyekben nem következik be a vérnyomás csökkenése vagy a melyekben már eleve nem volt fokozott a vérnyomás. A rendes adag naponként 3—4-szer  $\frac{1}{2}$  tablettát; csak nagyon súlyos esetekben adunk naponként 6-szor  $\frac{1}{2}$  tablettát vagy 3-szor 1 tablettát. Gyomrukra érzékeny betegeknek késhegynyi natrium bicarbonicumot is adunk, ha egész tablettát vétetünk be egyszerre. A szert szünet nélkül évekig is használhatjuk, főleg ha később már naponként 2-szer  $\frac{1}{2}$  tablettát elegendő. A szerző végül megjegyzi, hogy az agyvelő és a has verőereinek sclerosisa által feltételezett zavarok ellen is jó hatású a joddiuretal és hogy az asthma bronchiale kezelésében is nem tudná most már nélkülözni ezt a szert; ez utóbbi bajban kezdetben nagy adagot rendel (naponként 3-szor 1 tablettát) és később lemegy napi  $3 \times \frac{1}{2}$  tablettára. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 26. sz.)

### Sebészet.

**Körülírt staphylococcus-infekciók** (furunculus, carbunculus) ellen *Bockenheimer* tanár újból ajánlja a fagyasztást chloraethyllel, azzal a különbséggel, hogy a míg azelőtt naponként egyszer fagyasztott, most egy perces szünetekkel háromszor egymásután fagyaszt. Utána kenőcsös gaze-t helyez a kóros helyre s azt kötésekkkel (nem ragasztó-tapaszzsal) rögzíti. A fertőzött terület környéke a fagyasztás alatt védendő, például vattakoszorúval. Az arczon székelő fertőzés eseteiben chloraethylbódulat megelőzése végett a fagyasztás közben az orr és a száj elzárandó. Kezdődő szakban levő fertőzések a fagyasztással megakaszthatók. Előhaladottabb esetekben csak hamar necrosis fejlődik; az elhalt rész gyorsan leválik. Más esetekben nem necrosis áll be, hanem tályog képződik, a melyet bemetszhetünk, de a mely sokszor a fagyasztás folytatása mellett vissza is fejlődik. A fagyasztás a bemetszés után is folytatható, mert gyorsítja a gyógyulást. Kiterjedt carbunculusokat és furunculusokat is, nyirokmirigyduzzanattal és thrombophlebitissel, kivétel nélkül jó eredménnyel kezelt a szerző a fagyasztó eljárással, a melynek előnye, hogy egyszerű, nem igen fájdalmas, gyorsabb gyógyulást biztosít, s a mi a fő, nem hogy maga után éktelenítő hegeket. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 21. szám.)

**Koponyaplastika** két esetében *Saito* a scapulából vett csontlemezt használta. Előnye, hogy körülbelül olyan görbületű, mint a koponya és hogy mindkét oldala csonthártyával fedett. Ezenkívül könnyebb is a scapulából egy darabot eltávolítani, mint a tibiából. A kar működésképesége nem szenved. (Arch. f. klin. Chir., 119. kötet, 2. füzet.)

### Ideg- és elmekórtan.

**Tetaniáserű jelenségeket** a legkülönbözőbb betegségekben talált *Landauer*, a ki 1000 esetben végzett vizsgálatot. Így postoperatív és terhességi tetániában, spasmophilias anamnesissel bíró tetániában, depressiókban főképp Chwostek-tünet mutatkozott, hiszen már a normalis fájdalomban is megrándul a szájjúg; az egészséges gyermek normalis féltésétől kezdve a katatonias raptusig minden aggódási állapotban mutatkoznak a tetania egyes tünetei, főképp a Trousseau-tünet; azután izgatott psychopathiákban, hysteriában, influenzát vagy chronikus középfülgyuladást, typhust, vérhast vagy arteriosclerosis követő neurastheniában. De minden fajta egyéb agyvelő-betegség: chorea, gyermekbénulás, paralysis, agyvelő-traumák és főképp encephalitis kapcsán is mutatkoznak tetaniás tünetek s így az ismert Jensch-féle beosztása az eidetikus típusnak basedowoidra és tetanoidra annál kevésbé állhat meg, mert a vizsgálat során azt tapasztalta, hogy basedowoid tünetek a tetanoid alakok 30%-ában voltak kimutathatók, de mutatkoztak akromegalia, eunuchoidismus és myxoedema ese-

teiben is. (A vizsgálatok tehát nagy óvatosságot tesznek kötelességünkké ama törekvésekkel szemben, melyek incretiós alapon típusokat akarnak elkülöníteni, hiszen nyilvánvaló, hogy itt az egész rendszer correlatióban van. Ref.) (Med. Klinik. 1922, 19. szám.) *Kluge* dr.

### Gyermekorvostan.

**A siliciumsav alkalmazásáról a gyermekkori tuberculosisban** számol be *Klare* és *Budde*. Már régebben szerepel ez a szer a therapiában teák alakjában, melyek azt tartalmazzák. Kimutatták, hogy a fibrinben és fibrinogenben is van  $\text{SiO}_2$ , viszont a tuberculosisos tüdő siliciumtartalma csökkent. Minél könnyebben felszívódó alakban nyújtjuk, annál inkább visszatartja a tüdő, melynek ezirányú képességét a betegség csökkentette, és előmozdítjuk vele a hegyszövet képződését. A szerzők a silistren nevű poralakú készítményt alkalmazták kávé-gyermekkanalanként levesben elhabarva 20 esetben. Valamennyiben feltűnő súlygyarapodás állott be; a hilusmirigy-tuberculosis és proliferáló tüdőfolyamat több esetben gyógyult, más esetekben azonban a Röntgen-lelet változatlan maradt, sőt némely esetben rosszabbodott is. Néha a vérkép is feltűnő javulást mutatott. Végeredményben tehát nem biztosan ható szer a silicium sem, csupán adjuvans. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 20. szám.)

*Menyhárd* dr.

### Bőrkórtan.

**A salvarsandermatitis** kérdésére terjeszkedik ki *W. Heyn* (Berlin), a ki a berlini bőrklinika tapasztalásait ismerteti. A szerző közleményében elsősorban arra hívja fel a figyelmet, hogy a salvarsankárosodások a legtöbb esetben elkerülhetők, ha a kezelés kellő gondossággal megy végbe. A syphilis-therapiában oly rendkívül értékes salvarsan iránti bizalmat rontja az az orvos, a ki figyelmen kívül hagyja az egyéni toleranciát s mindenkor sémásan eljárva, baleset alkalmával „elkerülhetetlen” esélyre hivatkozik. Ha valahol, úgy a salvarsankezelésben van helyén a gondos individualizálás, mely mindig kisebb adagokkal indítja meg a kezelést. Ily módon a relativ intolerancia is könnyen fölismerhető. A szerző szerint minden salvarsankárosodás voltaképpen egy relativ túladagolásnak az eredménye. Ez a tapasztalás tehát a salvarsandermatitisekre is áll, mire nézve *Heyn* több érdekes eset körtörténetét közli. Ezeknek gondos áttanulmányozásakor kétségtelenül azt a meggyőződést merítheti az olvasó, hogy e súlyos károsodás csaknem valamennyi esetben elkerülhető lett volna, ha a kezelő orvos idejében ügyelt volna a praemonitoriós bőrjelenségekre. Bármily banalisanak lássék is a salvarsaninjekciók nyomán valamilyen keletkező bőrtünet (egyszerű dermatitis, ekzema stb.), a további salvarsan-adagolást legalább is egyelőre nyomban abba kell hagyni. Ugyanaz a teendő, ha az injekciók következtében tartós fejfájás, erős hasmenés áll be. A salvarsandermatitis szövődésére szerencsére nem túlgyakori s úgy látszik bármely salvarsankészítmény nyomán keletkezhetik. Bizonyos, hogy kellő gondossággal a salvarsandermatitisek száma a jövőben erősen csökkenthető lesz. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 23. szám.) *Guszman*.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Cocainmérgezés** ellen chlorcalcium intravenás befecskendezését ajánlotta nemrégiben *Mayer*, kiindulva abból, hogy a chlorcalcium izgatón hat a légzőszközpontokra és ezzel ellene működik a cocain hűdítő hatásának. *Fabry* a heidelbergi egyetem gégebeteg-klinikájáról esetet közöl, a melyben súlyos cocainmérgezés ellen nagyon jól hatott a chlorcalcium. 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os oldatából összesen 7 cm<sup>3</sup>-t fecskendezett be intravenásan nagyon lassan, úgy hogy percenként átlag 1 cm<sup>3</sup> jutott az érrendszerbe. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 26. sz.)

**Anginák kezelésére** *Schlesinger* (Wiesbaden) nagyon ajánlja az *argandolt*, a mely ezüstfehérjéből és hexamethylentetraminból áll; az alkális szájjnyállal érintkezéskor formaldehyd lesz belőle szabaddá s úgy ez, mint az ezüstfehérje intensive fejti ki hatását a beteg területre. Káros hatása nin-

csen, a lenyelése sem okoz bajt. Tabletták alakjában kapható; félpohár vízben oldandó fel egy tablettá; ezzel az oldattal óránként végzendő toroköblögetés. Stomatitis és gingivitis ellen is jó hatású az argandol ecsetelés alakjában (10%-os oldat egyenlő mennyiségű glicerinnel elegyítve).

**A rivanol sarjadzástgátló hatására** hívja fel a figyelmet *Blass*. Genyes inthüvelygyulladások, a melyeket proximálisan és distálisan beszűrt két kanulón át rivanol-oldattal öblögetett, bemetszés nélkül, teljesen jó funkcióval gyógyultak. Peritonitis eseteiben a bélösszenövés megakadályozására is bizonyosan jó szolgálatokat fog tenni ez a szer (biztató eredményekről már történt közlés). Izületi empyema eseteiben *Klapp* látta a jó hatását, a mely a fertőtlenítés mellett bizonyára a sarjadzástgátló befolyásban is keresendő. Pleuritis és pericarditis eseteiben is érdemes lenne kísérleteket tenni e szerrel. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 24. szám.)

### Vegyes hírek.

**A Budapesti Orvosszövetség** elnöksége értesíti a szövetség tagjait, hogy a forgalmi adó kérdésében a tárgyalások a pénzügyi hatósággal folyamatban vannak, azonban befejezést még nem nyertek. A pénzügyi hatóságok által a forgalmi adó ügyében foganatosított intézkedéseknek, úgymint az adóalapvállomásokra irányuló felszólításoknak, addig a határig, míg azok a feltétlenül megóvándó orvosi titoktartásba nem ütköznek, okvetlenül meg kell felelni, annál is inkább, mert azoknak megtagadása törvényes következményekkel járhat.



**Dr. SCHMIDT L. és  
Dr. WEISZ EDE**  
gyógyintézete,  
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, physicals és diatésis 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.

### ISTVÁNUTI SANATORIUM ÉS 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. i. tanársegédje. — Belgyógyászat. — Sebészet. — Nőgyógyászat.

### Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete

IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 86-76.

### Dr. Müller Vilmos, kir. tanácsos Sanatoriuma

**Tátraháza**  
(Magas-Tátrában.)  
Reichenhaller rendszerű inhalatorium. Fekvő-csarnokok. Helio-quarzfény és specifikus therapia. 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.

### Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

**Ujtátrafüreden**  
állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel egyült 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 Hilt Paula, Dr. Mandler Ottó.  
**ZANDER - TEST-EGYENESÍTÉS** a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. i. e.

### PÁLYAZATOK.

14.053/1922. szám.

A Ferencz József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára a kezelőorvosainak állományában megüresedett X. kerületi kezelőorvosi állásra pályázatot hirdet.

Az ezen állással járó illetmények a következők: évi 3000 korona törzsfizetés és 17.500 korona drágasági pótlék, 24.000 korona rendkívüli

pótlék, 5799 korona átmeneti segély és évi 2000 korona közlekedési átalány.

A kinevezés egyelőre ideiglenes jellegű.

Az ezen állásra pályázó orvos köteles a székesfőváros X. kerületének belső területén állandóan lakni és az e kerületben lakó pénztári betegek orvosi ellátásáról gondoskodni.

A pályázati határidő jelen hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való megjelenésétől számított 15 nap.

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

Budapest, 1922 július hó 22.-én.

*Barcza Arthur* s. k.,  
igazgató.

*Kerekes Pál* dr. s. k.,  
h. államtitkár.

48/1922. eln. II. sz.

Baja város közpórházánál üresedésbe jött, évi 1800 korona törzsfizetés, valamint az ezzel járó állami hozzájárulások, továbbá lakás, fűtés, világítás és első osztályú élemezéssel, az elmeosztályra történendő beosztás esetén még évi 400 korona működési pótlékkal javadalmazott alorvosi állásra pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtok felhívni, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket méltóságos *Krudy Ferencz Gyula* dr. főispán úrhoz címzetten legkésőbb f. évi augusztus hó 15. napjáig közvetlenül a bajai közpórház igazgatóságánál nyújtsák be. A pályázaton szigorló orvosok, esetleg ötödéves orvostanhallgatók is részt vehetnek.

Az állás folyó évi szeptember hó 1.-én elfoglalandó.

Baja, 1922. évi július hó 31.-én.

A polgármester.

Pályázati hirdetmény Czellödömölk-Kemenesaljai Közpórháznál megüresedett alorvosi állásra.

Az alorvos javadalmazása évi 4800 korona.

Az alorvos kórházi elfoglaltságán kívül szabad orvosi gyakorlatot folytathat.

Pályázati kérvények folyó év augusztus hó 15.-éig az 1878. évi XIV. t.-cz.-nek megfelelő képesítési okmányokkal felszerelve — Vasvármegye főispánjához címezve — *Pletnits Ferencz* dr.-hoz, a kórházi bizottság elnökéhez Czellödömölkön küldendők be.

*Pletnits Ferencz* dr. s. k.  
kórházbizottsági elnök.

Intelligens, vagyonos német községben járásorvosi állás töltendő be mielőbb. Nőtlen, keresztény urak bővebb felvilágosításért forduljanak *Pozsgay József* gyógyszerész úrhoz, X., Orczy-út 47. Gyógyszertár.

## VALORAL

Igen hatásos sedativum, tonicum, enyhe hypnoticum.

Javalva: Neurasthenia, hysteria, álmatlanság, ideges tünetek ellen.

Készült: Szüts Pál Deák Ferencz gyógyszerháza Budapest, VI., Deák Ferencz-tér, Anker-palota. Telefon 93-01.

### Röntgen-berendezések és segédeszközök, Röntgen-lemezek, fóliák stb., Müller-, Gundelach-Radiologie lámpák, Coolidge-berendezések és csövek

**Quarzlámpák** Bach-, Jesionek-Kromayer-rendszerűek, tartalék égők

**Elektromedikai** felszerelések, kapcsolókészülékek raktárról azonnal szállíthatók

**LÜDERS ÉS KANIS** Röntgen és Elektromedikai Műszaki Vállalat

Budapest, VII., Miksa-u. 5. Telefon: József 130-26.

Sürgőnyczim: Röntgen Budapest.

## EXTRACTUM CHINAE NANNING

Kitűnő tonicum és roborans.

**A legjobb stomachicum.**

Javalatok:

Sápkórosok, görvélykórosok és tuberculososok étvágytalansága — gyomoratonia — hyperemesis gravidarum — ideges dyspepsia — alkoholismus — lábbadozás.

Minták és irodalom díjmentesen.

**Dr. H. Nanning, China-Werke, Den Haag, Holland.**



# 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.

**Dollinger Béla:** Közlemény a budapesti kir. magyar Pázmány Péter-tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebely Tibor dr., egyet. ny. r. tanár.) A gerincoszlop elülső gümös tályogja. 321. oldal.

**Kluge Endre:** Közlemény a lipótmizei m. kir. áll. elmegyógyító intézetéből. (Igazgató: Oláh Gusztáv dr., ministeri tanácsos.) Adatok a schizoprenia symptomatológiájához. 322. oldal.

**Jeney Endre:** Közlemény a m. kir. Ferencz József-tudományegyetem általános kör- és gyógytani intézetéből. (Igazgató: Lőte József dr., egyet. ny. r. tanár.) A serkék eltávolítása és elpusztítása antiformin-oddal. 324. oldal.

**Debreczeni Orvosegyesület.** (II. és III. rendes tudományos ülés 1922 május 20.-án és 23.-án.) 325. oldal.

**Irodalom-szemle.** Könyvismertetés. **Kraus-Brugsch:** Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. — *Uj könyvek.* — **Lapszemle.** **Belorvosan.** **Dürk:** Az agyvelő vascularis mérszimpragnatiójáról. — **Goldschmidt:** Aftürődásos hashártyagyulladás tüneteivel járt pleuraempyema esete. — **Sebészet.** **Vorschtz:** A rákos betegek vérének phosphortartalma. — **Ideg- és elmekörtán.** **Kehrer:** Az epilepsia kezeléséről. — **Gyermekorvosan.** **Widowitz:** A „babaszemről” mint a postdiphtheriás bénulás tünetéről. — **Brandes:** A cutan tuberculin-próba egyszerűsítéséről. — **G. Thiemann:** A számar-közhős bakteriológiai diagnosztikájáról. — *Kisebb közlések az orvostudományról.* 326—328. oldal.

**Vegyes hírek.** 328. oldal.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebely Tibor dr., egyet. ny. r. tanár.)

## A gerincoszlop elülső gümös tályogja.

Közli: *Dollinger Béla* dr., egyetemi magántanár.

A múlt év júniusában a *II. sz. belklinika* kérésére egy beteget vettünk át a klinikánkra. A beteg mindkét alsó végtagja teljesen béna volt. A belklinika vizsgálata megállapította, hogy e motoros kiesést a gerincvelőre nyomást gyakorló *praevertebralis tályog* okozza. Minthogy ez esetben a *praevertebralis tályog* csapolásával teljes eredményt értem el és a beteg ma fennjár, tanulságosnak tartom az esetet pár szóval ismertetni.

A beteg előadásából és a belklinika kórtörténetéből a következő adatokat tudtuk meg. A 25 éves péksegéd egészséges családból származik, testalkata gyenge, régebben baloldali csúcsfolyamata volt. A beteg háta 1920 decemberében kezdett fájni, nemsokára vizelési nehézségei támadtak, melyek lassan fokozódtak épp úgy, mint az ugyanakkor jelentkezett járási nehézségei is. A beteget orvosa hysteriás anuria körjeléssel 1921 április hó 26.-án a *II. sz. belklinikára* küldte. Az egész körképen ekkor a vizelési nehézségek uralkodtak.

A betegen a vizsgálat a következő körképet állapította meg. Az egész gerincoszlop merev, legmerevebb a háti részlet. A *III. és IV. hátsigolya* tövisnyúlványai kiemelkednek és ütögetésre, valamint a gerincoszlop zökkenésére érzékenyek. Ugyancsak kissé kiemelkedik és érzékeny a *X. és XI. hátsigolya* is, ezek érzékenysége főleg újabban tűnt fel, talán mert itt újabb kóros folyamat kezdődik. A physiologiai háti kyphosis a *III. és IV. csigolya* folyamatainak kiegyenlítéseként kissé elsimult, viszont az ágyéki lordosis kifejezett. A Röntgenfelvétel azt mutatja, hogy a *III. és IV. hátsigolyának* egymással szemben fekvő alsó, illetőleg felső felszínét a carieses folyamat erősen kimarta. A folyamat tehát *epiphysealis elhelyeződésű csigolyagyulladásnak* felel meg. A Röntgen-kép legelső megtekintésekor feltűnt, hogy a *II. és VI. hátsigolya* gerincszakaszának mindkét oldalán, közvetlenül a csigolyák mellett, azoktól mintegy másfél harántujnyira terjedő árnyékszegély látható, mely különösen baloldalt kifejezett és élesszerű. Az árnyék felső határa a *II. hátsigolya* harántnyúlványainak árnyékában vész el, míg az alsó határvonal mindkét oldalt megkeskenyedik, úgy hogy az így keletkezett fordított kúp alak csúcsát a *VI. hátsigolya* alkotja.

Az *idegrendszer állapotának* ismertetésekor ki kell emelnem, hogy a beteg járása a néhány napi belklinikai tartózkodás alatt, vizsgáló orvosainak szemeláttára, rohamosan rosszabbodott, úgy hogy április 28.-a táján mindkét alsó végtagon teljes bénulás állott be. Az idegrendszer állapota ekkor a következő volt. Mindkét alsó végtagon teljes motoros bénulás,

kifejezett spasmussal. Az összes reflexek kiválthatók, kétoldalt egyenlők és élénkek. A Babinski- és Oppenheim-tünet, valamint a *clonus* positiv. Az érzési eltérések a következők: teljes hypaesthesia és hypalgesia, valamint thermoanaesthesia a czombon, míg a törzsön és lábászáron e tünetek ugyan szinten fennállanak, de kevésbé kifejezettek. A betegnek ezenkívül igen gyakran, néha majdnem naponta tachycardiás rohamai voltak. Továbbá vizelési nehézségek és bélműködési zavarok is kimutathatók. A hőmérsék állandóan 37—38 fok között ingadozott. A közérzet állandóan rossz volt.

Tekintve a csigolyagyulladásos gócz helyét és a már elmondott Röntgen-leletet, nagyon valószínűnek látszott, hogy *praevertebralis tályog van jelen, mely a kóros csigolyák kimart részein keresztül nyomulva, a gerinczagyra nyomást gyakorol és ezzel bénulást és súlyos érzés-zavarokat okoz.* A tályog jelenlétét bizonyította az is, hogy annak tompulata a háton ki volt mutatható. Ezeket számba véve határoztuk el a *próba-punctiót*, melyet a Röntgen-felvétel adatai nyomán június 9.-én hajtottam végre, 12 cm. hosszú és másfél mm. átmérőjű punctió s tűvel és hozzá illő 20 cm<sup>3</sup>-es Record-fecskendővel. A beteg a műtőasztalon ült kissé előre hajolva. A *III. és IV. hátsigolya* között, baloldalt a tövisnyúlványoktól 2 cm.-re szúrtaam be. A tű hegyével érintettem a harántnyúlványt, azután magát a csigolya testét és ez utóbbit mintegy körültpogatva a tályogba jutottam. Ekkor szivásra a fecskendőben megjelent a jellemző tuberculosus geny. Az első alkalommal körülbelül 20 cm<sup>3</sup> genyet távolítottam el. Ez első csapolás után a beteg valamivel jobban érezte magát, fájdalmai csökkentek és lábait, melyek eddig teljesen élettelennek látszottak, kissé megmozdította. Az ekkor felvett Röntgen-kép szerint a tályog árnyéka engedett az intenzitásából. A beteget ezután vettük át a sebészeti klinikára, a hol gipszágyba helyeztük. Azóta még *nyolc-szor pungáltam meg a tályogot* az előbb leírt módon. *Minden alkalommal körülbelül 20 cm<sup>3</sup> genyet távolítottam el.* Az egyes punctiók után a beteg állapota és közérzete fokozatosan javult, míg végre december elején, az 5. csapolás után, az izomtonus jelentékenyen engedett és az erős spasmus elmúlt. A beteg eleinte az ágyban mozgatta a végtagjait és december közepén, tehát *hat hónappal az első csapolás után, a járást is megkísérelte.* A járás ezután szinte napról-napra fokozatosan javult és a folyó év elején a beteg már egyedül járkált bot segítségével a folyosón. A belklinikai vizsgálat szerint ekkorra az *érezési kiesések teljesen elmúltak.* A január hó végén készült Röntgen-felvételen a *praevertebralis tályog árnyéka* csak nagyon halványan, alig kivehetően látszik. Jelenleg a beteg alsó végtagjait masszáljuk és zanderezük és a gerincoszlopot rögzítő fűzöt rendeltünk. *A beteg járása napról-napra javul és most már egyedül megy le az I. emeletről a pinczében lévő Zander-terembe.*

Megemlítem, hogy jelenleg a klinikán még egy hasonló körképű beteget kezelünk. 17 éves, hátsigolyagyulladásban

szenvedő fiúbetegről van szó, kinek ugyancsak spasmosus paraplegiája van. A Röntgen-vizsgálat itt az előbbi esethez hasonló, de nagyobb praevertebralis tályogot mutat. E tályogot 6-szor csapoltam meg és minden alkalommal körülbelül 100 cm<sup>3</sup> genyet távolítottam el. A motoros kiesés a csapolások után valamivel javult. A beteg gipszágyban fekszik, a további csapolások folyamatban vannak.

A praevertebralis tályogok irodalmát és kórbonczolástandát tanulmányozva, azt találtuk, hogy azok már régebbi idő óta ismeretesek, hiszen Lannelongue 1888-ban megjelent „*Tuberculose vertebrae*” című könyvének classikus leírásában már felhívta rájuk a figyelmet. Tőle hallottuk először, hogy e rejtett tályogok az uzurált csigolyákon át a gerinczsatornába nyomulnak, a gerinczagyra jelentékeny nyomást gyakorolhatnak és ennek következtében paraplegiák és más súlyos idegtünetek állhatnak be. Egy későbbi, Kirmisson-tól eredő közleményben azt olvassuk, hogy e tályogokat különösen a háti gerincoszlop IV—X. csigolyájában székelő folyamatoknál észlelték. Ő emeli ki először a Röntgen-felvétel nagy jelentőségét. Élesen világítja meg ez érdekes kórképet Calot, a ki azt mondja, hogy e tályogok rejtett helyzete az oka a csigolyagyuladás tünetében régebben szinte megmagyarázhatatlan jelenségnek, hogy ott, a hol tályog van, nincs bénulás és viszont. Ő magyarázza meg nekünk, hogy ily esetben is van tályog, csak hogy az a gerincoszlop kóros részlete előtt a hátulsó gátorüregben rejtve marad. Bakay e tályogok elhelyeződését tanulmányozván, arra hívta fel a figyelmet, hogy a gerincoszlop előtti fasciát a tályog nehezen tudja áttörni és így a genytömeg nagyobbsásával a tályog fokozott erővel nyomul a gerinczagyra.

E tályogok gyógykezelésének kérdése egybeesik a csigolyagyuladás műtéti kezelésének sokat vitatott kérdésével. Tudjuk, hogy e téren a kiváló sebészek egész sora kísérletezett, itt csak Trendelenburg, Macewen, Tillman, Payr és Lexer nevét említem, a kik részint laminektomiával, részint a csigolya kóros részleteinek elápolásával kísérleteztek, de nem értek el nagy eredményt. Czélszerűbbnek látszik és újabban inkább elterjedt Ménard eljárása, a ki a geny kibocsátásának és a tályog kitakarításának céljából a bordának a csigolyával ízesülő részét távolította el. E műtéttel elért eredmény sem mondható kielégítőnek, a mi különben tekintve a kóros csigolya megbolygatásának káros voltát, könnyen elképzelhető. Haladás e téren Bakay-nak a „Magyar sebésztársaság” 1911. és 1913. évi összefoglalóján tartott előadása. Bakay ugyanis az eddig ismert műtétek helyett a praevertebralis tályogok csapolását ajánlotta. A csapolás lényegileg úgy történt, mint az én eseteimben. Az ő eredményei is jók voltak, sőt néhány beteget a geny kibocsátása után már a műtőasztalon élénken kezdte mozgatni a végtagját és pár nap múlva járaskísérleteket végzett.

Az eljárás technikáját nem akarom újból részletezni. A sebészi asepsis betartásával némi gyakorlattal főleg a Röntgenkép pontos megfigyelése mellett ez az eljárás minden sebész kezében hasznos és meglepően gyorsan ható gyógymód lesz, melynek legjelentősebb előnye az, hogy a hónapokig ágyban szenvedő betege a sikerült csapolás rendkívüli testi és lelki hatást gyakorol. Nem kell külön hangsúlyoznom, hogy a tályogkezelés mellett szemmel kell tartani az alapbaj, tehát a csigolyagyuladás intensív okszerű kezelését, azaz a gerincoszlop rögzítését és tehermentesítését is.

Közlemény a lipótmezei m. kir. áll. elmeorvosintézetből.  
(Igazgató: Oláh Gusztáv dr., miniszteri tanácsos.)

### Adatok a schizoprenia symptomatológiájához.

Irtá: Kluge Endre dr., I. tanársegéd a pozsonyi egyetem ideg- és elme-klinikáján. (Igazgató: Reuter Camillo dr., egyet. nyilv. r. tanár.)

Napjainkban, midőn a nemrég megjelent biológiai irány szinte túlmérszen támadja az eddigi kutatási irányokat, a morphologiait és psychologiait, valamint ezek összefoglalását, a klinikai áttekintést, az elmeorvosformák symptomatológiájának kiépítése sürgetőbb lett, mint valaha volt. Nyilvánvaló, hogy az experimentalis psychológiának descriptiv és részletező

explicáló jellegű associativ kutatását az introspectio és ön-experimentum természettudományos pilléreire nyugvó klinikai vizsgálódás még sok érdekes megfigyeléssel teheti gazdagabbá. Ehhez teljesen nélkülözhetetlen, hogy symptomatológiai fogalmaink elég plastikusra érettek legyenek és így félreértéseket és czéltalan vitákat ne keltsenek. A nélkül, hogy a schizopreniás associációk problémájának egész örvényét felkavarni szándékoznánk, röviden egy betegünket ismertetjük, a ki kifejezetten mutat néhány teljes figyelmet érdemlő tünetet.

B. J. 1919 márczius 15.-én került elmekórházba, 31 éves, nős, nyomdai műszaki rajzoló. Iskoláit jól végezte. Nagyon érzékeny embernek mondja magát, házasságát kényszerházasságnak nevezi. 15 év óta van zaklatásnak kitéve, de csak 1914 óta veszi észre, hogy mindenütt utána jártak, kikérdezték viszonyait, tudták, hogy van pénze s azt kuttatták, nem kémkedésért kapta-e. Ennek ellenkezőjét akarván bizonyítani, feljelentésekkel és beadványokkal halmozta el a rendőrséget, a Curiát, a belügyministert, az ügyészséget, a mi azután a beszállítására vezetett. Megfigyeltetés és üldöztetéses téves eszméit, melyeket aktuális észrevételei színezték, azóta is fenntartja, sőt utóbbiak azóta kiterjedtek orvosai és családja irányában. Míg fölvételekor bizonyos affectiv depravatio, érdeklődéshiány mutatkozott, az expansióval lépést tartva nagyobb-fokú indulatosság fejlődött ki rajta, állandóan elbocsátását követeli, ha szóba állunk vele, igen érzékeny hangon sokszor a sírásig elkeseredik, az affectusba mintegy belelovalja magát. Felvételekor: magát folyton megszakítja a tárgyhoz nem tartozó dolgokról beszél, egyenes választ adni nem is tud, mert folyton elkalandozik. Beszédbeli stereotipiák észlelhetők. Az experimentalis psychológiai vizsgálat eredménye (Bakody dr.) 1919 április 18.-án a következő: „Felfogó emlékezete szó-párokkal akustikai úton jónak bizonyul, megtartó emlékezete defectus nem mutat. A szabad associatio nagyrészt magyarázó jellegű; a magyarázatok meglehetősen primitívek, gyakran tautológiások. Elvont fogalmaknál a reakciós idő meghosszabbodott, átlagosan gondolatszegény és kisebb gátoltság mutatkozik. Elvont fogalmaknál feltűnik a conservativ mneme gyakoribb defectusa és a latentis idő meghosszabbodása.” Állapota azóta nagyjában változatlan, néha szabadságon vagy kimenőn volt rokonainál, ilyenkor ígérete ellenére fonákul felbélyegzett beadványok özönével árasztja el a hatóságokat, úgy hogy kimenőjét véglegesen meg kellett vonni. Azóta az intézetben belül használ fel minden alkalmat, hogy írásműveivel magára vonja a figyelmet; egyik legutóbbi ilyen írásművét a következőkben ismertetjük.

„Tekintetes Igazgatóság! Alulírott azon tisztelettel teljesen járulok a Tekintetes m. áll. elmeorvosintézet (lipótmezei) Igazgatóságához, hogy a megemléltett ötven éves fennállás jubileumhoz a kesergő, méla hangomat belevigem az igaztalan orvosi felfogást az ünnep alkalmával — egyszerű köznyelven a megundorodott állapotok miatt: különösen részemről történik. — Kegyes elosztást méltóztassék a kötelesség teljesítésében e napon elvégezni, hogy nekem is megkönnyebbülés legyen részemre a megünneplésben.

Indokomat legyen szabad kifakadó kebelből megokolni a következő sorozataival:

Tisztes voltam megtartásával tartottam fenn magamat kiskoromtól fogva — sok szenvedelmén mentem keresztül, ártatlanul gonosz körzeteim zudulása miatt: mai nap elteltével is; de remény feloldva lesz nemsokára, — ez ünneplés kapcsolattal?

Egy fordulat a keringés időtartalomban elmullott a házasságnak tíz évi alkalmá; közelegve lép vele az intézmény fenállás ötven év megünneplésben, diszéhez; egy szomoru kebel bántott érzete zudul fel az alkalomban: igaztalan idetérés, alattomos fondorlatosságot teljességgel párosult cselekedetet alkalmaznak személyemre — MIÉRT!, sújtóbb vagyok a gonosztevőnél is, csak aljas cselekedettel letörőben vannak — szép ünneplés! A hazához hű, — kebel meleg érzettel áthattan voltam, nem tudom mi is tart oly nagy vonzalommal a sokat elszennvedett hónapban: csak fájdalom tépi lelkütemet az igaztalan minden felfogásában — ah! a zugó zivatari lég nyilalása áthatott mérgezően az irigység hatalma, az irigy serge a küzdőbe: ledöntve, kelevézével legyen látható kárörvendetésben...

Szomoru megünneplés a fennállással... lipótmezőn...

Bejövételben visszataszítóan volt kebel, — ez nem gyógyintézet!, nem!, nem!, s távolítéletben folyton nagyobbodik az undor az önkényes garázdálkodásban a fondorlatos aljas mindenével: csak igen nagy kötelesség hiánya, — az emberszeretettel párosultán nem vesztés, — legtöbbször esetében!

És így még tovább tizenégy oldalán át.

Ha most az ismert psychopathológiai fogalmakkal meg akarjuk jelölni azt, a mit ebben az írásműben betegesnek találunk, az associatio alaki zavarai közül négyre gondolhatunk. Itt van mindenekelőtt a gondolatlongás, mikor újabb és újabb gondolatok hirtelen feltolakodása félbeszakítja és megakadályozza azt, hogy a gondolatok a beszéd hagyományos logikai és nyelvtani formái szerint kialakuljanak. Lényegileg merőben más, de alakilag közel áll ehhez a beszédbeli zavartság, az incoherentia vagy dissociatio. Itt a gondolkodás menetét összetartó és irányító főszerpont vesztett el, mint pl. álomban vagy zavartságban, a gondolkodásnak olyan elemei sorakoznak

egymás mellé, melyeket az irányító képzetek hierarchiájában egyes rejtettebb kapcsok még összetartanak ugyan, de a mely részletek a beszéd tárgy vagy tárgycsoport szerint nem alkotnak többé egységet. Ha ilyen dissociált, bizarr gondolatmenetek váltakoznak ép megnyilvánulásokkal, kusza beszédnek (Zerfahrenheit) nevezzük. Negyedik gyakori formaként megemlítjük még a schizophasiát, a hol a kimondott vagy leírt szavakat immár semmi belső kapocs, hanem csupán a mondatalkotás vagy hangsúlyozás formális tradíciója köti össze. Ennek extrem foka az, a hol a szavak egymás mellé dobálását már ez a törekvés sem igazolja és ez az, a mit Wortsalatnak, magyarul zagyva beszédnek nevezünk.

Talán itt kell hangsúlyoznunk azt is, hogy az associatióknak mindegyik megnyilvánulási területét azonos szabályszerűségek jellemzik, hogy tehát az, a mit most mi a beteg írásából következtetünk, minden modulatio nélkül alkalmas a beteg beszédében megnyilvánuló associatiójának megvilágítására is. Legutóbb egy hevenyészett kiállítás keretében állíthattam össze a lipótmezei állami elmegyógyintézet betegeinek psychopathologia szempontból figyelmet keltő rajzait. Feltűnő volt itt a Wortsalat és ama praecoxos festmények közötti analógia, melyek számos élénk apró szín egymás mellé halmozásával igyekeztek figyelmet kelteni, eleinte még bizonyos főszerpont észrevehető tételével, később ilyen tárgyszempontnak teljes elvesztésével. Magától kínálkozott, hogy ezt az expressionismust a schizophreniás associatióra visszavezetve *színzavart-ságról, színzagyvaságról* beszéljek. Hasonlóan, de figurális értelemben is kimutatható volt ez az associatiós zavar egy schizophreniás férfibeteg czérnával fehér alapra kivarrott kézimunka-figuráiban. Befejezetlen alakokat rajzolt ez egymás mellé, pl. egy phantasikus mókusforma állatot, mellette a hátából kinőve egy levelet, vagy befejezetlen figurát, pl. félig monogramot, félig koronát, úgy, hogy itt viszont *figurális zagyvaságról* és *figurális dialepsisről* beszélhetnénk. Sokakat fog ez az utóbbi a kommunista-futurista „Ma“ cz. lap „költeményeire“ emlékeztetni, a melyek egy lapon szerteszórt mondatfördékből és különböző nagyságú és típusú betűk összefüggésben bizarr elhelyezéséből állanak.

Folytassuk azonban tovább és vizsgáljuk, vajjon kimerítjük-e, ha azt mondjuk, hogy ez az ismertett associatio incohaerens, hogy dissociált, hogy az irányító képzetek egész hierarchiája elveszett, hogy gondolatlongást, szétkalandozó associatiót látunk, hogy neophrasia mellett az associatiók kerestek, felületesekek, külső rokonságúak, hogy sok helyen valószínűs zagyva beszéd van előttünk. Mi azt hisszük, hogy nem.

A legfeltűnőbb mindenesetre a rajta erősen érezhető felindultsága a szerzőjének, az az affectus, melyet általa jogosulatlanul gondolt ittartása és ama családása miatt érez, hogy törekvő, tartózkodó életmódja nem hozta meg számára a várt gyümölcsöt. Ismeretes a schizophreniásokon az intrapsychés ataxia, a noopsyche és a thymopsyche közötti aránytalanság, az a körülmény, hogy értelmileg nem jelentékeny psychés elemeket aránytalanul nagy affectiv erővel látnak el. Ismeretes továbbá, hogy schizophreniásokon gyakori az a tünet, hogy az affectusba belelovalják magukat. Közömbös szóval megszólítva az ilyen tünetet mutató schizophreniás beteget (a mely tünet nem mindegyiken demonstrálható, de a melyiken igen, azon állandóan és jellemzően), eleinte közömbös szóval válaszol, azután incohaerens módon tovább beszél, egyre hangosabban, végül kiabál, halántékerei kidagadnak, arca kipirul, pulsusa gyors és feszes, felugrik, szóval minden jelét mutatja egy erős *vegetativ idegrendszeri és affectiv krízisnek*. Az affectus-változásokról szóló munkámban (Archiv f. Psychiatrie 1921, 64. köt., 3. füz.) foglalkozva ennek az *affectusaugmentatióknak, akaratlagos affectusnövelésnek* nevezhető és a schizophreniára jellemző tünetnek psychodynamikájával, reámutattam, hogy itt az intellectualitas elemeinek energetikai minusával szemben alakul ki az affectivitas túláradása és hogy ebben milyen szerepe van az ott *irányító affectusnak* (Lenkungsaffekt) nevezett elemnek, az affectiv főszerpontnak. Ez az affectiv főszerpont, ez az elkeseredett tenor cseng ki a most bemutatott associatio egész me-

netéből és érdekessé teszi az, hogy míg az intellectualitas energetikai minusa a később részletezendő associativ zavarokban megnyilvánul, különös érzékelhetőséggel áll előttünk az *affectusaugmentatio, ezúttal — írásban*.

Míg a hosszú írásmű valósággal kalligraphikusan egyenlő és kölesnyi cursiv betűkkel íródott, melynek csak egyes affectiv szempontból különösen hangsúlyozott részét emeli ki a beteg aláhúzással, már a második oldalon feltűnik egy körülbelül 1.5 mm. magas rajzolt betűkkel írt és közbevetett „miért!“. A 4. oldalon újra egy aláhúzás, az ötödiken az előbbihez hasonló, de már körülbelül 2 mm.-es, nyilvánvalóan nagyobb rajzolt betűkkel és azonfelül aláhúzza veti közbe a következőket: „gazember! gazember! bitang orvos, büdös kurvák, banda népség, szövetkezők, — az ötven év megünneplés napjára: megáldólag ezzel!“ A 7. oldalon — közben természetesen mindenütt nyugodtan hőmpölyögnek a szokásos apró betűk — ismét aláhúzza: „remény megszüntetve lesz“, ugyanott 2 mm.-es rajzolt betűkkel, de aláhúzatlanul: „azt ledönti oszlopát épülőben“; a 8. oldalon a kettő egyesül, ismét nagyobb mintegy 2.5 mm. magas rajzolt betűkkel és aláhúzza: „engemet szükségtelen e cselekedetre készíteni — büzt megérezvén taszítólag!“ A 9. oldalon úgy látszik tetőpontját éri el az affectusaugmentatio, közbevetett alapírásos szavak között emelkedik az affectuslavina egyre nagyobb betűkhöz, fokozatos nagyságban négyféle írást használva az alapírásból kiemelt szavakhoz, legalább egy centiméteres, nyomtatást utánzó betűkkel írja: „tisztos, becsület-út az érdem, a jövő-út a börtön, letörő: remény, jövőt vesztett. Mit ér a szülőhöz, kebel szeretet heve: letaszító természet; külön a tisztos igazt szeretettel felemelőleg: megújulólag fénydísre térítve ébreszti, — a szülőhaza gomolygó homályával szemben: a nemes tisztaságaimért —“, most paroxysmusára emelkedik és az egész sort betöltő 2 cm.-es betűkkel írja: „ez nem érdemem“. Erről a tetőpontról az affectus ingadozásokkal itt-ott közbeszúrt, de ingadozva egyre kisebbedő írású közbeszúrással, amphiboliás módon, mint a typhusos lyses deferveszkálás, lejt lefelé, hogy végül a 14. oldalon — papírhány miatt, miként írja — a szokásos apró gyöngybetűkkel befejeződjék. Hasonló, de nem ugyanilyen ugyanennek a betegnek egy másik ilyen írásműve, a mely szintén írásban demonstrálja az affectusaugmentatiót. A mindössze 16 soros levelezőlap apró betűn kezdődik, vörös aláhúzással folytatódik, azután vörös betűkre tér rá, hogy odább 5 sorral már a vörösben írt betűket növelje s aztán kék tintával aláhúzza, két sorral később már rajzolja a piros nagy betűket és kékkel húzza alá, azután újra közönséges cursiv sor következik, úgy látszik ez már a lefelé lejtő szár, még két sor nagy betűkkel és pirosan duplán aláhúzza, azután apró közönséges betűkkel zárul az indultatos kifakadásokat tartalmazó levél.

Mindezekkel az írásművekkel éppúgy mutatható ki és konzerválható a megfigyelés számára az affectusaugmentatio tünete, miként az associatióknak zagyvasága kimutatható és konzerválható a figurális zagyvasággal és az expressionismussal, a színzagyvasággal.

Ámde ez az affectivitas-zavar nem egyedüli érdekessége a bemutatott írásműnek, noha nézetünk szerint a schizophrénia és a vegetativ idegrendszer, másrészt a vegetativ idegrendszer és az affectivitas közeli kapcsolata nyilvánvalóvá teszi, hogy *a schizophreniának legfontosabb symptomája éppen az affectivitas zavara*, a mint azt már *Bleuler* hangsúlyozta és *Berger* stuporoldó kísérletei és legújabb *Bakody* vizsgálatai is következtetni engedik (lásd hozzászólásomat *Bakody* előadásához a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1922 május 13.-i ülésén). A most bemutatott írás még más szempontból is felkelti a figyelmet.

Említettük már, hogy az ismert associatiós zavarok egyike sem meríti ki azt, a mit itt tapasztalunk. Elég az első mondatokat elolvasnunk. Ha valaki nem a pszichiater gyakorlott szemével olvassa, az lesz a benyomása, hogy ez az ember nem tud jól magyarul: pedig budapesti születésű ember és hozzátartozói szerint kifogástalanul beszélt magyarul. „Azon tisztelettel teljesen járulok az igazgatóságához...“ Ezt még

csak mint keresettséget elfogadnók a schizophreniás betegtől, azt is, hogy a lipótmezei jelzöt egészen bizarr módon, manierozottan a jelzett szó mögé teszi zárójelbe. Tovább azonban illet olvasunk, „hogy a jubileumhoz... kesergő hangomat belevigyem“. Ez helytelen grammatikai egyeztetés. De a „belevigyem“ közbevetett vessző nélkül vonatkozik már a következőkre is „az igaztalan orvosi felfogást“, tehát két tárgy- esetet csatol az állítmányhoz előlről és hátulról, vagy pedig az utóbbinak állítmánya egyszerűen kimaradt. „Hogy a megemlített 50 éves fennállás jubileumhoz...“ Itt megint a genitivus, vagy a tulajdon jelző hiányzik. „Az ünnep alkalmával egyszerű köznyelven a megundorodott állapotok miatt: különösen részemről történik.“ Nyilvánvaló, hogy nem az állapotok undorodtak meg, hanem a beteg undorodott meg az állapotok miatt, hogy tehát jelzöt használ az állítmányi kiegészítő helyett (megundorodva?). A kettős pont után hozzácsapott két szó minden bizonynyal arra vonatkozik, hogy különösen ő undorodott meg de elmulasztja, hogy bárminő mondattani kapcsolatba hozza az előzőkkel. „Kegyes elosztatást méltóztassék a kötelességteljesítésben e napra elvégezni, hogy nekem is megkönnyebbülés legyen részemre megünneplésben“ fejezi be az első kikezdést. Belső gátlásos associatiós zavarral nem küzdő ember bizonyára így írta volna ezt: „Méltóztassék kötelességét teljesíteni és kegyesen elosztatva az engemet háborgató körülményeket úgy végezni az én ügyemet, hogy az ünnep az én számomra is megkönnyebbülés legyen.“ A két mondat között nemcsak az a különbség, hogy az egyik keresett, hanem az is, hogy a másik mondattanilag a fő- és mellékmondatok elosztásában rendezett, az előbbi pedig kusza, összevont, tehát *asyntaktikus*; azonfelül még az *asyntaktikus* mondatalkotás mellett is nem „kötelességteljesítésben“, hanem kötelességteljesítően-t írt volna egy másik, tehát módhatározó helyett ez a beteg agrammatikailag képes helyhatározót használt. „Indokomat legyen szabad kifakadó kebelből megokolni a következők sorozataival“, hangzik egy további igen jellemző mondata. Itt is „sorozataival“ többes az egyes helyett agrammatikus módon, „indokomat megokolni“ pedig nem csupán tautologia, de az „előterjeszteni“ szó helyett mondatszerkezetileg, oda nem illő szónak helytelen használata. De nem is folytatjuk tovább, az egész művön végigvihető ez a bonczolás, egyforma eredménnyel.

Azt látjuk tehát hogy ez a schizophreniás betegtől származó fogalmazvány, nemcsak — mint idáig mondani szoktuk — bizarrságot, keresettséget, modorosságot árul el, hanem a beteg associatiójának következő sajátságait tárja fel: 1. az *affectiv* túltelítettséget, *affectus*-tolongást, 2. ennek kíséretében, minden valószínűség szerint ennek hatása alatt keletkezett, nyelvtani, grammatikai és 3. mondattani, syntaxisbeli hibákat. Tehát *affectiv* agrammatismust és *affectiv* *asyntaxist*. És ez már valamivel mélyebben hatol az eddig is már észlelt tünetnek genesisis lényegébe, mint a *symptomás* „keresettség“ vagy *summaris* „modorosság, *affectátság*“ jelzés, a hogy azt idáig neveztük.

Régi pszichologiai ismeret az, főképpen a pszichologiai phylogenesis és a gyermek-pszichologia tapasztalata, hogy az *affectus*ban gazdag, ihletett *stylus*, mint a vad népek ceremóniája, vagy a biblia, vagy a rhapsodik vagy *mystikus* próza a folytonos összeolvastásban álló beszédfejlődésnek regressiójában, az alacsonyabb fejlődési fokon való, tehát képszerűbben tagolt formában szokott megnyilvánulni. Nem csodálkozhatunk tehát, ha az *affectivitás*ának folytonos zavaraival küzdő schizophreniás betegen is azt látjuk, hogy associatiója beszédphylogenetikailag éretlenebb, *asyntaxiás* és *agrammaticalis* formákra száll vissza. Nézetünk az, hogy még ott is, a hol — mint jelen esetben — a kimutatható *affectus*-túltelítettség szüli a schizophreniás *agrammatismust* és *asyntaxist*, még ott is számolhatunk annak a lehetőségével, hogy az *affectus*-pusztulás minőségét a beteg tudatában kompenzálni igyekvő *tendencia* túlkompensálás útján hozza létre az *affectivitás*nak azt a *thermostatját*, melyben a schizophreniás associatióra jellemző *affectiv* *agrammatismus* és *asyntaxis* tünetei kifejlődnek.

**Összefoglalás:** 1. A schizophreniások minden megnyilvánulása, az írás, a színezés és az alakalkotás egyaránt hű

tükre az associatióknak, a mi a *tünetnek rögzítése, konzerválása szempontjából nagyon fontos*. 2. A schizophreniás *írást*ának külsejében is kimutatható az *affectusaugmentatio* tünete. Hasonlóképpen kimutatható a zagyva beszéd analogiájára a *színzagyvaság* vagy *expressionismus* és az *alakzagyvaság*. 3. Az *affectus*sal túltelített schizophreniás associatióknak két sajátossága van, a mely közelebről hatol annak a mélyére, a mit idáig keresettségeknek vagy modoros *stylus*nak neveztek; az egyik a *schizophreniás* vagy *affectiv* *agrammatismus*, a másik a *schizophreniás* vagy *affectiv* *asyntaxis*.

Közlemény a m. kir. Ferencz József tudományegyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. (Igazgató: Lóte József dr., egyet. ny. r. tanár.)

## A serkék eltávolítása és elpusztítása antiforminoldattal.

Írta: *Jeney Endre* dr., egyet. tanársegéd.

A pediculusok eltávolításának fontosságát az emberi testről hangsúlyozni a háború járványtani tapasztalatai után nem szükséges. Azt is tudjuk, hogy tökéletesnek csak akkor nevezhetjük az eltávolítás munkáját, ha az élősdiekkel együtt a petéiket is eltávolítjuk, illetőleg elpusztítjuk. A ruhatetekkel szemben könnyen elérjük célunkat a ruhaneműek száraz hőben tartása útján. A kifejlett tetvek elpusztítására számos eljárást eredményesen alkalmazhatunk az emberi testen is. Annál nagyobb feladatok elé állít gyakorta a tetvek petéinek, a sokszor — különösen nőknél — hihetetlen nagy számmal látható serkékek eltávolítása a hajszálakról, szeméremszőrökről.

Tökéletesnek képzelt, sokszor gyakorolt, bár körülményes eljárás a fej, szemérem- és gáttájék szőrzetének rövidre nyírása és borotválása. A nyírás magában azért nem elegendő, mert a peték gyakran a visszahagyott hajszálcsomókra maradnak. Ez az eljárás nehézsége dacára is sok alkalommal igen jó szolgálatokat tett. Azonban több figyelemre méltatva keresztülvitelét, arról is meggyőződhetünk, hogy kevésbbé óvatosan végezve, bizonyos eshetőségeket nyújt a fertőzés terjesztésére. Aszörzet rövidre vágása után ugyanis mindig marad, különösen a szeméremdombon, néhány *phthirus* a bőrből kapaszkodva. Az ezután következő borotválással legtöbbször kettémetsződnek a makacsul kapaszkodó élősdiek és metszéspontjukról testnedvük esetleges virustartalmával együtt szabadon buggyan ki az emberi kültakaróra. A borotválás pedig, ha meggondoljuk, hogy sokszor százak féregtelenítéséről van szó, nem elég és nem lehet elég kiméletes ahhoz, hogy különösen a hajlatokban bővelkedő szemérem- és gáttájék a kültakaró akármilyen felületel sértése nélkül hajsák végre. Ennek a két eshetőségnek találkozása nagyban fokozza a fertőzés lehetőségét, mert a gyakori vakaródzás könnyen lehetővé teszi a sértett helyek befertőzését a kettémetszett pediculusok testnedveivel. Hiszen az eddigi megfigyelésekből azt is tudjuk, hogy a fertőzött tetvek csípése csak egy bizonyos idő múltán válik fertőzővé, ellenben testnedvük eközben is fertőző. Némelyek (*Nicolle, Charles, Blaizot, Conseil, Prussian, Goldberg, Töpfer*) a természetes fertőzés útjának sem a tetűcsípést tartják, hanem úgy képzeli, hogy a vakaródzások szétnyomott tetvek testnedvét oltják be maguknak az illetők vagy a vakaródzással ejtett felületes bőrkarczolásokba, vagy — szemük törölgetésekor — a szem kötőhártyáján keresztül. Ez utóbbi eshetőséget kísérletileg is igazolták majmokon.

Ezt a veszélyt nem is számítva, a gyakorlati életben más nehézségekkel találkozunk. Férfiakon a borotválás utáni kellemetlen érzés a szeméremtájék a növekvő szőrök miatt elenyésző jelentőségű, ellenben nőknél már a haj rövidre vágása legtöbbször makacs ellenkezésre talál, a hajzatos fejbőr leborotválása pedig igen gyakran keresztülvihetetlen kívánságnak bizonyul. Ezért állandó törekvés tárgya volt oly vegyszer találni, melynek hatása a petékre is kiterjed és már számos eljárást ajánlottak, melylyel ezt a hatást elérhetőnek hirdetik. Mindezek közül azonban azok, melyeket alkalmazva láttam (*sublimat-eczet, sabadillaeczet, faeczet, 3–5%-os kresolszappanoldat*), hatástalannak, illetőleg megbizhatatlannak bizonyultak.

A Ragg-féle<sup>6</sup> trichloroethylen-eljárást, a lausol (Süssmann<sup>7</sup>) petepusztító hatását nem volt alkalman vizsgálni.

Saját vizsgálataim alkalmával oly vegyianyag találását tűztem ki feladatul, mely a pete chitin-tokját oldani bírja, legalább is annyira, hogy a toknak a hajszál körül helyet foglaló hüvelye fellazuljon és így a pete utólagosan mechanikai úton eltávolítható legyen. Mint chitinoldó anyag igen hatásosnak bizonyult az *antiformin* (NaOH és natriumhypochlorit keveréke), mely a pete tokját — górcső alatt ellenőrizve — 5—10—15 perc alatt teljesen fel tudja oldani, ha 8—10%-os koncentrációban alkalmazzuk, úgy hogy a pete tartalma rövidesen napvilágra kerül. Ha a hajszálon ülő petét kezeljük vele, az említett rövid idő elmultával fésűvel, kefével könnyen eltávolítható.

Az eljárás abban áll, hogy előzetes alapos szappanos fejmosás után a haját kisujnyi vastag tincsekbe fogjuk és a serkékel borított helynek megfelelő kiterjedésben 8—10%-os antiforminba mártott gyolcsdarabkákkal (vagy gazeval, gyapottal) vesszük körül. A tincseket egybefogva utólag még megnedvesítjük az oldattal és az egész fejet  $\frac{1}{2}$ —1 órára egyenletesen feszülő fejkendővel bekötjük. A kendő eltávolítása után sűrű fésűvel és kemény hajkefével — némi türelemmel — elárolíthatjuk a fellazult, vagy elroncsolódott petéket. Ismételtel véggezve, bármely elhanyagolt esetben is teljes a siker. A fejbőr részéről gyuladósos tünet többszöri alkalmazás után sem mutatkozott egy esetben sem. Az antiformin aránylag olcsó szer. (Az eljárás hatásosságának ellenőrzéséért *Heiner Lajos* dr.-nak, a bőrgyógyászati klinika első tanársegédjének hálás köszönettel tartozom.)

**Irodalom.** <sup>1</sup> *Nicolle, Charles, Blazit és Conseil: Ann. de l'Inst. Pasteur, 27. köt., 1913, 204.* — <sup>2</sup> *Prüssian: Münch. med. Wochenschrift 1916, 1083.* — <sup>3</sup> *Goldberg: Wien. klin. Wochenschrift 1917, 1135.* — <sup>4</sup> *Töpfer: Münch. med. Wochenschrift 1916, 1571.* — <sup>5</sup> *Lange: Arb. aus d. Reichs-Ges.-A. 1920, 52, 554.* — <sup>6</sup> *Ragg: Der Militärarzt 1915, 172.* — <sup>7</sup> *Süssmann: Münch. med. Wochenschrift 1917, 204.* — <sup>8</sup> *Hase: Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. 81, 1916, 319.*

## Debreczeni Orvosegyesület.

(II. és III. rendes tudományos ülés 1922 május 20.-án és 23.-án.)

Elnök: Szontagh Félix, Tüdös Kálmán. Jegyző: Siegmund Ervin.

### Chorea pseudoparalytica.

**Benedek László:** A 14 éves leányon egy hónap előtt előző könnyű természetű psychés zavarok után a jobb felső és alsó végtag pseudoparesise fejlődött ki. A végtagok peripheriás részein kevés számú, gyors lefolyású, typosos spontán choreás rángás csak psychés ingerekre jelentkezik. Hypotonia, lefokozott passív nyújtási ellenállás, reflex-különbség, a pyramispálya laesiójára valló jelek teljes hiánya állapítható meg. A hemipseudoparesist a kisagyrendszerre lokálizza.

### Veleszületett általános athetosis.

**Benedek László:** 12 éves fiút mutat be, a kinek spontán-nak látszó, voltaképpen azonban reactiv természetű tömegmozgásait szülei 8 hónapos korában vették észre először. A mozgás-zavarok 5—6 éves koráig erősödtek, azóta közel egyforma intenzitásúak és kiterjedésűek. A láb- és kezujjak typosos athetosisos mozgásaihoz a proximalis végtagrészek élénk mozgás-successiói csatlakoznak a gerincoszlop torsiója mellett. A bulbaris beidegzési terület súlyosan vesz részt a spasmus variabilisben; ennek következtében a beteg egyetlen artikulált hangot sem tud kiejteni. Járni, ülni sem tud. A tömegmozgások alvás idején teljesen szünetelnek. Megfelelő kényelmes elhelyezéssel, relativ ingermentességgel a mozgás-zavar rövidebb-hosszabb időre teljesen kiiktatható. Az előadók kitér az extrapyramidalis tömegmozgások phylo- és ontogenetikai fejlődésére, érintve *Klaatsch*, *Gierlich*, *Foerster*, *Stern* ezirányú munkálatait. A mozgás-zavar lokálizására nézve *O.* és *C. Vogt*-nak a rostfejlődésre vonatkozó vizsgálatait hozza fel. *A Foerster* által hangsúlyozott koraszülésre ez eset-

ben adatot nem talál, bár a terhesség utolsó két hónapjában élénkebb magzatmozgások lehettek.

### Könyökizületi condylus-törés.

**Loessl János:** 5 esetben demonstrálja a különböző töréstypusokat, melyek részint nem véres, részint véres repositióra jó functionalis eredménnyel gyógyultak. Felállítja azokat az indicatiókat, a melyekben véres repositiót kell végezni. Az újabban tért hódított azonnali, túlkorai vagy passiv mozgást nem javalja, ha a tört végek újabb dislocalisatiója fenyeget, így különösen T- vagy Y-alakú törés alkalmával, mikor az alkar extensorai, illetőleg flexorai hozzák létre leginkább a condylusok dislocatióját.

### Műtéttel meggyógyított kettős epehólyagsipolyos beteg.

**Schmidt Lajos:** Az egyik sipoly az epehólyag nyaka és a flex. coli hepatica között keletkezett, a másik, a külső sipoly, az epehólyag fundusa és a hasfal között, ez utóbbi az ileocoecalis tájon nyílt. A külső sipolyból epe nem ürült, mert a ductus cysticus kő zárta el. Műtét: a sipoly kimet-szése, cholecystectomy, colon-varrat.

### Módszer kulcsonttörések ambulans kezelésére.

**Frank Richárd:** A sínkötés merev sínje (faléc) a háton a spina scapulaekra támaszkodik, ehhez az erősen hátrahúzott vállakat nyolczas pólyaturokkal rögzíti. A fractura helye fölött elhaladó pólyamenet alá pelottát tesz, ennek segítségével a szükséghez képest korrigálja a medialis törésvég fejrányú dislocatióját. A sánt oly hosszúra veszi, hogy az a vállcsúcson tenyérnyire túl áll, ezzel elejét veszi annak, hogy a sértült alvás közben a beteg oldalra forduljon és a törésvégek dislocatióját fokozza. A sín hosszú volta miatt a beteg csak hanyatt tud feküdni.

**Hüttl Tivadar:** A kulcsonttörések kezelésére igen sok eljárást ajánlottak, a mi azt bizonyítja, hogy egyik eljárás sem felel meg tökéletesen céljának. Egyes esetekben a használatosabb kötések bármelyikével ki lehet egyenlíteni a dislocatiót, más esetekben egyikkel sem; ez utóbbi esetekben csontvarratot kell alkalmazni. Bemutat két kulcsonttöréses beteget Borchgrevink-kötéssel. *Frank* kötésének előnyét abban látja, hogy egyszerű és könnyen improvizálható.

### Essentialis thrombopenia esete.

**Nagy Géza:** Az eset anamnesisében semmiféle vérzésre való hajlamosság nincs. A betegség 4 hét előtt kezdődött vérköpéssel és bélvérzéssel és csak később fejlődött ki a purpura. Az alvadásidő normalis, a vérzésidő 9 perc, a vérlepleny gyengén retrahálódik. A vérvékészítményben csekély eosinophilia mellett egyetlen egy thrombocytá sem található. Therapia: Röntgen-besugárzás a léptájékra.

**Erdélyi Pál:** Véleménye szerint a Werlhoff-betegség is avitaminosis, sőt egyéb haemorrhagiás diathesiseknek, mint például a melyek némely fertőző betegségben keletkeznek, egységes oka lehet a C-vitamin hiánya a különben esetleg elégséges táplálékban.

**Szontagh Félix:** A vérzéses diathesisek terapiájára vonatkozó megjegyzések után felemlíti, hogy az úgynevezett vérzéses diathesisek csoportjából kivenné a purpurának azt az alakját, mely egészen hevenyen köszönt be és folyik le, még pedig anginával vagy heveny izületi csúzzal kapcsolatosan, vagy a vörheny reconvalescentia-szakában. A vérzéses diathesis talaján megnyilvánuló betegségekben figyelembe kell részesíteni a vérerek falának laesióját is.

### Here inversio-torsio.

**Bäcker István:** A sebészeti klinikán operált esetről számol be, melyet a két nap alatt kifejlődött teljes necrosis miatt castratióval kellett megoldani. A kórfolyamat pathogenesisében praedisponáló okként a retentio testist látja (lágyék-here), míg a kiváltó ok trauma (ugrás) volt. Therapiául egyedül a sebészi beavatkozást tartja helyesnek abban az esetben is, ha a here életképes, mivel a keringési zavart megszüntető retorsio sikere csak így ellenőrizhető, másrészt az orchidopexia egy fájával a beteg az esetleges recidiváktól menthető.

### Myelogen sarkoma.

**Jelinek Károly:** Az 5 éves fiún félév előtt a jobb os temporaleból kiindult jó férfiökölnyi myelogen sarkoma miatt

műtétet végeztek. A tumor szövettani képe endothelioma volt. Félév után helyi recidiva nincs, csupán a jobb alsó szemhéjon a belső zugban és az állkapocs szöglete alatt tapintható babnyi, illetőleg mogyorónyi szabadon mozgó infiltratum.

#### Az ingergyógymód a belorvostanban.

**Molnár Elek:** Az ingergyógymód elméletének fejtegetése után áttér annak gyakorlati alkalmazására. Hasznát különösen az elhúzódó subacut vagy chronikus megbetegedésekben látja. Legfőképpen az arthritisek és nehezen gyógyuló pleuritisek gyógyításában van nagy segítségünkre. Acut fertőző betegségek kezdeti szakában nemcsak a maga, hanem a mások tapasztalata szerint is rossz a parenteralis fehérje-injectio. Ilyenkor csak abban az esetben használ, ha a hyperpyresis elégséges a bacteriumok életképességének csökkentésére. Felveti azt a gondolatot, hogy a bacteriumokra is lehet alkalmazni az Arndt-Schultz-törvényt, az inger itt a milieu megváltozása lenne. Ezért, a míg bacteriumok vannak jelen, a fehérje-injectiókkal esetleg árthatunk.

#### A parenteralis proteintherapia a sebészetben.

**Köntzey Ernő:** Az utolsó évek irodalmából az tűnik ki, hogy fajidegen fehérje bevitelével csupán egyes heveny fertőző betegségekben értek el kedvező eredményt. A debreczeni sebészeti klinikán a legkülönbözőbb sebészi betegek kaptak parenteralis tejinjectiókat: staphylo-, strepto-, pneumococcus-sepsisben szenvedők, gázphlegmonások, gümős ízületi gyuladós betegek. Adott tejinjectiót csonttörésrőkre a renyhe callus-képződés elősegítésére. Kedvező eredményt azonban csak erysipelas eseteiben látott. 14 erysipelas közül 8-ban az első 48 órán belül befecskendezett 10 cm<sup>3</sup> teje a hőmérséklet fél nap alatt normalisan süllyedt, a bőr- és általános tünetek pedig rohamosan visszafejlődtek. 3 beteg a második injectióra reagált ugyanígy. 3 esetben 4—5 napon át megismételt injectióval sem tudta a folyamatot döntően befolyásolni. Leromlott, cachexiás betegek voltak ezek, de ők is lényegesen rövidebb idő alatt gyógyultak meg, mint a súlyos általános és helyi tünetek alapján várni lehetett volna. Eredmény csak akkor várható, ha a szervezet még reakcióképes, a mit gyakorlatilag az injectio után keletkező hyperpyresisből és leukocytaszaporodásból állapít meg. Az erysipelas-fertőzés leküzdésében a hyperpyresist tartja a legfontosabb tényezőnek. A tejinjectiót tanácsos minél előbb adni; 4—5-ször megismételhető veszély nélkül. Az injectiókat a klinikán jobban szeretik a bőr alá adni. Eredményei alapján a parenteralis fehérjetherapiát az erysipelas ellen majdnem specificumnak tartja.

**Sarkadi Sándor:** Tejinjectióval gyógyított két erysipelas-betegről tesz említést. Az egyik recidiváló eset a tejinjectio után 24 óra múlva, a másik két nap alatt gyógyult. A tejet acut esetben ajánlja, chronikus esetben új eruptio esetén.

**Geszti József:** A proteintest-kezelést az allergia fokozására indokoltak tartja.

**Kreiker Aladár:** Az adagolás módjában a Liebermann-féle ingerhalmozás híve. Különösen beválik ez conjunctivitis gonorrhoeicában. Kiemeli a tejinjectio szeszélyességét. Az általános reakción és gőcson kívül úgy látszik, még a szerv saját tulajdonságait is számba kell vennünk, a melyben a gócz van. A Schultz-Arndt-törvényt a tejinjectióval kapcsolatban csak megfontolással merné alkalmazni a gócz bacteriumaira. Kiemeli az anaphylaxia veszélyét.

**Szontagh Félix:** Azon a véleményen van, hogy a fajidegen szerves anyagok gyógyító hatása fermentumok aktiválásán alapszik. A legsúlyosabb diphtheria eseteiben látható és megállapítható folyamat feltűnően emlékeztet a fibrin-czafatnak szemmel könnyen követhető digestiójára pepsin, illetőleg tripsin jelenlétében.

**Benedek László:** Vaccineurin-injectiókat alkalmazott sclerosis multiplex 5 esetében eredmény nélkül. Aránylag jobbak voltak az eredmények fibrolysinnel vagy fibrolysinnel és electrargollal végzett kezelés után (8 eset). Polyneuritisések alig javultak vagy nem javultak. Meralgia paraestheticás beteg zsiabadása galváns kezeléssel kombinálva megszűnt, hypaesthesiás follja tetemesen szűkült. A myelitis nem javult, sem a paralysis progressiva. Hét beteget jelenleg phlogetannal kezel (paralysis, tabes, myelitis luetica stb.), de nem talált oly állandó viszonyokat, mint Fischer. Végleges véleményt még nem mondhat.

**Zempléni Vilmos:** 130—140 beteget kezelt terpeninolaj-injectióval; e kezelést is Bier-féle ingertherapiának tartja. A fehérjének specifikus jelentőségét nem tulajdonít.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Kraus-Brugsch: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten.** Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg.

A 11 kötetre tervezett, de az eddigiek szerint 17 kötetre bővülő szép gyűjtőmunka a mai nehéz viszonyok ellenére gyorsan halad befejezése felé. Ez évben megjelent füzeteinek tartalma a következő: A 248.—257. füzet az általános fizikai terapia köréből az inhalatiós és pneumatikus terapiát *Lewin* tanár és a diaetás kezelés technikáját *K. Retzlaff* összeállításában tartalmazza és megkezdi a radiumkezelés ismertetését *Gudzent* tanár szakavatott tollából. A 258.—272. füzetben *Singer* tanár folytatja a bélvérzések ismertetését, majd áttér a duodenum-fekély beható tárgyalására; ugyanő irta „a bél megbetegedései a vér és az anyagcsere betegségeiben és más bajokban” című érdekes fejezetet, a melylyel befejeződött a munka hatodik kötete. A 273.—279. füzet megkezdi a szívbetegségekről szóló kötetet, még pedig egy igen érdekes tanulmányal, melyben *W. Koch* docens az emberi szív functionalis szerkezetét tárgyalja. A 280.—289. füzetben *Birk* tanár a csecsemő természetes táplálásának physiologiáját és pathologiáját adja. A 290.—295. füzet az idegbajokról szóló kötet megnyitójaként az elhúnyt *Edinger* tanár tollából nagyértékű anatómiai-physiologiai bevezetővel szolgál az idegbetegségek tanulmányozásához. Megemlítjük, hogy az újabb füzetek nyomdai kiállítása semmivel sem marad mögötte a munka előző füzeteinek elsőrangú kiállítása mögött s hogy a kiadók most sem fukarkodnak a megértést könnyítő jó ábrákkal és szép színes táblákkal.

#### Új könyvek:

*Ghon* und *Jaksch-Wartenhorst*: Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung nach dem Stande vom Jahre 1921. Wien-Breslau, E. Haim und Co. 260 m. — *W. Liepmann*: Der geburtshilfliche Phantomkurs. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 161 m. — *Dieppen*: Die Theologie und der ärztliche Stand. Berlin-Grunewald, W. Rothschild. 140 m. — *Haymann*: Lehrbuch der Irrenheilkunde für Pfleger und Pflegerinnen. Berlin, J. Springer. 36 m. — *F. Hueppe*: Hygiene der Körperübungen. 2. Auflage. Leipzig, S. Hirzel, 125 m. — *R. Seydewitz*: Die Pathogenese der perniziösen Anaemie. Berlin, J. Springer. 21 m. — *B. Goldberg*: Kleine Urologie. Leipzig, C. Kabitzsch. 50 m. — *W. Spielmeier*: Histopathologie des Nervensystems. Band I. Berlin, J. Springer. 648 m. — *G. C. J. Scholten*: Infusion und Bluttransfusion. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 48 m. — *J. H. Schultz*: Gesundheitsschädigungen nach Hypnose. Ergebnisse einer Sammelforschung. Halle a. S., C. Marhold. 12 m. — *J. Bresler*: Jenseits von klug und blöde. Halle a. S., C. Marhold. 21 m. — *C. Noorden*: Über Durchfalls- und Verstopfungskrankheiten und die Grundsätze ihrer Behandlung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 24 m. — *V. Schilling*: Praktische Blutlehre. Jena, G. Fischer. 12 m. — *F. W. Oelze*: Untersuchungen über den Syphiliserreger. Leipzig, L. Voss, 75 m.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

Az agyvelő vascularis mészimpraegnatiójáról tartott előadást *Dürck* a müncheni orvosegylet május 17.-i ülésén. Vizsgálatainak eredményét a következő pontokban foglalja össze: 1. Az agyvelő vascularis mészimpraegnatiója teljesen különálló baj, a mely szigorúan elkülönítendő az arteriosclerosistól. 2. Az agyvelő toxikus és toxico-infectiosus megbetegedései kapcsán fejlődik; meglevő súlyos arteriosclerosis mellett is megjelenhetik helybeli anyagcserezavarok következtében. 3. Az agyvelőnek — beleértve a nyúltvelőt is — minden erén előfordulhat ez az elváltozás, nagyon ritka esetekben a lágy burkok ezin is. 4. Más szervben sohasem található, tehát nyilván az agyvelő szöveti és chemiai alkotásával áll szoros összefüggésben. 5. A mészkicsapódás az erek mediájában és adventitiájában történik; néha áttöretik az intima és a kicsapódott mész még nagyobb erek ürterét is teljesen eltömeszelheti. 6. A vascularis mészimpraegnatio nagyon gyakori kísérője azoknak az agyvelőelváltozásoknak, a melyek epidemiás encephalitis kapcsán, az úgynevezett amyotikus tünetcsoport anatómiai alapját alkotják.

**Átfűrődásos hashártyagyulladás tüneteivel járt pleuraempyema esetét közli Eiselsberg klinikájáról Goldschmidt.** Az 59 éves férfit este  $\frac{1}{2}$  8-kor hozták a klinikára kifejezett peritonealis jelenségekkel. Baja 3 órával előbb hirtelen kezdődött. Vizsgálatakor a mellkas jobb oldalán találtak ugyan tompulatot, erre azonban nem vetettek súlyt, mert a fennálló hastünetek miatt a szabad hasüregbe történt átfűrődást vettek fel s azért sürgősen hasmetszést végeztek. A műtét alkalmával azonban nem találtak a hasüregben olyan elváltozást, a mely a tüneteket magyarázta volna. A beteg egy hét múlva meghalt s a bonczoláskor jobboldali, régebben fennálló pleuraempyemát, kezdődő genyes pericarditist, aorta-atheromatosis és cystopyelitist találtak. Ismeretes, hogy pneumonia a gyermekkorban, pleuritis és empyema a gyermek- és felnőttkorban néha hastüneteket okoz; az azonban, hogy pleuraempyema panaszok nélkül álljon fenn és egész hirtelen a perforatiós peritonitis képét hozza létre, mindenestre ritkaság. (Wiener klin. Wochenschrift, 1922, 22. szám.)

### Sebészet.

**A rákos betegek vérének phosphortartalma.** Egy évvel ezelőtt tette közzé Gröbly vizsgálati eredményeit, a melyek szerint a vér phosphortartalma rák eseteiben megnövekedett. Az elberfeldi Szent József-kórház sebészeti osztályán szintén foglalkoztak ezzel a kérdéssel. A mint a két Vorschütz közléséből látjuk, szintén fokozottnak találták rák eseteiben a vér phosphortartalmát; igaz ugyan, hogy icterus, gümőkór, pneumonia és hastyphus eseteiben szintén nagyobb volt a vér phosphortartalma, ezek a betegségek azonban könnyen felismerhetők, a rákkal szemben elkülönítő diagnosztikai nehézségeket nem támasztanak. Úgy mint Gröbly, szintén a  $P_2O_5$ -quotiensnek tulajdonítanak nagyobb jelentőséget, a mennyiben a  $P_2O_5$ -tartalom sokszor nem nagyobb, a quotiens azonban tetemesen emelkedett. A quotienst úgy kapjuk, hogy a  $10\text{ cm}^3$ -vérben foglalt, milligrammokban kifejezett phosphort elosztjuk a vörösvérsejt-számmal milliókban kifejezve; például  $10\text{ cm}^3$  vérben van  $11.8$  milligramm phosphor s a vörösvérsejt száma  $26$  millió, akkor a phosphor-quotiens  $11.8 : 2.6 = 4.5$ . Az eddigi vizsgálatok szerint  $3.17$ -nél nagyobb quotiens carcinoma jelenlétére enged következtetni. Még pontosabb eredményeket kapunk azonban akkor, ha a gondosan megmosott vörösvérsejtek phosphortartalmát határozzuk meg;  $15$  milligrammnál nagyobb érték rák fennforgására utal. További vizsgálódások mindenestre kívánatosak, részben abban az irányban is, vajjon az úgynevezett carcinomás családokban nem fokozott-e a vér phosphortartalma már a klinikai tünetek jelentkezése előtt; a mi a prophylaxis szempontjából lehetne nagyjelentőségű. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 26. szám.)

### Ideg- és elmekórtan.

**Az epilepsia kezeléséről,** de általában az egész epilepsia-kérdés mai állásáról ír Kehrer. Senkinek sincs joga, hogy az epilepsia bromkezelését eredménytelennek mondja, mielőtt a konyhasóbevitelt a legnélkülözhetetlenebb és subjective még tűrhető minimumra le nem szorította; e nélkül a bromkúra vagy orvosságpazarlás, vagy mérgezés. Éppen ezért a bromkúrát nagyon nehéz intézeti fejelem és rend nélkül véghezvinni. A hol azonban igen, hatása — napi  $5\text{ gr.}$ -nál magasabb adagban — el nem maradhat. A konyhasóbevitel szempontjából ezért nélkülözhetetlen a sedobrol. Igen sikeres a Hauptmann-féle luminal-kúra. „Besompolyogni (einschleichen) reggel és este adott  $0.05$ -ös dosissal, egyénenként fokozva három részben adott  $0.3$ -ig.“ Mérgezési melléktünetet sohasem látott; külön kiemeli, hogy szabályos időközökben ismétlődő rohamok esetén elég a roham ideje előtt  $2-3$  napig adni. (Érdekes, hogy Hoche és Hauptmann mintájára az absence-ok és petit mal-ok ellen is hatásosnak találja a luminalt, annak kicsiny dosisát —  $2 \times 0.05$  —, noha a mi tapasztalataink másokéval megegyezőleg éppen ellenkezők. Ref.) A sedobrol és luminal kombinált adagolását (tehát sómentes brom-luminal-adagolást Ref.) tartja ideálisnak, „Methode der Wahl“-nak. Vizsgálódásra

alkalmasnak tartja még a bromcalcium- (Hoppe) és a magnesiumsulfat- (Duschak) kúrát, status epilepticusnál az isopral s az ismert hypnoticumklysmák jönnek szóba diureticummal kombinálva, esetleg venaesectio (Redlich) cardiacummal, avagy  $18-24$  óra alatt  $2-3$ -szor  $0.3-0.5$  luminal, tehát szokatlanul magas adagok; az epileptolt és a xifal-tej-injectiókat nem tartja komoly dolognak. Világos előtte, hogy a structuralis heterotypiák, gliosisok, melyekben a betegség lényegét keresték, inkább csak degeneratív abnormitásoknak avagy következményeknek tekinthetők, de az agyvelő mint az epilepsia okának egyedüli székhelye ma már trónját veszítette, az epilepsia kutatás tisztán agypathologiai irányba hátrébe szorult ama korszak elől, melyek a genuin epilepsiát ma már constitutiós betegségeknek tekintik, a melynek oka az agyvelő constitutiós hiányosságának és az endokrin constitutio hiányosságának komplikált együttesében keresendő. Megbeszéli eme szempontból azokat az organotherapiás gondolatmeneteket, melyek a pajzsmirigyhez, a parathyreoideához és a generatiós mirigyekhez kapcsolódnak, továbbá a Fischer nyomán Brüning által megindított mellékvese-sebészeti terapiát, a melyet kétségesnek mond. A symptomás epilepsia sebészi kezelésében is érdekes a szerző megkülönböztetése. Sérüléseknél a sérülés foka és a sebgyógyulás menete dönt a beavatkozás tekintetében, de később a traumás epilepsiánál, ha csupán a rohamok megszüntetéséről van szó, a sebészi beavatkozás kérdése igazán csak intuitive dönthető el. Míg a cerebriális bénulások utáni epilepsiák sebészi gyógyítása sokszor eredményes, a valószínű postencephalitises eredetű esetekben a sebészi beavatkozás alig használ, sőt árthat, ronthat. A reflexepilepsia létezését tagadja, figyelmeztet, hogy a jobb temporalis lebeny lassan növvő gliomái néha teljesen a genuin epilepsia alakját utánozzák, sőt az élőben való autopsia alkalmával sem vehehető észre. Csodálkozunk, hogy ide sorolja még azokat a kórformákat, a hol többnyire psychogen úton befolyásolható rohamok az egyetlen jelei az agyvelő epilepsiás készségének és így közel állanak a tisztára psychogen hysteriás görcsökhöz, mint az Oppenheim-féle psychastheniás görcsök, a Bratz-féle affectusepilepsia, Boenhoeffer reactiv epilepsiája, a narkolepsia, a gondolkodás és a cselekvés megmeredésében álló Friedmann-féle rohamok, melyeknek felszaporodása a pyknolepsia, a vegetatív idegrendszeri egyensúly paroxysmusai által álló Gowers-féle synkopalis, vagovalis és némely migraine-rohamok. Mindezek ellen a psychotherapia és a roborálás mellett az organotherapiával kombinált calciumkezelést ajánlja, pl. ovoglandol- és bromkúrát, vagy ovobrol La Roche-t. (Klin. Wochenschrift, 1922, 25. szám.)

Kluge dr.

### Gyermekorvostan.

**A „babaszemről“ mint a postdiphtheriás bénulás tünetéről** ír Widowitz a gráci gyermekklinikáról. Kisfokú protrusio bulbi mellett ritkán és egyenlően, dobozfedőszertűen mozgó szemhéjak láthatók ilyenkor. A szemnek nehézkes és lassú mozgásait igyekeznek a fej ugyanilyen lassú, rendszeren egy irányban való mozgásával elősegíteni. A gyermek arczkifejezése általános félelmei is mutat, úgy hogy szemei egészen olyanok, mint a „babaszemek“. Didaktikai és mnemotechnikai szempontból a babaszemet a postdiphtheriás bénulás kísérő tünetének lehet nevezni. A szerző e tünetet differentialdiagnosztikai szempontból nagyon fontosnak tartja, mert döntő szerepe lehet a bántalomnak más szigetszerűen jelentkező bénulástól, például a bulbaris Heine-Medin-kórtól, megkülönböztetésében.

Steigenberger Dezső dr.

**A cutan tuberculin-próba egyszerűsítéséről** ír Brandes tanár. Eljárása abból áll, hogy késhegynyi kovaport szór a processus xiphoideus alá, s ott középső ujjával bedörzsöli, míg a bőr pirossága jelzi, hogy a legfelső epidermisréteg eléggé meglazult. Ezután rácseppent egy kis csepp altuberculin-t és ezt is bedörzsöli.  $24-48$  óra múlva, esetleg már korábban is jelentkezik a reactio. Az eljárás nagy előnye, hogy semmiféle eszköz nem kell hozzá, főként a gyermekek is könnyen alávetik magukat. A próba tartamára csak azt az utasítást kapják a betegek, hogy nem szabad kaparniok vagy

lemosniok a próba helyét. Negatív esetben két nap múlva megismétli. Az eljárás oly egyszerű, hogy bármely rendelésen végezhető. Akárhányszor érzékenyebbnek bizonyult a Pirquet cutan reakciójánál. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 43. szám.)  
 Ágoston László dr.

A szamárköhögés bakteriologiai diagnostikájáról ír G. Thiemann. Vizsgálatai alapján nem erősíti meg Chievitz és A. Meyer ama leletét, hogy a Bordet-Gengou-bacillust a cseppfelfogó módszerrel mindig ki lehet mutatni. Ő más mikrobákat is talált. Ennek okát abban leli, hogy a szamárköhögést sok esetben vegyes fertőzés idézi elő, másfelől szerepet játszik a betegség szaka s a technika is. Egy esetében, a melyben görcsös köhögésrohamok ugyan voltak, de szamárköhögésre utaló más tünet hiányzott, csak a komplikáló bronchopneumonia okozta halál előtt 10 nappal sikerült a bacillust kimutatni, noha a gyermek már 2 hónapon át köhögött. A lymphocytosis nem mindig kísérelje a pertussisnak. A bacillus a Schottmüller-féle véragaron is éppen olyan jól tenyészik, mint a burgonya-glycerin-véragaron. A cseppfelfogó lemezen a telepek felismerése elég nehéz, binocularis mikroszkop szükséges hozzá. Az agglutinációs próbát is el kell végezni pertussisreconvalescens serummal. (Monatschrift f. Kinderheilkunde, XXII. kötet, 3. füzet.)  
 Tüdős dr.

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az erysipelas kezelését quarszfénnyel 1916-ban ajánlotta volt Beck. Azóta többen foglalkoztak e kérdéssel, és noha jobbra kedvező eredményről számoltak be, az eljárás mégsem terjedt el eléggé. Indokoltnak tartja azért Czepa, hogy a bécsi Erzsébet királyné-kórház Röntgen-intézetében 100 esetben elért nagyon kedvező eredményeit ismertesse. A Hanau-féle mesterséges napfény-készüléket használta, a melynek segélyével 80 cm. távolságból sugározta be a beteg részt és környékét, még pedig az első alkalommal 10 percig (ha régi volt az égő, 15 percig). Erte az első sugárzásra az esetek túlnyomó többségében a hőmérsék letszáll és a gyuladás nem terjed tovább. De azért ezekben az esetekben is másnap és harmadnap megismétli a sugarozást, esetleg kissé fokozott mértékben. Arcz-erysipelas eseteiben nincs szükség védő szemüvegekre; elegendő, ha a beteg behúnyja a szemét. A sugárzás után ajánlatos hideg borogatást alkalmazni 0.1%-os resorcin-oldattal vagy erősen hígított, aluminium aceticum-oldattal. (Wiener klin. Wochenschrift, 1922, 25. sz.)

Chlorosis és anaemia eseteiben Naegeli tanár (Zürich) nagy vasadagokat rendel: 0.2 gramm ferrum reductumot frissen készített, puha pilulák alakjában naponként 3—5-ször, esetleg még gyakrabban, akár napi 2.0 grammig. Az ilyen nagy adagok tapasztalatai szerint nagyon jó hatásúak s a gyomrot semmiképpen sem bántják, úgy hogy még gyomorfekélyben szenvedők is jól tűrik. (Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung, 1922, márczius.)

Scabisapon néven egy új rühellenes szer jött forgalomba. 20% ként tartalmaz mint az atkát és petéit előlő szert, ezenkívül 5% kalium carbonicumot, a mely a bőrbe hatolást segíti elő és 0.01% nicotinum salicylicumot, a mely a viszketés ellen hat. 2—3 bedörzsölés 2—3 egymást követő napon 50—50 grammal elegendő. (Mediz. Klinik, 1922, 20. sz.)

#### Vegyes hírek.

A szellemi munkások táplálkozására vonatkozó vizsgálatokat végzett Kestner tanár és Knipping (Hamburg). Azt találták, hogy szellemi munka mellett nem áll be valami számbavehető fokozódása az elérésnek, ellenben phosphorsav jelenik meg a vérében, a vér savivá válik. Ennek hathatós ellenszere a gyomornedvelválasztás. A szellemi munkásnak tehát olyan táplálékra van szüksége, a mely erős gyomornedvelválasztást okoz, e mellett azonban nem caloria-bó, mert több caloriára nincs szüksége. Ilyen táplálék a hús. A szellemi munkásnak ezért sok húst kell ennie, tehát olyan mértékben legyen fizetve a munkája, hogy megvehesse az elegendő mennyiségű húst. (Klinische Wochenschrift, 1922, 27. szám.)

Személyi hírek külföldről. M. Hahn freiburgi tanárt a berlini egyetemen a közegészségtan rendes tanárává nevezték ki Flügge utódjává. — A heidelbergi egyetem új belklinikájának felavatása alkalmából Krehl tanárt Heidelberg város díszpolgárává nevezték ki. — A miun-

cheni egyetemnek Kraepelin tanár visszavonulása folytán megüresedett pszichiatriai tanszékére Bumke lipcei tanárt hívták meg. — W. Lutz docentet Baselben rendkívüli tanárrá és a dermatologiai klinika igazgatójává nevezték ki. — G. Bayer rendkívüli tanárt Innsbruckban az általános és kísérleti kórtan rendes tanárává nevezték ki.

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

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

**Szt. Gellért** gyógyfürdő és szálló Budapest  
 A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrása.

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

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

**Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE**

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

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

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

#### PÁLYAZATOK.

15.664/1922. szám.

A Ferenz József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára a rendelő-intézetének fülészeti osztályán megüresedett szaksegédi állásra ezennel ismételtén nyilvános pályázatot hirdet.

Megjegyeztetik, hogy az ezen állásra kinevezendő orvos esetleg csak a rendelő-intézeteti segédorvosi címmel és illetményekkel fog alkalmaztatni.

A szaksegédi illetmények a következők: évi 3000 korona törzsfizetés, 17.500 korona drágasági pótlék, 24.000 korona rendkívüli pótlék és 5799 korona átmeneti segély.

A segédorvosi illetmények a következők: évi 2400 korona törzsfizetés, 13.750 korona drágasági pótlék, 24.000 korona rendkívüli pótlék és 4639 korona 75 fillér átmeneti segély.

Az alkalmazás egyelőre ideiglenes jellegű. Csak szakmabelileg képzett orvosok pályázatai vétetnek figyelembe. A pályázati határidő jelen hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való első megjelenésétől számított 15 nap.

A pályázati kérvények a Pénztár vezetőségéhez címezve nyújtandók be: VII., Bethlen-tér 1. szám alatt, a hol a Pénztár igazgatója hétköznap délelőtt 10—1 óra között a szóbanlevő állásra vonatkozólag bővebb felvilágosítást nyújt.

Budapest, 1922 július hó 31.-én.

Barcza Arthur s. k.,  
 igazgató.

Kerekes Pál dr. s. k.,  
 h. államtitkár.

48/1922. eln. II. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, évi 1800 korona törzsfizetés, valamint az ezzel járó állami hozzájárulások, továbbá lakás, fűtés, világítás és első osztályú étellemezéssel, az elmeosztályra történendő beosztás esetén még évi 400 korona működési pótlékkal javadalmazott alorvosi állásra pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtok felhivatni, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket méltóságos Krudy Ferenz Gyula dr. főispán úrhoz címzetten legkésőbb f. évi augusztus hó 15. napjáig közvetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyújtsák be.

A pályázaton szigorló orvosok, esetleg ötödéves orvostanhallgatók is részt vehetnek.

Az állás folyó évi szeptember hó 1.-én elfoglalandó.

Baja, 1922. évi július hó 31.-én.

A polgármester.

## Segédorvos,

belgyógyász, ki laboratoriumban tökéletesen jártas, nőtlen, sanatorium részére felvétetik. Ajánlatokat „Nőtlen reprezentáns” jelvény alatt a Petőfi Irodalmi Vállalat Budapest, VII., Kertész-utca 16 továbbít.



# 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

**Dubay Miklós:** A budapesti kir. magy. tud.-egyet. II. sz. sebészeti klinikájából. (Igazgató: Kuzmík Pál dr., egyet. ny. r. tanár.) A sebészeti tuberculosis antigen-therapiájáról. 329. old. I.

**Herman János:** Közlemény az egyetemi I. sz. Röntgen-intézetből. (Igazgató: Kelen Béla dr., egyet. magántanár.) Röntgen-színképek. 331. oldal.

**Budapesti Kir. Orvosegyesület.** (LXXXV. rendes közgyűlés 1922 május hó 27.-én és folytatólagosan június hó 3.-án) 333. oldal.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. F. Munk:** Grundriss der gesamten Röntgendiagnostik innerer Krankheiten. — **H. E. Schmidt:** Compendium der Lichtbehandlung. — **Lapszemle. Belorvostan. Mendel:** A gyuladósos folyamatok gyógyításáról. — **Sergent:** A rheumatismus és a pajzsmirigy közötti összefüggésről. — **Sebészet. Kritzer:** Furunculusok kezelése. — **Gyermekorvostan. Lehndorf és Leiner:** Erythema annulare. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.** 334—335. oldal.

**Vegyes hírek.** 335. oldal.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. tud.-egyet. II. sz. sebészeti klinikájából.  
(Igazgató: Kuzmík Pál dr., egyet. ny. r. tanár.)

## A sebészeti tuberculosis antigen-therapiájáról.\*

Irta: *Dubay Miklós dr.*

Ha a fertőző megbetegedések elleni védekezés történetét nézzük, az utóbbi évek nagy eredményeiből azt látjuk, hogy a fertőző megbetegedések elleni küzdelem immunitási problémák megoldásával sikerült. A fertőző megbetegedések közül a tuberculosis az, mely a legnagyobb számú áldozatot szedi az emberiség soraiból és a megbetegedések száma is óriási.

Míg a járványok néhány hét alatt elsodorják azokat az egyéneket, a kik mindjárt kezdetben nagyobb tömegű fertőző anyaggal kerültek érintkezésbe, a többiek, a kik szerencsésebb körülmények folytán kisebb mennyiségű vírussal fertőződtek, a fertőzést leküzdve, a megbetegedéssel szemben nagyfokú ellenállásra tesznek szert. A betegségek nagy része acutan lefolyó megbetegedés, a hol a kórokozó és a szervezet közti küzdelem néhány nap alatt lezajlik; más szóval a vírussal szemben a szervezet rövid időn belül előállítja s a nedvkeringésbe dobja a megfelelő mennyiségű védőanyagot. A tuberculosisban más helyzetet találunk. A tuberculosis chronikus megbetegedés, azaz a szervezet nem bír rövid időn belül annyi védőanyagot termelni, a mennyi elegendő a szervezetbe jutott összes megbetegítő agens elpusztítására, hanem hosszabb idő szükséges, hogy a szervezet sejtjei a fokozott képességet megnyerjék ellenanyagok termelésére.

Ezidőszerint nem tudjuk, hogy mely sejtcsoportok vannak hivatva arra, hogy fertőzés esetén ellenanyagok termelésével elsősorban vegyék fel a harczot a kórokozóval. A serologiai vizsgálatok azt mutatják, hogy a szövetnedvekben igen hamar jelentkeznek védőanyagok, „humoralis immunitas“, már olyan időben, midőn a szervezet egyes sejtfeleségei, például bőr-hámsejtjei, antigenekre még nem reagálnak. Később azt látjuk, hogy a bőr hámsejtjei megszerzik azt a képességet, hogy antigenre reagálnak s minden valószínűség szerint védőanyagot is termelnek. Ha a szervezet sejtjeinek a megbetegedéssel szemben való ez a mozgósítása még idejekorán, olyan időben sikerül, midőn a pathologiai elváltozás még nem oly nagyfokú, hogy az életfunctio zavartalan elvégzését lehetetlenné tenné: az organismusnak nyert ügye van, a harcz az ő javára fog eldőlni. E megfontolásból következik az, hogy a humoralis immunitas kisebb fontosságú; kifejlődésekor még nem szerepel az egész organismus munkája, hanem annak talán csak egy részéé s vannak sejtek, melyek

az immunitási harczban még nem vesznek részt. A pihenő sejtek minden valószínűség szerint antianyagokat nem termelnek. Ilyen anyag nincs bennük. Ily esetben a védőanyagok hordozójának nem tekinthető a szervezet minden sejtje, hanem annak csak némely csoportja és a vérsavó.

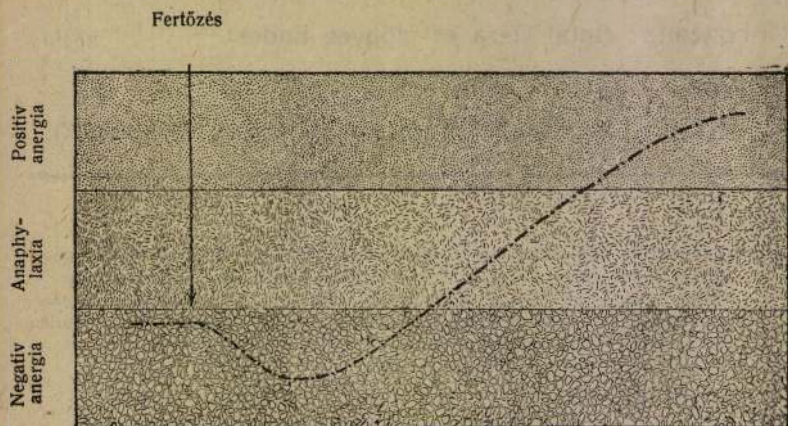
Oly megbetegedésekben, a melyekben a bacteriumfehérje oly constructiójú, hogy könnyen elbontható, ott ez az immunitási fok elegendő; a szervezetnek nincsen szüksége minden sejtjét mozgósítani. Ily esetben czélt érünk akkor is, ha csak a szövetnedvek antitest-mennyiségét emeljük oly módon, hogy más szervezet által termelt védőanyagot viszünk be, azaz a passiv immunizálással.

A tuberculosis bacteriuma komplikált szerkezetű; a szervezet egykönnyen nem bír vele. Első pillanatban a fertőzés zavartalanul terjed; kezdetben a természettől arra hivatott sejtek bontóképesége csak gyenge gátat tud alkotni. Azonban az a szervezet, mely erős és életfunctiói kifogástalanok, hamarosan harczba tudja vinni minden segéderejét s az egész organismus sejtjeit e harcz céljára állítja be. Ha ilyenkor serologailag vizsgáljuk a beteg szervezetét, azt találjuk, hogy antianyag van a vérben, de például a bőr hámsejtjei antigen hatására szintén reagálnak, holott előzőleg, a mikor a kórokozó már a szervezetben volt, ezt még nem tették. Elérkeztünk egy olyan stadiumhoz, a midőn a szervezet minden sejtje érzékeny, „anaphylaxiás“ a kórokozóval szemben. A sejtek érzékenysége izgalomban nyilvánul s valószínű, hogy a mely sejt valamely anyag hatására izgalomba jön, az az izgató anyagot eliminálni igyekszik. Vizsgálataink folyamán lépten-nyomon ilyen jelenséget látunk. Például a corpuscularis elemeket a sejtek phagocytosisa teszi ártalmatlanná. A vegyi anyagokat pedig valami oly chemiai functio, mely nem oly könnyen érzékelhető, mint a phagocytosis, azonban jelenléte kétségtelen. A szervezet harczában előnyösebb állapotot jelent az, a midőn minden sejtje termeli a védőanyagot, mint a midőn csak egyes sejtcsoportok, vagy a midőn a szervezet egyáltalában nem alkalmas, a reactióra, a mit negatív anergiának nevezünk. A klinikai tapasztalatok ezt a feltevést igazolják. Azok a betegek, kiken az intracutan próbával erős reactiót kapunk, klinice elég jó állapotban vannak; tekintsünk például egy bőr-tuberculosis beteget, tehát oly megbetegedést, a hol az egész szervezet hamar harczba szállt s a megbetegedést már a testfelület közelében sikerült megfogni, itt erős intracutan reactiót kapunk.

Azonban az ilyen állapotot nem foghatjuk fel úgy, mint végleges gyógyulást, vagy tartós javulás biztosítékát. A klinikai tapasztalat azt mutatja, hogy az anaphylaxiás stadium nem végleges gyógyulás, hanem határkö a gyógyulás útjában. Innen a szervezet visszazuhanhat a romlásba, a negatív anergiás állapotba, vagy a gyógyulás tovább halad, a mikor a szervezet oly képességre tesz szert, hogy a tuberculosis-

\* Részben referálva a Magyar Sebésztársaság nyolczadik nagygyűlésén 1921 szeptember 14.-én.

bacillussal s annak termékeivel szemben teljesen resistens lesz. Ilyenkor a bacterium legfeljebb mint közömbös saprophyta él a szervezetben. Ezt az ideális állapotot positiv anergiának nevezzük. Ezt a folyamatot ábrázolja grafikonban az 1. ábra.



1. ábra.

Természetes, hogy a gyógyulás e fejlődésének menetében több hullám lehetséges. Hirtelen emelkedés, súlyedés stb. Az eddig elmondottakból következik, hogy minden spontan gyógyulásnak vagy gyógykezelésnek célja a positiv anergia.

A vázolt elméleti felfogás volt az, melynek alapján körülbelül 15 hónappal ezelőtt kísérletet tettünk a klinikánkat nagy számmal felkereső sebészeti tuberculosisos betegek antigekezeltével. A vizsgálatra nagyon alkalmasnak látszott a a sebészeti tuberculosisos megbetegedés, mivel ilyen esetben életfontos szervek nagyobb fokú elváltozása nem forgott fenn, így anatómiailag aránylag ép szervekkel rendelkező emberekről volt szó.

Számos megfigyelés bizonyítja klinikánk álláspontját, hogy sebészi tuberculosis eseteiben a tisztán activ sebészi therapia aránylag igen kicsiny % -ban ér el tartós sikert. A conservativ gyógy mód eredményei szintén nem biztosak; így keresni kellett oly therapiás beavatkozást, mely az egész szervezetet befolyásolja s bárminő socialis helyzet mellett is keresztülvihető. Betegeink, a kiket kezelés alá vettünk, nagyrésztben a nyirokcsomók tuberculosisos megbetegedésében szenvedtek s főképpen oly betegek kerültek kezelés alá, a kik már többször vetették műtét alá magukat s jelenleg vagy a csomók nagy száma, vagy más hasonló körülmény folytán sebészi kezelésre alkalmasak nem voltak; továbbá néhány csont- és ízület-megbetegedés és a peritonitis tuberculosisának néhány esete. Az előbb vázolt elméleti megfontolásból és fellevelekből kifolyólag a kezelést következőképpen ment:

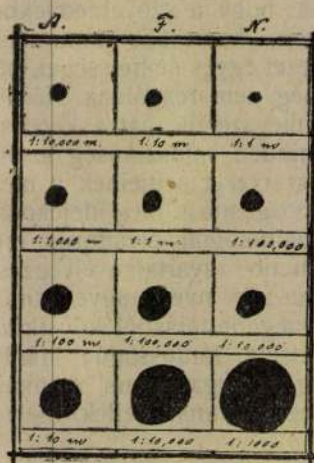
A Deycke-Much-féle eljárással széjjelbontott tuberculosis-bacterium-alkatrészekből, úgymint a fehérjéből (A), a zsírsavakból (F) és a semleges zsirokból (N) a felkar bőrébe 12 intracutan oltást adtunk, még pedig oly módon, hogy minden alkatrészből négyet, azonkívül egy control-oltást  $\frac{1}{2}\%$ -os korbolt tartalmazó konyhasó-oldattal adtunk. Az intracutan oltásokhoz  $0.1 \text{ cm}^3$  mennyiségű oldatot használtunk. Az albumenből (A) 1:10 millióhoz volt a legnagyobb concentratio s minden következő oltás tízszeres hígítása az előbbinek. A zsírsavaknál (F) a legnagyobb concentratio 1:10.000-hez. A semleges zsírnál 1:1000-hez. Az intracutan oltások megejtése után 4 nap mulva megvizsgáltuk a beteget. Ilyenkor az A-ra kapott reactiót apró körökkel feljegyeztük sémánkba. A körök nagysága a bőrön mutatkozó papula nagyságának felelt meg. Az F- és N-reactio eredményeit általában a 7. napon állapítottuk meg a jelentkező hyperaemiás foltokból. Azonban a reactiók leolvasását nem a napok számától tesszük függővé, hanem mindenkor a maximalis reactio idejétől. Az ilyen módon nyert eredmény adja az intracutan titer.

A titer szerint a betegeket három főcsoportba oszthatjuk s a szerint, hogy a betegek mely csoportba tartoznak, kezeljük. Az első csoportba soroljuk azokat, a kik csak a legerő-

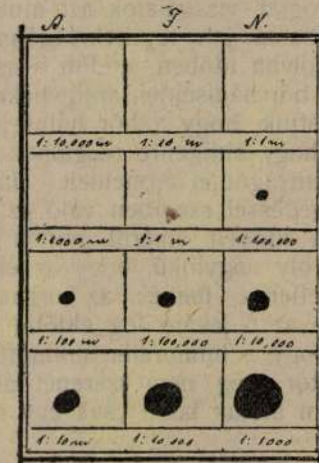
sebb concentratiójú partialantigenre s ezekre is gyengén s részlegesen reagálnak. Ezek a negativ anergiás betegek. Ezek klinice súlyos betegek benyomását keltik; a folyamat progressiv karakterű; temperaturájuk magas ( $38.5^\circ \text{C}$ ) s közérzetük rossz. A második csoportban az intracutan titernél magas értékeket kapunk; kifejezett a reactio A-nál 1:10.000 millió, F-nél 1:10 millió, N-nél 1:1 millió hígításra. Ezek a betegek élénkebbek; közérzetük elég jó; temperaturájuk legtöbbször subfebrilis, betegségeik nem mutat erősebb propagatiót. A harmadik csoportot alkotják azok a betegek, a kikben az intracutan titer intenzitása csökken. De a betegek jó színben vannak, láztalanok s rajtuk a tuberculosisos megbetegedésnek gyakran csak a következményes elváltozásait, úgy mint hegeket, deformitásokat stb. látjuk. Ha e betegeken subcutan altuberculinreactiót végzünk, csak nagymennyiségű tuberculinra (például  $0.01 \text{ cm}^3$ ) reagálnak, temperatura-emelkedéssel. E betegek klinice gyógyultak, serologailag positiv anergiások.

Természetes, hogy a hol mi a még mindig nagyon durva vizsgálati módszereinkkel oly nagy különbséget tudunk kimutatni, ott a szervezet állapotában is nagy különbség kell, hogy legyen. Tekintsük az 1. sz. ábrát s képzeljük oly beteget, a ki nagytömegű és erős virulentiájú bacteriummal fertőződött; a szervezet nem tud a normalisan rendelkezésére álló erővel az infectión úrrá lenni, a harcban hátrálni kényszerül, a negativ anergia felé halad. Ilyen esetben a kezelésnek az a célja, hogy ezt a negativ anergiás állapotot megszüntesse s a beteg helyzetét az anaphylaxia felé terelje. Kezelésünkkel ilyen esetben Deycke-Much szerint úgy járunk el, hogy igen nagy hígítású antigent, például Deycke-Much-féle partigen alkalmazunk s kezdő dosisul annak a mennyiségnek  $\frac{1}{100}$ -részét vettük, melyre a beteg intracutan titerrel reactiót adott. Az oltások naponta vagy másodnaponként történnek. Minden oltáskor az előbbi oltás mennyiségének felével emelkedünk. Célunk az, hogy a szervezetet igen kicsi antigen-mennyiség bevitelével ingereljük, így anaphylaktizáljuk. A partigen erre nagyon alkalmas volt. Az intracutan titer nemcsak azt mutatta meg, hogy a bőr hámsajtjai milyen mértékben érzékenyek antigenre, hanem azt is, hogy az antigen mely részére nem reagálnak. Ilyen esetben elsősorban a hiányzó rész antigennel izgatjuk a szervezetet a hiányzó részantigen termelésére. Eseteink között azonban csak elvétve találunk olyant, a midőn a szervezet egy rész antigenre a többihez viszonyítva lényegesen erősebb reactiót adott volna. Negativ anergiás betegeket ily módon kezelve, majdnem összes eseteinkben sikerült az anaphylaxiás stadiumba átvinni s ezzel a fenyegető jelenségeket megszüntetni. Ennek illusztrálására szolgáljon a következő kórtörténeti kivonat:

K. O. 25 éves nőbeteg, vele élő anyja tüdőbajos. Régebben tüdőcsúshurut miatt kezelték. 1920 október 27.-én felvételét a sebészeti klinikára. Felvétele előtt négy héttel hasa dagadni kezdett. Vizsgálatkor mindkét csúcs kopogtatási hangja rövidült. Megnyúlt kilégzés. Baloldalt az expirium végén néhány szörtyzőrej hallható. A has körfogata a köldök magasságában mérve 90 cm. Bőre feszes, fénylő. A hasüregben folyadék van. Kólikás görcsei nincsenek. Temperaturája  $39.7$ . Diagnosis:



2. ábra.



3. ábra.

Tuberculosis peritonei. Az intracutan titrálás (lásd a 3. ábrát) fenyegető negatív energiát mutat. A kezelést november 8.-án kezdjük meg Deycke-Much-partigenekkel s mivel a reakciónál nem láttunk csökkent reakciót valamely részantigennel szemben, a részantigenek összességével, az úgynevezett MTbR-val kezdjük. A kezdő dosis 1:10.000 millió higitásból 0.1 cm<sup>3</sup>. A kezelés 10. napján a legmagasabb temperatura 37.9, a has körfogata 88 cm.; a 20. napon a legmagasabb temperatura 37.0, jó étvágy; a has körfogata 76 cm., a 30. napon a legmagasabb temperatura 36.2; a has körfogata 74 cm. Kötő közérzet, a beteg egész nap ágyon kívül van. A 40. napon a legmagasabb temperatura 36.5, a has körfogata 74 cm. Teljesen jól érzi magát, éjszaka néha izzad. December 20.-án távozik a klinikáról. Intracutan typosus anaphylaxiás reakciót adott, körülbelül olyat, mint a 2. sz. ábrán van feltüntetve. A beteg jelenleg pozitív energiát célzó kezelés alatt áll s jelenleg már nagyobb mennyiségű altuberculint tud reactio nélkül elbontani. A kezelés mellett zavartalanul végzi a háztartásában előforduló napi munkáját.

Nem mindig sikerült az anaphylaxiás állapotot elérni. Eddigi tapasztalatunk azt mutatja, hogy a sikertelenség okát a nagyfokú szervdestrucióban kell keresnünk. Főképpen nem számíthatunk sikerre oly esetben, midőn a táplálék kihasználása akadályozott, a belek nagyfokú fekélyes folyamata miatt.

Ha az anaphylaxiás állapotot elértük, nem czélszerű, sőt káros az anaphylaktizáló kezelés. Néhány olyan esetben, a melyben az intracutan titer anaphylaxiás volt, próbálkoztunk az anaphylaktizáló eljárással, a milyen például a partigenkezelés is, de az eredmény nem volt jó. Hamarosan hőmérséklet-emelkedés jelezte, hogy a szervezetbe bevitt kis antigen-mennyiség zavart okoz. Egy esetben az intő jelek dacára folytattuk a kezelést, a midőn hőmérséklet-emelkedéssel az állapot múló rosszabbodását tapasztaltuk. Illusztrálásul szolgáljon egy körlefolyás fontosabb eseményeinek regisztrálása.

H. J. 14 éves tanuló lány októberben került ambulans kezelés alá, lymphomatosis miatt. A nyak mindkét oldalán jobboldalt zöld diónymogyorónyi csomók, baloldalt körülbelül zsemlelányi, több összesült csomóból álló paquet. Hasonlóképpen diónyi lymphomák mindkét hónaljárokban. Erősen anaemiás. Subfebrilis-febrilis. Testsúly 39 kg. Az intracutan titer gyenge anaphylaxiát mutat. Kezelés Deycke-Much-féle partial-antigenekkel, fokozzuk anaphylaxiáját. Ezt a kezelést november 30.-áig folytatjuk. E kezelés alatt a lymphomák lényegesen kisebbednek; a testsúly 40 kg.-ra gyarapodik. December 27.-én a beteg azzal jelentkezik, hogy a jobb inguinalis tájékon körülbelül tyúktojásnyi duzzanata van. Temperatura subfebrilis. A duzzanatból punctióra geny ürül. Intracutan titer anaphylaxiás. Próbaképpen újból Deycke-Much-partigen 1:10.000 millióra higitásból. Az eddig subfebrilis temperatura kiscsökkenést mutat, majd néhány nap múlva hirtelen két hullámban erős temperatura-emelkedést kaptunk, a mely körülbelül 14 napig tartott, s igen gyakran 39.5 s azon felüli temperaturát ért el. Ez idő alatt a beteg szemmel láthatólag lesoványodott. Tüdejében szörtyzörejek s a beteg nyirokcsomókban fájdalmak jelentkeztek. A láz és rosszullet, a milyen hirtelen jött, oly hirtelen múlt el. A beteg ismét subfebrilis. Positív energiát célzó kezelésre térünk át. Két hét alatt láztalan lesz. A kezelést folytatjuk. A nyirokcsomók majdnem teljesen eltűntek, a beteg állandóan láztalan s egészséges testszint kap; hizásnak indul. Testsúly 46 kg.

A pozitív energiát célzó kezelés oly módon történik, hogy 8—14 naponként subcutan altuberculint adunk. Kezdő dosisul az esetek szerint 0.00005—0.0001 cm<sup>3</sup> altuberculint, s a dosisal gyorsan emelkedünk. A míg 37.5-nél nem magasabb és 3 napnál nem tovább tartó reakciót kapunk, az előző dosis kétszeresét vesszük, ellenkezőleg pedig az előző dosis felével emelkedünk. A közölt példából kitűnik, hogy oly betegeken, a kiken kifejezett anaphylaxiát találunk vagy kezelésünkkel elértünk, nem próbálkozunk az anaphylaktizáló eljárással, hanem nagy dosisokkal gyorsan emelkedve igyekszünk elérni a pozitív energiát. Az objectív elváltozásoknak sokszor meglepően gyors visszafejlődése, valamint a subjectív panaszoknak megszűnése igazolja eljárásunk helyességét.

Az altuberculint-kezelés után sok esetben még nem érjük el az ideális pozitív energiát. Ilyenkor a kezelést neubacterulin-bacillus-emulsióval folytatjuk.

Szükségesnek tartottuk a klinikánkon divó ezen tuberculosis-kezelési irányelveket kifejteni, mivel körülbelül 1½ évi megfigyelés és próbálkozás után jutottunk az antigenkezelésnek fent vázolt módjához, melyet folytatva, 16 hónap alatt sok gyógyulást, majdnem mindig javulást s csak elvétve láttunk rosszabbodást.

Nagy előnye a kezelésnek az, hogy a jelenlegi socialis viszonyok mellett is, a midőn nem lehetséges az, hogy a tuberculosus betegek nagy tömegét más viszonyok közé vigyük, aránylag nagy számmal kapunk kielégítő eredményt. Meggondolva azt, hogy a tisztán hygienés-diaetás kezelés ugyanannyi idő alatt nem tud jobb eredményt felmutatni, mint az antigen-therapia, a mely hosszú időn keresztül a napi foglalkozás megzavarása nélkül lehetséges, az antigen-therapiában kell keresni a tuberculosis czélszerű gyógyítását. Gazdasági előnye, hogy a kezeléshez szükséges anyagok és eszközök olcsók. Ott, a hol az antigenkezelés a szolgálatot felmondta, ott már kezdettől fogva szervezetröccsével álltunk szemben. Az eredmény a legtöbb esetben 2—3 hónap alatt szembeszökő volt. Általában 10 hónapi kezelésünk eddigi eredményét a következő számadatokban foglalhatjuk össze:

Kezelésünk alatt eddig összesen 26 tuberculosus beteg volt.

Ebből gyógyult úgy anatómiailag, mint serologiailag (0.1 cm <sup>3</sup> altuberculint reactio nélkül bont el) --- --- ---	8
Javult, részint anatómiai elváltozás nélkül --- --- ---	14
A kezelés ellenére változatlan --- --- ---	2
Meghalt --- --- ---	2
Összesen	26

Nagy hálával tartozom igen tisztelt tanáromnak, *Kuzmik Pálnak*, a ki engem e vizsgálatokkal megbízott s munkálkodásom alatt tanácsával, bátorításával s a megfelelő esetek kiderítésével lehetővé tette azt, hogy vizsgálataimmal előreláthatóan ehaladhassak.

Közlemény az egyetemi I. sz. Röntgen-intézetből. (Igazgató: Kelen Béla dr., egyet. magántanár.)

### Röntgen-színképek.\*

Írta: *Herman János* dr., egyet. tanársegéd.

Ugyanazok a különbségek, a melyek a közönséges fény sugarak színei közt megvannak, megvannak a Röntgen-sugarak közt is; csak hogy mivel láthatatlanok, nem színeknek, hanem keménységnek neveztetnek. A vörös, narancssárga, zöld, kék, ibolya színeknek a Röntgen-sugárnál a lágy, közepes kemény és ultrakemény sugarak felelnek meg.

Úgy mint a közönséges fény különböző színű sugarainak biológiai hatása különböző, úgy a különböző keménységű Röntgen-sugarak is különböző hatásúak (így a rosszindulatú daganatok gyógyításában az ultrakemény sugarak szerepelnek). Lényeges dolog a sugárkeménység ismerete másrészt azért is, mert a Röntgen-sugárzásnál a keménységgel a sugarak áthatoló képessége szigorúan lépést tart. Keményebb sugarakból tehát nagyobb dosis jut a mélybe és így a mélytherapiánál ezen okból is a keményebb sugarakra vagyunk utalva. Mélyen fekvő rosszindulatú újképletek gyógyításakor tehát a keményebb sugárzásokra kell törekednünk. A tapasztalatok hosszú sora azt mutatja, hogy minél erősebben fokozzuk a sugárzás keménységét, annál jobbak az eredmények. Tehát minden rendelkezésünkre álló eszközzel (nagy feszültséget adó apparátusokkal, sugárszűrők alkalmazásával stb.) igyekeznünk kell a keménységet emelni. Hogy a keménységet fokozni sikerült, arról természetesen meg is kell győződnünk, vagyis a keménységet mérni kell. A mint említettük, a sugárkeménységgel teljesen parallel jár a sugár áthatoló képessége. A keménység mértéke gyanánt tehát az áthatoló képességet használhatjuk. Ezen alapszanak az eddigi keménységmérő eszközök. Ezekkel a mérés úgy történik, hogy a Röntgen-sugár útjába állítunk valamely anyagot, pl. aluminiumlemez, és megmérjük, hogy mennyi halad rajta keresztül. Ezekbe az áthatolási mérésekbe azonban mindig tekintélyes kísérleti hiba csúszik be a szórt-sugárzás folytán. Tudjuk, hogy valahányszor a Röntgen-sugár valamely közegen áthalad, egyrésze elnyelődik, másrésze áthalad, egy nagyrésze azonban szétszóródik. Ezen szétszórt sugárzás (*secundaer sugárzás, Sagnac*) részben szinte ráesik a mérő-

\* Beküldve 1921 októberben.

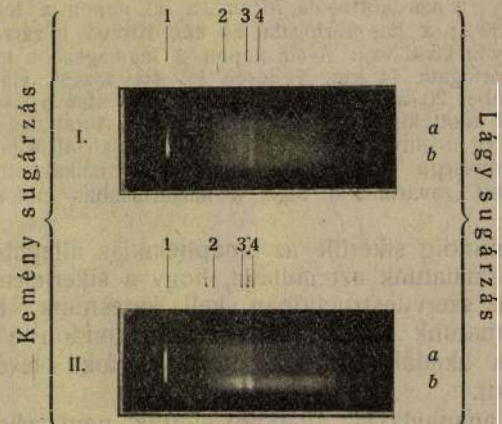
készülékre, a mely ennek következtében többnek mutatja az áthaladott sugárzást a ténylegesnél. A hibák, mint azt az I. számú Röntgen-intézetben végzett igen nagyszámú kísérleteink bizonyítják, kiváltképp kemény sugárzásnál, száz percentnél is magasabbra rúghatnak s azért csak közelítő durva tájékozódást engednek meg.

*Exact mérésekkor tehát tökéletesebb eljárásról kell gondoskodni és ez a spectrum-felvétel.* A Röntgen-sugár hullámhossza tudniillik szintén parallel jár a keménységgel. Minél rövidebb a hullámhosszúság, annál nagyobb a sugárkeménység. A spectrum-felvétel által mért keménységnek még az előnye is van, hogy nemcsak arra a kérdésre ad felvilágosítást, hogy milyen a sugár átlagos keménysége, hanem a kevert sugárzás különböző keménységű alkotórészeit egymás mellé kiteríti, a sugarakat analizálja; megmondja, hogy miféle keménységű Röntgen-sugarak miféle arányban vannak összekeverve; megmutatja, hogy miféle filterek mennyi részét küszöbölik ki a sugarak lágyabb részleteinek; megmutatja, hogy az inductor feszültségének emelésével milyen arányban szaporodnak a sugárzás kemény alkotórészei, a miből a filterek helyes megválasztására, a kezelés ökonomiájára stb. következtethetünk.

*A Röntgen-spectrumok előállítása azonban physikailag nehéz feladat,* mert a Röntgen-sugár egyenes irányból semmi körülmény közt el nem tér, tehát prizmán keresztül úgy, mint a fény, színeire nem bontható. Itt azonban segítségünkre jön a kristályok molecularis szerkezete. Tudjuk azt, hogy a kristályok molecularis vékonyságú párhuzamos rétegekből állnak (a kristályt éppen ezen molecularis rétegek mentén lehet lapokra hasítani). A rétegek távolsága különböző anyagok kristályainál különböző, de ugyanolyan anyagnál mindig ugyanaz. Ha tehát egy kristályból egy simán hasított réteget választunk és erre a rétegre egy vékony Röntgen-sugárnyalábót ferdén ráejtünk, akkor a Röntgen-sugár úgy, mint fent láttuk, részben egyenes irányban áthalad, részben pedig minden irányban szóródik. Az áthaladt sugár a második molecularis rétegre érkeve, ott ismét részben áthalad és részben szóródik és így tovább a többi rétegen is. Ezek a különböző rétegekből származó szórt sugárzások mindenféle össze-vissza irányban egymással összekeveredve, különböző rezgési phasisban találkoznak és így egymás hatását lerontják, kivéve azt az esetet, a mikor hullámhegy hullámhegygel és hullámvölgy hullámvölgygel találkozik. Ez mindig akkor történik, ha a találkozó sugaraknak útkülönbsége, vagyis az egyes rétegek közt befutott útja éppen egy hullámhosszúsággal különböző. Ilyenkor a sugarak összekeverednek, egymást erősítik. Különböző beesési szögek mellett befutott utak hosszúsága különböző, tehát a kristálylapnak forgatásával a szórt-sugárzásból mindig más és más hullámhosszúságú sugarak maradnak meg, a többi interferentia folytán kioltódik. A kristály forgatásával tehát megkapjuk az egész spectrumot. A közönséges fénynél ez nincs így, mert ott a ferdén behatoló sugarak irányukból eltérnek (töretnek) és így más interferentia-tünetmények jönnek létre. De ha így volna, akkor azt látnánk, hogy bizonyos irányban feleső kevert fényből (pl. fehérből) csak egy szín (pl. veres) reflektálódik; a beeső felület elforgatásával pedig a reflektált szín változnék. Ha ismerjük a beesési szöget ( $\alpha$ ), ismerjük a molecularis rétegek egymástóli távolságát ( $d$ ), akkor ebből a Röntgen-sugár hullámhosszúságát ( $\lambda$ ) a következő képlet alapján nyerjük:  $\lambda = 2d \sin \alpha$ . A hullámhosszúságot Angström-egységekben ( $\text{\AA}$ ) szokás kifejezni.  $1 \text{\AA} =$  egy 10 milliommilliméter, vagyis egy tized millimikron ( $\mu/10$ ). A látható fény hullámhosszúsága körülbelül  $8000 \text{\AA}$ -tól  $4000 \text{\AA}$ -ig terjed; az ultraibolyasugarakat  $1000 \text{\AA}$ -ig sikerült követni.

A rendes inductorokkal szolgáltatott Röntgen-sugár hullámhosszúsága körülbelül  $10 \text{\AA}$ -tól  $1/2 \text{\AA}$ -ig, a legújabb *Intensiv-Reform* és *Symmetrie* nagyfeszültségű készülékek fokozott keménységű sugarai a  $0.2 \text{\AA}$  egységet is meghaladják, a leg-erősebb sugárzást szolgáltató *Radio-Silex*-készülék pedig

alkalmas filterek mellett még a  $0.16 \text{\AA}$ -nél is rövidebb hullámhosszúságú intenzív sugárzást ad le egészen  $0.085 \text{\AA}$ -ig, a mi pedig még a rádium C gamma-sugárzását is túlhaladja, melynek hullámhosszúsága  $0.14 \text{\AA}$ .



A mellékelt felvétel photographiai lemezről készült másolat. A felvétel készült *Radio-Silex*-készülékkel. 500 periodusú, 95 kilovolt effectív feszültséggel táplált *Lilienfeld*-lámpával 8 milliampere terhelés mellett. A baloldalt első függélyes vonal (1) a direkt áthatoló sugárnyaláb képe. Tőle jobbra van a Röntgen-színkép, a melyen jobbra mindinkább nagyobbodik a hullámhosszúság. A két erős vonal (3, 4) a lámpa antikatódjának platin-Röntgen-színkép-vonala; az egyik (3)  $0.16 \text{\AA}$ , a másik (4)  $0.18 \text{\AA}$  hullámhosszúságú. A felső (I.) spectrum 1 milliméter rézfiltteren, az alsó (II.)  $1/2$  milliméter zink + 2 milliméter alumínium filteren át van felvéve. Összehasonlításul mindkét spectrum alsó része (b) filter nélkül készült; a felső része (a) filteren át. Láthatjuk, hogy a különböző filterek különböző hatásúak s a lágyabb sugarakat többé-kevésbé erősen elnyelik. Az 1 milliméter réz minden sugarat elnyel, a mely a platinvonalnál (3, 4) nagyobb hullámhosszúságú, vagyis annál lágyabb.

A felvételek minden kétséget kizárólag igazolják, hogy az újabb készülékekkel a rádium gamma-sugaraival teljesen megegyező Röntgen-sugárzást lehet előállítani és így a nagyon drága és azért csak keveseknek hozzáférhető rádiumkészítményeket röntgenezéssel nemcsak pótolni, hanem a még nagyobb intenzitású sugárzás és rövidebb hullámhosszúság mellett azokat túlszárnyalni is képesek vagyunk, úgy hogy a jövőben a rádium csak azon megbetegedések kezelésére marad, a melyeknél a test belsejében ökolnyai kicsiny területeket akarunk besugározni a nélkül, hogy a környezetet is sugárzás érné. A rendelkezésre álló kicsiny, 1–2 cgr. mennyiségű rádium ugyanis apró capsulákban van elhelyezve. Ezeket, ha nem akarunk kivihetetlen hosszúságú ideig besugározni, közvetlenül a megbetegedett testrészeire kell ráhelyezni; így azonban az egy pontból jövő koncentrikus sugárzás annyira dispergálódik, hogy néhány centiméteren túl már hatástalan. Épp úgy, mint a hogy bármilyen magas hőfokú apró parázsszemecskével sem tudunk nagyobb területeket egyenletesen átmelegíteni.

Sajnálattal kell megjegyeznünk, hogy a *spectrum-felvételek csak teljesen szabályos és hibátlan kristályokkal sikerülnek*. Az ilyen kristály azonban igen ritka. Kísérleteinkhez az egyetemi ásványtani intézet kiválogatás céljából egész kristálykészletét szívesen rendelkezésünkre bocsátotta. Számos kristályból lapot repesztettünk; Röntgen-spectrum-felvételeink közben azonban az összes darabok mélyebb rétegeikben szabálytalannak bizonyultak. A spectrographiához alkalmas szabályos kristályok a kereskedelemben kiválogatva készen kaphatók; az árak azonban olyan magas, hogy egy Röntgen-spectrograph 10.000 márkába kerül. A mit tehát csak jól ismert intézetek, vagy Röntgen-lámpagyárak szerezhetnek be. De a *Röntgen-spectrographiának nem is a célja, hogy vele minden egyes kezelés alkalmával a keménységet megmérhessük, hanem, hogy vele a berendezést egyszer és mindenkorra megvizsgáljuk*. A berendezés azonos beállításánál a sugárkeménység ugyanakkora lesz, mint a melyet már előzőleg meghatároztunk. A mellékelt felvételek *Lilienfeld* tanár laboratóriumában készültek.

## Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(LXXXV. rendes közgyűlés 1922 május hó 27.-én és folytatólagosan június hó 3.-án.)

Elnök: **Bókay János.**

Jegyző: **Henszelmann Aladár.**

1. *Elnöki megnyitó.* (Lapunk 22. számában egész terjedelmében hoztuk.)

2. *Kolle Vilmos* frankfurti egyetemi tanár, az egyesület levelezőtárgya, mint meghívott vendég előadása: „*Ueber die Grenzen der Leistungsfähigkeit der Serumtherapie und Chemotherapie bei bakteriellen Infektionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung des Diphtherieserum und der Arsenobenzol-derivate*“ cím alatt. Ezen előadása folytatása s egyúttal befejezése volt a Markusovszky-előadásoknak, melyeket *Kolle* e tárgyról május 24.-én és 26.-án az egyetemi I. sz. szemklinikán tartott. Előadásának legfőbb értékét ama hatalmas értékű, végtelen szorgalommal és lelkiismerettel végzett kitartó munkásságnak a kivonatos ismertetése adja meg, melyet *Kolle* és tanítványai a frankfurti kísérleti állomáson évek hosszú sora alatt kifejtettek, hogy a fertőző betegségek chemotherapiáját kiépítsék. Főként a különböző arsenobenzol-készítmények hatásának állatokon való tanulmányozása, továbbá a hatásmód és adagolás meghatározása céljából végeztek számos kísérletet. *Kenyeres Balázs* orvoskari dékán és *Bókay János* elnök megköszönik a kutatónak a közérdekű és élvezetes előadást.

3. *Johan Béla* a következő főtitkári jelentést terjeszti be: Tisztelt Közgyűlés!

Egyesületünknek most záródó kétéves időszakára megválasztott főtitkára, *Csiky József*, a múlt év végén egyetemi tanárrá neveztetvén ki Debreczenbe, főtitkári állásáról lemondott. Egyesületünk decemberben tartott közgyűlése ezután engem tisztelt meg bizalmával. Nehéz volt egyesületünk ügyvitelében *Csiky* tapasztalatait nélkülözni. Nehéz időkből nagy tapintattal és körültekintéssel mindenki megelégedésére viselte állását, a miért az Egyesület igaz köszönetét érdemelte ki; én pedig külön hálával tartozom neki, hogy egyesületünk ügyvitelébe engem bevezetett és sok dologban később is útbaigazításaival segítségemre volt.

Volt főtitkárunk rendezte még ezen egyesületi évünk első részének üléseit, s az első félév előadásainak programja, a midőn tisztelet elfoglaltam, már nagyrészt adva volt. A tudományos ülések napirendjének összeállítását elősegítette az, hogy tagtársaink oly nagy számmal jelentettek be előadást és bemutatót, hogy voltak ülések, a melyekre két, sőt három előadást kellett kitűznünk. Üléseink igen nagy látogatottsága bizonyította egyrészt tagtársaink nagy érdeklődését az orvostudomány haladásáért, másrészt azt, hogy előadóink tárgya, előadása, bemutatása olyan volt, a mely szélesebb orvosi köröket érdekelt.

Előadásaink sorozatát októberi nagygyűlésünkön kezdtük meg, a melyet *Bársony* professor, egyesületünk ezen évi Balassa-előadójának magas niveaujú előadása tett emlékeztetéssé. Széleskörű nagy tapasztalatairól számolt be, a melyekből sok egyéb mellett egyrészt azt a szomorú tényt konstataáltuk, hogy a rákbetegség nagyon nagy számú embert betegít meg, másrészt azt láttuk, hogy a rendszeres munka, a mely e téren folyik, bizalmat kelthet bennünk, mert a rákbetegség bár súlyos baj, ma már mégsem állunk vele szemben teljesen tehetetlenül. A ma rendelkezésünkre álló gyógyító eszközökkel elért szép eredményeiről hallottunk, bár lehetséges az is, hogy a ma használt gyógyító eszközök közül egyik sem ezen kórnak igazi gyógyítószere. Lehet, hogy a jövőben egészen más módok fognak kínálkozni arra, hogy az emberiséget ezen borzasztó bajtól megszabadítsuk. Ehhez azonban még sok, a mai mostoha viszonyokat tekintve, úgy hiszem, nagyon hosszú ideig tartó kutatásra lesz szükség. A kutatás ma nehéz munka, mindig az is volt, de ma kettősen az, mert alkotni, újat kideríteni csak pihent, nyugodt agygyal lehet. Egy új gondolat lehet egy ihlettől megszállott pillanat terméke, de ilyen pillanat kevés van, a haladás többnyire kemény, rendszeres munkából fakad. Ma, a midőn mind-

nyájunk életét ezer gond, sokszor a legridegebb physikai megélhetésért való küzdelem jellemzi, ma a ki rendszeres tudományos munkát tud végezni, kettős elismerést érdemel: külön az eredményért, külön azért a lelki erőért, a melylyel gondolatait el tudta vonni mindennapi gondjaitól és a tudomány szolgálatába állította. De mi magyarok, azt hiszem, még külön elismeréssel és hálával tartozunk kutató, produkáló honfitársainknak, azért, mert talán kevés nemzet vár annyit a jövőben a kulturájától, mint mi. De ha erre alapítjuk érveinket, úgy ezért dolgoznunk is kell. *Kolle* professor egyik előadásában azt mondta, hogy az orvosi kutatás céljaira kell, hogy minden nemzetnek, még a legszegényebbeknek is legyen pénze. Ma, legalább is minálunk, a kutatással egyetemi tanító intézeteink, klinikáink, kórházi osztályaink és gyakorló orvosaink foglalkoznak és ezek pihenésükből, betegek gyógyítása mellett fenmaradó idejükből, gyakran éjjelükből ellopott perceiket használják fel kutatásra, vizsgálódásra.

Ennek a sokszor keserves, de lelkesedéssel végzett, eredményeiben és kihatásaiban értékes munkának az eredményeit láttuk és hallottuk azon a 32 tudományos ülésen, a melyet Egyesületünk ebben az évben tartott. Hosszú ideig kellene igénybevenni figyelmüket, ha fel akarnám sorolni csak a nevét is azoknak, a kik nekünk lelki élvezetet, a magyar tudományos élet fejlettsége felett való örömet és megnyugvást szereztek. Egyesületünknek célja az orvosi tudományoknak művelése; úgy hiszem köszönettel tartozunk előadó tagtársainknak, hogy elősegítették, hogy Egyesületünk ezen céljának megfelelhett. Üléseink tárgysorát két oly előadás élénkítette, a melyet nem Egyesületünk rendes tagja tartott. Egyfelől *Jablonowsky József*, a m. kir. rovarani állomás főigazgatója, mint vendég, az akkor aktuális pestisveszedelemre való tekintettel a bolhának és patkánynak a pestis terjesztésében való szerepéről szólt, tagtársaink élénk érdeklődése mellett; másfelől *Kolle Vilmos* tanár, a frankfurti Speyer-ház igazgatója, a német tudományos életnek e kiváló képviselője élénk figyelemmel kísért előadásban számolt be azon kutatásokról, a melyek a fertőző betegségek gyógyítására irányulnak.

Bár eddig 32 tudományos ülést tartottunk, a bejelentett előadásokat mégsem tudtuk mind kitűzni s ezért szükségesnek mutatkozott, hogy legalább még két tudományos ülést tartssunk.

Tudományos üléseinknek rendezése, a meghívók nyomtatási és postaköltsége oly nagy összegeket emésztett fel, hogy a mai viszonyok közt gondolnunk sem lehetett arra, hogy értesítőnként újra megjelentessük. Mindazonáltal tudományos üléseinknek nyomtatott emléke is maradt: az Orvosi Hetilap és a Gyógyászat állandóan hozta üléseink jegyzőkönyvét s az Orvosi Hetilap szerkesztője megengedte, hogy azokból a nyomda nekünk 100—100 különlenyomatot készíthessen. Ezeket kötetbe foglaltuk, tartalomjegyzékkel láttuk el s így most már, ha nem is juttathatjuk el minden tagtársunknak, mégis bárki könnyen áttekintést nyerhet múlt évi munkánkról. Ugyanezt terveztük az idén is.

Mint örvendetes tényt kívánom közölni, hogy üléseinkről rövidített tudósítás jelenik meg a „*Klinische Wochenschrift*“-ben. Az igazgató-tanács felkérésére *iff. Liebermann Leó* tagtárs vezetésével öttagú bizottság végzi a fordítás, illetőleg referálás terhes munkáját. Úgy *Liebermann*-nak, mint munkatársainak ezen önzetlen munkájukért az egyesület igaz hálával tartozik.

Végül szomorú kötelességet kell teljesítenem. Oly kevesen vagyunk ebben a csonka országban s még az ittlévők közül is a halál sokszor túlkorán szedi áldozatait. Az elmúlt évben egész sereg tagtársunkat veszítettük el: *Kovács Aladár, Sennyey József, Farkas László, Lechner Károly, Jendrassik Ernő, Stiller Bertalan, Prochnow József, Hattyassy Lajos, Imrédy Béla, Pausz Béla, Perémy Dezső, Szikszay Sándor, Holzwarth Jenő, Bauer Lajos* dőlt ki tagjaink sorából. *Stiller Bertalan* 7 éven át volt egyesületünk főtitkára; megalapítója az izraelita hitközség kórházának és közszerzetnek és becsülésnek örvendő orvosa a reászorulóknak. *Imrédy Béla* szintén két évig volt

főtitkár, a komoly, meggondolt, betegeivel érezni tudó orvos mintaképe. Nem is olyan rég, két éve e helyről *Holzwarth Jenő* szólt még Önökhöz. Őt is elragadta a halál! A tudomány időnként megköveteli áldozatát, nem azért, hogy elijesszen, hanem hogy megmutassa, hogy nemcsak a hazát lehet úgy szeretni, hogy, ha kell, az ember meghal érte, de a tudományt is. Ő szerette a tudományt, dolgozott tovább még akkor is, a mikor látta, hogyan pusztul el izenként, mégis ragaszkodott hivatásához, mert, mint azt leghivatottabb búcsúztatója mondta, a hűség anyagából volt gyúrva. Követte a halálba *Jendrassik Ernő*-t, a kivel együtt vezették egyesületünk ügyeit. Mindenki ismeri azt a nagy veszteséget, a mely *Jendrassik* halálával egyesületünket érte. Ki ne tudná azt, hogy a magyar orvos hírének külföldön való megismertetésében mily nagy része volt. Gyászoljuk elhunytában a tudóst, a tanárt, a kiváló előadót és siratják ezren meg ezren az orvost, a ki képes volt beteg kollégáját heteken át naponta négyyszer is felkeresni, hogy segítséget, vigasztalást, biztatást adjon neki. Sokoldalúsága embertársai fölé emelte őt. Eredeti gondolatai sokszor váratlanul érték a vele vitakozót. Orvosi hivatása mellett legjobban a természetet szerette, ott érezte jól magát virágjai, fái közt. Az életben tapasztalt sok dissonantia vitte őt oda, ott és a zene harmoniájában pihent meg különben nyugalomhoz nem szokott lelke. A nyugtalansága kergette mindig tovább, hogy ne fogadja el a tüneménynek oly magyarozatát, a melyben ő valahol ellentmondást fedezett fel és találatkonyságával, sokoldalúságával új, eredeti világításba tudott beállítani megrögzött tényeket. Szerette hazáját, emlékezünk, mily szomorúság hangzott utolsó elnöki beszédéből szomorú sorsunk miatt. Erős egyéniségével sok embert gyűjtött maga köré, tanítványaira reányomta súlyos egyéniségének bélyegét. Szerette a tanítványait, ha voltak hibáik, azokat menteni törekedett s érettük még mások neheztelését is kész volt magára venni. Megkívánta a munkát másoktól, de maga is folyton dolgozott. Ő is elment, az ő neve mellé is odakerült taglistánkban a kereszt, a mely most már oly sűrűn tarkítja a névsort. Azt az őr, a mely elköltözésével Egyesületünkben tátong, az idő nagy tengerének mindent betakaró hullámai csak sokára fogják kitölteni, emléket azonban szívünkben semmi sem tudja kitörölni.

Tisztelt Közgyűlés! Elmult évünk eseményeinek regisztrálásában jelentésemnek végére értem. Úgy érzem, hogy felesleges azokat tovább taglalni, hisz valamennyien benne éltek az eseményekben. Ha Egyesületünk jövő fejlődését kutatom, azt hiszem, hogy ez biztosítva van az által, hogy lelkes tagtársaink vannak, hogy ezt a házat mindenki a tudomány felszentelt csarnokának tartja, neutralis nyugvópontnak ebben a háborgó, embereket gyorsan és könnyen szétválasztó s csak nehezen és ritkán összehozó világban. Úgy hiszem, hogy Egyesületünk tudományos üléseit a jövőben is az eddig jól bevált módon kellene tovább rendezni, alkalmazkodva bizonyos fokig a változott viszonyokhoz. Nagy lévén a bejelentett előadások száma, indokoltnak tartanám az idén is erősen dolgozó szakosztályainkat felkérni, hogy bizonyos előadásokat, a melyek inkább specialistákat érdekelnek, átvegyenek, de viszont ülés meghívóinkon a szakosztályülések programját közölni kellene az összes tagtársakkal. Indokoltnak látszik — mint ezt több oldalról hallottam — újabb szakosztályok alakítása, így például az elméleti tudományok számára. Ezzel elérhetnénk, hogy több idő jutna az előadásokhoz fűződő vitának, a mi pedig új ideákat, új impulzusokat adhat.

Igen tisztelt Közgyűlés! Ha ezen évben itt-ott zökkenőkkel is, de mindig törekvéssel és buzgalommal az egyesületi év fennakadás nélküli lefolyásához hozzájárulhattam, ezt elsősorban elnökünk ömértósága jóindulatú támogatásának köszönhetem. Sokszor fordultam hozzá tanácsért s a tőle ajánlott út mindig célhoz vezetett. De segítettek a kivitelben lelkes tisztviselőtársaim és Egyesületünk nagytékintélyű és bő tapasztalatú tagokból álló igazgatótanácsa. Köszönetem nekik szól, de szól önöknek is, a kik engem ebbe a megtisztelő állásba helyeztek. Megválasztásommal nem jutalmazni

akartak — erről nálam nem lehet szó —, hanem kitartó munkát reméltek tőlem, a jövőért tették. De, igen tisztelt Közgyűlés, mi az, a mit nem a jövőért, a jobb jövőért teszünk. Munkám máris jutalmát nyerte, ha reményeikben nem csalatkoztak. Még egyszer köszönöm bizalmukat, köszönöm támogatásukat.

4. A könyvtár- és pénztárvizsgáló bizottságok jelentésének ismertetése s tudomásul vétele után az elnök *Elischer Gyula* távozó pénztárosnak egy évtizedes önzetlen munkálkodásáért meleg szavakkal köszönetet mond.

5. A tisztikar lemondása és új tisztikar választása.

*Bársony János* indítványára a lemondott tisztikarnak az egyesület köszönetét tolmácsolta és a tisztikart újból megválasztja, egyúttal két üléselnököt és új pénztárost választ.

A tisztikar tehát a következő két évre így alakult: *Bókay János* elnök; *Hutyra Ferencz* alelnök; *Horváth Ákos* és *Sarbo Artur* üléselnökök; *Johan Béla* főtitkár; *Henszelmann Aladár* titkár; *Lehoczky-Semmelweis Kálmán* és *Fekete Sándor* ülésjegyzők; *Temesváry Rezső* főkönyvtáros; *Balogh Ernő* könyvtáros; *Windisch Ödön* pénztáros; *Győry Tibor* háznagy.

6. 39 új tagot egyhangúlag felvesznek az egyesület kebelébe.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**F. Munk: Grundriss der gesamten Röntgendiagnostik innerer Krankheiten.** 2. Auflage. Leipzig, G. Thieme.

A háború kitörésének évében jelent meg ez a munka első kiadásában s azt a célt tűzte ki magának, hogy a bel-orvostani Röntgen-diagnostikát egyszerűen, mindenki által könnyen megérthetően, lehetőleg sok tanulságos ábra kíséretében ismertesse és hogy ezzel hozzájáruljon e fontos diagnostikai eljárásnak közkinccsé válásához. E szempontok vezették a szerzőt most is, a mikor lehetővé vált, hogy a már évek óta elfogyott kiadást újjal pótolja. Alig szükséges említeni, hogy a rohamosan fejlődő Röntgen-diagnostika újabb vívmányai kellő méltatásban részesülnek az új kiadásban, a melyre szívesen hívjuk fel olvasóink figyelmét, mint nagy gyakorlati érzékkel összeállított, nagyon hasznos, a mindennapi gyakorlat számára való munkára. Ára 60 márka.

**H. E. Schmidt: Kompendium der Lichtbehandlung.**

Dritte Auflage. Leipzig, G. Thieme. Ára 21 márka.

A ma már szinte túlbujánzásnak indult irodalma a fénykezelésnek *Schmidt*-ben egyik úttörőjét tiszteli. Kéi kiadásban megjelent munkája nagyban hozzájárult ahhoz, hogy ez a kezelésmód sok alfajával ma az érdeklődés gyújtópontjában áll. Hálás munkát végzett *O. Strauss*, a berlini „Kaiser Wilhelms-Akademie“ Röntgen-osztályának vezetője azzal, hogy a néhány év előtt elhalt szerző munkáját újból sajtó alá rendezte, némi módosítással, de a szerző intenciójának megtartásával, úgy hogy a kis, 114 oldalra terjedő munka most is egyike a legjobboknak e téren.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

A gyuladósos folyamatok gyógyításáról phenylcholinlincarbonsavval ír *Mendel* a berlini egyetem III. belklinikáján végzett kísérletei és klinikai vizsgálatni alapján. Állatkísérletek kimutatván az atophannak károsító hatását a leukocytákra és ez úton befolyását a gyuladás gátlása tekintetében: hozzáfogott az atophan használatához különböző gyuladósos bajokban, annival is inkább, mert a heveny köszvény eseteiben elért kedvező eredmények is elméleti megfontolások és részben kísérletes vizsgálatok alapján nem a hűgysavra gyakorolt hatással, hanem a szernek gyuladás- és fájdalomellenes hatásával magyarázhatók. Tekintettel azonban arra, hogy az ato-

phant sok beteg nem tűri az íze, továbbá a gyomorra és bélre gyakorolt károsító hatása miatt: valamilyen intravenásan befecskendezhető készítményre gondolt, annál is inkább, mert intravenás befecskendezéssel jutna legtöbb hatóanyag a hyperaemiás gyuladós helyre. Ilyen készítmény a hexamethylen-tetramin segítségével oldott phenylchinolincarbonsav, a mely 0.5 gramm hatóanyagot tartalmazó 5 cm<sup>3</sup>-es ampullákban kerül forgalomba, még pedig a leukocytákat elhárító hatása miatt *leukotropin* néven. Állatkísérletek bebizonyítván intravenás befecskendezésének teljesen ártalmatlan voltát, először bőrgyulladás eseteiben tett vele kísérleteket. Makacs, minden más kezeléssel dacolt nedvező ekzema több esetében néhány befecskendezésre gyógyulás állott be. A továbbiakban más heveny lobos betegségekben is befecskendezte a szert (izületi gyulladás, bronchitis, mastitis) feltűnő jó eredménnyel. Végül a szerző párhuzamot von eljárása és a Bier-pangás között és azt hiszi, hogy mindkettőben az eredmény a gyuladós reactio gyengülése vagy gátlása folytán áll be a leukocytákra gyakorolt hatás miatt; a leukotropin azonban annyiban előnyösebb, mert egyúttal fájdalomcsillapító hatása is. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1922, 25. sz.)

**A rheumatismus és a pajzsmirigy közötti összefüggésre** hívja fel a figyelmet *Sergent*. Szerinte az izületi csúsz legtöbb esetében többé-kevésbé fájdalmas és vagy gyorsan múló, néha azonban hosszabb ideig tartó megnagyobbodása a pajzsmirigynek mutatható ki. E megnagyobbodás hiányában a salicyltherapia hatástalan, hacsak thyreoidin adásával nem egyenlítjük ki ezt a pajzsmirigyelégtelenséget. Idősültté akkor válik az izületi csúsz, ha a pajzsmirigy működés-zavarának egyéb jelei is megvannak. (Ref. Deutsche mediz. Wochenschr., 1922, 23. sz., 786. 1.)

### Sebészet.

**Furunculusok** kezelésére *Kritzler* a carbollal való étetést ajánlja a következő módon: meghegyezett fadarabkát (gyufaszálat) a hegyezett részén vékony réteg vattával szorosan körülcavarunk, bemártjuk tömény carbolba s ráhelyezzük a furunculus csapjára; jelentéktelen égető érzés után érzéstelenség áll be s a pálczika enyhe nyomás mellett szinte magától sülyed mind mélyebbre; ha fájdalomról panaszkodik a beteg, egy pillanatra beszüntetjük az enyhe nyomást, a míg az érzékeny hely érzéstelenné lett s azután folytatjuk az edzést, esetleg újabb pálczikával. Nyomásra még jelentkező fájdalom azt mutatja, hogy a csap még nem pusztult el teljesen; ilyenkor szondával megkeressük a még érzékeny részt és ebben az irányban étetünk újból; fedés kenőcsös lebeny-nyel és ennek rögzítése ragtapaszcsikkokkal fejezi be az eljárást, a melynek nagy előnye, hogy alig okoz fájdalmat, késtől irtózőkon (főleg gyermekeken) könnyen alkalmazható, nem nyit utat a fertőző anyag tovahaladásának és kevés kötőanyagot igényel. Egyébként a szerző újlag felhívja a figyelmet a 15—20%-os salicylcolloidumra is, a melylyel kezdődő furunculusok abortív gyógyítása nagyon sokszor sikerül. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 26. szám.)

### Gyermekorvostan.

**Erythema annulare** néven egy új, állítólag *endocarditisre* jellemző exanthemát ír le *Lehndorf* és *Leiner*. Ez az exanthema, függetlenül a betegség súlyosságától, a kortól, nemtől, rendszerint a betegség kissé előrehaladottabb szakában jelentkezik, főképpen a törzsön (has és mellkas bőre), rikán a czomb belső felén, sohasem az arczon és a nyálkahártyákon. Az első efflorescentiák 1—3 mm. széles, rózsaszínű vagy halványlila, legfeljebb fillér nagyságú gyűrűk. Az exanthema nagysága óráról-órára változik, akár ötkoronányi nagyságig. A kiütés a bőr niveaujából nem emelkedik ki, eltűnése után sem hámlás, sem pigmentatio nem marad vissza. Az exanthema néha napokig tart, néha csak órákig, hogy 1—2 nap múlva újra megjelenjék. A felsoroltak alapján az erythema annulare elég jól elkülöníthető más hasonló exanthemától (*cutis marmorata*, *erythema urticatum*, *erythema infectiosum*, *urticaria annularis*, *gyógyszerexanthema*). Állítólag

annyira jellemző, hogy a jelenlétéből egyedül is már acut rheumás endocarditisre lehet következtetni. A vérből és exanthemából végzett bacteriologiai vizsgálatok nem jártak eredménnyel, s ezért ezidőszert nem dönthető meg el, vajjon toxikus, vagy bacteriumos eredetű-e az exanthema. Szövetani vizsgálatok még nem történtek. A szerzők nagyon sikerült színes ábrán mutatják be az erythema annulare képét. (Zeitschrift f. Kinderheilkunde, 32. kötet, 1—2. füzet.)

Rohrböck Ferencz dr.

### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**Oxyuriasis** eseteiben *W. T. Schmidt* gelonida aluminii subaceticit ad, még pedig három napon át naponként 3-szor egy-egy tablettát, utána három napig szünetet tart és így tovább. Az 1., 7. és 13. napon calomelt vétet be. Azokon a napokon, a melyeken a beteg szedi a szert, a lefekvés előtt térdkönyök helyzetben 1 liter 20° C hőmérsékű vízzel beöntést végeztet és utána szürke kenőccsel bekeneti a végbél táját. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 11. szám.)

**Actinomycosis** ellen *Baracz* a réz-sulfatot ajánlja. Minden hozzáférhető fistula és tályog kikaparása, illetőleg felmetszése és megtisztogatása után 1/2—1%-os réz-sulfat-oldatból 3—5 cm<sup>3</sup>-t fecskendez be a beszűrődött szövetbe az actinomyces előlése és a beszűrődés meglágyítása céljából; azután jódossa a fistulákat és tályogüregeket és réz-sulfat-oldatba mártott gaze-zel tamponálja őket; a mikor pedig a folyamat már visszafejlődőben van, a még beteg szövetet erősen lapiszozza. (Zentralblatt für Chirurgie, 1922, 18. sz.)

### Vegyes hírek.

**A magyar orvosok és természetvizsgálók Keszthelyen tartandó 38. vándorgyűlésén** a Chyzer-előadást *Ilosvay Lajos* nyug. államtitkár tartja „A nagy tömegek élelmezéséről” címmel; a Bené-Bugát-előadás tartója *Heim Pál* tanár („Gyermekevelési problémák a gyermekvédelemben”), a Kovács József-előadásé pedig *Lenhossék Mihály* tanár („Az emberi test alkotásának törvényszerűségei”). Előadásra vannak kitűzve a következő főtárgyak: „A radioaktivitás jelenségei természettudományi és orvosi szempontból” (az orvosi rész előadója *Kelen Béla* dr.); „Az örökléstan alapelvei és az öröklés szabályai” (előadó *Gorka Sándor* dr.); „A belső elválasztás jelenségei” (előadók báró *Korányi Sándor* és *Farkas Géza* egyetemi tanárok). A vándorgyűlés szeptember 3.-ától 6.-áig tart; tagja lehet mindenki, a ki az orvos-, természet- és társadalomtudományokat műveli vagy kedveli, ha a 200 koronában megállapított tagdíjat lefizeti. A tagok megkapják a „Munkálatok”-at és a kiosztásra kerülő más nyomtatványokat, továbbá az elszállásolás (esetleg a mérsékelt árú utazás) és a kirándulások kedvezményében részesülnek. Előadások még bejelenthetők (orvosiak *Dollinger Gyula* egyetemi tanárnak, szakosztályi ügyvezető elnöknek, VIII. ker., Rákóczi-út 52). A tagdíjat a vándorgyűlés pénztárnokának (*Csiki Ernő* nemzeti múzeumi osztály-igazgató, Nemzeti Múzeum, Állattár) legkésőbb augusztus 30.-áig kell beküldeni. Egyébként minden iránt, a mi a vándorgyűlésre vonatkozik, a központi választmány titkáránál (*Gorka Sándor* dr. Budapest, VIII. Eszterházy-utca 16). továbbá a helyi bizottság elnökségénél (*Lovassy Sándor* dr. gazdasági főtanácsos, Keszthely) lehet tudakozódni.

**A kórházügy Berlinben** válságos helyzetben van. Míg régebben egy modern kórház építése ágyankint 9000 márkába került, jelenleg ágyanként 270,000 márkába kerülne; ennél fogva új kórházak létesítésére gondolni sem lehet. Régebben minden ágyra 3 1/2 fehéremü-garnitúrát (lepedő, vánkoshuzat stb.) számitottak, jelenleg azonban 1 teljes garnitúra sem jut egy ágyra. 1913-ban egy beteg ellátása 5 márkába került, jelenleg 100 márkába kerül. Legnagyobb mértékben a személyzeti kiadások emelkedtek, 36.5-szeresre; a betegek élelmezésére fordított összeg ellenben csak 6.5-szöröse a réginek. Tehát a betegek táplálásán próbáltak takarékoskodni, a mint ez kitűnik a következő adatokból: 1913-ban egy-egy beteg hetenkint 2500 gramm húst kapott az 1921. évi 600 grammal szemben; 1913-ban az egyéneknél zsírfogyasztás heti 500 gramm volt, most 230 gramm; kenyérből 1913-ban hetenkint egy-egy személyre 5000 gramm esett, jelenleg esik 2250 gramm; a hús-, zsír- és kenyér-minust burgonyával próbálják pótolni.

**Meghalt.** *F. Hofmeister* tanár, a physiologiai chemia volt tanára Strassburgban, 72 éves korában.

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

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



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

**Pöstyén**

**ISTVÁNÚTI 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 idegkörtani klinika v. l. tanár-segédje. — **Belgyógyászat.** — **Sebészet.** — **Nőgyógyászat.**

**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. 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 Hill  
Paula, Dr. Mandler Ottó.

**ZANDER-Üdítő  
SOVÁNYÍTÁS**

a Dr. Reich-féle  
ZANDER-gyógyin-  
tézetben, IV., Sem-  
melweis-u. 2, 1. e.

**PÁLYÁZATOK.**

177/1922. szám.

A csanádvármegyei Szent-István-kórház belgyógyászati osztályán lemondás folytán megüresedett **alorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalma a X. fizetési osztálynak megfelelő évi 2000 korona fizetés, az ez után illetékes évi 1000 korona ideiglenes pótlék, évi 1700 korona háborús segély, havi 375 korona drágasági segély, havi 750 korona rendkívüli ideiglenes segély és havi 1200 korona átmeneti segély, kizárólag a saját személyére egy szobából álló lakás, fűtés, világítás és I. osztályú étkezés.

A kinevezés egy évre szóló, a mely egy évvel meghosszabbítható, magánygyakorlat folytatása nincsen megengedve. Röntgen- és laboratoriumi vizsgálatban jártasak előnyben részesülnek.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Csanádvármegye főispánjához czimezve a fenti kórház igazgatóságához folyó évi **augusztus 31.-éig** adják be, mert a később érkezőket nem fogom figyelembe venni.

A kinevezett köteles állását azonnal elfoglalni.

**M a k ó**, 1922. évi augusztus 12.-én.

*Diósszilágyi dr., h. kórh. igazgató-főorvos.*

2325/1922. szám.

Arad vármegye eleki járásában lemondás folytán megüresedett **nagykamarási körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az orvosi körhöz két község tartozik, úgymint Nagykamarás és Almáskamarás. A két község mintegy 2 kilométernyire fekszik egymástól. Egyik községből a másikba jó műút vezet. Az állás javadalma: évi 1600 korona törzsfizetés, évi 400 korona lakbér, az államtól járó háborús, drágasági stb. segélyek és a megállapított látogatási díjak.

Felhívom a pályázni szándékozó orvostudorokat, hogy képesítésüket, eddigi működésüket, valamint erkölcsi és politikai megbízhatóságukat igazoló bizonyítványukkal, születési anyakönyvi kivonattal felszerelt kérvényüket hozzám **1922. évi augusztus hó 26.-áig** annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választás napját később fogom kitűzni.

**E l e k**, 1922 augusztus hó 11.

*Kőrösy Sándor dr. s. k., h. főszolgabíró.*

375/1922. ikt. sz.

A József kir. herceg Sanatorium-Egyesület gyulai József-Sanatoriuma női osztályán megüresedett **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek.

Felkérem a pályázni kívánó orvoshölgyeket és esetleg orvos urakat, sziveskedjenek kellően felszerelt kérvényeiket (oklevél, működési bizonyítvány, eddigi netaláni alkalmaztatásukra vonatkozó bizonyítvány stb.) *Lukács György dr. v. b. t. t. nemzetgyűlési képviselő, egyesületi elnök úr* öccsellentársához intézve hozzám (czím: Gyula, József-Sanatorium, Békés megye) folyó évi **augusztus 29.-éig** beküldeni, mivel a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogjuk.

Javadalmazás: havi 900 korona fizetés — esetleges emelés tárgyalás alatt — s első osztályú teljes ellátás. A lakás áll egy szobából és fürdőszobából.

**G y u l a**, 1922 augusztus 9.-én.

*Gáli Géza dr., igazgató-főorvos.*

A vezetésem alatt álló alapítványi közkórháznál lemondás folytán megüresedett **2 (kettő) segédorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A segédorvos javadalmazása évi 2000 korona törzsfizetés, 1700 korona háborús segély, 4500 korona drágasági pótlék, 8050 korona rendkívüli segély és a mindenkoron engedélyezett átmeneti segély, ezenfelül lakás, fűtés, világítás és ételmezés.

A kinevezés egy évre szól. Távozás 4 héttel előbb bejelentendő. Más pályázók hiányában szigorló orvosok is választhatók, ha legalább 2 gyakorlati szigorlatuk van.

Kellőleg okmányokkal felszerelt pályázati kérvények hozzám, mint a kórház igazgató-főorvosához, **1922 szeptember 10.-én déli 12 óráig** adandók be.

Elkésve érkezett kérvények figyelembe nem vétetnek.

Az állások a választás megejtése után azonnal elfoglalandók.

**G y ö n g y ö s**, 1922 augusztus 12.-én.

*Frindt dr., igazgató-főorvos.*

780/1922. ikt. sz.

A vezetésem alatt álló vármegyei Szent György-kórház a rendszerezített orvosi állásokon kívül **kisegítő orvosokat** is alkalmaz a **sebészeti, szülészeti és belgyógyászati osztályokon.**

Ezen orvosi állásokra úgy gyakorló éves, mint szigorló orvosok, esetleg orvostanhallgatók is pályázhatnak.

Javadalmazás: teljes ellátás (lakás, fűtés, világítás, mosás, ételmezés) és egy évről megfelelő 3000 korona tiszteletdíj.

A jelzett osztályokon eltöltött idő az egyévi kórházi kötelező gyakorlatba beszámíttatik.

A mellékletekkel felszerelt pályázati kérvények a kórház igazgatóságához nyújtandók be annak jelzésével, hogy a kérvényező melyik osztályra pályázik.

**S z é k e s f e h é r v á r o t t**, 1922 augusztus 10.

*Berzsenyi dr., igazgató-főorvos.*

6673/1922.

A lipótmezei m. kir. áll. elmegyógyintézetben egy **másodorvosi állás** üresedett meg a X. rangosztály illetményeivel és teljes ellátással. Kérvények **1922 szeptember 2.-áig** nyújtandók be nálam.

**B u d a p e s t**, 1922 augusztus 8.

*Oláh dr., minist. tanácsos, igazgató.*

**P e s t m e l l e t t i o r v o s i p r a x i s o m a t á t a d o m .**

Czím megíndható: **Petőfi Irodalmi Vállalat, Budapest, VII., Kertész-utca 16.**

**KOSMOS** VEGYÉSZETI ÉS GYÓGYSZERÉSZETI  
TERMEKEK GYÁRA RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

KISPEST, DUGONITS-UTCA 9.

Telefon: Budapest József 53—10.

Sürgőnyezim: KOSMOS KISPEST.

**Organotherápiás gyógyszerek:**

Fehérje- és toxinmentes állapotban, belső kezelésre  
tablettánként, injectiós kezelésre kivonatok alakjában.

Belső kezelésre:

**Tabl. Ovarii constans** összetételű ovarium-készítmény, klimakteriumos zavarok, amenorrhoea, dysmenorrhoea, chlorosis etc. kezelésére, valamint ovarektomiák után jelentkező kiesési tünetek ellen.

**Tabl. Thyreoideae** myxoedema, struma, kretinismus, obesitas, arteriosclerosis, marasmus etc. ellen.

**Tabl. Hypophysis cerebri** rachitis, dystrophia adiposo-genitalis etc. eseteiben.

**Tabl. Testiculii** sexualis infantilismus, eunuchoidismus, impotentia és sexualis gyengeség, neurasthenia, hypochondria, prostatitis, asthma sexuelle, klimakterium virile etc. ellen.

**Tabl. Pankreatini** a gyomor-bélrendszer zavarainál, diabetes, morbus Basedowii, icterus, anaemia perniciosa etc. eseteiben.

Injectiós kezelésre:

**Adrenalin** tartós, izgalmi tünetek nélkül ható, sósavas sója a mellékvese kristályos hatóanyagának physiologiás konyhasó-oldatban. Tartósan, változás nélkül hatékony, forralás által sterilizhető.

**Adrocaïn** nem mérgező, nem izgató, biztos hatású, sterilizhető helyi érzéstelenítő.

**Injectiones Ovarii.**

**Injectiones Testiculii.**

**Injectiones Thyreoideae.**

**Injectiones HYPOGLANDINI**

Physiologikusan titrált, prompte ható, állandó összetételű kivonat a glandula pituitaria infundibularis részéből.

**Kiválóan alkalmas:** A szülés bevezetésére és elősegítésére, post partum és post abortum vérzéseknél, myoma-vérzéseknél, metrorrhagiánál, ischuria paradoxánál, osteomalaciánál. Kítűnő szivtonicum collapsusnál és toxikus vernyomás-csökkenésnél, valamint operatiók után.

**Használat:** Napi adag subcutan és intramuscularisan 0.5—1.0 ccm. háromszor napjában, intravenásan 0.5 ccm.



# 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.

- Ifj. Matusovszky András:** Közlemény a budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi ny. r. tanár.) A női pyelitisek kezeléséről neosalvarsannal. 337. oldal.
- Eisenmann Oszkár:** Közlemény a székesfevárosi Szent István-kórház idegosztályából. (Főorvos: Sarbó Artur dr., egyetemi tanár.) Tabes dorsalis hemiplegiával és központi dűzttünetekkel. 339. oldal.
- Bochkor Ádám:** Közlemény a budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem törvényszéki orvostani intézetéből. Az arteria vertebralis elvérzéssel járt szűrési sérülések esete. 341. oldal.

- Budapesti Kir. Orvosegyesület.** (XVII. rendes tudományos ülés 1922 június 3.-án. 342. oldal.)
- Irodalom-szemle.** Könyvismertetés. *H. Schmidt:* Zur Biologie der Lipide. — *Új könyvek.* — *Lapszemle.* *Belorvostan.* Jansen és Näher: A Pregl-féle jódoldat használatáról a belorvostanban. — *Sebészet.* Küttner: A sarkoma kezeléséről. — *Ideg- és elmekór-tan.* Rüdín: A terheltségi momentumok. — *Szülészeti és nőorvostan.* Fervers: Hypophysiskivonat befeccskendezése ileusnál és laparotomiák után. — Bóduletban leírt szülés 65 esete. — *Gyermekorvostan.* H. Heimann: Pneumococcus-peritonitis a csecsemő- és gyermekkorban. — *Veneréus betegségek.* H. Müller: A syphillisenek bismuth-tal való kezeléséről. — *Kisebb közlések az orvostudományról.* 343–345. oldal.
- Vegyes hírek.** 345. oldal.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK

**Közlemény a budapesti kir. magy. Pázmány Péter tudományegyetem I. sz. női klinikájáról.** (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi ny. r. tanár.)

## A női pyelitisek kezeléséről neosalvarsannal.

Irta: ifj. Matusovszky András dr.

Ami nagyszámú tanulmány mellett, a mely a nők terhességi pyelitisének ma már alapos ismeretére vezetett, méltán feltűnik, hogy a nőkben más alkalmakkor beálló vesemedencze-genyedésekkel aránylag ritkán foglalkoztak, holott tudjuk, hogy gyakran fordulnak elő. A párhuzamos tanulmányozásra pedig igen nagy szükség volna a nő kétféle állapotában észlelt pyelitisnek szoros kapcsolata miatt. Így pl. a kezelés és a prognózis szempontjából jó tudni azt, hogy az illető nőn megállapított vesemedencze-genyedés nem egy előző terhes állapot pyelitisének maradványa-e, a gyermekágyi láz prophylaxisának szempontjából pedig igen fontos lépés annak a felismerése, hogy a pyelitis gravidarum tulajdonképpen nem is önálló fertőzés, hanem egy régen fennálló, de nem kezelt vesemedencze-genyedésnek avagy egy szunyadó infekciónak a lángalobbanása (*Kermauner*<sup>1</sup>). A női pyelitisek ritkább felismerésének okát legfőképpen a betegség megjelenési formájában kell keresnünk, amennyiben tüneteiket illetőleg, különösen a hevenyek, sok más betegséghez hasonlíthatnak s így sokszor téves diagnózisra vezethetnek, de a chronicussá vált vesemedencze-genyedések is rejtve maradhatnak, mivel az általuk okozott panaszokat igen könnyen valamely éppen jelenlevő genitális elváltozásnak tulajdoníthatjuk. Ha ezek a betegek valamikor szakorvos vizsgálata alá kerülnek, ez csak ritkán gynaekologus is egyuttal, ilyenformán a pyelitisek legnagyobb része nem kerül nőorvos elé.

A nem terhes nők pyelitisének gyakoriságáról pontos számadataink nincsenek. Azt tudjuk azonban, hogy a férfiakhoz viszonyítva túlnyomó számmal fordulnak elő. Így felnőtteken *Lenhartz*<sup>2</sup> 90%-ot, *Lindemann*<sup>3</sup> 64.5%-ot, gyermekeken *Meyer*<sup>4</sup> 70%-ot, *Kassel*<sup>5</sup> 90%-ot a női nemből talált. A nőbetegségek közti gyakoriságát illetőleg a rendelkezésre álló irodalomban nem találván adatokat, klinikánk járóbeteg-rendelését az 1920 április 15.-től 1922 április 14.-ig lefolyt két esztendő alatt felkereső 20.567 beteget vettük vizsgálat alá a köztük előforduló húgyrendszeri megbetegedések szempontjából s azt találtuk, hogy a terhességgel és szövődményeivel jelentkezők levonása után fennmaradó 13.283 beteg közül a hólyag csapolt vizeletének vizsgálata alapján 805-ön volt a húgyutak genyes elváltozása megállapítható, a mi a nőbetegek 6.06%-át teszi ki. E szám megközelítőleg hű képét adja a húgyutak valóban előforduló infekciónak. Mi tudniillik mindazon asszonyok vizeletét megvizsgáltuk, a kik bármily csekélyfokú vizeleti rendellenességről panaszokdtek, vagy a bimanualis

vizsgálat összefüggést állapított meg a genitális betegsége s a hólyag között, végül, ha a genitális lelete a panaszokat nem magyarázta, a húgyrendszerben kutattuk tovább ezeknek az okát.

Ezen pyuriákat, ha heveny tüneteket láttunk, csupán a szokásos diéta, gyógyszeres, ivó- s fürdőkúrákkal próbáltuk befolyásolni s csak e tünetek lezajlása után kezeltük a jelentkezőket lokálisan is. Az elég nagyszámú s pontosan megfigyelt cystitis kezelése nyomán azt tapasztaltuk, hogy egyes, ritkábban észlelt makacsabb eseteket vagy az asszony hibájából recidiváltakat leszámítva, a legtöbb hólyaghurut néhány heti helyi kezelésre, vagy már az említett therapiás módszerekre gyógyult. Ha javulást nem láttunk, ennek az okát a cystitist fenntartó, valamely más elváltozásban leltük meg, tehát a cystitis csak másodlagos folyamat volt. *Hartmann*<sup>6</sup> e tekintetben 3 hetet jelöl meg időtartamul, mely alatt megfelelő kezelés mellett teljesen meggyógyul az elsődleges cystitis; ellenkező esetben, ha hólyagkő, hólyagfistula, vagy gümőkóros hólyag-elváltozás kizárható, a uropoëticus systema valamely magasabban fekvő affectiójában látja a folyamat okát. *Rovsing*<sup>7</sup> 20%-os lapis-oldatot ajánlt a cystitis gyógyítására, szerinte ennek hatása oly biztos, hogy a 2–3 ilyen befeccskendésre nem gyógyuló cystitist már valamely szövődményben keresendő a baj forrása. Klinikánkon a lokális kezelés enyhe desinficienssel (1%/<sub>00</sub> kal. hypermang.) való öblítésből, később 1%/<sub>00</sub>-es lapis-oldattal való instillatióból állott, a melynek eredménytelensége esetén igénybe vettük a cystoskopot a baj forrásának kikutatására s így megállapítottuk, hogy a környezetnek már klinikailag megállapított gyuladásain, cystokelen, stb. kívül kő, daganat, diverticulum, főleg pedig a magasabb húgyutak genyedeése volt legfőbbbször e makacs hólyaghurutok és pyuriák fenntartója, a mennyiben 32 pyelitist és 8 pyonephrosist fedeztünk fel nőbetegeink között a cystoskopia s a vele kapcsolatos ureterkatheterismus segítségével. E szerint az összes pyuriák 50%-a a magasabb húgyutakból vette az eredetét.

Az idült pyelitisek gyógyítása céljából az idők folyamán a legkülönbözőbb therapiás módszerekkel próbálkoztak meg. A legkönnyebben kivihető az egyidejű diéta, ivó-, fürdő- és gyógyszeres kezelés, mely nem súlyos esetekben már gyógyulást hozhat. Az ily módon nem befolyásolható pyelitisek kezelésére még a nagy gyakorlatban is alkalmazhatjuk a *Wright* kezdeményezte vaccina-therapiát, vagy a *Casper* által 1895-ben bevezetett vesemedencze-mosásokat. A gyakorló orvos számára azonban már teljesen hozzáférhetetlen a súlyosabb genyedés esetében alkalmazni szokott pyelotomia, még inkább a *Lichtenberg*<sup>8</sup> ajánlotta decapsulatio, mely utóbbi eljárással a szerző az infectio forrásainak elzárása céljából a bélből a vesébe vezető nyirokutak elroncsolását óhajtotta elérni. Legegyszerűbb volna úgy a lokálisan még nem kezelhető heveny, mint az idült formáknál oly gyógyszer alkalmazása, melynek a húgyutakban kifejtett desinficiens hatására alapíthatnánk a thera-

piánkat. Ilyen szereket már régebb idő óta ismerünk; közülük mint leghatásosabb, egyúttal azonban a szervezetre legártalmatlanabb a hexamethylentetramin örvend a legnagyobb elterjedtségnek. *Trendelenburg*<sup>9</sup> legújabb vizsgálatai szerint (1919) e gyógyszer használhatósága a belőle csupán savanyuan reagáló vizeletben lehasadó formaldehydnek a húgyutakra gyakorolt antisepticus hatásában keresendő. Minthogy azonban sem e szer belső adagolásával, sem pedig az urotropin 40%-os oldatának vagy más szernek intravenás befecskendezésével átmeneti javuláson kívül biztos és tartós eredmény nem érhető el, *Grosz*<sup>10</sup> oly gyógyszer után kutatótt, a melyet ha a véráram útján juttatunk a szervezetre, a belőle lehasadó formaldehyd segítségével meg is gyógyíthatjuk a folyamatot. Kísérletei alapján ő e célra a neosalvarsant ajánlotta s 30 cystopyelitist kezelvén ily módon, megállapította, hogy a *bact. coli* által létrehozott, valamint a diverticulumok, gümőkóros folyamatok és kő által fenntartott pyelitisek kivételével a többiek, különösen a gonorrhoeás eredetűek igen jól gyógyultak (2 héttől 2 hónapig tartó idő alatt) neosalvarsannak 3—4 intravenás befecskendezésére. Végeredményben kezelésével 80% gyógyulást ért el.

A neosalvarsant *Grosz* előtt már *Janet*<sup>11</sup> és *Levy-Bing*<sup>12</sup> is sikerrel alkalmazta a cervix- és húgycső-gonorrhoea kezelésére 2%-os vizes oldatban; 8 nap alatt gonococcusmentességet értek el. *Stühmer*<sup>13</sup> és *Heuck*<sup>14</sup> az intravenás befecskendezésnek a húgycső gonorrhoeára gyakorolt gyógyító hatását észlelte, *Porges*<sup>15</sup> pedig egy tabeszes betegén az évek óta fennálló cystitis miatt zavaros vizelet meglepő gyors tisztulását látta. *Grosz* közlése után többen kipróbálták a neosalvarsan gyógyító hatását pyelitis eseteiben, de változó eredménnyel. *Sachs*<sup>16</sup> 16 különböző eredetű, nagyoobrszt idült cystopyelitis közül már csak 31%-ban látott pozitív eredményt, amennyiben 11 sikertelen kezelés mellett 2 javulást és 3 gyógyulást ért el. *Nathan* és *Reinecke*<sup>17</sup> a Herxheimer-klinikán szintén kipróbálta a neosalvarsant septicus tünetekkel járó acut pyelitis eseteiben, a melyek különösen gyakoriak gonorrhoeával kapcsolatban. A betegség felismerése után azonnal kezelve a beteget 3—4 naponként 0.15 gr. neosalvarsannal intravenásan, azok 1—3 nap múlva már jól érezték magukat, fájdalmaik lassankint elmúltak, a lázuk leszállt, a vizeletük olykor gyorsan feltisztult, de legtöbbször még nem lett gyentessé, mivel a cystitis még tovább is fennmaradt. A betegség lefolyása 10—14 naptól 2 hónapig is eltartott, recidívát azonban nem kaptak.

*Kall*<sup>18</sup> is alkalmazta heveny folyamatok ellen a neosalvarsant s többször látta, hogy már az első injectióra a geny mennyiségének apadása következtében feltisztult a vizelet, a második után pedig már egészen tiszta volt a vizelet. A láz csökkenése igen feltűnő volt s legtöbbször gyorsan következett be. Különösen jó hatást ért el collum-cystitis és terminalis haematuria eseteiben, amennyiben már az első éjszaka megszűnt a vérzés s a kínzó vizelésinger, annak ellenére, hogy azelőtt naponként kezelték hiába. Recidívát láttak ugyan, de néhány injectióra feltisztult a vizelet. Kevés esetben volt sikertelen a kezelés. Szerinte úgy heveny, mint idült vesemedencze- és hólyaggyulladás eseteiben, akár *coli*, akár *staphylococcus* vagy *gonococcus* idézte elő, e kezelés indokolt; láz vagy acut tünetek nem ellenjavallják.

Minthogy a neosalvarsan alkalmazásától a nevezett szerzők nemcsak a heveny, hanem az idült láztalan folyamatoknál is jó eredményeket láttak, mi is kipróbáltuk a szer hatását ambulansan kezelt betegeinken. Ámbár *Grosz* főleg a gonorrhoeás eredetű pyelitisek ellen ajánlotta a szer, az ilyen irányú kiválgatás nem vihető ki, a mennyiben a magasabb húgyutakba felszálló gonorrhoeás infectio a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Így például *Bumm*<sup>19</sup> egy valódi gonorrhoeás pyelitist sem látott és *Stöckel*<sup>20</sup> véleménye szerint a specifikus gonorrhoeás cystitis is rendkívül ritka s nagyobb anyagon sem tudta megállapítani az urethra-gonorrhoea spontán ascensióját a magasabb húgyutakba. A vizeletben is igen ritkán találtak gonococcusokat, így *Rovsing*<sup>21</sup> 76 eset közül 5-ben, *Ráskai*<sup>22</sup> 61 közül egyben sem, *Suter*<sup>23</sup> 205 közül

8-ban, *Tanaka*<sup>24</sup> 50 közül 5-ben, *Schwarzwald*<sup>25</sup> pedig a felső húgyutak genyedésének 200 esete közül csak 4-ben. Tehát szörványosan mégis észlelték pyelitiseket biztosan megállapított gonorrhoeás fertőzéssel, a mint azt *Casper*,<sup>26</sup> *Unterberg* és *Sellei*,<sup>27</sup> *Feleki*<sup>28</sup> és *Illés*<sup>29</sup> közleményeiből is tudjuk. Ez alapon a gonorrhoea után fejlődött pyelitist nem gonorrhoeás, hanem vegyes fertőzésnek vehetjük, a melynek létrejöttében azonban a gonorrhoeás infectiónak nagy szerepet kell tulajdonítanunk, mert ennek behatására úgy látszik különösen alkalmassá válik a talaj a vegyes infectiók számára.

A kezelés alá vett 17 különböző idült kóralaknak a leírását röviden itt adjuk:

1. 42 éves IX.-P. Havibaj alatt erős hólyagfájdalmak. *Diagnosis*: Desc. vag. Cystitis. 2 havi kezelés után 1920 május 27.-én ureterkatheterismus. *Diagnosis*: Pyelitis l. u. (diplococcus). A vesefunctio jó. Vesemedencze-mosásokra nem gyógyul. Szeptember 30.-ától 4-szer 0.30 neosalvarsan. November 4.-én gyentessé lett a vizelet. Gyógyult. (3/1910. urol. naplósám.)

2. 28 éves II.-P. 3 hó óta vizeleti panaszok. 4 heti kezelés után május 17.-én ureterkatheterismus. *Diagnosis*: Pyelitis l. u. (diplococcus). A vesefunctio jó. *Therapia*: vesemedencze-mosások, minthogy azonban erre nem gyógyul, október 19.-étől 3-szor 0.15 neosalvarsan. November 20.-án a vesékből felfogott vizelet gyentessé lett; a hólyag hurutja csak két hónap múlva gyógyult. (15/1920. urol. naplósám.)

3. 32 éves V.-P. 2 hét óta vizeleti panaszok. Cystitis. 2 hónapi kezelés után 1921 június 8.-án ureterkatheterismus. *Diagnosis*: Pyelitis l. u. (staphylococcus). Cystitis ulcerosa verosim. tuberc. A vesefunctio jó. 3 × 0.30 neosalvarsanra és vesemedencze-mosásokra javult a folyamat, de a jobb oldali pyelitis gyógyulása után a baloldali vese vizeletéből még mindig nem tűnő el a geny, 1922 április 1.-én újabb vizsgálatot végzünk, a melynek eredménye alapján a bal vesét extirpáltatjuk. A műtét a bal vesepapillák gümőkórját állapította meg. (57/1921. urol. naplósám.)

4. 35 éves IV.-P. Egy hó óta vizeleti panaszok. A tölcészerű hüvely végén zsugorodott portio (radium-hatás). Cystitis. (A II. sz. női klinika értesítése szerint 1917-ben 3 ízben kapott radium-besugárzást carc. port. inop. miatt.) 2 havi kezelés után szeptember 13.-án ureterkatheterismus. *Diagnosis*: Pyelitis l. u. (staphylococcus). A vesefunctio jó. Október 6.-ától 4-szer 0.30 neosalvarsan. November 7.-én pyelitis gyógyult. November 19.-én cystitis is. (186/1921. urol. naplósám.)

5. 33 éves II.-P. 3 hó óta vizeleti panaszok. *Diagnosis*: Endometritis chron. Cystitis. 4 heti kezelés után január 24.-én ureterkatheterismus. *Diagnosis*: Pyelitis l. d. A vesék épek. Január 30.-ától 4-szer 0.30 neosalvarsan. Február 14. A vesemedencze-genyedés gyógyult. Február 20. A cystitis is. (297/1921. urol. naplósám.)

6. 49 éves XIII.-P. Menopausa. Genit. sine morbo. 2 hete gyakori vizelet. Cystitis. 4 heti kezelés után ureterkatheterismus. *Diagnosis*: Pyelitis l. u. Január 12.-étől 4-szer 0.30 neosalvarsan. Január 27. Gyógyult. (286/1921. urol. naplósám.)

7. 29 éves O.-P. 2 hét óta vizeleti panaszok. Retrofl. uteri fixata. Kevés fluor. Cystitis. 4 heti kezelés után november 3.-án ureterkatheterismus. *Diagnosis*: Pyelitis l. u. November 20.-ától 4-szer 0.30 neosalvarsan. Deczember 1. gyógyult. (247/1921. urol. naplósám.)

8. 60 éves I.-P. Egy év óta vizeleti panaszok. Cystitis. 2 heti kezelés után szeptember 13.-án ureterkatheterismus. *Diagnosis*: Pyelitis l. u. A vesefunctio jó. Szeptember 19.-étől 3-szor 0.30 neosalvarsan. Október 4. A pyelitis gyógyult. November 24. Cystitis is. (270/1921. urol. naplósám.)

9. 41 éves O.-P. Egy év óta vizeleti panaszok és véres vizelet. Cystitis haemorrh. 2 heti kezelés után július 16.-án ureterkatheterismus. *Diagnosis*: Pyelitis l. u. (*bact. coli*). A vesefunctio jó. Elutazása miatt belső kezelés. Szeptember 12.-étől 4-szer 0.30 neosalvarsan, mire az igen zavaros vizelet feltisztult, a jobb oldali vese vizelete gyentessé válik, a baloldali üledékben sok kilúgozott vörösvértest s néhány fehérvérsejt. Javult. A kezeléstről elmaradt. (1921/192. urol. naplósám.)

10. 26 éves O.-P. 5 év előtt baloldali nephrektomia, azóta is vizeleti panaszok. Retroflexio uteri mob. A baloldali adnexamok lenőtek. Cystitis tuberculosa. A jobb oldali ureterkatheteren keresztül geny vizelet ürül. Július 7.-étől 4-szer 0.30 neosalvarsan. A geny nem tűnik el. (181/1921. urol. naplósám.)

11. 25 éves O.-P. Egy hét óta gyakori vizelet. Stenos. orif. uteri ext. Obstip. Dysmenorrhoea. Cystitis. 3 havi kezelés után május 7.-én ureterkatheterismus. *Diagnosis*: Pyelitis l. u. A vesefunctio jó. Vesemedencze-mosásokra nem javul, azért június 16.-ától 4-szer 0.30 neosalvarsan. Ezután is vesemedencze-mosások. Október 7.-én gyentessé lett a vizelet. (43/1921. urol. naplósám.)

12. 28 éves II.-P. 2 hét óta vizeleti panaszok. Bő fluor. Desc. vag. 2 havi kezelés után június 12.-én ureterkath. *Diagnosis*: pyelitis l. s. (*coli*). Vesefunctio jó. Június 30.-ától 4-szer 0.30 neosalvarsan. Július 26.-án: Pyelitis gyógyult, de cystitis csak a kolporrhaphia után mult el. (111/1920. U. n.-sz.)

13. 40 éves O.-P. 3 hónap óta fluor és vizeleti panaszok. 2 havi kezelés után ureterkath. Szeptember 28.-án: *Diagnosis*: Pyelitis l. u. (*coli*). Október 15.-étől 3-szor 0.30 neosalvarsan. Január 10.-én: Gyógyulása előtt távozott. (219/1920. U. n.-sz.)

14. 35 éves IV.-P. Egy év óta vizeleti panaszok. Cystitis, cystocele, desc. vag. 3 havi kezelés után február 13.-án ureterkath. *Diagnosis*:

Pyelitis I. s. Március 15.-étől 4-szer 0:30 neosalvarsan. Ezután néhány vesemedence-mosásra június 30.-ára pyelitise gyógyult, cystitise ellenben nem javulván, kolporrhaphiát ajánlottunk a cystokele megszüntetésére. (78/1921. U. n.-sz.)

15. 60 éves II.-P. Carc. port. inop. Radium-kezelés. Cystitis. Pyonephrosis I. s. 4-szer 0:30 neosalvarsan. Javulás nincs. (309/1922. U. n.-sz.)

16. 28 éves I.-P. Fluor. 3 nap óta vizelet panaszok. Cystitis. 6 heti kezelés után június 27.-én ureterkath. Diagnosis: Pyelitis I. d. (staphylococcus). Június 30.-ától 4-szer 0:30 neosalvarsan. November 20.-án: Néhány vesemedence-mosásra pyelitise gyógyult, cystitise továbbra is fennáll. (143/1921. U. n.-sz.)

17. 34 éves O.-P. Egy hónap óta vizelet panaszok. Cystitis. 3 heti kezelés után augusztus 29.-én ureterkath. Diagnosis: Pyelitis I. u. A vesék épek. Vesemedence-mosásokra nem javul. Október 5.-étől 3-szor 0:30 neosalvarsan, de a hónapokon keresztül végzett vesemedence-mosásokra sem gyógyult a pyelitis, mire a beteg hazautazott. (201/1920. U. n.-sz.)

Eredményeinket áttekintve, látjuk, hogy a 17 asszony közül 8-on értünk el gyógyulást, egynek az állapota javult, de a gyógyulását távozása miatt nem állapíthattuk meg, három esetben a folyamat javult, kettőben pedig eredménytelen volt a kezelés, úgyszintén azon háromban, a melyben szövödmények voltak, mint például vesegümőkór és pyonephrosis. Ezek szerint a neosalvarsan hatásának tulajdonítható gyógyulást csupán 6 esetben értünk el, mert két asszonyon az injectiókat megelőzően végzett vesemedence-mosásokkal részben javult pyelitist gyógyítottunk meg; 3-ban annyira a javulás útjára tereltük a folyamatot a neosalvarsannal, hogy néhány vesemedencemosisra gyógyult s csak kettőben volt teljesen eredménytelen a kezelés, melyben bár complicatiót nem tudtunk kimutatni, a hosszabb időn keresztül végzett más kezelések sem vezettek eredményre. Meg kell jegyeznünk, hogy minden beteg a neosalvarsan-injectiókat megelőzően már jó ideig szedett a hólyag lokális kezelésével kapcsolatban belső desinficiens, tehát már bizonyos fokú javulást is értünk el akkor, a midőn a pyelitis megállapítása után megkezdtük az intravenás befecskendezéseket, ezenkívül a kúra alatt is nagyobb adag hexamethylentetramint rendeltünk betegeinknek. A neosalvarsant 30 centigrammos dosisokban adtuk 3—4 napi időközökben összesen négyszer s ezeken a napokon a folyadékfelvételt megszorítottuk, hogy minél koncentráltabb oldatban érintkezhesék a kiválasztott hatóanyag a nyálkahártyafelülettel. Egyébként az injectiók a neosalvarsan tulajdonságainak figyelembevételével a szokásos technikával történtek.

A neosalvarsan hatását *Grosz* pontosan leírja. E szerint, ha a neosalvarsant a vérbe fecskendezzük, formaldehyd hasad le belőle már a vesében s néhány perc múlva ki is mutatható a vizeletben a neosalvarsan mindkét componense, és pedig az *Abelin*-próbával az arsen-tartalmú rész amidocsoportja, a *Jorissen*-, *Schrywer*- és *Burnam*-féle próbákkal a formaldehyd. A lehasadt formaldehydnek hatásmódja csupán a felületre szorító s ezért *Grosz* hangsúlyozza, hogy ha az adnexumok (különösen a prostata és az ondóhólyag) részéről complicatio van jelen, eredményre nem számíthatunk. *Grosz*-nak a hatásmódra vonatkozó megállapításait *Friedmann*<sup>30</sup> vizsgálta felül 40 neosalvarsannal kezelt lues-esetben, de a formaldehydet egyszer sem tudta kimutatni a vizeletben. Vizsgálatait a *Jorissen* által leírt módszerrel végezte, s daczára, hogy a formaldehyd különben tízmilliószoros higításban is adta a reactiót, a neosalvarsan injectiója után megejtett ez irányú vizeletvizsgálat negatív maradt, úgyszintén a vese átöblítési kísérletei után sem sikerült pozitív eredményt elérni. Ezzel szemben a *Schrywer*-reactio mindig pozitív volt, a minek okát *Friedmann* azzal magyarázza, hogy a reactio egyáltalán nem alkalmas a szabad formaldehyd vizsgálatára, mivel az alkalmazott koncentrált sósav és eczetsav minden praeparatumból lehasítja a formaldehydet s ezt mutatják ki. Abból a körülményből, hogy a neosalvarsannal kezelt beteg vizeletét állani hagyva, az ammoniak-szagot nem terjeszt, *Abelin* azt a következtetést vonja, hogy formaldehydnek kell a vizeletben lennie, mely a mikroorganizmusokat megöli. Ennek a lehetőségét *Friedmann* sem tagadja, de úgy magyarázza, hogy csak utólag, az állás folyamán hasad le a neo-

salvarsanból formaldehyd. Ez alapon *Friedmann* szerint a neosalvarsannal elért gyógyeredményeket nem a formaldehydnek, hanem a salvarsan-componensnek kell tulajdonítanunk.

A neosalvarsan jelentőségét vesemedenczegenyedések gyógyításában a magunk és mások tapasztalatai alapján abban foglalhatjuk össze, hogy habár azt a suverain szert, a melynek biztos hatására a pyelitisek gyógyításában mindig és minden körülmények között számíthatnánk, nem találtuk meg benne, mégis jó módszerrel szaporodott azon gyógy-eljárások száma, a melyekkel a húgyutak genyes gyuladásait néha a javulás útjára terelhetjük, máskor pedig gyógyíthatjuk. Ez épp úgy áll az acut, mint a chronikus alakokra. Heveny pyelitiseknél, a melyek legtöbbször a női gonorrhoea kapcsán szoktak jelentkezni, a hólyaghurutok acut formáinál, mint például a katheterezés után észlelhető cystitiseknél, a hol a lokális kezelés a heveny tünetek miatt ellenjavalt, megpróbálhatjuk, mert néhány injectióra már meglepő és gyors javulás, sőt teljes gyógyulás állhat be. A vesemedenczegenyedéssel járó idült gyuladásokban, bármely aetiologiájú legyen is az, ha annak fenntartóját valamely más forrásban nem találtuk meg, mint a kezelés bevezetője alkalmazható főleg olyankor, midőn a vesemedenczemosás valamely okból nem vihető ki. A diagnosis megállapításakor czélszerű mindig a vesék funkciójáról is meggyőződést szerezni. Az injectiókat megfelelő gondnal és pontos technikával végezve, még lázas s erős reactióval járó folyamatoknál is alkalmazhatjuk a gyógyszer, ha tudniillik a neosalvarsan ezen kis, de mégis hatásos adagjainak (0:15—0:30) intravenás injectióját nem ellenjaválja valami körülmény.

**Irodalom.** <sup>1</sup> *Kermauner*: W. kl. W., 1911, 699. old. — <sup>2</sup> *Lenhartz* D. m. W., 1908. — <sup>3</sup> *Lindemann*: D. Zft. f. Chir., 120. köt., 5.—6. füzet. — <sup>4</sup> *Meyer*: M. m. W., 1912, 834. — <sup>5</sup> *Kassel*: ref. Berl. kl. Woch., 1913, 1321. old. — <sup>6</sup> *Hartmann*: Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. II. — <sup>7</sup> *Rovsing*: Mehring belgyógy. — <sup>8</sup> *Lichtenberg*: Zft. f. urol. Chir. 3. köt., 3.—4. füzet. — <sup>9</sup> *Trendelenburg*: Münch. m. Woch., 1919, 24. — <sup>10</sup> *Grosz*: Wien. kl. Woch., 1917, 44. — <sup>11—15</sup> l. *Grosz*-nál. — <sup>16</sup> *Sachs*: W. kl. W., 1921, 8. — <sup>17</sup> *Nathan és Reinecke*: M. m. W., 1919, 22. — <sup>18</sup> *Kall*: M. m. W., 1920, 19. — <sup>19</sup> *Bumm*: Veits Handbuch 1907. III. k. — <sup>20</sup> *Stöckel*: u. o. — <sup>21—24</sup> l. *Knorr*: Zft. f. gyn. Urol., II. köt., 540. — <sup>25—29</sup> l. u. o. — <sup>30</sup> *Friedmann*: W. m. W., 1921, 39/40. — <sup>31</sup> *Abelin*: l. *Friedmann*-nál.

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

### Tabes dorsalis hemiplegiával és központi dúcütetekkel.

Irta: *Eiszenmann Oszkár* dr., adjunctus.

A tabesben kialakult térdreflexek olykor a betegség későbbi lefolyása alatt visszatérnek. A legelső ilyenü észlelések *Hughlings-Jackson* és *Taylor*<sup>1</sup>, később *Goldflam*, *Dercum*<sup>2</sup> és *Pick*<sup>3</sup> eseteire vonatkoznak, a melyekben a kialakult térdreflexek visszatérése a pyramis-pálya sértettségére állott elő, mely utóbbit egy beköszöntött hemiplegia vagy paralisises roham által idézett elő. Mint *Sarbó* vizsgálataiból tudjuk, az Achilles-inreflex viselkedése, szerepe ugyanolyan fontosságú, mint a térdtűneté. *Babinski*, *Biró* utalt először rá, hogy tabesben az Achilles-inreflex előbb tűnhetik el, mint a térdreflex; nagyobb anyagon *Sarbó* bizonyította be ezt először, kiemelve, hogy tekintettel a tabes gyakori lumbosacralis eredetére, az Achilles-inreflex eltűnése korábbi jelnek tekinthető. Azóta a szerzők egybehangzóan elfogadták s megerősítették *Sarbó* nézetét. Ugyancsak *Sarbó*-nak<sup>4</sup> sikerült egy esetben az eltűnt Achilles-inreflex visszatértét is észlelni. Minthogy ez az eset az első s ezideig egyedülálló, s a magyar irodalomban közölve nem lett, a következőkben röviden ismertetjük: Az eset 37 éves tabeses férfire vonatkozik, a kin a kezdődő tabeses folyamat baloldali Achilles-areflexiában nyilvánult meg, míg a jobb Achilles-reflex és a térdreflexek kiválthatók voltak. Egy év múlva beállott baloldali hemiplegiára a bal térdizület spasmusossá vált, s az elhalt bal Achilles-reflex visszatért, sőt a túloldalival összehasonlítva nagyobb kilengést mutatott.

Az eddig említett esetekben az inreflexek visszatérését mindig hemiplegia s ezzel kapcsolatos pyramis-pálya-elfajulás előzte meg. Az inreflex visszatérhet azonban a pyramis-pálya degenerációja nélkül is, a mint azt a *J. Martin* észlelte eset igazolja, a melyet *Ingltrans*<sup>5</sup> 1897-ben megjelent munkájában ismertetett. Ebben az esetben a hat év óta kialudt térdreflexek a kétoldali opticus-sorvadás által előidézett teljes vakság beköszöntése után tértek vissza. *Dejerine* is felemlíti ezt a különös esetet, s okát abban véli megtalálni, hogy a korán beköszöntött opticus-folyamat a tabest további fejlődésében megakadályozta, sőt egyes tüneteket visszafejlődésre bírt. 1905-ben *Donath*<sup>6</sup> ismertetett egy korai tabes-esetet, melyben a térd- és Achilles-reflexek kialvása és visszatérése az észlelő szeme előtt ment végbe, a nélkül azonban, hogy a reflexek visszatérésében akár opticus-folyamat, akár a pyramis-pálya degenerációja kimutatható lett volna. Ebben az esetben azonban antilueses kúra előzte meg az inreflexek visszatérését, ennél fogva feltehető, hogy egy a kúra által befolyásolt meningitis gummosa lehetett az inreflexek kiesésének az oka oly egyénen, a kin tabeses tünetek is voltak.

E közleményben egy tabes-esetről számolok be, a melyben a betegség előhaladottabb szakában beállott hemiparesis a jobboldali, már elhalt inreflexek visszatérésére vezetett. A reflexek visszatérésénél érdekesebb jelenség azonban, hogy esetünkben a hemiparesist egy a központi dűczok megbetegedésére utaló bántalom idézte elő, a mely folyamatnak szabatos tünettanáról csak az utóbbi években sikerült tiszta képet nyernünk. Párhuzamba állítok az esettel egy másik, hasonlóan előhaladt tabes-esetet, a melyben azonban a beköszöntött hemiplegiára a reflexek *nem tértek vissza*; igyekezem magyarázatát adni mindkét esetben a reflexek ellentétes viselkedésének.

*I. eset. Sch. F.-né, 53 éves, borbély felesége. Lueses fertőzésről nem tud, magtalan. 16 év óta nem iszik, azelőtt mértékletesen. Nem dohányzik, apja állítólag ugyanebben a betegségben szenvedett. Előzőleg beteg nem volt. Mostani baja 16 év előtt kezdődött, az alsó végtagokban időnként jelentkező erős, nyílító fájalmakkal, melyek néha a felső végtagokban is beállottak. Ekkor orvosi rendelésre kenőkrút kezdett, de hat kenés után gondatlanságból a krút abbahagyta s jodot szedett. 6 év előtt 1/2 évig tartó kettős látás, mely jod szedésére megszűnt. 4 év előtt mindkét fülén halláscsökkenés állott be. Három év előtt vette észre, hogy a jobboldali végtagjai fokozatosan gyengülnek; a jobb lábát nem érezte, s járáskor ügyetlen volt, mintha sarka a földön elcsúsznék. Ugyanekkor vizelés-zavarok mutatkoztak — gyakori vizelés-inger; vizeleskor erőlködni kellett. Egy év óta fokozatosan fejlődő és erősödő remegés állott be a jobboldali gyengült végtagjaiban; ugyanekkor 1/2 évig tartó kettős látás, mely jodra megszűnt. Az ekkor megejtett Wassermann-vizsgálat a vérben + eredményt adott, ezért 20 Hg-injectiót kapott; de a végtagokban lévő remegést és lancinációkat ez nem befolyásolta. Feltűnt a betegnek, hogy a jobboldali hűdés fennállása óta a lancinációk a jobb lábában csak igen ritkán, és akkor is kis mértékben jelentkeznek, míg azelőtt a fájások mindkét lábában egyformán, türehtelen mértékben jelentek meg. 1/2 év előtt 30 Hg-kenést végzett. Jelenlegi panaszai: állandó zsibbadás és hidegérzés a bal lábfejen; vándorló nyílító fájások a bal lábban; a jobboldali végtagokban remegés és gyengeség. Időnként szédülés, állandó obstipatio. 4 év óta climacterium.*

*Status praesens:* Merev arczkifejezés. Anisokoria, fénymercv pupillák. Az alkalmazkodási és összetérítési reactio jobb oldalt renyhe, a bal szem hiányzik. A jobb orrszájzugredő elsimult. Jobbranézéskor pár beállító horizontális nystagmus. A jobb felső végtag mozgásai lassúak, de csaknem teljesek. A jobb kéz nyomó ereje kicsiny; ugyanitt ügyetlen kézmozgások. A jobb kéztőben és ujjakban állandóan jelen van egy összetett mozgás, mely pilulasodró mozgásból és kis hullámú remegésből tevődik össze; ez a remegés akaratlagos mozgáskor is változatlanul megvan, míg psychés izgalomra élénkebbé válik. A jobb felső végtag reflexei a balhoz viszonyítva élénkebbek. Hüvelykopponáló reflex rendben. A jobb térdreflex élénk, az Achilles-reflex rendes kilengésű. Baloldalt mindkét reflex hiányzik. Jobboldalt Babinski jelezve kapható. Kis Romberg. A járás apró lépésű, csoszogó; a jobb lábát maga után húzza. Élénk talp- és hasfal-reflexek. A jobb alsó végtagon kifejezett hypertonia, a mely a bal alsó végtag hypotoniájával szemben feltűnő. Mindkét lábban kisfokú ataxia. Általános polyadenitis. A jobb lábán állandó lengés észlelhető, mely a bokában gyors egymásutánban váltakozó hajlításban és feszítésben nyilvánul. A jobb alsó végtag mozgásai lassúak, s az ujjak és boka mozgásakor a bal lábán együttmozgás észlelhető. Arteriosclerosis tünetei. Pulsus: szabályos, 84. Szellemi téren eltérés nem mutatható ki. A szemfenék ép. A halláscsökkenés okát a fülészeti vizsgálat kétoldali otosclerosisban találja. A vizeletben kóros alkotórész nem volt kimutatható. A Wassermann-vizsgálat a vérben negatív, a liquorban +++ eredményt ad.

Jelen van tehát a 16 év óta fennálló tabes mellett lassan kifejlődött jobboldali hemiparesis, a paresises végtagokban fennálló, az akarattól független lengésszerű mozgásokkal. Tekintve a féloldali bénulás lassú kibontakozását, egy endarteriitises folyamatot kell felvennünk, mely minden valószínűség szerint lueses alapon létesült s az ér lumenének elzáródására vezetvén, maga után vont a megfelelő agyterület táplálkozás-zavarát, később lágyulását. A bántalom székhelyére útmutatásul szolgálhatnak a bénult jobboldali végtagokban jelenlévő *lengések*, melyek részben a Parkinson-betegségre jellegzetes pilulasodró mozgásokból, részben pedig nagyobb lengésekből tevődnek össze. *Strümpell* és *Wilson* újabb vizsgálatai szerint ezek a tünetek a központi dűczok striatumos részének bántalmazottságára utalnak. Valószínű, hogy esetünkben a baloldali arteria lenticulostriatában lejátszódó obliterációs folyamat az, mely ezen dűczokban lágyulásra vezetett. A bénult végtagok sajátos mozgásán kívül feltűnő jelelenség a *tonusfokozódás* és az ezzel járó *élénken jelentkező inreflexek*. Ezeket a jelenségeket pyramis-degenerációra vezetjük vissza, melyet bizonyít az ez oldali positiv Babinski-reflex. Kiemelendő végül, hogy a hűdött végtagon az izületérzés jobban megtartott volt, mint az ellenoldalon.

Az egész lefolyáson végigtekintve, feltűnő a tabeses folyamat relativ lassú előrehaladása (13 éven keresztül csupán időszakos lancinációk jelentkeztek, két ízben múltó kettős látási időszakokkal), dacára a hiányos antilueses kezelésnek. A kórképen jelenleg is a jobboldali paresis dominál ezen végtagokon jelentkező lengésekkel, míg az ataxia alig van kifejezve; a hólyag működése jó. Nagyobb kiesési tünet az érzési körben nem található.

A beteg *Sarbó* tanár rendelésére járt, s mint tabeses volt kezelése alatt. A korábbi feljegyzések elvesztek, ennél fogva azt, hogy a végtagon is hiányoztak az inreflexek, csak igen valószínűnek lehet mondanunk; minthogy közvetlen tapasztalatunk róla nincs, kétségtelenül bebizonyítottak nem tartathatjuk. Felvételünk helyességét bizonyítja az is, hogy a hemiplegia beköszöntése előtt ugyanebben a végtagban erős lancinációk voltak, épp úgy mint a másik lábban.

*II. eset. B. K. 48 éves, nős lakatos; 20 év előtt sánker, akkor 5 bedörzsolést végzett. Naponta 2 liter bort és 3 deczi pálinkát ivott. Erős dohányos. Előzőleg beteg nem volt. 12 év előtt tagjaiban heves nyílító fájások jelentkeztek időnként s 1/2 évig tartó kettős látás, mely 30 bedörzsolésre megszűnt. 8 év óta lábai gyengülnek. 3 év előtt egész gerincoszlopa mentén fájások jelentkeztek, melyek 60 bedörzsolésre megszűntek. Ezen idő óta 3 havonként gyomorkrizis. 5 hó előtt nehéz székelés alkalmával apoplexia érte s jobboldali végtagjai megbénultak. Esméletét nem vesztette el, beszéde nem változott. Azóta csupán a lábába tért vissza némileg a mozgás.*

Jelen panaszai: A jobboldali bénuláson kívül gyakori vándorló fájások, melyek mindkét lábban egyforma erősségben jelentkeznek; időnként gyomorkrizis. Vizelete néha elcseppen.

*Status praesens:* Jól fejlett és táplált egyén. Mindkét oldalt a rendes csecsbimbók alatt két-két csökevényes bimbó. Anisokoria, fénymercv pupillák. A jobb orr-ajakredő elsimult s beidegészkor visszamarad. Polyadenitis. A jobb felső végtag mozgása az összes izületekben minimális. Hüvelykopponens-reflex hiányzik. A kéz nyomó ereje kicsiny. A jobb felső végtag reflexei élénkek, míg ezek baloldalt alig kaphatók. A jobboldali végtagokban a másik oldalhoz viszonyítva *erős hypotonia*, ugyanitt az izmok térfogatukban megfogyatkoztak s petyhüdtek. Mindkét térd- és Achilles-reflex hiányzik. Jobboldalt Babinski jelezve kapható; Oppenheim-tünet +. Clonus nem váltható ki. Élénk talp-, renyhe cremaster-reflexek. A jobboldali hasfal-reflexek kiestek. A jobb kézben astereognosis. Az izületi érzés általában megtartott. Mindkét lábban kis ataxia, mely jobboldalt kifejezettebb. Az S<sub>2-3</sub> és L<sub>3-4</sub> segmentumok területén a test egyéb részeivel összehasonlítva érzéscsökkenés az összes fajokra; általában pedig kévsé jelzés észlelhető. A szemfenék ép. A szívtomputat haránt irányban megnagyobbodott s a szegycsont markolata fölött tomputat. Az aorta hangjai érdesek. Cubitalis pulsatio. A Röntgen-átvilágítás az aortaív férfiökölnyi tágulatát mutatta ki. Szellemi téren eltérés nem mutatható ki. A vizeletben fehérje nyomokban található. A Wassermann-reactio úgy a vér, mint a liquor részéről +++.

Összefoglalásul kiemelem azokat az eltérő tüneteket, melyek a hűdött testfélben az ellenoldalhoz viszonyítva fennállanak: Ezek elsősorban a hűdött végtagokon észlelt nagyfokú *izomtonus-csökkenés*, mely mellett az izomzat sorvadt és petyhüdt; az ataxia nagyobb foka; végül a lumbo-sacralis gerinczvelő-segmentumok területén, főleg a jobb alsó végtagra szorító érzés-kiesések. Mint fontos tényező szere-

pel a tabeses folyamat gyors kifejlődésében az előző erős alkohol- és nicotinabusus és a hiányos antilueses kezelés. Nagy szerepet játszik azonkívül az egyén álló foglalkozásával együttjáró megerőltetése az alsó végtagoknak is. S ha tekintetbe vesszük a polymastiát, mint degenerációs stigmát, ez alapon a központi idegrendszer gyengébb fejlettségét is feltételezhetjük, a melynek ellenállóképességét az alkohol- és nicotinabusus még inkább leszállította, így a spirochaeta-fertőzés a szakszerű kezelés elhanyagolása folytán nagy erővel végezhetette romboló munkáját a védekezésre elgyengült talajon.

Hogy megválaszolhassuk, hogy két hasonló esetünk közül miért tértek vissza a már valószínűleg elhalt inreflexek az egyikben s miért nem a másikban is, evégből ismernünk kell elsősorban a reflex kialakulásának az okát, másodsorban azokat a tényezőket, melyek a pyramis-pálya sértettsége esetében a különben ép idegrendszerben reflexfokozódásra vezetnek.

A legújabb vizsgálatok alapján, melyeket *Schaffer* tanár intézetében *Richter* végzett, a tabest mint a központi idegrendszer primaer lueses megbetegedését kell felfognunk. A spirochaeták a hátulsó (érző) gyökérideg határán (a Nageotte-féle nervus radicularisban) megtelepedve, a gerinczagyhártában granulációs folyamatot indítanak meg. E sarjszövet nyomást gyakorol az ideggyökökre, melyek elfajulnak s ez maga után vonja a gerinczvelőben futó hátulsó kötélpályák elfajulását. Ha szem előtt tartjuk e histopathologiai megállapításokat, akkor világos lesz előttünk, hogy tabesben a legelső tünetek között miért szerepelnek a lancinációk és az alsó végtagok areflexiája. A hátulsó gyökökben lezajló lobos folyamat részben izgalmi tünetekben (lancinációk), részben pedig kiesési tünetekben (areflexia) jut kifejezésre. A hátulsó gyökérben futó egyes rostkötegek elfajulása folytán a reflexív sérülést szenvedett s mivel a leírt lueses folyamat különös előszere-ttel a lumbosacralis gyökök területén veszi kezdetét, vagyis azon területen, mely a térd- és Achilles-reflexek pályáit tartalmazza, érthetővé válik nevezett reflexek korai kialvása is. Fel kell vennünk, hogy tabes kezdetén, a mikor a leírt gyökérmegbetegedés még kisértékű, a hátulsó gyökér rostjainak nagy része még jól vezet; s a reflexív folytonosságában így nem szenved, a reflex kiváltható lesz. Később a bántalom előhaladásával mind több érző rost esik a pusztulás áldozatául s beáll a reflex gyengülése, a mikor már csak egyes műfogásokkal kelthető életre az elhaló reflex. Ilyen a közismert Jendrassik-féle műfogás, melynek hatása lényegében a központi gátló befolyások kiiktatására, részben pedig az izomtonus fokozására vezethető vissza. Még előrehaladottabb szakában a betegségnek az inreflexet kiváltani egyáltalán nem bírjuk.

Ép idegrendszerű egyénben, ha hemiplegiát kap, a bénult oldalon a gerinczvelői reflexek nagymérvű fokozódását találjuk az izomtonus megnövekedésével. A pyramis-pálya elfajulásakor beálló eme reflex és izomtonus fokozódásának magyarázatai között a legelterjedtebb felfogás a *Charcot*-é. Szerinte a pyramis-pálya kiesése folytán az elülső szarvban levő mozgató sejtek fokozott ingerületbe jutnak, erre vezethető vissza tehát az izomtonus megnövekedése. Ez elülső szarvi idegsejtek ingerületi állapotba jutását, illetőleg ebben való megmaradását a peripheriáról az érző gyökök útján állandóan odairányuló ingerületek létesítik. Ezt bizonyítja *Westphal* azon kísérlete, melyben a hátulsó gyökér egyes rostjainak átmetszése után az inreflexet többé kiváltani nem tudta, de strychnin befecskendése után, a mely szer a gerinczvelő ingerlékenységét fokozta, az inreflexet előidézhetette.

Mint minden hemiplegiás esetben, úgy tabesben egyénben is hemiplegia után az insulzus előtt megvolt hypotonia helyett az izomtonus megnövekedése várható; ez azonban sohasem érheti el azt a fokot, a melyet ép izomzat mellett elszenedett pyramis-degeneratio kivált, mivel az elülső szarvi mozgató idegsejtek ingerületét fenntartó hátulsó gyökérbeli izgalmak tabesben egyénben jórészt e rostok pusztulása folytán hiányznak. A reflex visszatérése tabes esetében attól fog függni, vajjon e tonusfokozódás elegendő nagy-e, hogy az inreflex-kiváltást lehetővé tegye. Vagyis kimondhatjuk, hogy *tabes*

egyéneknél az inreflex visszatérésének alapja a központi gátló hatás kiesésén kívül az izomtonus kellő fokozódása.

Lényegében tehát mondhatjuk, hogy a természet maga alkalmazza ilyen esetekben a Jendrassik-féle műfogást, de ez hatványozott mértékben fejti ki hatását, a mit igazol az a tény, hogy a tabesben kialudt inreflex, melyet már a Jendrassik-féle műfogás sem bírt életre kelteni, pyramis-degeneratio kapcsán feléled.

Nem minden tabesben látjuk az inreflexek visszatérését hemiplegia nyomán. A kialudt inreflex visszatérésének lehetősége a tabesben elfajulásos folyamat előrehaladottságában rejlik elsősorban. Hogy a kialudt inreflex ismét életre kelhessen, szükséges, hogy a hátulsó gyökér- és kötélpályák elfajulása még ne vezetett legyen az összes érző rostok pusztulására.

A közölt két esetben a hemiplegia typusa ellentétes. Az első esetben spasmusos tünetek mellett hypertoniát találunk; míg a második esetben petyhüdt bénulást areflexiával. Mindkét esetben jelen van a pyramis-pálya sértettségére utaló Babinski-jel.

Az előrebocsátottak után nem lesz nehéz az inreflex visszatérésének magyarázatát adni. Első esetünkben fel kell tételeznünk, hogy a hátulsó gyökökben, illetőleg hátulsó kötélpályákban a tabesben a folyamat még nem haladt előre nagyon, illetőleg az érző rostkötegek nagyobb száma maradt vezetőképésű. E felvétel mellett szól az ataxia kis foka, az érzésvizsgálat hiánya s a megtartott izületérzés. A központi gátló hatás kiiktatása s a feltételezett ép érző rostok vezetőképességének megtartása folytán az izomtonus fokozódása adja a magyarázatát, hogy az inreflexek újra kiválthatók. Második esetünkben a tabesben a folyamat előrehaladottabb, a mint azt annak tünetgazdagsága és a tünetek gyors kibontakozása is igazolja. Hozzájárult ehhez a központi idegrendszernek feltételezett gyengébb fejlettsége és a mértéktelen szeszfogyasztás káros hatása folytán annak csökkent ellenállóképessége is. Az érző rostok nagy része elfajult, a mit igazol az erős hypotonia és ataxia.

Esetünkben a bénult testfelel az *izom tonusnak csökkenése* dominál, a mihez járul még az izmok petyhüdt sorvadás is. Bár a központi gátlások kiiktatódása, melyet a pyramis-elfajulás létesített, fennáll, még sem állhat elő az inreflex kiváltásának lehetősége, mert feltehetjük, hogy a hátulsó érző rostok túlnyomórészt elpusztulván, ingerfokozódásra az elülső szarvi mozgató idegsejtekben többé nem vezethettek s így az inreflex kiváltásához szükséges izomtonusfokozódás nem állhatott be.

Végeredményképpen mondhatjuk, hogy tabesben az elvesztett, helyesebben már ki nem váltható inreflex újból kiválthatóvá válhatik: egyrészt a pyramis-pálya útján kifejtett gátló hatás megszűnt (pyramis-elfajulás), másrészt a hátulsó érző gyökök szolgáltatta tonusozó hatások megtartott volta mellett.

Igy nyer magyarázatot az a körülmény, hogy nem minden hemiplegiás tabesben egyénben tér vissza az inreflex, hanem csak olyanokban, a kik a hátulsó gyökökben még ingervezető rostokkal rendelkeznek.

**Irodalom.** <sup>1</sup> *J. Hughlings-Jackson and J. Taylor*: Remarks on a case of return of kneejerk after hemiplegie in a tabetic (Brit. med. Journ. 1891, VII., 11.). — <sup>2</sup> *F. X. Dercum*: Tabes with intercurrent hemiplegia with return of the kneejerk upon the paralysed side. (Journ. of Nerv. and Ment. Dis. 1898, Nro 8.) — <sup>3</sup> *A. Pick*: Beiträge zur Pathol. u. pathol. Anat. des Zentralnerv.-Syst. 1898. — <sup>4</sup> *N. Z.-Bl.*, 1910, 4. sz. — <sup>5</sup> *Ingelrans*: Étude clinique des formes anormales du tabes dorsualis, 1897. — <sup>6</sup> *N. Z.-Bl.*, 1905, 12. sz.

Közlemény a budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem törvényszéki orvostani intézetéből.

## Az arteria vertebralis elvérzéssel járt szűrési sérülésének esete.

Irta: *Bochkor Ádám* dr., egyetemi tanársegéd.

Az irodalomban szereplő verőér-sérülések között az art. vertebralisnak elvérzéshez vezető szűrési sérülése ritkán fordul elő. A nyakon észlelt, főleg háborús eredetű lövésű sért-

lések között a gerinczverőér sérülései a szűrési sérülésekkel szemben ugyan nagyobb számmal szerepelnek, mindazonáltal a lövés sérülések óriási számához képest azok is ritkaságszámba mennek. A rendelkezésemre álló sebészeti irodalomban az art. vertebralis lövés sérülései közül *Joseph* nyomán 8 esetet találtam feljegyezve. Ezek azonban egymagukban véve nem idézték elő rövid időn belül a halált, hanem előbb vagy utóbb aneurysmához vezettek és így jutottak műtét céljából a sebész kezébe. *Kuttner* az anatómiai viszonyok és a műteti eljárás szempontjából a vertebralis lefutásában 3 részletet különböztet meg, nevezetesen 1. a subclaviából való eredésétől a canalis transversariusba való belépéséig, 2. a can. transversariusban haladó és 3. innen a koponyaüregig terjedő részletet.

Az art. vertebralis lövés sérüléseinél, a melyek most közelebbről nem érdekelnek, a mint említettem, jóval ritkábbak az elvérzést okozó szűrési sérülések. Ezek felderítése és értékelése, különösen előrehaladott rothadásban levő holttesten, illetőleg egyidejű több súlyos sérülés jelenléte mellett, nem könnyű feladat. Az Igazságügyi Orvosi Tanács munkálataiban 320.354/1893. szám alatt szereplő gerinczverőér-átmetszésnek egyéb, részben súlyos sérülésekkel kapcsolatos esetében a bonczoló orvosok éppen az art. vertebralis sérülését nem ismerték fel és a halál előidézésében a kevésbé súlyos koponyasérülést szerepeltették. A 8 hónappal a halál után megejtett exhumálás és a hullarészek átvizsgálása tisztázta az esetet, a mennyiben az 1. nyakcsigolya bal haránt- és íznyujtványán olyan rés találtatott, a mely kétségtelenné tette a gerinczverőér sérülését.

Esetem, a melyet érdemesnek tartok röviden ismertetni, ugyancsak az art. vertebralis szűrési sérülésére vonatkozik, de némely tekintetben eltér a fentemlítettől.

K. J. 24 éves napszámost folyó évi május 6.-án Budapest környékén este 9 óra körül, alighogy lakásáról  $\frac{1}{4}$  órával előbb eltávozott, az úttesten vérében fekvő találták. A nyomozás kiderítette, hogy K. J.-nak Ny. J. egy leány miatt haragosa volt. A mikor K. J. a jelzett napon és időben a korcsmából  $\frac{1}{2}$  deci pálinka elfogyasztása után távozott s lakásától 270 lépésnyire lehetett, nyakát megszúrták, mire visszafordulva hazasiert, de lakásától mintegy 60 lépésnyire összeesett és 10—15 perc múlva otthon, a nélkül, hogy eszméletét visszanyerte volna, meghalt. A május 9.-én végzett bonczolás a 163 cm. hosszú, mérsékeltén táplált férfi holttestét előrehaladott rothadásban találta. A nyak bal oldalán a csecsnyúlvány alatt 3.5 cm.-re, az állkapocsszöglet mögött pedig 2.5 cm.-re egy 21 mm. hosszú, 6 mm.-re tátongó, egyenes szélű és hegyes csúccsokkal bíró hosszanti folytonosság megszakítás volt, a melynek összeillesztése után a sérülés 25 mm. hosszúnak, előre gyengén homorúnak s a mélybe hatolónak bizonyult. A baloldali fejbicczentőizom külső felerészében a sérülés helyétől a kulcscsontig terjedőleg véresen beszűrődött. A fejbicczentőizom felső harmada mögött a mély nyakizmokba, majd az 5. és 6. nyakcsigolya harántnyúlványa közé egy a kisujj számára átjárható sebcsatorna halad, a mely a nyúlványok közötti izmokat és szalagokat folytonosságukban megszakította. Ugyanazon magasságban a harántnyúlványok testét átfúró csatornában (can. transversarius) haladó gerinczverőér harántul éles szélekkel megszakadt. A 6. nyakcsigolya harántnyúlványának elülső részén felületes, élesszélű metszés volt.\*

A míg az Igazságügyi Orvosi Tanács munkálataiban említett esetben a sérült a szűrés után még 3 napig és *Puppe* esetében az ugyancsak többszörösen sérült 5 napig élt, addig esetemben a holttesten csak egyetlen egy sérülés volt és a halál elvérzés következtében 15—20 perc alatt jöhetett létre. A sérült a szűrés elszívásától eszméletének elvesztéséig körülbelül még 210 lépést tehetett. A sérülés és az összeesés közötti idő tehát elég hosszú volt ahhoz, hogy azalatt esetleg a sérült maga is ténykedjék és bántalmazóját meg is sértse, a mi

\* Az áztatás és alaposabb vizsgálat végett hazavitt csontdarabot sajnálatos tévedésből az eltemetésre szánt egyéb csontdarabokkal együtt elszállították.

ilyenkor a tettest arra indíthatja, hogy a sérült megölését önvédelem eredménye gyanánt tüntesse fel, mint azt *Nippe* is megemlíti egy olyan bajonet okozta szívszűrés esetében, a melyben a sérült az áthatoló szűrés ellenére is még tudott lehajolni és 5 m. távolságra levő támadója felé egy súlyos deszkadarabot dobni.

Az intervallum hossza az egyén állapotától, a sérülés minőségétől, helyétől és a vérvesztés gyorsaságától függ. Természetesen rövidebb az intervallum valamely szervi bajban vagy alkati fogyatékoságban szenvedő egyénnél, valamely életfontosságú szerv működését közvetlenül gátló, vagy olyan sérülésnél, a mely a vér gyorsabb kiürülését teszi lehetővé.

Esetemben közepes kaliberű ér, az art. vertebralis volt átvágva, még pedig *Kuttner* beosztása szerint a canalis transversusban haladó és a leggyakrabban megsérülő második részlete — *Kenyeres* tanár és a legtöbb szerző eseteihez hasonlóan —, tehát olyan helyen, a hol az ér csontos csatornában haladva és ott mintegy kifeszítve, a lágyrészek nyomásának nincs kitéve, miáltal az elvérzés kedvezőbb körülmények között jöhet létre.

A sérülés minősége, illetőleg a vérző ér nehezen hozzáférhető volta miatt orvosi segítség sem menthette volna meg a sérült életét, legfeljebb csak szakavatott, a sérülés minőségével azonnal tisztában levő és gyorsan czéltudatosan cselekvő sebésznek sikerült volna talán eredményt elérnie.

## Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XVII. rendes tudományos ülés 1922 június 3.-án.)

Elnök: *Hutyra Ferencz.* Jegyző: *Lehoczky-Semmelweis Kálmán.*

A hyptokinesisről és rubralis ataxiáról mint a közepagy megbetegedésének tüneteiről. A vörösmag-systema mint az egyensúlyozás szerve.

**Sarbó Arthur:** Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

**Benedikt Henrik:** A vörösmag a kisagy statikai apparatusába be van kapcsolva s ennek frontálisán előretolt része. A rubropetalis és rubrofugalis pályák a homloklebenytől egészen a gerinczvelőig találhatóak és ezeknek bármely ponton való sérülései létrehozhatják ennél fogva azt a tünetcsoportot, melyet az előadó „vörösmagtünetnek“ nevez. Ilyen körülmények között nehezen bizonyítható, hogy concret esetben a sérülés éppen a szoros értelemben vett vörösmagvat érte és ez megnehezíti a tünetnek közepagy góctünet gyanánt való értékesítését. Igaz, hogy most a legtöbb esetben nem fogunk tévedni, ha valamely amyostatikus tünetcsoport felfedezésékor — különösen ha fiatalabb egyénnél van szó — előző encephalitisre következtetünk; de ne felejtjük el, hogy a corpus striatum nemcsak az encephalitis epidemica virusa, hanem más endogen és exogen mérgek iránt is bír különös affinitással. Az utóbbiak közül nagy gyakorlati jelentőségű a szénnoxid, a mely időszült mérgezés eseteiben a legkifejezettebb parkinsonismushoz vezethet. Az idegyógyászati szakosztály következő gyűlésén ilyen eseteket fognak a szülő osztályáról bemutatni. Végül egy epidemiológiai megjegyzés tesz: az encephalitis 1919 végén, november közepétől kezdve lett járványossá és az amyostatikus tünetcsoport legtöbb esete ez idő óta kerül kifejlődésre; de már az emez explosioszerű tömeges megjelenése előtti három évben mutatkozott az encephalitis és a belőle származó parkinsonismus sürűbben, mint előzőleg. A hozzászóló már 1916-ban észlelte az első ilyen esetet, a következő két évben még hármat. Bizonyosságul szolgál erre, hogy már 1919 elején az Orvosegyesületben egy vita alkalmával, mely egy Wilson-kórkép bemutatásához fűződött, eme mind sürűbben előforduló és kétségtelenül a törzsganglionok heveny infectious bántalmán alapuló esetekre figyelmeztetett.

**Richter Hugó:** A rubralis ataxia jelentősége csak abban az esetben fogadható el, ha sikerül a hyptokinesist mint differentialdiagnostikai jelet a kisagy és rubralis kiesési tünetek között állandóan kimutatni. A nucleus rubernek mint a kisagyvelői kéreggel egyenrangú egyensúlyozási szervnek elfogadása anatómiai szempontból aggályos azért, mert a nucleus ruber csak egy átkapcsoló állomása a kisagy kéregből efferens pályarendszernek, a melynek első csoportját a Purkinje-sejtek axonjai alkotják és a nucleus dentatusban végződnek. A második rostrendszer a nucleus dentatus sejteiből indul ki és a kötőkarokat alkotja, a melyek az ellenoldali nucleus ruberben végződnek. A nucleus ruber sejtei vezetnek azután tovább a kisagy-ingerületeket a rubrospinalis és talán más pályákon át a periphéria felé. A nucleus ruber tehát anatómiai alkotása szempontjából egy közbenső állomás az egyensúlyozás hatalmas pályarendszerében.

**Sarbó Arthur:** *Benedikt* kartárs félreértette előadását; ő egyáltalán nem állítja, hogy a hyptokinesis localis tünet; a velejáró tünetekkel együtt bír csak ezzel a jelentőséggel. A szénnoxid-mérgezés adta amyostasisos tünetcsoportozatra vonatkozólag kéri *Benedikt*-et, hogy

vizsgálja meg, vajon van-e ezen esetekben hyptokinesis. A manganmérgezésre nézve máris jelentheti, hogy szintén létrehozza az amyostasisos tünetcsoportot és ebben meglehető a hyptokinesis is. Adott esetben, mikor agydaganat általános tünetei mellett megleljük a hyptokinesist, ha semmi egyéb tünet nincs, középagy-daganatra kell gondolni. Gyakorlatilag pedig az fontos, hogy cerebellaris ataxia jelenlétében gondoljunk középagy-megbetegedésre is s akkor kevesebb lesz azon operáltak száma, a kiknek e tünet alapján hátulsó koponyagödrt nyitották meg, a daganat pedig a középagyban székelt. Richter elméleti fejtegetéseivel szemben elmondja, hogyan jutott felfogásához és azt hiszi, azzal, hogy két esetben in vivo helyesen diagnoskált középagy-daganatot, dacára az ellenkező felvételeknek, bebizonyította felfogásának gyakorlati jelentőségét.

#### A proteintherapia a gyermekgyógyászatban.

Torday Ferencz és Barabás Zoltán: Az eljárás csak igen szűk keretek között alkalmazható. Fertőzések, lobos megbetegedésekben a gyógyító láz kiváltása könnyen az általános állapot végzettségé váló súlyosbodását okozhatja. Nagyon elgyengült, leromlott csecsemőszervezetek nem alkalmasak a proteintherapiára, főleg azon, főképp női tején táplált, intézeti gondozásban levő csecsemők nem, kiken constitutionalis anomáliájuk mellett az intézeti ártalom, a hospitalismus annyira hátráltatja a fejlődést, hogy a különböző diatás eljárásokkal előnyösen nem befolyásolhatók. Az emésztési zavarok útján támadt paedatrophiaéknál az eredmény ritkább. Nagyon kérdéses, hogy a sikeres proteintherapia intézeti gondozásban levő csecsemőkön nem helyettesíti-e csak egyszerűen a jobb életviszonyok között a napfény, szabadabb levegő, többlet mozgás által a csecsemőszervezetre egyébként beható ingereket. Az izgató anyagok közül a Pflüger-Arndt-törvény szemmel tartásával az erősebb reactiót kiváltó idegertestű (körperfremd), idegen fajú fehérjeanyagok (állati tej, fehérjekészítmények) kevésbé alkalmasak. Sorrendben a női tej, az állati vérsavó és az embervér következik. Anaphylaxiát a proteintherapia a csecsemőkörben ritkán és enyhe alakban vált ki. A proteintherapia a csecsemőgyógyászatban csak intézeti gyógykezelésben s csupán néha sikerrel biztató gyógymód; a magángyakorlatban alkalmazása nem látszik indokoltnak. Gümőkóros gyermekek általános állapotának kedvezőbb befolyásolását nem tapasztalták.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**H. Schmidt: Zur Biologie der Lipoide.** Leipzig, Verlag von C. Kabitzsch. Ára 27 márka.

A Much tanár szerkesztésében „Moderne Biologie“ címmel megjelenő újabb vállalat 4. és 5. száma gyanánt megjelent kis füzet jól áttekinthetően adja elő ismereteink mai állását a lipoidokról, különös tekintettel azoknak antigenhatására, illetőleg jelentőségére az immunitásban. Helyesen jegyzi meg a szerző rövid bevezetőjében, hogy azok az adatok, a melyeket a francziák a közömbös zsírok és lipoidok szerepéről a gümőkórban mint általuk felfedezett új adatokat tüntetnek fel, főleg Much dolgozatai révén már előbb ismertek voltak.

#### Új könyvek:

Szász Béla: Az orvosszakértői intézmény a magyar büntetőjogban. Pécs, Taizs József könyvnyomdája. — Lippay Arthur: Újabb vizsgálatok és felfogások gyakorlati értékesítése a tuberculosis gyógyításában, különös tekintettel a sebészeti gümőkóra. Budapest, Tudományos Könyvkiadóvállalat. — H. Noesske: Die Strahlenpilzkrankheit des Menschen. Allgemeiner Teil. Stuttgart, F. Enke. 165 m. — F. Momburg: Die künstliche Blutleere. Stuttgart, F. Enke. 60 m. — K. Sudhoff: Kurzes Handbuch der Geschichte der Medizin. 3. u. 4. Auflage von Pagels „Einführung in die Geschichte der Medizin“. Berlin, S. Karger. 240 m. — M. Hindhede: Die neue Ernährungsfrage. Dresden, E. Pahl. 30 m. — R. Allers: Über Psychoanalyse. Berlin, S. Karger. 40 m. — H. Kriesch: Epilepsie und manisch-depressives Irresein. Berlin, S. Karger. 36 m. — S. J. R. de Mouchy: Die Zergliederung des psychischen Krankheitsbildes bei Arteriosclerosis cerebri. Berlin, S. Karger. 30 m. — M. Urstein: Katatonie unter dem Bilde der Hysterie und Psychopathie. Berlin, S. Karger. 200 m. — P. W. Simon: Grundzüge einer systematischen Diagnostik der Gebiss-Anomalien. Berlin, H. Meusser. 390 m. — F. Thederling: Haarkrankheiten und Glatze. Berlin, G. Stalling. 65 m.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

A Pregl-féle jódotat használatáról a belorvostanban ír Jansen és Näher a müncheni egyetem II. belklinikáján tett tapasztalatok alapján. Erysipelas eseteiben hatástalannak bizonyult a szer. Ugyancsak hatástalan volt idült staphylococcus-sepsis és fertőzéses eredetű izületbaj eseteiben. Encephalitis lethargica ellen is ajánlották a szert; kétségtelen hatását azonban e bajban sem tapasztalták, noha ez irányban indokoltnak tartják a további kísérletezést. Tabeses gyomor-krízis eseteiben gyors javulást és hosszabb ideig tartó remissiókat láttak. A központi idegrendszer metalueses betegségekben is teljesen eredménytelenek maradtak a kísérletek. Kiemelendők tartják, hogy a liquor cerebrospinalisban nem tudták kimutatni a jodot. Meglehetősen nagy adagokat (40—80 cm<sup>3</sup>-t) is használták 2—3 naponként, de ilyen nagy adagokkal sem tudtak jobb eredményt elérni. A befecskendezés helyén sokszor nagyon kellemetlen, fájdalmas venathrombosis keletkezik. A sok negativum után positivumként említik a szer kedvező hatását cystitis eseteiben; következőképpen jártak el: reggel és este jól kiöblítették a hólyagot 2%-os bór-savoldattal s utána ugyanannyi 2%-os bór-sav-oldattal kevert 30—50 cm<sup>3</sup> Pregl-oldatot juttattak a hólyagba. Különösen más kezelésmódokkal szemben makacszkodó cystitisek ellen ajánlják ezt az eljárást. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 27. szám.)

### Sebészet.

A sarkoma kezelésére vonatkozó adatokat közöl Küttner tanár (Breslau) 740 eset kapcsán. Az operatív mortalitás 6.5% volt. Tartós (5 éven túli) gyógyulás 29.7%-ban következett be (csontsarkoma eseteiben 27.1%, egyéb sarkomá esetekben 31.3%). A szerző a legnagyobb súlyt annak a kérdésnek a fejtegetésére helyezi, hogy mely esetekben kell sugaras kezelést igénybe venni, és melyekben műtétet. Feltétlenül a sugaras kezelés ajánlandó inoperabilis sarkoma, továbbá a nyirokmirigyek (ide sorolva a tonsillákat is) és a pajzsmirigy sarkomája eseteiben. Feltétlenül operálandók — az említettek kivételével — mindazok a sarkomák, a melyek a beteg nagyobb mérvű veszélyeztetése nélkül nagy valószínűséggel gyökeresen eltávolíthatók. Azokban az esetekben, a melyekben a gyökeres műtét akár a daganat helye, akár a nagysága miatt rendkívüli életveszéllyel vagy igen nagyfokú eltorzítással járna, előbb a sugaras kezelés kísérendő meg és csak ennek eredménytelensége esetén jön szóba a műtét. A prophylaxisos besugárzás a műtét után csak azokban az esetekben nem végzendő, a melyekben már a műtét előtt megkísérlett sugaras kezelés kimutatta, hogy a daganat refractaer a sugarazással szemben; valamennyi többi esetben végzendő, még a belső szervek metastasisa esetében is, mert — a mint König közlése a legutóbbi sebész-congressuson mutatja — még tüdőmetastasisok is befolyásolhatók a sugaras kezeléssel. (Klinische Wochenschrift, 1922, 26. szám.)

### Ideg- és elmekörtan.

A terheltségi momentumok psychiatriás-genealogiai szempontból való gyűjtésének kritikájával foglalkozik Rüdin a müncheni kutatóintézetben tartott összefoglaló előadásában. A szokásos kérdészi methodus önkényes, mert azt sem tudjuk, ki az, a kit az egészségesek csoportjába kell, hogy felvegyünk. (Diem szerint: „Olyan szabadon élő emberek, a kik még nem voltak intézetben, nem imbecillisek és nem betegedtek meg acut elmebajban.“) Kikérdezzük külön a direct, az atavismusos (nagy szülőkön túli), az indirect és a collateralis (oldalrokonok, szülők testvérei) terheltséget, pedig genealogiai szempontból ezek összevonandók. „Idegbajok“, „elmebetegségek“, „jellemanomáliák“ után szoktunk kérdezősködni és nem modern klinikai entitások után. A szülők rokonsági fokát sem szoktuk feljegyezni, noha kellene; a mostoha testvérekre sem vetünk kellő ügyet, pedig csak az ilyen nagy kritikával szerzett statisztika pótolná az állatok világában szokásos örökléstani kísérletek Mendel-szerű szabatoságát. Még így is

nyilvánvaló, hogy a legmagasabb értékű terheltségi momentumok a psychosis maniaco-depressiva körében találhatók, hogy az apoplexia mint terheltségi momentum igen gyakran fordul elő paralytikusok és maniás-depressiósak családjában, a mit nem lehet tisztán az elért kor számlájára írni, mert a dementia senilisre vonatkozólag nem mutatkoztak hasonló arányok. Új és váratlan, hogy az öngyilkosság nem csupán a maniás-depressiósak, de a paralytikusok familiájában is igen gyakori, de persze még újabb vizsgálatoknak kell eldönteni, vajjon nem véletlen, vagy nem artefactum eredménye-e ez a megfigyelés. Hangsúlyozza, hogy míg ha az epilepsziások szülei után kérdezősködünk, igen gyakran hallunk a szülők alkoholismusról, addig ha az iszákosoknál kérdezősködünk, a leg-ritkábban hallunk genuin epilepsziás gyermekekről; oka az, hogy igen elterjedt a szülők alkoholismusa és az utódaik epilepsziája közötti oki összefüggésnek nézete, a mi azután a mi kérdésünkön is megnyilvánul; másrészt nem számolunk azzal a lehetőséggel, hogy nem is oki összefüggésről, hanem mindössze arról van szó, hogy a szülők alkoholmérgezése aktiválja a már meglevő családi epilepsziás terheltséget. (Zentralblatt f. d. ges. Neur. und Psych. 1922, június 15.)

Kluge dr.

### Szülészet és nőorvostan.

**Hypophysis-kivonat befecskendezése ileusnál és laparotomiák után** címmel értekeznek *Fervers*. A *Pirig* által először leírt új hypophysis-készítmény a szarvasmarha egész hypophysiséből előállított extractum, melyet eredményteljesen alkalmazott chronikus obstipatio ellen, a peristaltika serkentésére. *Fervers* is eleinte chronikus obstipationál kísérletezett vele s megerősítheti a neki tulajdonított jó hatást: spontán székürülést oly esetekben, a melyekben más hashajtó-szer nem használt. Mivel a peristaltikának erős ingerlő-szere, megkísérelte a szerző a készítmény alkalmazását ileusnál és laparotomiák után a bél-paralysis leküzdésére, a mely a jól sikerült operatiók eredményét nagyon kérdésessé teheti. Az eddig használt hormonalnak, pituitrinnek, pituglandolnak nem volt megbízható a hatása. A hormonalt toxikus mellékhatásai miatt hagyták el. A pituitrinnek nincsen közvetlen specifikus hatása a peristaltikára. Nagyon dicsérik a peristaltint (Koch-féle) és sennatint (Credé-féle). Ez utóbbi a sennalevelek extractuma; subcutan adva igen fájdalom és tenyérnyi sugillatiókat idéz elő; a mellékhatásaként észlelt 38-6° hőemelkedés is elővigyázatra int. Korlátozza használatát az is, hogy a morphiumpatropin-adagolás károsan befolyásolja a sennatin-hatást, pedig éppen súlyos laparotomiák után nem nélkülözhető a morphiumpatropin. A hypophysis-készítmények peristaltikát serkentő hatását semmi módon sem befolyásolja a vele egy időben adagolt morphiumpatropin. Emellett főleg a súlyos laparotomiák-nál és ileusnál kívánatos cardiovascularis mellékhatása is van (mint a pituitrinnek és pituglandolnak), a mennyiben iszterszermint szivtonicum. A készítményt 644 nek nevezi; tartalmazza az egész hypophysis extractumát és így természetesen a pituitrin, pituglandol, hypophysal hatásos alkotórészeit is.

Két patientsét (a legfiatalabbat és legidősebbet) említi példaként. Az egyik 3 hónapos gyermek, kiből hashajtó-szerek és klysmák dacára 2 nap óta sem széklet, sem szelek nem távoztak. Erősen leromlott, pulsus alig tapintható, ballonszerűen felpuffadt kemény has, légszomj, cyanosis. A 644-es készítményből 0.1 grammot fecskendezve a bőr alá, már 25 perc múlva szelek távoztak, és a nélkül, hogy az injectiót megismételte vagy klysmát adott volna, még aznap este spontán székürülés állott be; a beteg néhány nap múlva gyógyultan hagyta el a kórházat. A másik eset 89 éves asszonyra vonatkozik, kinek magas beöntések és hashajtók dacára 3 nap óta széklete nem volt, szelek nem távoztak, pulsus 120, hasa felpuffadt, meteorismusos; elődomborodó colon, bélsárhányás, fokozott nyomás-fájdalom a bal felső epigastriumban (spasmusus ileus). 1.5 cm<sup>3</sup>-t injiciálva a készítményből, néhány óra múlva szelek távoztak; este még egy cm<sup>3</sup>-t adva, másnap reggel spontán székürülés állott be, úgy hogy további gyógykezelésre nem volt szükség. Mechanikai ileus ellen is sikerrel

alkalmazta. Adagja 2—3 cm<sup>3</sup> naponként. (Mediz. Klinik, 1922, 14. szám.)

Pohrer dr.

**Bódulatban lefolyt szülés** 65 esetéről referál a jeni Henkel-klinika. A Siegel-féle bódítási eljárást alkalmazták azzal a módosítással, hogy narcophin helyett amnesint adtak, melyben a fájások erősségét csökkentő morphium mellett fájástkeltő chinin is van. A scopolamin-amnesin-bódulatban lefolyt szülések majd mindegyik esetében észlelték az arc hirtelen kipirulását és a legnagyobb mértékű nyugtalanságot. Ez a nyugtalanság nemcsak kiabálásban, jajgatásban nyilvánult, hanem annyira fokozódott, hogy a szülönőt 4—5 személynek kellett lefogni, hogy le ne ugorják az ágyáról és el ne szaladjon. Hogy ilyen körülmények között a gátvédelem lehetetlen, csak természetes, úgy hogy kétszerannyi volt a bódulatban lefolyt szülések után a gátrepedések száma, mint a rendes lefolyású szülések után. 27 szülönő nem emlékezett vissza a szülésre, 14 pedig csak homályosan. Tehát 68%-ban amnesiáról lehet szó. A többi esetben az öntudat kikapcsolása nem sikerült. Ötször kellett a szülést fogóval befejezni, 1½-szer gyakrabban, mint ébren levő szülönőknél. Általában a szülések nagymértékben elhúzódnak a bódítás következtében: először szülő nőknél átlag 8 órával, többször szülő nőknél pedig 2 órával. 3 esetben a szülés megállott és csak napok múlva indult meg újból. Az újszülöttek majdnem mind asphyxiában jöttek a világra s csak nagy ügygyel-bajjal, hosszas fáradozással voltak életre kelthetők; így is napokig aluszékonyak voltak, nem szoptak. Ennek következtében aránytalanul nagy súlyvesztésüket szenvedtek, melyet csak igen nehezen tudtak behozni. Ilyen, bátran kudarcnak nevezhető eredmények után a klinika a további kísérletezéssel teljesen felhagyott. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 28. szám.)

Komássy dr.

### Gyermekorvostan.

**Pneumococcus-peritonitis a csecsemő- és gyermekkorban.** *H. Heimann* 15 esetről számol be a betegség lényegének és irodalmának ismertetésével kapcsolatban. A legfiatalabb gyermek 9 hónapos csecsemő volt, a kin chronikus invaginatio gyanuja állott fenn; a gyermek a műtét előtt meghalt. Mint a statisztikai közlések legtöbbszörében, itt is a női nem morbiditása van feltűnő túlsúlyban; az arány 13:2. 8 esetben végzett vérvizsgálattal 5 esetben sikerült a vérből pneumococust kitenyészteni. A magas leukocytaszámot nem tartja jellemzőnek. 10 esetben végzett vérszámolással 4 esetben normalis volt a fehérvérsejtszám, 3 esetben 10.000 és 20.000 közt ingadozott és csak 3 esetben volt 20.000 felett. A szintén jellemzőnek tartott hasmenés csak 4 esetben volt meg 6 constipatióval szemben. A toxemia, a korán beálló elesettség, az aggodalmas arckifejezés, a szürke arcszín, a beesett szemek segíthetnek a diagnosisiban, míg a későbbi letokolódási szakban a leggyakrabban a köldök körül található körülírt resistentia. A diagnosis megállapítására 4 esetben punctiót végeztek finom tűvel a köldöktől 1—1 hüvelyknyire le és balfelé. A 15 esetből kettő gyógyult. Az anti-pneumococcus-kezelést 4 esetben kísérlete meg eredmény nélkül. A sebészi beavatkozás időpontjára nézve — ha az általános tünetek nem sürgetik a műtétet — a letokolódási folyamat beálltának bevárását ajánlja bő hypodermoklysissek és opium adagolása mellett. (Archives of Pediatrics, 1921, 11. szám.)

Bakay Emma dr.

### Venereás betegségek.

**A syphilisnek bismuthtal való kezelésével** kísérletezett *H. Müller* (Mainz). Emberi és házinyúl-syphilis ellen *Sazerac* és *Levaditi* alkalmazta először a bismuth-készítményeket. A készítmények közül legalkalmasabbnak a borkősavas kalium-natrium-bismuthból álló „trepol“ bizonyult, mely só körülbélül 50% bismuthot tartalmaz. Kísérleteikből csak hamar kiderült, hogy bismuth-készítményük tolerantiája feltűnően eltérő a szerint, hogy intravenásan vagy pedig intramuscularisan, illetőleg subcutan kerül az állati szervezetbe. Az intramuscularis adagolás kedvezőbb tolerantiás viszonyait



**Sazerac és Levaditi** azzal magyarázza, hogy a szövetekben a bismuthnak nagy része csakhamar le lesz kötve. A trepol nevű gyártmány a bismuthsónak oleum olivarumban való 10%-os suspensiója. Müller mintegy 300 injectio eredményéről számol be. Fel nőttek egy-egy kúrája körülbelül 10 injectióból áll, mindegyik injectio alkalmával 2—3 gr. trepol kap a beteg (0.2—0.3 „activ bismuth“). A befecskendezés technikája olyan, mint azt az oldatlan Hg-készítményekkel űzzük. Az injectiókat 4 naponként adta. Müller már eddig is teljesen megerősíti **Sazerac** és **Levaditi**, **Fournier** és **Guénot** kedvező eredményeit. Az eddig kezelt 25 syphilitis beteg a luesnek különböző szakaiában volt. A florid lueses nyilvánulások a bismuthra csaknem oly feltűnő gyorsan fejlődnek vissza, mint az erős salvarsan-készítmények alkalmazására. A javulás legtöbbször már a 2. injectio után (4—5. nap) feltűnő. Müller is megerősíti, hogy feltűnő a bismuth kedvező hatása a nyirokcsomókra. A kezelés elején alig fordul elő „spirochaetázás“, e tapasztalással nyilvánvalóan összefügg, hogy a Herxheimer-reactio is csak ritkábban került észlelés alá. Sajátosságos, jóformán elkerülhetetlen mellékhatása a trepol-kezelésnek, hogy a foghús bismuthal impraegnálódik. Az impraegnatio szürkés-barnás-feketés szegély alakjában mutatkozik s igen hasonlít az ólomszegélyhez. A szegély színe kénbismuthtól ered. Rossz fogazat esetén egyébként közönséges stomatitis is fejlődhet ki. A szerző a 25 eset közül 5 esetben 8—10 injectióra azt tapasztalta, hogy a Wassermann-reactio negatívvá lett. Ezzel szemben **Fournier** és **Guénot** vizsgálataiból az derül ki, hogy az első kúra végén rendszerint még pozitív a seroreactio és negatívvá csak igen lassan, a 2.—3. kúra nyomán válik, néhány hónapon belül. A seronegativitas tartósságáról természetesen még nincsen tapasztalás. A bismuth kiválasztását **Fournier** és **Guénot** esetében **Aubry** és **Démelin** vizsgálta. Vizsgálatuk szerint kimutatható a bismuth a vérben, lumbalfolyadékban, nyálban, epében, bélsárban, verejtékben és vizeletben. A spirochaeta a lueses tünetek felületén elég hamarosan tűnik el, de az eltűnése mégis jóval lassabban megy végbe, mint a salvarsan-készítmények nyomán. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 15. szám.) **Gušzman.**

#### Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

**A testsúly gyarapodása** sok esetben, a melyben a bőséges táplálkozás egymagában nem vezet eredményre, elősegíthető **Noorden** tanár szerint a glandula pinealis használatával. Ő az **epiglandol** nevű készítményt használja; naponként fecskendez be intramuscularisan egy ampullányit, 3—5 héten át. Úgy látszik, olyan esetekben eredményes ez az eljárás, a melyekben bizonyos fokú hyperthyreoidismus van; ennek az oxydatiót fokozó hatását ellensúlyozza a glandula pinealis hormonja. (Klin. Wochenschr., 1922, 27. sz., 1391. old.)

**Prostatitis gonorrhoeica** ellen a wüzburgi egyetem bőrbeteg-klinikáján jó eredménnyel használták a gonococcus-vaccinát (arthigon stb.) intravenás befecskendezés alakjában. De még hatásosabbnak bizonyult a terpentin intramuscularis befecskendezése. A betegek háromnaponként kaptak egy befecskendezést terpichinnel (tisztított terpentin, chinin hozzátétellel) 0.5 cm<sup>3</sup>-től 2.5—3.0 cm<sup>3</sup>-ig emelkedő mennyiségben, az axillaris vonalban, 2 harántujnyira a crista iliaca alatt. Összesen 6—7 befecskendezésre volt szükség. Az egyidejű helyi kezelés czél szerű, sok esetben azonban egyszerű öblítésre szorítkozhatik. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 17. szám.)

#### Vegyes hírek.

A törvényszéki orvosi vizsgálatra jelentkezők a törvényszéki orvosi vizsgáló bizottsághoz címzett folyamodványukat szeptember hóban a m. kir. igazságügyministerium iktató hivatalába (Budapest, V., Markó-utca 16.) nyújtják be. Mellékelni kell az orvosdoktori oklevelet, valamint a legalább egy évi egyetemi, kórházi vagy két évi magángyakorlatot igazoló bizonyítványt. A vizsgálat október hóban lesz.

**Személyi hírek külföldről.** **Soxhlet** tanár a napokban ünnepelte 50 éves doktori jubileumát. — Az **Uthoff** tanár nyugalmabonulásával megüresedett szemészeti tanszékre a breslaui egyetemen **A. Biel-schowsky** marburgi tanárt hívták meg.

## PÁLYAZATOK.

806/1922. ikt. szám.

A vezetésem alatt álló vármegyei Szent György-kórháznál megüresedett **Röntgen-kezelőnői állásra** pályázatot hirdetek.

Megkívánatik a Röntgen-készülék kezelésében, Röntgen-fotografálásban és terapiában való jártasság. A ki a quarz-kezelésben és laboratoriumi segédkezésben is némi jártassággal bír, előnyben részesül.

Javadalma: Természetbeni lakás, fűtés, világítás, élelmezés, mosás, havi 600 korona fizetés és a befolyó Röntgen-díjak 10%-a.

Az állás azonnal elfoglalandó.

A pályázati kérvények hasonló alkalmazást, szakképzettséget, eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelve, alulírott igazgatósághoz czímzendők.

Székesfehérvárott, 1922 augusztus 18.

**Berzsenyi Zoltán dr.**, igazgató-főorvos.

1799 O. k.—1921/22. szám.

A m. kir. Ferencz-József-tudományegyetemi szemklinikán Szege-den megüresedett **II. tanársegédi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás a X. fizetési osztály szerint, az összes köztisztviselői pótlékokkal, s egy szobából álló lakással javadalmaztatik.

Orvosdoktorok, kik a szemészettel már behatóbban foglalkoztak, pályázati kérvényüket az orvoskari dekáni hivatalhoz folyó évi szeptember hó 15.-éig nyújtják be.

Szege-d, 1922 augusztus hó 18.-án.

**Davidó Leo dr.**, e. i. prodekán.

4037/1922. szám.

A vezetésem alatt álló m. kir. állami gyermekmenhely üresedésben levő **másodorvosi állására** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 2400 korona tiszteletdíj, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú intézeti élelmezés, továbbá mindaddig, míg ezek az illetmények a közszolgálati alkalmazottak részére járnak, havi 400 korona drágasági segély, havi 800 korona rendkívüli segély, havi 1200 korona átmeneti segély.

Felkérem mindazon orvosdoctor urakat s orvosdoctornőket, hogy a kik ezen állást elnyerni óhajtják, orvosi oklevélmásolattal, születési, erkölcsi s eddigi működésüket igazoló bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket a nagyméltóságú m. kir. népjóléti minister úrhoz czímezve hozzám szeptember hó 20.-áig nyújtják be. Később érkező pályázatok figyelembe nem vehetők.

Megjegyzem, hogy a kinevezett másodorvos az intézetben lakni köteles, magánorvosi gyakorlatot nem folytathat. Orvosnők s azok, kik igazoltan foglalkoztak gyermekorvossággal, előnyben részesülnek.

Gyula, 1922. évi augusztus hó 20.-án.

**Szell Imre dr.**, igazgató-főorvos.

6673/1922.

A lipótmezei m. kir. áll. elmeegógyintézetben egy másodorvosi állás üresedett meg a X. rangosztály illetményeivel és teljes ellátással. Kérvények 1922 szeptember 2.-áig nyújthatók be nálam.

Budapest, 1922 augusztus 8.

**Oláh dr.**, minist. tanácsos, igazgató.

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

**Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA**

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

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

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

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

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

**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. Prospektusai és bővebb felvilágosítással utlevél-ügyben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.

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

**ZANDER- Gyermekektorna**

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

**Heyden****Salit**

Tartalmaz 50% Salicylsavbornylestert.

Gyors fájdalomcsillapító szer

**rheumás és neuralgiás megbetegedések külső kezelésére.**

A bőr a Salitot hígítás nélkül is tűri. A Salitból 2—3-szor naponta, különösen este, 1/2—1 kávéskanál a jól tisztított és leszárított fájdalmas helyre bedörzsölendő.

Salitum purum 25, 50 és 100 gr.-os üvegekben.

Salit olajjal 35 és 70 gr.-os üvegekben.

**Xeroform**

Tribromphenolwismut.

Kb. 50% Wismutoxyd-tartalommal.

**Száraz sebkezelés számára.**

Ingermentes, sterilizethető, erős desodorans, gyorsan ható hámosító erővel és jelentékeny secretiogátló hatással. Megszünteti a fájdalmat és a viszketésingert. Különösen hatásos nedvező ekzemák, ulcus cruris és égés-sebek ellen.

Hintődobozok és hintőüvegek 5—5 gr.-mal.

Bádogdobozok 25, 50, 100 gr.-mal.

**Tannismut**

Bismutum bitannicum.

**Erélyesen ható béladstringens.**

Egyesíti magában a wismut és tannin hatását.

Kb. 22% wismutoxyd-tartalommal.

Alkalmazási tere: Acut, subcut és idősült bélhurutok, még tuberculotikusok diarrhoeái is.

Adagolás: 3—5-ször naponta 0.5—1 g.

Üvegcsövecskék 20 tablettával à 0.5 gr.  
10, 25, 50, 100 gr.-os dobozokban.**Solveol**

Neutralis vizes kresololdat.

Vizzel azonnal keverhető antisepticum.

Allandóan egyforma összetétel. Lényeges fertőtlenítő erő aránylag csekély toxicitás mellett. Helyi izgató hatás kizárva. Fémeket (műszereket), bőrárút stb. nem mar. A kezek nem válnak sikamlóssá.

1—3%-os vizes oldatban a kezek, a műszerek, a műtéli terület, a sebek fertőtlenítésére és a hüvely, anyaméh és hólyag öblítésére; mint 3—5%-os kenőcs bőrbajok (ekzemák) és parasitaer megbetegedések (pondróbetegségek) leküzdésére.

Ecsetelések sykosis és a bőr más gyulladásos genyes megbetegedései esetén.

100, 250, 500, 1000 gr.-os üvegekben.

Próbák és irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden Aktiengesellschaft, Radebeul-Dresden.

**Gelodurat****A jodalkaliák mellékhatása, a jodismus elkerülhető,**ha azokat csakis a bélben oldódó Geloduratban adjuk. **A legmagasabb jodtartalmú (76.5%)****KALIUM JODATUM****még a legérzékenyebb betegeknek is hosszabb ideig adható a legjobb eredménnyel minden mellékhatás nélkül.**

Rendelési módja:

Rp.  
Gelodurat kalium jodatum  
0.2, 0.3, 0.5

D. scat. orig.

**MAGNOSPIRIN  
BALLA****Diastin****a legtökéletesebb emésztőpor.  
Tabletta-alakban is!****Diabetikusok részére cukor nélkül.**

Magyarországi főraktár:

BALLA SÁNDOR és TÁRSA, gyógyszerészeti labororium, Budapest, VII.