

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bókay János: Közlemények a budapesti gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermek-klinikáról. Kórrajzok a gyermekorvostan köréből. — *Vas J. Jenő:* Veleszületett syphilis kapsán fejlődött és visszamaradt teljes epiphyseolysis öt éves fiún. 157. lap.

Henszelmann Aladár: Közlés a kir. magy. tudományegyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájából. (Igazgató: Báró Kéty László dr., ny. r. tanár.) A vastagbélfelfúvás Röntgen-diagnostikai értékéről; lép-, máj- és epehólyagvizsgálat. 160. lap.

Szász Emil: A bőrreactivitás (intracutan titer) megállapítása a Deycke-Much-féle partigekekkel szemben. 161. lap.

Magyarország Szemorvosainak Egyesülete. (1920–21. évi II. tudományos ülés 1921 január 9.-én) 164. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Gyermekorvostan.* H. Chick és E. Dallyell: A 6–10 éves gyermekek scorbut-endemiájáról. — *Általános kör- és gyógytan.* van der Reis: Bacteriumoknak a száj- és garatúrban mesterséges megtelepítése. — *Kisebb közlések az orvostudományról.* 165. lap.

Vegyes hírek. 166. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemények a budapesti „Stefánia“-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermek-klinikáról.

Kórrajzok a gyermekorvostan köréből.*

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

VIII.

Veleszületett syphilis kapsán fejlődött és visszamaradt teljes epiphyseolysis öt éves fiún.

Közli: Vas J. Jenő dr., kórh. rendelő-orvos, egyet. tanársegéd.

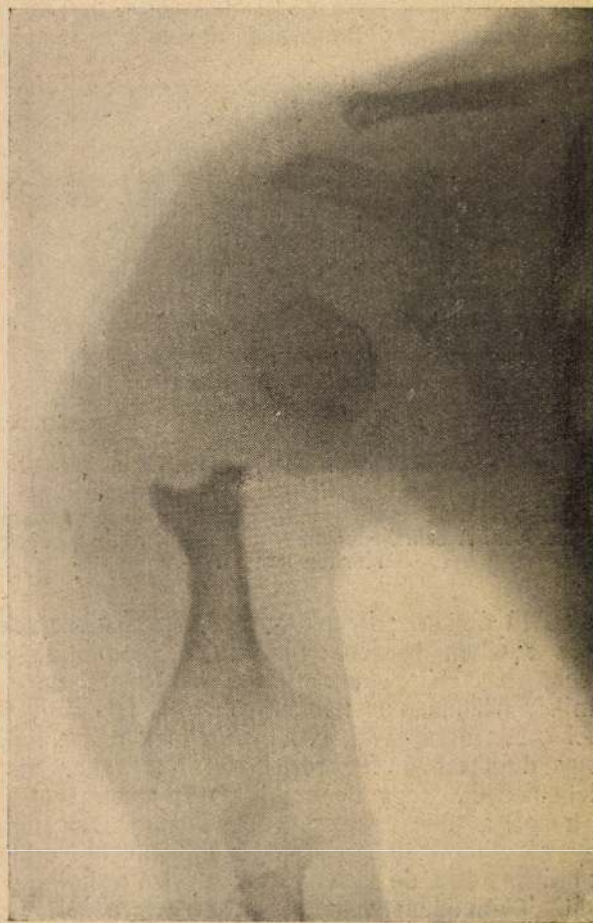
A veleszületett syphilis annyira változatos kórképének egyik igen jellegzetes, sőt nem egyszer legszembetűnőbb sajátossága a *pseudoparalysis*, illetőleg *osteocondritis luetica*, melynek első, valóban tudományos ismertetését és értékelését Parrot és Wegener klasszikus megfigyeléseinek köszönjük, melyeket aztán az észlelések egész sora követett, úgy hogy az egyszerű, fájdalmas duzzanattal és álbenulással járó osteocondritis luetica ma már Röntgennel is bőven tanulmányozott és így általánosan ismert folyamat. A súlyos, *epiphysisleválással* járó osteocondritis luetica azonban aránylag oly ritkán észlelt kórkép, hogy egyes eseteinek ismertetésével még mindig hasznos munkát végzünk.

Esetünk kórrajza röviden a következő:

H. Gy. syphilises atyától származott, anyjának 4. terhességéből, előtte két elvetélés volt, egy testvére pedig néhány hónapos korban elhalt. A bemutatáskor a kéthónapos csecsemőn náthát, kiszélesedett orrgyököt, szemöldökborrhoeát, fénylő tenyereket és talpakat, lépduzzanatot találtunk. A luesre utaló e tüneteken kívül a jobb karon, a könyökizületi csontvégékben osteocondritis luetica volt jelen mérsékelt duzzanattal, a bal felkaron nagyobb fájdalmas duzzanat, mely inkább a felkarcsont feje körül lokalizálódott; hasonlóan duzzadt volt a bal lábszár felső epiphysisvége is. A kezelés folyamán a lueses tünetek visszafejlődtek, a jobb kar és bal lábszár duzzanatai is teljesen elmúltak. A bal felkaron levő duzzanat azonban elpuhult s a szülők bemozdása szerint kifakadt és még öt év múltán is, midőn a gyermek hosszú szünet után ismét élénk kerül, e végtagon oly súlyos elváltozásokat láttunk, melyek annak csak igen korlátolt használhatóságát engedték meg. A gyermek tudniillik csak a váll magasságig tudta emelni a karját, azontúl a kar hátrabicsaklott, mely helyzetből aztán részben izomerővel, részben saját súlyánál fogva nyugalmi helyzetébe visszaesett. Egyszerű megtekintésre is eltérés mutatkozott a bal vállizület configurációjában az ellenoldalihoz képest. A beteg oldalon a felkar felső végének belső oldalán mintegy fillérmagyságú gyógyult fistulanyílás utáni heg volt látható. Már tapintással is, de még inkább Röntgennel konstataható, hogy a bal felkar epiphysise teljesen levált a diaphysisről. (L. az ábrát.) Minthogy az epiphysissel együtt az úgynevezett fertilis zóna is levált, a diaphysis növekedésében lényegesen visszamaradt, ellenben az epiphysis még tovább nőhetett.

Tekintettel az anamnesisre, a súlyos lueses tünetekre — a mi mellett szülési, avagy egyéb, direct traumát, továbbá osteomyelitis acuta infectiosát ki tudtunk zárni —, kétségtelennek kellett tartani, hogy ebben az esetben az osteocondritis lueticanak oly súlyos esetével állottunk szemben, mely

* Minden jog fenntartva.



Epiphyseolysis a felkarcsont felső részletén.

teljes epiphyseolysisel járt. Epiphyseolysis alatt tudvalevőleg azt a folyamatot értjük, hol egy csövescsonton az epiphysis a diaphysistől az intermediaer porczrétegben leválik. Ezen porczréteg minden, hosszirányban még ki nem fejlett csonton megvan és már normalis körülmények között is locus minoris resistentiae. Lueses csecsemőkön — kikben éppen a csövescsontok epiphysise, tehát intenzíven növekvő része a csontrendszernek a szervezetben keringő syphilisvirust élénken vonja magához — ezt az intermediaer porczréteget egy még a rendesnél is kevésbé ellenálló réteg foglalja el és igen súlyos esetekben, főleg genyedés esetén, már csekély külső behatásra, izomvongalásra az epiphysis teljes leválása állhat elő. Esetünkben is a súlyosan bántalmazott intermediaer zónában másodlagos fertőzés folytán genyedés állott be, mely epiphyseolysisre vezetett.

A tanulság, a mit esetünkből levonhatunk, az, hogy előfordul — bár szerencsére ritkán, mert hiszen évek során át száz és száz lueses gyermekben nem észleltük —, hogy az osteochondritis luetica némely igen súlyos alakja a fent említett körülmények között teljes epiphyseolysisre vezet és így a végtagnak állandósult és csak nehezen javítható defectusát vonja maga után.

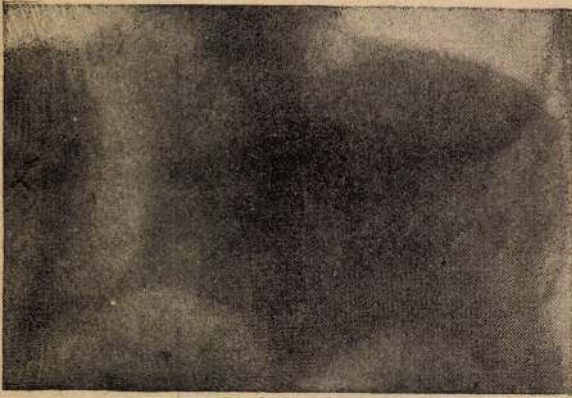
Közlés a kir. magy. tudományegyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájából. (Igazgató: Báró Kétly László dr., ny. r. tanár.)

A vastagbélfűvás Röntgen-diagnosztikai értékéről; lép-, máj- és epehólyagvizsgálat.*

Irta: Henszelmann Aladár dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

Az egyszerű fűvás nem juttat tehát több levegőt a vastagbélbe, mint a mennyit igen sokszor rendszeren is, főleg kisebb meteorismus esetében látunk és főként a hajlatokban. Nem tágtítja tehát a rendszeren terjedelmesebbre a lument és nem dislokál számbavehetőleg. Túlfűtatással viszont annyi levegőt juttatok a vastagbélbe, hogy ennek kalibere a szokásos contrastpépes telődéskorinál nagyobbá válik, a lumene, úgy látom, a meteorismusos lumenhez viszonyítva még egyszer



6. ábra. Kisebb mértékben megnagyobbodott máj hypertropiás májcirrhosis esetében. A szintén megnagyobbodott lép (L) a képen csupán részben látható.

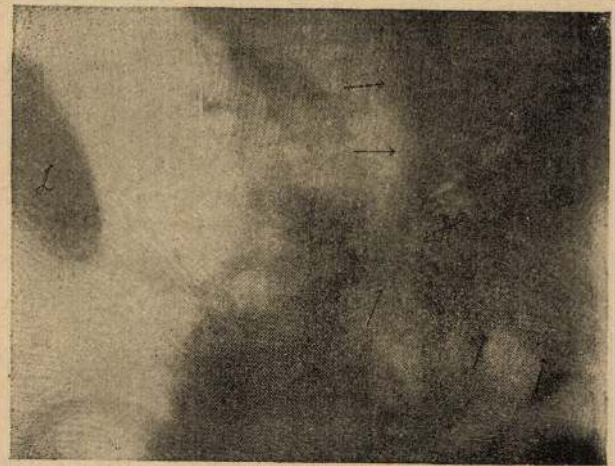
oly tágásra fűvódhatik; ilyenkor a szomszédos szerveket dislokálja és részben összenyomja. Ha meggondoljuk, hogy a haránt vastagbél elég gyakran kacsokat alkot, de e nélkül is akármikor párhuzamos lefutást mutat a fel- vagy leszálló vastagbél oralis darabjával, esetleg ezeknek egész hosszával, úgy hogy duplacsövű fegyverlefutást ölt, akkor megértjük annak lehetőségét, hogy ilyen túlfűtatás alkalmával a hasür esetleg a maga teljes szélességében hatalmasan felragyog. Oly ragyogó contrastok támadnak, a melyeknek eddig nem voltunk hozzászokva, de a melyeknek minden radiologus érezte a hiányát. Túlfűtatást végzünk tehát ott, a hol egyszerű fűtatással nem kapunk elég contrastot, miért is a kívánt szélek meg nem jelentek, továbbá, ha a támadt levegőcontrast minőségileg nem megfelelő, például túlságosan mély abdomen eseteiben, ascites jelenlétekor és, mint látni fogjuk, valahányszor a máj bal lebenyét is meg akarjuk jelenteni.

Előzetes bélkítarítás nem szükséges, tehát ambulans betegeken sincs semmi akadálya a bélfűvásos vizsgálatnak. Csak ha attól tartunk, hogy az esetleg megjelenő skybalárnyékok zavarólag hatnának, például epehólyag-vizsgálatkor, fogjuk a belet ennek fűvása előtt kítarítani. Megegy olykor, különösen állvafűtatáskor, hogy a fűtatás ellenére mégsem látjuk a vastagbelet telődni, mindössze az ampulla rectit és legfeljebb a sigmát. Majd mégis folytatva, hogy úgy mondjam, erőltetve ezt a műveletet, hirtelen, egy pillanat alatt előnti a levegő az egész vastagbelet, mintegy fény gyulad ki az eddigi sötétségben és szemünk előtt, mondhatnám

* A Budapesti Kir. Orvosegyesületben tartott előadás 80 vetített kép kíséretében.

statu nascendi bontakoznak ki a máj és a lép contourjai. Ezen jelenségnek magyarázata nyilvánvalóan az, hogy skybalák zárták el a levegő útját; mihielyt azonban a bél lumenét a skybalák terjedelménél szélesebbre tágtítottuk, a levegő utat talált. Ezt a levegővel való hirtelen megtelődését a vastagbélnek a betegek rendszeren nem jelzik, különösebb érzésről nem tudnak beszámolni.

A levegő eloszlása olykor csodálatosan szeszélyes. Rendszeren a hajlatokban mutat nagyobb gyülemeket; erősen telődik a transversum, főleg az ascendens és sokszor a vakbél is; a descendens kevésbé. Nagyobb levegőmennyiség véteti velünk észre az ampulla rectit és elég gyakran a sigmát. Ha a levegőtöltés után a belet órák mulva megtekintjük, rendszerint találunk még kevés levegőmaradékot a hajlatokban, esetleg innen is eltávozott már. Csak igen ritkán történik meg, hogy a hajlatokban 4–6 óra mulva is még mindig az eredeti levegőmennyiség tartózkodik. Egyszóval, a betegek igen gyorsan és tökéletesen meg tudnak szabadulni a befűtatott levegőtől. Ha a fűvást contrastpéppel töltött vastagbélben végezzük és nem túlfűvást csinálunk, a levegő egészen szeszélyes elrendeződést fog mutatni, hol itt vagy ott fog nagyobb mennyiségben felhalmozódni, ugyanakkor más részei



7. ábra. Kissé megnagyobbodott lép (L) és rendszeren nagyságú máj (H) ismeretlen eredetű hasvízkór esetében. (A nyilak a máj széleit jelzik.)

teljesen levegőmentesek maradnak. Való az, hogy ilyen baryumos vastagbélen is könnyen talál utat magának a levegő, elsősorban a hajlatokhoz, vagyis a baryummal előzetesen telített vastagbél sem akadálya a vizsgálati módszer alkalmazásának.

A lép Röntgen-vizsgálatára vonatkozólag az általam eddig leközölteken kívül, mint újabb tapasztalatokat, a következőket kell megemlítenem. A lép árnyéka mindig megjelentethető, ez általános érvényességű szabálynak mondható, mely alól semmiféle kivétel nincs. Csodálatos, hogy a klinikusok mégsem kérnek lép-Röntgen-képet, jöllehet a kép megjelenetése semmi áldozattal nem jár, fáradságot vagy idővesztéséget nem jelent. Igen sokszor még levegőcontrastról sem kell gondoskodnunk, lévén a bal hajlat majdnem mindig gázzal telt. E gázcontrastból a legminimalisabb mennyiség is elegendő, hogy a lép polusa megjelenjen. De ha egyáltalában nem találunk gáztöltést, lemezen még így is kiadódik a lép, mivel tömörsége nagyobb, mint a környezeté. Ha mindenki által könnyen észrevehető módon akarjuk a lépet már az átvilágításkor is érzékelhetővé tenni, úgy szintén nagy mélységű abdomen (kövér has), vastag lágyrészek, nagyobb fokú lépmegnagyobbodás, ascites, has-tumor eseteiben, valahányszor tehát a contrast javítandó vagy megteremtendő, a fűtatáshoz fogunk fordulni, melyet a lép keresésekor állva is végezhetünk, hiszen csak a bal hajlat megtelítéséről van szó. A gyomorhólyag fejlesztése nem szükséges, mert a nagyobb gyomorhólyag éppen zavarólag szokott hatni, a mennyiben erősebben dislokál. Általában a gyomorhólyag adta contrastra csak abban az esetben lehet szükségünk, ha

a ptosisos lép felső contourjait is meg akarjuk jelentetni. Gyönyörű, igen demonstrabilis lépképeket kaphatunk túlfújtatással jobboldali fekvésben, dorsoventralis nyilírányú sugárirányítást használva.

A lép alaki, nagysági és helyzeti viszonyait illetőleg terjedelmes ismételésekbe nem bocsátkozom; eddig megjelent ilyen tárgyú dolgozataim a kérdést elég körülményesen tárgyalják. A bal hypochondriumban a czipó- vagy hegyén álló tojásalakhoz hasonlítható lép rendszerint ferdén elhelyezett; érinti felső polusával kisebb-nagyobb hosszban a rekesz lateralis harmadát s ezzel közös vonalas contourt mutat, széles convex oldalával az oldalsó hasfalnak támaszkodik, a mellyel majdnem az alsó polusig az árnyékuk összeolvad. A polus (a tulajdonképpeni vagy alsó polus), valamint a medialis contour majdnem egész lefutásában szabad, mert a bal vastagbélhajlat gáztartalma minden egyébtől élesen elkülöníti. A medialis szél rövidebb-hosszabb darabja gyakran a gyomorhólyagba vetődik, bár üres gyomor esetén sokszor nehéz a meghatározása annak, hogy ezt a levegőképet a bal hajlat vagy a gyomor szolgáltatja-e. A felső szél csak ott fog a rekesz vonalas árnyékától elkülönülve megjelenni, a hol sülyedt, vándorlépről van szó; ugyanakkor a lateralis szél is elhagyja az oldalsó hasfalat. A teljesen harántul és a függőlegesen elhelyezett lép más és más, főleg testalkati viszonyokra lesz jellemző.

A lépét úgy kell megjelentetnünk, hogy a polusa határozottan lássék és ennek valóban polusalakja legyen. A polus alakjának és terjedelmének a vizsgálata a lép Röntgen-diagnostikájában minden egyébnél fontosabb, egyrészt, mert a polus az a része a lépnek, mely kivétel nélkül is mindig könnyen megjelentethető, továbbá, mivel a lép helyzeti, alaki és részben nagysági viszonyait a leghűbben a polus jelzi. A széles lépnek széles, a rendesnél tompább polusa van; a hegyes és igen sokszor sülyedt, astheniás lép polusa kihegyezett, polusával többé-kevésbé a bordaív alá ér, de ugyanakkor a felső polus, a mely a rendesnél szintén hegyesebb, a rekesz-contourt elhagyja. Beszélünk a bordaív fölött levő, a bordaívig érő, esetleg ezt meghaladó tömeges vagy kihegyezett, rendes átmérőket mutató, vagy a rendesnél nagyobb polusról. A lép orthodiagrammaiban is a hosszátmérő meghúzásakor a polusra ügyelünk, hiszen a legmagasabb pontot akarjuk ilyenkor a polus alsó pontjával összekötni. Hogy helyesen beállított polust és jól lássunk, megfelelő sugárirányításról kell gondoskodnunk, illetőleg, a mi ezzel egyértelmű, a beteget forgatjuk, jobb vagy bal vállával néhány



8. ábra. Ch = rendes nagyságú epehólyagfenék. Ly = nyirokcsomó árnyéka a gerincoszlop mellett. R = a sülyedt vese árnyéka (a nyilak ennek széleit jelzik). P = a hasnyálmirigy kérdéses árnyéka (nem az üres gyomoré; a baryumos próba az utóbbi feltevést kizárta). A máj széle is látható.



9. ábra. Kövekkel telt, megnagyobodott epehólyag (a nyilak a hólyag széleit jelzik).

fokkal előre, a míg csak a túlságosan szétterülő, vagy a nagyon kihegyezett polus a közismert „polus” alakot fel nem veszi. Néhány fokkal innen vagy túl forgatva még nem jelentkezik vagy már eltűnt a polus. E jelenségnek csupán vetületi-anatomiai magyarázata lehet, és pedig az, hogy a dorsoventralis nyilírányú sugárirányítás vagy parallel éri a lép facies gastricáját, hogy úgy mondjam „éléről” látjuk a lépét, vagy a széles convex oldalával fekszik felénk a lép, a midőn „lapjáról” bontakozik ki. Élnek nevezhetjük a facies gastrica elülső contourját, lap alatt az oldalsó hasfalnak fekvő széles convex oldalt értjük. Az előbbi esetben a facies gastrica csak mint vonal érvényesül, miáltal a polus csekély mélységű, vagyis túlságosan kihegyeződik s ezért nehezen észrevehetővé válik. Az említett él a lép medialis contourját fogja alkotni mint függőlegesen futó egyenes. Ilyenkor bal vállával előre forgatva a beteget, a facies gastricát a sugarak útjába teregetjük, miáltal a felszín a lépárnyék kiszélesítéséhez szintén hozzájárul, a polus tömegesebb lesz, tehát könnyebben észrevehető és határozott alakot ölt. Ha túlságosan lapjáról látjuk a lépét, a polus annyira szétterül, hogy e miatt válik nehezen érzékelhetővé. Ez esetben a jobb vállal való előreforgatás segít a helyzeten, mert ilyenképpen inkább élére állítva a lépét, a polust kihegyezzük. Néha látszólag semmiféle lépárnyék sincs, legfeljebb valamilyen határozatlan csücsök, mint a polus csücske vagy a legnagyobb harántátmérő legkiugróbb pontja. Ezt a képet mindig nagyobb fokú meteorismus esetében látjuk. Ha ilyenkor bal vállával forgatjuk előre a beteget, vagyis a II. ferdébe állítjuk, a lép mindig megjelenik. Magyarázata: a meteorismus az oldalsó hasfalhoz szorította a lépét s ez által látszólag eltüntette.

(Folytatása következik.)

A bőrreactivitás (intracutan titer) megállapítása a Deycke-Much-féle partigenekkel szemben.

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

(Vége.)

Az injectiók helyét mindennap megvizsgálom és a leletet feljegyzem. Pro studio az első 5 nap leletét is. Az 5 nap elteltével a titer minimális értékét akár fel is jegyezhetem már, de 14 nap eltelté előtt a reakciók szaporodására még mindig számíthatom kell. A pozitív reakciók száma adja meg egy bizonyos partigenel szemben a reaktivitás quantitativ értékét. Müller szerint a „concentrációs” titer értékét. Ezt kifejezhetjük a reakciók száma szerint: 1, 2, 3, 4. Szóval kifejezve megkülönböztetnek gyenge, közepes, jó vagy teljes titert. Much és Altstädt koczkákkal jelzi a reakciók számát. Egy partigenel szemben az átlagos reaktivitást kifejezhetjük a számok középértékével: A3, F2, N2 esetében pl. ez az érték 2:3. Esetleg az ossztitert is kifejezhetjük az értékek összegével: ebben az esetben 7.

Láz az intracutan injectiók nyomában sohasem járt Subjectiv panaszokra sohasem adtak okot. Nagyfokú reaktivitásnál legtöbbször spontan viszketés, enyhe fájdalom mutatkozik az injectio helyén. Erélyes nyomásra intelligens betegek az injectiók helyén idegentest-érzést jeleznek. Ez igen megbízható segítségnek bizonyult a reakciók megítélésükre, mert a leggyengébb reactio helyén is a legélénkebben jelentkezik olyankor is, mikor alig látható és tapintható valami. A reakciók ebből a szempontból is összehasonlíthatók a kontrollal.

A kétes reakciók megítélésükre különben elfogadhatónak tartom Fischel eljárását, a ki a kétes A-reactiót inkább negatívnak, a kétes F- és N-reactiót inkább pozitívnak veszi.

Itt kell rámutatnom a „kiújuló“ reakciókra. Így nevezem az intracutan titer már rég elmúlt reakcióinak helyén jelentkező reakciókat, akár látszólag spontan, akár partigen-adagolás hatására újulnak ki. Ha a kiújuló reactio automatikus, spontan reactio, akkor ezt a tuberculosis folyamat aktivitása biztos jelennek tartom és az időnként nagyobb mennyiségben a nedvkeringsébe kerülő endogen antigenek hatására vezetem vissza. Hogy mennyiben támogatják feltevésemet más klinikai jelek, erre vonatkozólag megfigyeléseim folyamatban vannak. A tünet immunobiologiai feltételeire e helyen nem térhetek ki. Biologiai szempontból a kiújuló reactio góczreactio. Érdekes, hogy partigen-kezelés közben néha oly helyen „újul ki“ egy-egy reactio, a hol a titerészlelés egész ideje alatt a reakciónak még nyoma sem volt látható.

Ez az utóbbi jelenség tulajdonképpen azt jelenti — és ez nem is hangzik érthetetlenül —, hogy az intracutan titer nem jelzi pontosan az allergiát. A hígabb dilutiók helyén kifejlődő allergia tüneteit néha már nem látjuk és nem tapintjuk. Az általános allergiának a kezeléssel történt fokozása mint plus kell ilyenkor ahhoz, hogy a sejtes érzékenység tünetei kiújuló reactio alakjában itt is megnyilvánuljanak.

Hogy az acnés bőr reaktivitása feltűnően jobb volna — mint Fischel állítja —, nem tapasztaltam.

A titer qualitativ sajátosságai.

A reakciók számán kívül figyelniük kell azok intenzitására is. Nem követtem e tekintetben az egyes szerzőket az e célból eszközölt aprólékos mérésekben, a papulák átmérőjének megállapításában. Csupán az átlagosnál jóval intenzívebb reakciók jelenlétét jegyeztem fel. Ily heves reactio sokszor cseresznyenagyságú beszűrődésben, élénk piros, igen kiterjedt erysipeloid környéki lobosodásban, F-nél egyes esetekben kifejezett, lázzal nem járó lymphangitisben nyilvánul. Szemben az említett milliméteres meghatározásokkal, a talán nem is specifikus tüneteknek subjectiv okokból bizonytalan értékelésével, a reakciók ily nagy intenzitásánál nem tévedhetünk és teljes biztonsággal különösen fokozott reaktivitásra következtethetünk.

Mint látni fogjuk, elsősorban ismételt vizsgálatoknál kell erre figyelemmel lenni. Gyakorlati szempontból az fontos, hogy a reakciók intenzitásának növekedése is elég ahhoz, hogy a titer változását (javulását?) felvehessük.

Ezen feltűnő reakciók jelentőségével bővebben tudtommal senki sem foglalkozott. Nekem számos esetben feltűnt, hogy ismételt vizsgálatnál az injectiók számának szaporodása nélkül, főleg az F első két legfőbb dilutiójának helyén, ilyen igen heves reakciók jelentkeztek. Az a benyomásom, hogy ez relative jóindulatú esetekben és a folyamat reaktiválódása, illetőleg az aktivitás fokozódása esetén áll be. A klinikai kép ily esetekben e mellett szól. A tünet biologiai magyarázatát is meg lehet adni, de ezzel a kérdéssel más alkalommal óhajtok részletesen foglalkozni. Az intenzitás fokozódását általában már a tuberculin-kezelésnél is mint aktivitási jelet értékesítették.

Az intracutan titernek egy másik, szintén az ismételt vizsgálatok észlelésekor fontos és ily vonatkozásban nem eléggé méltatott sajátossága az „állandóság“. Nem az Altstätt értelmében vett állandóságra czélzok, melylyel ő már a 3—4 napig fennálló — s ez alapon specifikusnak nyilvánított — reakciókat jelzi, megkülönböztetésül a múlt reactiv tünetek-

től. Mint már hangsúlyoztam, az állandóság nem kelléke a pozitív reakciónak. Ezt a jelzőt én csak a legalább 14 napig fennállott reakciókra használtam. De ezekre még abban az esetben is, ha intenzitásukban talán gyengülnek. A titert akkor jelzem állandónak, ha legalább 14 uapig nem változik a reakciók száma. „Gyengülnek“ a titert akkor jelzem, ha 14 napon belül egy-két hígabb dilutióknak megfelelő reactio eltűnik és „múlónak“, ha valamennyi reactio elmúlik ezen időn belül.

A titer qualitativ sajátosságainak figyelmen kívül hagyása lehet az oka annak, hogy sokan „semmiféle“ összefüggést sem találnak a klinikai kép, a prognózis és a titer közt. A klinikai eseteknek titerkép szerinti csoportosítása ezért nem vezetett soha megnyugtató eredményre, feltétlen egységes klinikai csoportosításra. Gyakorlatomban nem egyszer előfordult, hogy közepesnél jobb titer mellett a titer múltékonyságában jutott csak kifejezésre a bár lassú, de kétségtelen progressio.

Ha ismételt vizsgálatra kiderül, hogy a titer állandóságából veszített, ezt a változást titergyengülésként kell értékelniük abban az esetben is, ha a concentratiós titer, tehát a pozitív reakciók száma nem fogyott meg. A prognózis szempontjából nagy tartózkodással ítéljük meg egy quantitativ szempontból közepes titert, ha 14 napon belül gyengül vagy egészen eltűnik.

Bár az a benyomásom, hogy a reakciók tulajdonságai közül az állandóság a becsesebb, ez általában mégis párhuzamosan változik az intenzitással.

Az egész intracutan titernek jellegzetes képet adhat a reaktivitás fokának különbözősége a három partigennel szemben. Figyelniük kell, hogy a reaktivitás mely irányban dominál, a változásra való hajlam mely irányban jelentkezik. Hogy e téren mily eredményre jártak megfigyeléseim, erről már beszámoltam (Brauers Beiträge 45. k.), de itt is lesz még róla szó.

Ezek azok a qualitativ sajátosságok, melyekre a titer megállapításakor ügyelniük kell.

Napbarnított bőrön, főleg az F és N hígabb dilutióinak megfelelően, kis beszűrődéssel járó reakciókat nehéz felismerni és értékelni. Fischel szerint az ilyen bőr gyorsabban reagál. Müller tapasztalatát, mely szerint friss reakciók a nap hatására eltűnnek, néhány esetben, de nem következetesen, én is észleltem. Az injectiók kifejlődésére az alkalmazás helye az én tapasztalatom szerint semmi befolyással sincsen.

Jól reagáló betegeken még hónapok multán is apró göbök alakjában láthatók és tapinthatók a reakciók. Erősebb, kis pustulával járó reactio helyén apró, csillagos forradás, pigmentatio marad hátra. Nők kezelésekor ez mindenesetre figyelembe veendő.

Ismételt vizsgálat.

Ismételt vizsgálat alkalmával, mikor el kell döntenünk, hogy változott-e a titer, a megítélés subjectiv nehézségei már a quantitativ értékváltozás szempontjából is lényegesen nagyobbak. Kétes reakciónál az ember hajlandó a klinikai állapotváltozásra támaszkodva döntenie és pozitívnak venni egy kétes reakciót, ha meggyőződésünk értelmében a titer javulása várható. E nehézségen úgy tettem túl magam, hogy a kétes reakciót negatívnak vettem. De, mint említettem, elfogadhatónak tartom Fischel eljárását is, a ki a kétes zsírreakciókat inkább pozitívnak, az A-reactiókat inkább negatívnak veszi.

A titer állandó és gyengülő jellegének értékelésekor nincs nehézség. Ez éppoly értelemben történik, mint a quantitativ érték változásáé.

Kétes reakciót pl. inkább pozitívnak veszek, ha általában állandóbbak az illető partigen reakciói, mert ez is a reaktivitás fokozódásának egy jele.

Vagy ha a II. titerben egy A-reactióval több és egy F-reactióval kevesebb jelentkezik, változatlanul jelzem a titert. De ha ugyanakkor a reakciók állandóságában is beáll változás, akkor ezen változás értelmében, bármelyik partigennel

vonatkozzék is az, javultnak vagy romlottanak veszem a titer, a szerint, hogy állandóbbak vagy múlóbbak lettek-e a reakciók.

Azt mondhatjuk, hogy a titer quantitativ tulajdonságainak változása egymagában csak akkor szabja meg a titer-változás irányát, ha a qualitativ sajátságok változatlanok maradtak. Ugyanez áll fordítva. A II. „gyengülő“ titer csak akkor fogyatékosabb az I. „állandó“ titernél, ha quantitative nem változott. Ha új reakciók jelentkeztek, esetleg ezek adják a titer gyengülő jellegét (ennek megállapítása a gondos észlelés feladata), a titer pedig egészben jobb mint az I. És fordítva: immunobiológiai szempontból a II. „állandó“ titer rosszabb lehet az I. „gyengülő“ titernél, ha a reakciók számának fogyásáról és éppen azok elmaradásáról van szó, a melyek az I. titer gyengülő jellegét adták meg. Pl. I. titer: A 3 reactio positiv, közülük 2 eltűnik 14 napon belül. Ez „gyengülő“ titer. II. titer: A 1 positiv reactio, mely a 14. napon túl is fennáll. Ez „állandó“ titer. Immunobiológiai szempontból a II. titer feltétlenül rosszabb. Az egyes titerek jellegének kifejezésére használt megjegyzések tehát nem fejezik ki egyúttal az esetleg beállott titerváltozás jellegét is.

Már érthetlenebb, ha a II. titer több reakcióból áll, e mellett azonban „múló“, szemben az I. quantitative rosszabb, de állandó jellegű titerrel. Ez talán végső erőmegfeszítéssel, nagy, de kimerülő biológiai aktivitással dolgozó esetekre jellemző.

A titer qualitativ tulajdonságai közül mint állandó tulajdonságot is alig tudjuk ma még értékelni azt, a mely a három partigennel szemben való reaktivitás fokának egymásközi viszonyában jut kifejezésre. Még nagyobb nehézség előtt állunk, ha az ez irányban ismételt vizsgálatkor észlelt nagyobb eltolódásokat kell elbírálnunk. Hogyan ítéljük meg egy titer-változást, melynél az összérték (a reakciók száma) nem változik, de nagy eltolódás van a fenti értelemben? Erre nem tudunk felelni. Pl. I. titer: A 4, F 3, N 2. II. titer: A 2, F 3, N 4. A quantitativ összértékben itt nem állott be változás, az egyes partigennel szemben való reaktivitás azonban a II. titerben lényeges változásokon esett keresztül. Javult vagy romlott-e a titer? Erre csak akkor tudunk majd felelni, ha a háromféle reaktivitásnak immunobiológiai jelentősége teljesen tisztázott lesz. Vizsgáljuk meg ilyenkor, az I. titer észlelésekor nem voltunk-e nagyon kevésbé skrupulózusok a gyenge A-reakciók megítélésében, vagy a II. titer vizsgálatkor túlszigorúak. Ha ezt a fenti esetben meg tudnók állapítani feljegyzéseinkből (ilyenkor látszik, milyen fontos a pontos észlelés menetét jegyzetekkel rögzíteni), akkor tulajdonképp az N-reaktivitás egyszerű fokozódásával állunk szemben.

Tapasztalatom szerint az I. titer állandó jellegű reaktivitása hajlamos elsősorban a javulásra a II. titerben. Az állandó jellegű reakciókat kiváltott partigennel szemben való reaktivitás hajlamos elsősorban a javulásra. Ennek reakciói szaporodnak meg legkönnyebben. Ez is annak a jele, hogy a reakciók állandósága, mint a titer qualitativ tulajdonsága, és azok száma, mint quantitativ sajátság, ugyanazon biológiai képességen alapszik.

Arra már utaltam, hogy ismételt vizsgálatra sokszor intenzívebb reakciók jelentkeznek, míg számuk ugyanaz marad, sőt nem egyszer megfogyatkozik. Tehát a concentrációs és az intenzitási titer változása keresztezi egymást. A titer-változásnak ez a módja (és általában az igen intenzív reakciók) csak activ folyamatoknál mutatkozik. Néhány esetem arra int, hogy prognostikai szempontból ez a változás nagy tartózkodással ítélendő meg. *Reaktiválódással, az aktivitás fokozódásával látszik összefüggésben lenni.*

A titermegállapítás gyakorlati jelentősége.

Az intracutan titer immunobiológiai jelentősége elméleti kérdés, melylyel más helyen foglalkozom.

Gyakorlati jelentősége a titernek a kezelés kezdőadagjának megállapításában van. *Much* szerint a még éppen reactiót adott hígítás $1/100$, az ennél tízszer hígabbnak $1/10$

cm³-ével kezdjük a kezelést. Minden nap adagolunk, még pedig folytonosan emelkedve az előző napi adag felével, míg reactiót nem kapunk. Ez enyhe helyi reakcióban és mindig lassan fokozódó hőemelkedésben nyilvánul.

Bár megerősíthetem *Much* tapasztalatát, hogy hirtelen magas lázzal jelentkező heves reactiót a partigen csak kivételesen vált ki, önkéntelenül, illetőleg a mindennapi tapasztalat hatása alatt mind óvatosabban adagoltam. Sokszor egy adagnak 3–4-szeri ismétlése után emelkedtem csak és nem egyszer alig jutottam túl a kezdő adagon. Nem azért, mert nagy reactiókat kaptam, hanem mert azonnali hőemelkedést váltottam ki. Újabban nagyon jó eredménnyel 1–2 napi szünetet tartok az egyes injectiók között (ha t. i. okom van rá), sőt külső okokból tartott hosszabb szünetek után is folytattam már az adagolást ott, a hol hetekkel ezelőtt elhagytam a nélkül, hogy kellemetlen reactiókat váltottam volna ki. Megfigyeléseim e téren még nem teljeseek. De elméleti megfontolás alapján az intracutan titer megismétlésének indicatióját a megismétlendő kezelés előtt a *Much*-étől lényegesen eltérő indokolással állítom fel. Kitűnik, hogy gyakorlati szempontból sem fedi egészen az intracutan titer jelentősége a *Much* felfogását. Erről más helyen bővebben szólok.

Összefoglalás.

1. Az elengedhetetlen biológiai tisztaság érdekében az intracutan injectiókhoz használatos instrumentariumot a kezelésre nem szabad használnunk.

2. Minthogy a bőr physikai állapota egyénenként változó lehet, helyesebb, ha *Much* eredeti előírása szerint 0.1 cm³ partigent fecskendezünk a bőrbe és nem törekszünk 2 mm.-es papulák felidézésére, mert ehhez egyénenként más-más mennyiségű partigen kell.

3. Minthogy 14 napon belül még mindig újabb reakciók jelentkezhetnek, ezen idő letelte előtt nem szabad a végleges titerértéket megállapítanunk.

4. Mivel az észlelés 5. napján is fennállhatnak még a szúrás helyén nem specifikus reakciók tünetek, legfeljebb a 6. napon állapíthatjuk meg a titer minimalis értékét. Csak ily eljárás biztosíthat afelől, hogy igazán specifikus reactiókat értékesítünk. *Altstättl* követelménye tehát, mely szerint a positiv reactio kriteriuma az, hogy három napig fennálljon, nem kielégítő.

5. A mit „positiv“-nak mondunk, annak feltétlenül specifikusnak is kell lennie, de egy „positiv“ reactionnak nem kell feltétlenül „állandó“-nak lennie.

6. Az „állandó“ elnevezéssel ugyanis a titernek egy, mint láttuk, igen értékes tulajdonságát jelölhetjük, ha a legalább 14 napig fennálló reactiókat jellemezzük vele.

7. Az injectiók helyén mutatkozó apró vérzések semmiféle összefüggésben sincsenek a reaktivitás fokával és tisztán a bőr említett egyéni sajátságaival állnak összefüggésben. Az észlelést néha nagyon megnehezítik.

8. Gyenge reactiók felismerését megkönnyítheti a beteg által az injectio-helyek tapintásakor jelzett „idegentestérzés“.

9. A titer qualitativ sajátságai, a reactiók állandósága, intenzitása, épp oly fontosak és figyelembe veendőek, mint a reactiók száma.

10. A titerváltozás is mindkét sajátság alapján ítélendő meg. A reactiók változatlan száma mellett a qualitativ sajátságok egyedül is mérvadók a reaktivitás változása szempontjából.

11. Ez a két sajátság ugyanolyan értelemben változik, a mi bizonyítja, hogy a biológiai alapjuk ugyanaz.

12. A partialis reaktivitás a titer qualitativ sajátságai közé tartozik és egyik-másik partigennel szemben nagyobb, illetőleg kisebb reaktivitásban jut kifejezésre. Más helyen közlendő tapasztalatom alapján állíthatom, hogy az F-N-reaktivitás fokozódását előnyösnek kell tartanunk.

Magyarország Szemorvosainak Egyesülete.

(1920—21. évi II. tudományos ülés 1921 január 9.-én.)

I. Betegbemutatók.

1. **Braná János:** Intravenás arthigon-injectio után támadt herpes corneae febrilis esete.

Összehasonlítóképpen egy herpes zoster ophthalmicus esetet is bemutat.

2. **Liebermann Leó:** Tejinjectióval gyógyított neuritis optica.

A 37 éves nőbeteg 1920 augusztusában baloldali súlyos neuritis optica typusos szemfenéki képével jelentkezett; minden jel orbitalis periostitis mellett szólt: kiefokú exophthalmus, mely hátranyomásra igen érzékeny, és nyomásérzékenység a supraorbitalis tájon. A rhinológiai lelet negatív, úgyszintén a Röntgen-lelet is az orrmelléküregekre nézve. Luesre semmi gyanu, a Wassermann-reactio negatív. Két méterről ujjolvasás, centralis scotoma. Kísérletképpen subcutan tejinjectio, azzal, hogy ha nem jár eredménnyel, intranasalis ethmoidalis műtét végzendő. Másnap a visus $\frac{5}{10}$, scotoma alig mutatható ki, a papilla határai kezdenek láthatóvá válni, az exophthalmus valamit csökkent. 20 nap múlva a visus $\frac{5}{7}$, scotoma nincsen, az exophthalmus megszűnt, a papilla határai még kissé elmosódtak, még kiefokú supraorbitalis nyomásérzékenység. Még egy tejinjectiót adva, másnap elbocsátják.

5 hónap múlva a bal szem lelete normalis, azonban ugyanolyan kórkép a jobb oldalon, mint annakidején a balon, körülbelül 3 hét óta. Visus: ujjolvasás a szem előtt. Ugyancsak tejinjectióval kezelve, 2 nap múlva $V = \frac{5}{15}$, 7 nap múlva (a bemutatás napján) $V = \frac{5}{6}$, de még kiefokú exophthalmus van és supraorbitalis nyomásérzékenység a jobb oldalon. Abban az esetben, ha a neuritis újra mutatkozik, orrműtét van tervbe véve.

A tejtherapia tehát az ilyen esetekben is jogosult.

3. **Singer Gyula:** Rákos hámburjánzás a corneosclerális határon.

Műtetre gyógyult epibulbaris carcinoma-esetet mutat be.

4. **Bartók Imre:** Degeneratio punctata albescens retinae esete.

Fiatal asszony hemeralopiáról panaszkodik. Visusa, látótere rendes. Mindkét szemfenék finom, csillogóan fehér szemcsékkel van behintve, a papilla és macula közvetlen környékét kivéve. A retinalis erek a csomók felett haladnak el.

A kép tudvalevőleg degenerációs elváltozásnak felel meg, mely évek során át változatlanul állott fenn. Néha további elváltozások jöhetnek létre, pigment-lerakódás a szemcsék körül, ezekből azonban ez esetben semmisen látható.

5. **Csapody István:** A szembogárszél festéktaraja.

Flocculus-képződés mindkét szivárványhártya pupillaris szélén. A jobb szemén hét, $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ mm. hosszú, gesztenyebarna, szemölcszerű képződmény hajlik köröskörül a sphincterre, a legerősebb alul-belül. A bemutató ezeket az iris festéklapja centralis, úgynevezett contractiós barázdáit alkotó festékléczek hyperplasiájának tartja, a melyek rendes körülmények közt is úgy alkotják a pupilla festékszegélyét, hogy két-két szomszédos lécz a szembogárszéli végén ívben egymásba hajlik át. Az így támadó fejecskék *Fuchs* szerint eserin hatására átcsapnak a sphincteren. A bemutatott növedékek, a melyek *Stähli* flocculusaival nem azonosíthatók, ilyen fejecskék hyperplasiái. Pupillatágításkor megkisebbednek.

6. **Ditről Gábor:** Blepharospasmus chronicus esete.

A beteg a bal szemét 2 év óta, a jobb szemét 3 hónap óta alig tudja kinyitni, clonusos szemhéjgörcs akadályozza ebben, a mely azonban az egész facialis görcsbe megy át. Visus, látótér, szemfenék rendes. Az idegrendszeri lelet teljesen normalis viszonyokat mutat. Minden gyógyítási kísérlet eddig eredménytelennek bizonyult.

II. Előadások.

1. **Fejér Gyula:** Adatok a hypophysis-tumorok gyógykezeléséhez.

Két esetről számol be, melyekben a diagnosit a Röntgen-lelet biztosította és melyek mély Röntgen-besugárzásra lényeges javulást mutattak.

I. eset. 43 éves férfi. Visus: j. sz. = $\frac{5}{10}$, b. sz. = $\frac{5}{15}$? Bitemporalis hemianopsia. Mindkét oldalon a papilla temporalis elhalványulása. Röntgen-lelet: a sella kétszeresére tágult, az iköböl felső fala besüppedt. Röntgen-besugárzás kemény sugarakkal háromszor kétórás üléssel, minden alkalommal mind a négy irányban $\frac{1}{2}$ órai időtartammal. Utána csekély Röntgen-nausea, más mellékhatás nélkül. 6 hónap után az eredmény: visus j. és b. sz.: $\frac{5}{7}$; a látótér a középvonalban kissé tágult.

II. eset. 49 éves asszony. 3 év óta látáscsökkenés a bal szemén, a bal szem 1 év óta vak; teljes opticus-atrophia. A jobb szemén gyors látáscsökkenés néhány hónap alatt, mely rossz fénylocalisatióig romlott. A papilla csak kis fokban halványult el. A korai menopausa és a hónaljiszőrök kihullása a gyanut hypophysis-tumorra terelik. Röntgen-lelet: sella harántul megszélesbedett és bemélyedt, proc. clin. anteriorok acromegaliásan megvastagodottak, a proc. clin. post.-on folt, a mely elmeszesedéshez hasonló. Kétszeri Röntgen-besugárzás, mint az I. esetben. Első ízben a besugárzást erős fejfájás és szédülés követte. Két hónap múlva visus: jobb szemmel 3 méterről olvas ujjakat, a látótér temporálisan tágult.

Az eredmények annál inkább értékelendők, mert tudvalevőleg a hypophysis-műtétek különösen veszélyes beavatkozások, a Röntgen-kezelés eredményes volta azonban a technikán múlik; a sugaraknak 7 cm. mélyre kell hatolniok.

2. **Bartók Imre:** Iskola és szembetegségek.

Igen fontos szerep jut a tanítónak a szembetegségek, különösen a fertőző kötőhártya-betegségek és látás-zavarok idejében való észrevételében, mert minden gyanu esetén azonnali orvosi vizsgálatot kérhet, míg az iskolaorvosi ellenőrző vizsgálatok természetesen csak nagyobb időközökben történnek.

Heveny kötőhártyamegbetegedésben és trachomában szenvedő gyermekek mindaddig, míg a szemek váladékosak, az iskolalátogatástól eltiltandók; nagyobb conjunctivitisjárvány esetén (ha a tanulóknak mintegy fele megbetegedett) az iskola bezárandó; trachomás vidéken a trachomások részére külön iskolákat kellene felállítani.

Lymphás szemgyulladásban megbetegedett gyermekek ne látogassák az iskolát, míg a súlyosabb tünetek el nem múltak.

Gyengelátású és nagyobb fénytörési rendellenességgel bíró gyermekek a kézimunka és rajzolás alól felmentendők, még pedig a következő séma szerint: 1. Ha a látásélesség correctio mellett mindkét szemén $\frac{5}{10}$ alatt van. 2. Ha a myopia 6 D-nál nagyobb, még az esetben is, ha a látásélesség üveggel $\frac{5}{10}$ vagy ennél jobb. 3. Astigmatismus esetén ha az ophthalmometriás különbség 3 D-nál többet tesz ki, még ha javítás után a látás $\frac{5}{10}$ vagy ennél jobb is. 4. Szemfenéki elváltozásoknál. 5. Aphakiánál. 6. Mindkét szem $\frac{5}{10}$ visusa mellett is, ha a látótér 40° -ig vagy még erősebben szűkült.

Strassburgban a gyengénlátó gyermekek részére külön iskola van; követésre méltó példa.

Az újabb vizsgálatok mindinkább arra vallanak, hogy a myopia kifejlődésében az iskolának korántsincs akkora jelentősége, mint a hogyan azt régebben hitték.

id. **Imre József:** A felmentés bizonyos tantárgyak alól alapján véve hibás, ellenkezőleg minden segédeszközzel arra kellene törekednünk, hogy a látási hibákban szenvedő gyermekeket képessé tegyük ugyanolyan műveltségi fok elérésére, mint a jól látókat. A myopia kifejlődésében, a mennyiben a közeli munka szóba jön, az otthoni munka sokkal nagyobb szerepet játszik, mint az iskolai. Pontos fénytörési vizsgálat megejtése az iskolás gyermekeken igen kívánatos volna, hypermetropiás, asthenopiás gyermekek gyakran éppen olyan rossz tanulók, mint például szaruhártyahomályok miatt csökkent látásélessé-

ségük. Trachomások számára külön iskolákat létesíteni mai megcsonkított országunkban nem aktuális.

Grósz Emil: *Bartók* előadása nem fedi az I. számú szemklinika álláspontját, ez saját külön munkája. Kívánatos volna, hogy az egyesület igazgató-választmánya foglalkozzék az iskolaszemorvosi kérdésekkel. S ebben *Imre* tanár közreműködését kérje.

Bartók Imre: Előadása hézagoss volt, a kiszabott idő rövidsége miatt a tárgyat kimerítően nem adhatta elő.

3. *Blaskovics László:* Pótlás 1920 november 7.-én tartott előadásához az izommegrövidítésről.

A műtét néhány technikai részletének megbeszélése után egy optikai módszert ajánl a szemnek a megrövidített izom irányában való nyugalomba helyezésére. A nem operált szem elé Fuchs-féle védőrácsot köt és pályával elfödi úgy, hogy csak egy keskeny rés marad a másik szem megrövidített izmának megfelelő oldalon, azaz a jobb rect. extern. resectiója esetén a bal szem belső oldalán. Az operált szem természetesen be van kötve.

4. *Blaskovics László:* Az ektropiumellenes műtétek kritikai méltatása és egy új eljárás a petyhüdéses szemhéjkifordulás ellen.

A nem forradásos szemhéjkifordulás mechanikájának tárgyalása után az eddig követett műteti eljárások áttekintését adja (*Snellen, Angelucci, Michel, Landolt, Fukala, Adams, Kuhnt, Müller, Dimmer, Helmbold, Sattler, Kuhnt-Szymanski és Kugel* műtétei). A két utolsó vált be legjobban, de *Kugel* porczkimetszése egymagában akárhányszor nem elég, a *Kuhnt-Szymanski*-féle műtétnek pedig az a hátránya, hogy a külső szemzúg finom konfigurációját megbontja s ennek helyreállítása nem mindig lehetséges ideális tökéletességgel. Az előadó ezért oly eljárást dolgozott ki, mely e két műtét elveit egyesíti magában, de a külső szemzúgot nem érinti: a porczkimetszés után a szemhéjszél egy darabját reszekálja, de nem a szemzúgban, hanem annak közelében; a szemhéjat felfelé és a halánték felé feszítő bőreltolás metszését pedig szintén nem a külső szemzúgból kiindulva, hanem az alatt, a szemhéjszél megrövidítő kimetszés sebétől kiindulva vezeti a halánték felé.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Gyermekorvostan.

A 6—10 éves gyermekek scorbut-endemiájáról számol be a Pirquet-klinikán szerzett észleletek alapján egy a Lister-intézethez és a londoni tudományos orvosi kutatóbizottsághoz intézett cikkben *H. Chick* (London) és *E. Dalyell* (Sydney). 1919 április havában e klinika tuberculosis-osztályán 64 beteg közül rövid idő alatt 40 scorbutban betegedett meg; közülük 16 beteg 10—14 éves volt, 24 pedig 6—10 éves. A kezelés nyers citrom, paraj, káposzta, nyers hagyma külön adagjában állott, a mire a tünetek a legtöbb esetben igen hamar visszaféjldtek, az újonnan megbetegedettek pedig jóval enyhébb tüneteket mutattak. A szerzők a scorbut okát keresve, a táplálékot 2 csoportba osztják: 1. csekély, vagy semmi antiscorbutos értékkel bíró (liszt, tojás, rizs, árpakása, zsír, kondenzált tej, száraz borsó és bab), 2. direct scorbutgátló táplálékra (leveles főzelékek, burgonya, répa, friss tej, hús). Ez utóbbiak közül a húsból igen sok (napi 500 gr. fejadag) kellene a hatás kifejtésére, pedig a hús legnagyobb adagja sem haladta meg soha a 300 gr.-ot naponta. A friss tej napi összmenyisége 1918 végén még 100 liter volt, de az 1919. év első hónapjaiban csak 13—15 liter, úgy hogy egy gyermekre legfeljebb $\frac{1}{4}$ liter jutott. Ehhez hozzáveszik a szerzők, hogy a szállítási viszonyok folytán a tejet valószínűleg többször felforralták, a mi által antiscorbutos hatásából mindinkább veszít. Ezzel szemben több kondenzált tejet fogyasztottak, a melynek kisebb az antiscorbutos hatása. A főzelékekből 1919 január végéig elég tűrhető mennyiséget kaptak a gyermekek és elég változatosat (körülbelül 200 gr. napi fejadag), míg áprilisban a napi fejadag csak 70 gr. volt, és pedig

csak répa. A szerzők szerint tehát egyrészt a scorbutgátló tápanyagok napi mennyisége volt kevés, de másrészt egy más factornak is kellett lennie. Míg ugyanis a scorbut kifejlődéséhez 4—8 hó szükséges, addig jelen esetben a gyermekek csak 8 héten át szenvedtek hiányt a scorbutgátló anyagokban. Ez az idő pedig túlkeves. A más tényezőt s így az okot a hiányos scorbutgátló táplálkozásra kívül az ételek elkészítésében vélik megtalálni. *Delt* vizsgálataira hivatkoznak a szerzők, hogy az antiscorbutos anyag igen érzékeny a magas, főleg a hosszas magas hőfok iránt. A fenti klinikán az ételeket a Bécsben szokásos főzés szerint készítik el, tehát először puhára főzik a főzeléket, azután az úgynevezett rántással felöntve, újra felfőzik, tehát az antiscorbutos anyag lényegesen megcsökken ilyen főzés mellett. Ezek alapján a szerzők a főzési eljárások változtatását ajánlják, így a leves és főzelék elkészítésénél a főzési idő lényegesen megrövidítését tanácsolják. Ezenkívül igen ajánlják az úgynevezett csíráztatott hüvelyeseket (1 napig áztatni, utána 1—2 napig szitára kiterítve nedvesen tartani a hüvelyeseket) s csak azután csírával együtt főzni 20—30 percig, a mi bőven elegendő. Szerintük főleg ez utóbbi módszer, különösen téli időben, mikor friss főzelék nincs, leginkább alkalmas a scorbut megállítására. (*Zeitschr. f. Kinderheilk.*, 1921.) *Rohrböck Ferencz dr.*

Általános kór- és gyógytan.

Bacteriumoknak a száj- és garatüregben mestersegesen megtelepítésére vonatkozó vizsgálatokat végzett *van der Reis* a greifswaldi egyetem közegészségtani intézetében. Ismeretes, hogy a száj- és toroküreg normalis bacteriumflórája más bacteriumok megtelepedésével szemben nagyfokú ellentállást fejt ki; ilyen odatelepítés mestersegesen eddig még nem sikerült. A szerzőnek most sikerült coli-bacillusokat megtelepíteni a száj- és toroküregben és azt hiszi, hogy vizsgálatainak gyakorlati eredménye is lehet a diphtheria prophylaxisában. Kémlőcsőben végzett vizsgálatok ugyanis azt mutatták, hogy a *b. coli* antagonistája a *b. diphtheriae*-nek, már 15 perc alatt teljes eltűnésre bírja ez utóbbiakat. A *b. coli* megtelepítésével tehát esetleg eredményesen lehet majd leküzdeni a diphtheriabacillus-gazdákat, sőt talán a diphtheria gyógyítására is új út nyílik meg. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1921, 11. szám.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A bőr fertőtlenítésére *Mc Kenna* és *Fisher* a kénesőbiodidot ajánlja; 1%-os oldata acetoneban vagy 70%-os alkoholban használandó, kevés jodkalium hozzáadásával; különösen az acetoneos oldatnak igen nagy a penetrációs képessége, a bőrt nem festi és nem izgatja. (*Surgery, Gynecol. and Obst.* 1920 ápr. 4.)

Pertussis ellen újabban több francia szerző (*Weill* és *Dufourt, Renard, Deheripon, Andrain*) nagyon jó eredménnyel használja az aether bőr alá fecskendezés alakjában. Csecsemőknek 1, nagyobb gyermekeknek 2 cm³ fecskendezendő be kétnaponként. (*Ref. Deutsche med. Wochenschrift*, 1921, 11. szám, 312. oldal.)

A szemölcsök kénesőkezelésére vonatkozó újabb adatokat közöl a breslaui egyetem bőrbeteg-klinikájáról *Ziegler*. *Ch. J. White* ismertette először az eljárást 1915-ben: hydrargyrum jodatum flavum belső használatára ú. n. lapos szemölcs 7 esete közül 6 meggyógyult. Két évvel később *Jadasohn* ismertetett hasonló eseteket. *Ziegler* 22 esete közül 10 meggyógyult 30—90 pilula bevétel után, a melyek egyenként 1—2 centigramm hydrargyrum jodatum flavumot tartalmaztak; a betegek naponként 2—3-szor vettek be egy-egy pilulát. A gondos szájápolásra súly helyezendő. (*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1921, 11. szám.)

Hajnövesztő szer gyanánt *Saudek* 2%-os pellidolkenőcsnek naponként kétszer alkalmazását ajánlja. Különösen alopecia areata és seborrhoea, valamint influenza utáni hajhullás eseteiben ért el az eljárással jó eredményt. (*Dermatolog. Zentralbl.*, 1920, 114. l.)

Vegyes hírek.

Személyi hírek külföldről. A berlini egyetem közegészségügyi tanszékére *Uhlenhuth* tanárt hívták meg; második helyen *Hahn* freiburgi tanár és harmadik helyen *Kisskalt* kieli tanár volt felterjesztve. — *R. Frühwald* docent a lipcsei egyetemen a dermatologia rendkívüli tanárává nevezték ki.

A Budapesti Orvosi Kör május 2-án, hétfőn este 7 órakor tartja évi közgyűlését a Budapesti kir. orvosegyesület II. emeleti termében. A közgyűlést megelőzi a Budapesti Orvosi Kör Országos Segélyegyletének közgyűlése.

Meghalt. *Neuber Ede* dr., nyugalmazott táborkororvos, 72 éves korában április 20-án Budapesten. — *Veress Menyhért* dr. 69 éves korában Hajdúböszörményben.

TÁTRA-szanatórium

ÓTÁTRAFÜREDEN 1020 m.

Diaetás-physikalás magaslati gyógyintézet. — Állandóan nyitva. — Hízó- és edző-kurák. Tüdőbetegek kizárva. — Vezető-orvos: *Dr. Gámán Béla* egyetemi magántanár. Felvilágosítást ad a *Menetjegyiroda* Budapest, V. Vigadó-tér 1.

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma
IV., Párisi-u. 4. Telefon: József 104-22

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

VÍZGYÓGYINTÉZET az István-uti Sanatóriumban.
Vezető-főorvos: *Dr. Nemes Nagy Zoltán*, ideggyógyász. Telefon: József 95-08.
Újjonnan átalakítva. Teljes üzemen. Idegeseknek, üdülőknek vizkúrák. Szív-betegeknek szénsavas fürdők. Összes modern villamos gyógyeljárások. Napfürdők. Bejáró betegeknek is. — Prospektus.

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

Hüvösvölgyi Park Sanatórium

Klimatikus, physicalis és diaetás gyógyintézet. Hízókúra. — Czukorbetegnek külön diaeta. Budapest, I., Hidegkuti-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145-90 és 50-37

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

LIGET- és PARK-SZANATÓRIUM RÖNTGEN-LABORATORIUMA.

Vezető-főorvos: *Dr. RÉVÉSZ VIDOR.*

Röntgen-mélytherapia Symmetrie-készülékkel, Wintz professzor módszere szerint. Műtétek utáni prophylactikus besugárzások. Carcinomák, sarcomák, csont-, izületi- és peritoneális tuberculosis kezelése. Myomás és egyéb metrorrhagiák kezelése egy ülésben

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden
állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlevel-ügyben szolgál:
Ingatlanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrásai

Termális és fizioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vízgyógyintézet pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diaetás konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen

Vezető főorvos: *Dr. Benczúr Gyula*, egyet. magántanár.
Inhalatorium: *dr. Tótvölgyi Elemér*, egyet. m. tanár.
Gépgyógyászat: *dr. Erdős Géza*.
Röntgen-laboratorium: *dr. Simonyi Béla*

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

Testegyesítés

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

PÁLYÁZATOK.

Gyógyszergyár representáló külsejű

orvosi munkatársat

keres. Ajánlatok igény megjelölésével „Specialitások“ cím alatt a *Petőfi Irodalmi Vállalat* Budapest, VII., Kertész-utca 16. sz. alá küldendők.

406/1921. kig. sz.

Tizennyézezer lakossal bíró Jánoshalma községben üresedésben levő **községi másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással összekötött javadalmazás:

az állampénztárból folyósítandó 1400 korona törzsfizetés:

háborús és drágasági segély, családi pótlék (átlag havi 1000 korona), a község által fizetendő évi 600 korona lakbér, a megállapított látogatási díjak.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket, eddigi működésüket igazoló okmányokkal szabályszerűen felszerelt és felbélyegzett kérvényüket **hozzám folyó évi május hó 20. napjáig** annál inkább terjesszék be, mivel a később érkezőket figyelembe nem veszem.

Jánoshalma, 1921. évi április hó 14.-én.

A főszolgabíró.

1879/1921. sz.

A Jász-Nagykún-Szolnok vármegyei tiszai középjárashoz tartozó Tiszaroff községnél nyugdíjazás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek az alább felsorolt feltételek mellett s felhívom mindazon orvosokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, életkorukat, politikai megbízhatóságukat és az eddigi működésüket igazoló okmányokkal felterjesztett kérvényüket **hozzám 1921. évi május hó 15.-éig** annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkező pályázati kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

Az orvosi állás javadalmazása:

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított évi 1600 korona fizetés az állampénztárból, a törvényszerű korpótlék, természetbeni lakás, a községi és körorvosok illetményeiről szerkesztett vármegyei szabályrendeletben megállapított rendelési, beteglátogatási és távolsági díjak, továbbá a halottkémlés után szabályrendeletileg megállapított díjak.

A választást később kitűzendő napon fogom megejteni.

A megválasztott községi orvos köteles állását azonnal elfoglalni. **Törökszentmiklós, 1921. évi április 16.-án.**

Muhoray Károly dr. s. k., főszolgabíró.

1879/1921. szám.

A Jász-Nagykún-Szolnok vármegyei tiszai középjárashoz tartozó Tiszabó községnél lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek az alább felsorolt feltételek mellett s felhívom mindazon orvosokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, életkorukat, politikai megbízhatóságukat és az eddigi működésüket igazoló okmányokkal felterjesztett kérvényüket **hozzám 1921. évi május hó 15.-éig** annál is inkább nyujtsák be, mert a később érkező pályázati kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

Az orvosi állás javadalmazása:

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított évi 1600 korona fizetés az állampénztárból, a törvényszerű korpótlék, természetbeni lakás, a községi és körorvosok illetményeiről szerkesztett vármegyei szabályrendeletben megállapított rendelési, beteglátogatási és távolsági díjak, továbbá a halottkémlés után szabályrendeletileg megállapított díjak.

A választást később kitűzendő napon fogom megejteni.

A megválasztott községi orvos köteles állását azonnal elfoglalni. **Törökszentmiklós, 1921. évi április 16.-án.**

Muhoray Károly dr. s. k., főszolgabíró.

508/1920. szám.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye nagykátai járásához tartozó Tápószele és Farnos községekből álló és kinevezés folytán megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Az államtól évi 1600 korona fizetés és 800 korona lakbér.
2. Fuvarátalány Tápószele községtől a Halász-telepen való rendszeres heti rendelés ellátásáért: évi 400 korona.
3. Farnos községtől fuvarátalány.
4. Az állam által utalványozandó családi pótlék, háborús és drágasági segély, valamint lakbérpótlék.

Látogatási és rendelési díj címén a törvényszerinti díjak.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítést, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **hozzám folyó évi május hó 11.-éig** annál is inkább adják be, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

A választás határidejét folyó évi május 12.-én d. e. 11 órára tűzőm ki Tápószele községházán.

Nagykátá, 1921. évi április hó 20.-án.

Ney, főszolgabíró.

2485/1921. sz.

A lipótmezei magy. kir. állami elmeorvosintézetben megüresedett **másodorvosi állásra** háromheti határidővel pályázatot hirdetek. Érdeklődők forduljanak az intézet gondnoki hivatalához, hol a bővebb részleteket megtudhatják.

Budapest, 1921 április 13.-án.

A lipótmezei magy. kir. állami elmeorvosintézet igazgatósága.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Váró Béla: Közlemény a budapesti egyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi tanár.) A női húgy-ivarszervek és végbél együttes fejlődési rendellenességeiről egy érdekes eset kapcsán. 167. lap.

Ifj. Molnár Béla: Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Báró Korányi Sándor dr., egyet. nyilv. r. tanár.) A tüdőgangraena salvársankezeléséről. 169. lap.

Henselmann Aladár: Közlés a kir. magy. tudományegyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájából. (Igazgató: Báró Kéty László dr., ny. r. tanár.) A vastagbélgyulladás Röntgen-diagnosztikai értékéről; lép-, máj- és epehólyagvizsgálat. 170. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Gyermekorvostan. Degkwitz: A kanyaró-reconvalescens-
serumról. — Sebészeti. Haertel: A trigeminus-neuralgia intracranialis injectiók kezelé-
sének tartós eredményei. — Szülészeti és nőorvostan. Zangemeister: Placenta-darabká-
nak normalis szülés után visszamaradásáról. — Szemészet. Fertig: A sérülést követő
keratitis parenchymatosa baleseti véleményezéséről. — Alexiadés: A műtét után jelent-
kező sebastigmatismus cornealis varrattal és hidalakú lebennyel operáltakon. —
Lindner: Friss szemhártyák összevarrása. — Kisebb közlések az orvosgyakor-
latra. 172—174. lap.

Vegyes hírek. 174. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A női húgy-ivarszervek és végbél együttes fejlődési rendellenességeiről egy érdekes eset kapcsán.

Irta: Váró Béla dr.

Ismert dolog, hogy a nők húgy-ivarszerveinek fejlődési rendellenességei bár variációkkal, de bizonyos typus szerint ismétlődnek. Például szolgálhat erre *Paltauf* (idézve *Weibel*¹ nyomán) 36 uterus unicornis esete, melyek közül 27-ben a hűgyszerveknek hibás fejlődését is találta. Alább közölt esetünk nemcsak azért érdekes, mert itt is kombinált fejlődési rendellenességgel állunk szemben, de azért is, mert benne olyan fejlődési rendellenességek fordulnak elő egymás mellett, melyeket külön-külön, vagy egyrészüket egymással kombináltan is leírták már, de ugyanazon felnőtt egyénben az összes alábbi rendellenességeket leírva nem találtam.

S. R., 19 éves. Családi anamnesisében semmi különös nincsen. Egy év előtti influenzáját leszámítva, soha beteg nem volt. 17 éves korától körülbelül négyhetenként néhány napig rosszul szokta magát érezni, feje fáj, szédül. Menstruációja mindmáig nem jelentkezett, vikariáló vérzése sem. Tanácsot azért kért, merthogy nem menstruál és a hüvelyén át székel. Közepes termetű, elég jól táplált, kifejezetten női habitussal bíró leány, kinek intelligenciája egy hasonló korú normalisan fejlődött parasztleányé alatt van. Mammái rendesek, korának megfelelőek. A fandum és nagy ajkak szőrözete gyérebb. A jobb nagy ajakban zöld-diónyi kemény képlet tapintható, mely nyomásra érzékeny. Az érzékenységet négyhetenként visszatérő rosszulletkor fokozódik s a képlet ilyenkor megduzzad. Vulvája egészen rendesen fejlődött, vikariáló hüvely nyílás nem, csak egy húszfilléres sekély behúzódás látható, mely erősebben festékezett bőrrel fedett és a melynek bőre radialis ráncos. A hüvely két ujjat befogad, rendes hosszúságú, előre vakon végződik, sem portio, sem cervix nincsen. A hátulsó boltozat helyén ujnyi nyílás a végbélbe juthatunk, melynek lefelé, az anus rendes helye felé nincsen folytatása. A hüvelybe szolgáló bélnyílástól számítva az anusnak megfelelő behúzódásig mintegy 6 cm.-nyi területen vasos kötőszövet fekszik. Kombinált vizsgálattal a felfelé vakon végződő hüvely felett egy kisökölnyi, gyengén érzékeny, kemény képletet tapinthatni, melyet haematometrának gondolunk. A kismedenczében méhfüggelékek egyik oldalán sem tapinthatók. Ezen lelet alapján diagnosisunk a következő volt: Hernia labialis ovarii lat. dextris. Anus anomalus vaginalis. Aplasia partis inferioris recti. Haematometra. Therapiás célul a haematometra és a jobb nagy ajak kötőszövetében fekvő petefészkek eltávolítását tűzük ki. Az anus vaginalis gyógyításának szükségessége nem látszik fenforogni, mert annak záróizmzata jól működik, a széket vissza tudja tartani, másfelől pedig a bélsár kiürülésének olyan akadálya, a mi a bélstenosis veszélyeit rejtene magában, nincsen.

A hasfal megnyitásokor azonban a diagnosis másképpen módosult. A haematometrának vélt test retroperitonealisan feküdt, s abnormisan mélyen, a kis medenczében helyet foglaló patkóalakú vesének bizonyult. Méhnek és tubáknak semmi nyoma sem volt fellelhető, s a baloldali ovariumot is a megfelelő oldalán a canalis inguinalisban találtuk meg. A vesék normalis helyén csak kötőszövet. Ezek után a diagnosis így módosult: Hernia ovarii labialis lat. dextris et hernia ovarii inguinalis lat. sin. Aplasia uteri et tubarum. (Uterus rudimentarius, tubae rudimentariae.) Dystopia renis arcuati. Anus anomalus vagi-

nalis. Aplasia partis inferioris recti. A műtét mind a két ovariumnak az eltávolításában állott, egyfelől azért, hogy a beteg a molimina menstruationis kellemetlenségeitől megszabaduljon, másfelől azért is, mert igen gyakran észlelték veszületett ovarialis herniák esetében a petefészkeknek — különösen nagy számmal rosszindulatú — daganatait. A műtét sebe per primam gyógyult, a beteg a műtét után mégis egy hónapot töltött a klinikán kétoldali parotitise miatt. Az eltávolított petefészkek a normalisnál nagyobbak (6.8—3.5—1.4 cm., illetőleg 6.6—3—1.4 cm.), mind a kettőben számos kölesnyi-borsónyi vércysta található. Mäskülönben szöveti szerkezetük megfelel a rendes ovariumnak: a fejlődés minden stadiumában találhatók bennük folliculusok, fejlett Graaf-féle és atretizáló tüszők, corpora albicantia.

Uterus rudimentarius. Tubae rudimentariae.

Az irodalomban a női húgy-ivarszervi fejlődési rendellenességek után kutatva, különbséget kell tennünk közöttük a szerint, hogy élőben kombinált vizsgálattal, vagy élőben laparotomia útján, vagy pedig a bonczolóasztalon diagnoskáltatott-e a fejlődési rendellenesség. Igen fontos az eseteket e szerint rendezni, ha pontos képet akarunk kapni azoknak milyenségére és gyakoriságára vonatkozóan. A vizsgáló asztalon a legpontosabb vizsgálattal sem lehet különbséget tenni az agenesia uteri és a csökevényesen fejlett méh között, a mikor csak egy sima izomelemek tartalmazó kötőszövetes szalag jelzi az uterus nyomát. Sőt még a bonczolás alkalmával is okozhat nehézséget a diagnosis megállapítása, a mint azt a *Langenbeck*- és *Steglehner*-féle esetek is mutatják. Az előbbinek esete⁷ példa arra, hogy még gyakorlott anatomus is tévedhet a méh teljes hiánya diagnosisában, mert az általa leírt és félretett készítményben csökevényesen fejlődött állapotban *Kussmaul* megtalálta úgy a méhet, mint a petefészkeket. *Steglehner*⁷ pedig 23 éves leányt bonczolt, kinek vulvája normalisan fejlett, hüvelye igen szűk volt, de sem uterus, sem tubákat, sem petefészket nem talált. A canalis inguinalisban azonban megtalálta a — heréket és melléheréket. Tehát élőben nemcsak az agenesia uteri és az uterus rudimentarius, de még a hermaphroditismus bizonyos alakjai sem különíthetők el egymástól. Esetünkben minden okunk megvan arra, hogy bár a műtét alkalmával semmi nyoma sem volt fellelhető sem a méhnek, sem a tubáknak, mégse gondoljunk teljes agenesiára, hanem csak csökevényes fejlődésre. Ugyanis a tubák, a méh és a hüvely valamennyien a Müller-vezetésekből fejlődnek. Itt a hüvely normalis fejlettségű volt, tehát a Müller-féle vezetékek megvoltak, s ha megvoltak, akkor azok felső része sem tűnhetett el nyomtalanul, hanem legalább is szövettani vizsgálattal kimutatható csökevényes szerv alakjában minden valószínűséggel ott kellett lenniök.

Ren arcuatus. Dystopia eiusdem.

A két vesének patkóalakú vesévé való összenövése nem éppen ritka. Az ilyen összenőtt vesék igen gyakran nem a rendes helyükön, hanem mélyebben, sokszor a kismeden-

czében lelhetők fel. Ezúttal is ilyen operációs lelettel van dolgunk. A másik érdekessége esetünknek, tudniillik a genitálék fejlődési rendellenességének szövődése vesedystopiával, szintén nem egyedülálló. Az irodalomban több eset leírása mutatja, hogy a kettő között okozati összefüggésnek kell lenni, vagy pedig mindkettő egy közös okra vezethető vissza. Lássuk először ezeket, azután meg a húgy-ivarszervek fejlődését követve keressük a primaer fejlődési rendellenességet, mely a többit következményképpen vonhatta maga után.

A Prochownik leírta nőkben (idézve Daniel⁸ után) az uterus, a hüvely és a dislokált vese oldalán a tuba hiányzott, a másik oldali tuba megvolt. Másokban meg (Buss és Polk, idézve Daniel után), hol a bal vese dystopiája volt jelen, a hüvely és a méh nem fejlődött ki, de a tubák mindkét oldalon megvoltak. Kussmaul⁷ leírja a freiburgi muzeumnak egy praeparatumát, a hol a bal vese a kismedenczében fekszik, a jobb tuba, a jobb méhszarv, a hüvely kifejlődött, bár tökéletlenül, a bal méhszarv és a bal tuba helyén csak vékony, gyenge köteg található. A fornix vaginae rövid válaszfalal jobb és bal félre osztott, a jobboldaliból a méhszarvba lehet szondával bejutni, a baloldali vakon végződik. Luton⁸ egy mindjárt a születése után meghalt leánykában a bal vese dystopiájával együtt ugyanazon oldali csökevényesen fejlett tubát és méhszarvat ír le. Daniel⁸ kettőt közöl, a melyekben a jobb vese a kismedenczében foglalt helyet (a bal vese a helyén volt), az egyikben a méhnek csak a nyoma volt meg egy babnyi megvastagodása alakjában annak a kötőszövetes szalagnak, mely az ovariumtól kiindulva, a dislokált vesét borító peritoneumban vészelt el (tuba?); a másikban semmi nyoma nem volt található sem az uterusnak, sem a jobboldali tubának, míg a csökevényes bal tubát megtalálta. A hüvely az elsőben körülbelül 1½ cm.-es, a másodikban körülbelül 2—2½ cm.-es vakon végződő zsák volt. Vromen⁹ esetében a jobboldali vese igen mélyen feküdt (a IV. ágyéki csigolyától a II. keresztcsigolyáig), ezen az oldalon hiányzott a tuba és a méh, baloldalt uterus unicornist talált normalis tubával. A petefészkek mindkét oldalon megvoltak, de a rendesnél magasabban feküdtek. Giles¹⁰ uterus unicornis mellett a ki nem fejlődött oldalon a vesét a kismedenczében találta. Samson¹⁵ a breslauer Gynäkologische Gesellschaft 1920 januári ülésén 23 éves leányt demonstrált, kiben a jobb vese mélyen a kismedenczében feküdt, a hypoplasias petefészkek magasán, a kismedencze szélénél foglaltak helyet a csökevényes, vakon végződő tubákkal együtt s mindkét oldalt egy-egy szerezsendió nagyságú hypoplasias méhszarvat talált a műtét alkalmával, melyek le- és a középvonal felé izmos kötegekben folytatódtak a nélkül, hogy egymással egyesültek volna. Boyd (idézve Kussmaul után) 72 éves aszszony bonczolási leletét írja le, hol mindkét vese dislokálva volt, az uterus, a hüvely s mindkét tuba hiányzott, illetőleg az uterus helyén a hólyag mögött egy kis kötőszövetes kiemelkedés foglalt helyet (uterus?).

Az itt felsorolt esetek közül az első tizenben az egyik vese a másiknak a rendes helyen történt fejlődése mellett mélyen a kismedenczében feküdt, a tizenegyedikben, s tizenkettediknek ideszámíthatjuk a mienket is, mindkét vese dystopiája volt jelen.

A vesék emberben a Wolff-járatok alsó részéből fejlődnek olyan módon, hogy először egy-egy lumennel bíró háncsap burjánzik ki azok hátulsó falából, melyek felfelé növekedve a felső végükön megvastagodnak, majd ezek vakon végződő üregéből néhány keztyüujyszerűen kitüremkedő melléküreg fejlődik. Tehát fejlődésük kezdetén a vesék egészen mélyen, a sinus urogenitalis közvetlen közelében fekszenek. A nélkül, hogy részletesen követnők a veséknek a fenti vesekelyhekből való további fejlődését, most annyi érdekel minket, hogy egy 6—7 hetes embrióban már 2 mm.-es nagyságot érnek el a vesék és hogy további növekedésük folyamán az ősvese mögött lassanként magasabbra-magasabbra emelkedve, eljutnak normalis helyükre, a regio lumbalisra. Már most, ha a Wolff-járatokból képződő vesecsírák igen közel fekszenek egymáshoz, összenőhetnek, patkóalakú vese fejlődik.

Az egymástól külön fejlődött vesepár valamelyike is visszamaradhat rendellenesen azon a helyen, hol fejlődése kezdetén feküdt, a kismedenczében, s itt teljesen kifejlődhetik. Embriók, melyeknek ilyen abnormis helyen fejlődő veséjük volt, már képezték egészen véletlenül vizsgálat tárgyát. Ilyen abnormitásokkal állunk szemben a fentebbi tíz dystopia renisenél. Ha pedig a vesék már fejlődésüknek legkezdetibb szakában egyesültek egymással, akkor meg éppen egymást gátolják a fejlődésük kezdete helyéről való kiemelkedésükben s ezzel magyarázható, hogy a patkóalakú vesék igen gyakran fekszenek mélyebben a rendesnél. Ilyen a leírtam vese is. A méh fejlődését mind a tizenkét ízben rendellenesnek látjuk, ezenkívül az esetek egy részében a tubákét is, más részében a tubákét nem, de a hüvelyét igen: tehát mindenütt a Müller-vezeték származékai szenvedtek zavart fejlődésükben.

Most állítsuk idő- és térbelileg párhuzamba a vesék fejlődésével a női nemi szervek Müller-vezetékéből származó részeinek fejlődését.

A Müller-vezetékek a Wolff-járatok lefutásának megfelelőleg haladnak, fejlődésük felülről indul meg az emberi embriónak körülbelül héthetes korában. A sinus urogenitalis felé haladva, azt 8½—9 hetes korban érik el, tehát akkor, midőn a vesék már közel 3 mm.-nyiek. Míg a kétoldali Müller-vezetéknek felső részei egymástól a fejlődés további folyamán is távol maradnak, caudalisan mindközelebb jutnak a median-síkhöz, míg a ligamentum teres uteri kiindulási helyétől lefelé egymással összenőnek s az ilyen módon egyesült két csatorna felső részéből lesz a méh, az alsóból a hüvely. Látjuk tehát, hogy a Müller-vezetékek éppen annak a helynek futnak neki, hol a vesék fejlődésnek indultak, a melyek azonban ekkor már aránylag nagyokká fejlődtek, de mivel azok rendes körülmények között felemelkednek, ezzel helyet adnak a Müller-vezetékekből fejlődésnek induló uterusnak. Ha azonban a veséknek ascensusa valamilyen ok következtében, esetünkben valószínűleg azok összenövése miatt, elmarad, akkor, bár a Müller-vezetékek normalisan fejlődtek is, az uterus helyét a vese (a mienkben mindkét vese) foglalja el és ekként annak fejlődését megakadályozza. Ezzel magyarázható, hogy a hol mindkét vese a kismedenczében fejlődött s ott foglal helyet, uterus nem találunk, a hol pedig csak az egyik vese dystopiája van jelen, ott a megfelelő oldali Müller-vezeték származékai hiányzanak, vagy csak egészen csökevényesen vannak kifejlődve.

Hogy a fentebb felsorolt esetek néhányában az abnormisan mélyen fekvő vese oldalán a tuba mégis kifejlődött, érthető, hiszen a tuba kifejlődésének nem áll útjában a kismedenczében fekvő vese. Másfelől pedig azok, kikben a tuba a megfelelő oldalon nem fejlődött ki, arra engednek következtetést, hogy ha a tuba fejlődésének térbelileg nem is áll az útjában semmi, az ugyanazon oldali uterus-fél ki nem fejlődése befolyásolja a tubát is abban az értelemben, hogy a Müller-vezeték felső része sem halad tovább a fejlődés útján. Az a körülmény meg, hogy esetünkben (úgyszintén a fentebbiek közül még hatban) a hüvely normalisan kifejlődött, bizonyíték a mellett, hogy a Müller-járatok eredetileg megvoltak, tehát a tubák és a méh fejlődésbeni visszamaradásának legalább is a primaer okát itt nem a Müller-járatokban kell keresnünk, hanem más egyébben, a mit a vesedystopiában vélünk megtalálni.

Hernia labialis ovarii lat. dext. Hernia inguin. ovarii lat. sin.

Többen utaltak már arra, hogy az ovarialis herniák veleszületett alakjai együtt szoktak járni másféle genitális fejlődési rendellenességgel, s különösen arra, hogy igen gyakran kombinálódnak a genitálék csökevényes fejlődésével.

Az ovariumok az uterus physiologiás és kóros helyzetváltozásait követni szokták. Terhességben a kismedenczéből a hasüregbe emelkednek fel. Ha az uterus sérvszákból foglal helyet, az ovariumok is ott találhatóak. Úgy látszik, hogy a petefészkeknek a normalisnál mélyebbre sülyedését az uterusal való összeköttetésük akadályozza meg, ennek hiányában, mint a mi esetünkben, megtörténhetik, hogy a petefészkek

tovább súlyed, akár be a lágyékcsontrába. Az ilyen ovariumok majdnem mindig nagyobbak a rendesnél s bennük igen gyakran lehet haemorrhagiákat, vércystákat, cystás degenerációt találni. *Gebhard* a sérvzsákban elhelyezkedett petefészkek ezen nagyság- és structurabeli elváltozásait vérkeringési zavarok és azon insultusok következményeinek tartja, melyeknek az ilyen kevésbé védett helyen fekvő szerv folytonosan ki van téve. Hogy rosszindulatú daganatok kiindulási helyét igen gyakran alkotja az ilyen dystopiás ovarium, azt többen bizonyítják.

Anus anomalus vaginalis. Aplasia recti.

Míg az elsorolt fejlődési rendellenességek okát a vesék ascensusának elmaradásában megtalálhatjuk, mert a mélyen maradt vesék megakadályozták a Müller-vezeték felső részének továbbfejlődését (uterus és tubák hiánya), a minnek a következménye azután az ovariumok descensusa a lágyékcsontrába, addig a rectum caudalis részének ki nem fejlődése s annak a hüvelybe való beszájadzása a mai fejlődéstani ismereteink szerint nem vezethető le a vesék rendellenes helyen történt visszamaradásából, vagy ennek valamelyik fentebbi következményéből. Pedig az a tapasztalat, hogy a végbél és a húgy-ivarszervi fejlődési rendellenességek gyakran fordulnak elő egymás mellett, mégis a kettőnek valamilyen összefüggésére enged következtetni. *Schulz*-nak¹² kettős hüvelylyel és uterus septussal kombinált, *Massari*-nak¹³ patkóalakú vesével együtt talált vaginalis anus esetében, úgyszintén a *Bucura*¹⁴ által leírt uterus rudimentariussal és vagina rudimentaria solidával kombinált vestibularis anus esetben és még több más hasonló kombinációjánál a húgy-ivarszervi fejlődési rendellenességeknek azok okát nem lehet egyszerűen a septum rectourogenitale hiányos fejlődésére visszavezetni, mert ha az ok ebben jelennek, akkor miért nem fejlődött ki a proctodaeum, a végbél azon része, mely nem cranial felől caudal felé fejlődik, hanem az ektodermának kívülről, a fissura ani transversából való betüremkedése által keletkezik. Az azonban bizonyos, hogy ez a fejlődési rendellenesség is a fejlődésnek egészen korai idejéből származik, körülbelül abból az időből, a melyből a vesék fejlődésbeli rendellenessége.

Esetünknek és fentebbi megbeszélésének tanulságai:

1. Ha valamilyen húgy-ivarszervi vagy végbélfejlődési rendellenességet diagnoskálunk, legyünk elkészülve ugyanazon egyéneken ezenkívül még más, kombinált vizsgálattal talán biztosan meg nem állapítható fejlődési rendellenességekre is. Különösen fontos ez abban az esetben, ha a fentebbi szerveken valamilyen műtéti beavatkozást akarunk végezni, mert ha nem tájékozódunk kellőképpen az összes fennálló fejlődési rendellenességekről, megtörténhetik, hogy például a betegnek egyetlen veséjét is eltávolítjuk, a mint már több ilyen esetet közöltek is.

2. A nélkül, hogy az ovariumok teljes aplasiájának lehetőségét kétségbe vonnánk, mégis ajánlatos az ovariumok hiánya diagnosissal elővigyázatosnak lenni, ha az csak élőben, kombinált vizsgálattal állapított meg.

3. A genitális fejlődési rendellenességeinek primaer okát nem mindig a Müller- és Wolff-vezetékek abnormitásban kell keresni, mert ilyenül a vesék dystopiája is szerepelhet.

Irodalom. ¹ *Weibel*: Monatschrift f. Geb. u. Gyn. XXXI., 197. — ² *Chrobak-Rosthorn*: Die Erkrankungen der weibl. Geschlechtsorgane. — ³ *Bayer*: Entwicklungsgeschichte des weibl. Genitalapparates. — ⁴ *Aschoff*: Pathologische Anatomie. — ⁵ *Gebhard*: Pathologische Anatomie der weibl. Sexualorgane. — ⁶ *Kollmann*: Entwicklungsgeschichte. — ⁷ *Kussmaul*: Von dem Mangel, der Verkümmerng u. Verdoppelung der Gebärmutter. — ⁸ *Daniel*: Monatschrift f. Geb. u. Gyn. XX. — ⁹ *Vromen*: Ref.: Zentralblatt f. Gyn. 1913, 109. — ¹⁰ *Giles*: Ref.: Zentralblatt f. Gyn. 1912, 320. — ¹¹ *Werth*: Archiv f. Gyn. 1877. — ¹² *Schulz*: Ref.: Zentralblatt f. Gyn. 1912, 1282. — ¹³ *Massari*: Wiener med. Wochenschrift, 1879, 33. sz. — ¹⁴ *Bucura*: Wiener kl. Wochenschrift, 1906, 33. sz. — ¹⁵ *Samson*: Ref.: Zentralblatt f. Gyn. 1920, 30. sz.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Bárány Sándor dr., egyet. nyilv. r. tanár.)

A tüdőgangraena salvarsankezeléséről.

Írta: *iff. Molnár Béla* dr., klinikai gyakornok.

A tüdőgangraena gyógyításának eredményei a legújabb időkig nagyon szomorúak voltak. A berlini kórházakban 1897-től 1900-ig belorvosilag kezelt 133 tüdőgangraenás beteg közül csak 7·5% gyógyult és 64·6% halt meg. *Kissling* 120 operált betege közül (*Lenhartz* osztálya) meghalt 40·8%, illetve a pneumotomia helyes kivitele mellett 26·8%. Az újabban ajánlott eljárások (gomenol-olaj intrabronchialis befecskendezése, menthol-eucalyptol izomba fecskendezése) is kevésbé javítottak ezeken az eredményeken. Legújában a salvarsant ajánlották a gangraena kezelésére. Alkalmazásának gondolata *Brauer* klinikájáról, *Becker*-től származik. *Gross* volt az első, a ki eredményeit közölte. Előbb 6, majd még 3 esetet kezelt s ezek közül 6 meggyógyult, 2 javult, 1 meghalt. Egyik esetében egy 8—15 cm. átmérőjű caverna 3 neosalvarsan-befecskendezés (0·45) hatása alatt 2 hónapon belül begyógyult. Utána *Strauss* irt le egy menthol-eucalyptol és neosalvarsan együttes alkalmazására gyorsan gyógyult esetet. *Stepp* 3 esetben jó, egyben kevés eredményt, *Becher* egy esetben lényeges javulást, *Reichmann* egy esetben gyors gyógyulást, *Weiss* egy esetben gyógyulást ért el, 3 esetben azonban hatástalan volt a kezelés, *Alsberg* pedig 1 hatásos és 1 hatástalan eredményt közölt. Néha már az első salvarsan-injectio után elmúlik a láz, megszűnik a köpet bűzössége, feltűnően csökken a köpet mennyisége, megjavul a beteg általános állapota, máskor csak 3—4, vagy még több befecskendezés után indul meg a javulás. A használt adag 0·30—0·60 gr. neosalvarsan 1—1 befecskendezésre. *Gross* és *Stepp* szerint az acut esetek alkalmasabbnak látszanak a salvarsan-kezelésre.

Eredményeink igazolják az irodalmi adatokat. Két esetünkben 1—2 hét óta állott fenn a folyamat, mindkettőt feltűnő gyorsan meggyógyult. A meglepően sikeres gyógyítást illusztrálására röviden megemlítem kórtörténeti adataikat.

A. J. aethernarcosisban végzett has-műtét után 5 nappal lázas lett, köhögni kezdett, mind több és több köpetet ürített s egy héttel utóbb köpete bűzössé vált. A beteget 38—39° közötti lázzal, napi 100 cm³ körüli mennyiségű, állás után 3 rétegben elhelyeződő, sok rugalmas rostot tartalmazó köpettel helyezték át hozzánk az I. számú sebészeti klinikáról. A jobb alsó tüdőlebenyben Röntgen-felvétellel gyermektenyényi üreg volt kimutatható. 0·45 gr. neosalvarsan venába fecskendezése után 3 órával a beteg hőmérséke borzongás közben 39°-ra emelkedik, de már néhány órával később a beteg láztalanává válik és állandóan az is marad. A köpet bűzössége csökken, mennyisége azonban változatlan marad. Öt nappal később 0·60 gr. neosalvarsan befecskendezése. Utána a köpet szagtalanává válik, mennyisége napról-napra csökken, míg végre 10 nap múlva teljesen megszűnik a köpet-ürítés. A gyógyulást a Röntgen-felvétel is igazolta. Az első injectio után 10 nappal a jobb tüdő alsó lebenyében már csak ötkoronásnyi, egyenetlen, csipkés szélű árnyék és ezen belül egy fillérsnyi, kerek, világos terület volt látható. 18 napi kezelés után a beteg gyógyultan távozott.

R. L. Sérvműtét után néhány nappal hőmérséklete 40°-ra emelkedett, mellkasában fájdalmakat érzett, tele szájjal köpött igen bűzös, genyes köpetet, a melynek napi mennyisége a féllitert is elérte. A nagyon lesóványodott beteget betegségének 8. napján helyezték át az I. számú sebészeti klinikáról igen súlyos állapotban, cyanosissal, 38—39°-os lázzal, 140-es, kishullámú pulussal. Mindkét tüdeje felett az intercapularis tér közepétől lefelé tompult kopogtatási hang, hörgi légzés és csengő szörtyzörejek voltak hallhatók. Az általános állapot súlyosságára való tekintettel egy napig kámfor-coffein-morphin és intravenás digitalis-befecskendezéseket alkalmaztunk s másnap, a mikor a beteg frissebbnek, erősebbnek látszott, pulsusa teltebbé vált, adtunk 0·45 gr. neosalvarsant. Utána reactio nem volt, a cardiacumokat folytattuk. Állapota változatlanul igen súlyos, eszmélete időnként zavart volt s a salvarsan-injectio után két nappal collapsus is állt be. Oxygenbelégzésekre, kámfor-, coffein-injectiókra kissé javult az állapot, úgy hogy elvégezhetjük a Röntgen-átvilágítást, a mely szerint „mindkét tüdőmező alsó kétharmada apró góczú, confluáló homálylyal borított. Baloldalt a 3., illetve 5. borda elülső lefutásának magasságában mogyorónyi üregek“ (*Elüscher*). Egyhetes időközönben még háromszor adtunk 0·45—0·45 gr. neosalvarsant. A második injectio után a beteg subfebrilissé, a harmadik után láztalanává vált. A köpet bűzössége és mennyisége fokozatosan csökkent, illetve megszűnt. A 3. injectio utáni Röntgen-lelet: „Mindkét alsó lebeny felett csökkent a góczos infiltratum, a felső tüdőmezők szabadnak látszanak. A jobb alsó tüdőmezőben mogyorónyi ürge.“ A 4. injectio után: „A tüdőmezők kistökű hilus-kiterjedtségen kívül tiszták.“ A beteg négyheti kezelés után gyógyultan hagyta el a klinikát.

Az előbbi eset alkalmas lett volna ugyan pneumotomiára, de ez is súlyos beavatkozás és hetekig tartó utókezelést igényel; az utóbbi esetben a sok gócz miatt műtétről szó sem lehetett, viszont a súlyos állapot miatt a kórjósolat a lehető legrosszabbnak látszott. Mindkét esetben fényes eredményt értünk el a salvarsannal.

Egy 4—5 hét óta fennállott gangraenás esetben csak 2 hónapi kezelés és 6 neosalvarsan-befecskendezés után értünk el gyógyulást. A láz ugyan már a 2. injectio után megszűnt, azonban a köpet csak a 4. injectio után vesztette el bűzőségét. A köpet mennyisége fokozatosan, lassan csökkent. A Röntgen-átvilágítással látható árnyék is fokozatosan tisztult fel.

Egy hathetes gangraenás esetben 4 hét alatt 4 injectióval (0.30 és 3 × 0.45 gr.) javulást értünk el, két további esetben, a melyek 11, illetve 12 hónap óta állottak fenn, a neosalvarsan hatástalannak bizonyult. Bronchitis putrida 5 esetében is adtunk neosalvarsan-injectiókat. Valamennyi chronikus lefolyású volt (4 hónaptól 2 évig). Három esetben eredményt nem értünk el, két esetben javulás annyiban mutatkozott, hogy a köpet mennyisége és bűzősége csökkent. Heveny esetekben, talán bronchitis putrida eseteiben is hatásosabb a neosalvarsan.

A tüdőgangraena és a bronchitis putrida kórokozója ismeretlen. Valószínű, hogy aetiológiájuk nem is egységes és hogy abban nagy szerepet játszanak a fusiformis bacillusok és a spirochaeták. *Leyden és Jaffe* már 1866-ban megtalálta a spirochaetákat számos más mikroorganizmussal együtt a gangraenás köpetben. *Lenhartz, Róna, Feldmann és Buday* rámutattak arra a hasonlóságra, a mely a tüdő és a szájüreg üszkös folyamataiban (noma, stomatitis ulcerosa, Plaut-Vincent-angina) látható bacteriumflora között fennáll. Különösen *Buday* végzett ezen a téren nagyon alapos vizsgálatokat és szövettani metszetekkel bizonyította, hogy míg az üszkös üreg közepéből vett anyagban számos bacillus és coccus között kevés spirochaeta található, addig az üreget körülvevő tüdőben, az ép és a kórosan elváltozott tüdőszövet határán nagy tömegekben, tisztán láthatók a spirochaeták. Ebből a körülményből magyarázható, hogy a köpetben nehezebben mutathatók ki a spirochaeták, a melyeket egyik betegünk köpetében sem sikerült megtalálnunk. A salvarsan gyógyító hatása arra utal, hogy az említett betegségekben kimutatható mikroorganizmusok között a spirochaeták a legnagyobb jelentőségűek. A spirochaeták elleni fajlagos hatás magyarázza meg talán azt is, hogy nem üszkös tüdőfolyog eseteiben a salvarsan hatásosan (*Stepp* 1 esete, 1 saját esetünk). Ezzel szemben *Hirsch* 2 salvarsannal gyógyított tüdőfolyogos betegről számolt be.

Hat tüdőgangraenás esetünk világosan bizonyítja, hogy a salvarsan hatására bekövetkező *gyógyulás foka és gyorsasága arányos a betegség fennállásának idejével. Minél frissebb a betegség, annál gyorsabb és alaposabb az eredmény.* Heveny esetekben tehát nem ajánlatos a régebbi gyógyszerekkel való kísérletezés és talán felesleges a pneumotomia is, hanem azonnal meg kell kezdeni a neosalvarsankezelést.

Irodalom. *Becher*: Mediz. Klinik, 1920, 14. — *Buday*: Ziegler's Beiträge z. path. Anat., 1905, 38 és 1910, 48. — *Feldmann*: Wiener klin. Wochenschr., 1906. — *Gross*: Ther. der Gegenw., 1916 és Münchener mediz. Wochenschr., 1919, 31. — *Hirsch*: Ther. der Gegenw., 1920. — *Kissling*: Ergebn. der inn. Mediz., V. — *Lenhartz*: Ebstein-Schwalbe: Handb. der prakt. Mediz., I., 1899. — *Leyden-Jaffe*: Deutsches Arch. für klin. Mediz., II., 1866. — *Reichmann*: Ther. Halbmonatsh., 1920. — *Róna*: Orvosi Hetilap, 1904. — *Staehelein*: Mohr-Staehelein: Handb. der inn. Mediz., II. — *Stepp*: Ther. Halbmonatsh., 1920. — *Strauss*: Ther. der Gegenw., 1918. — *Weiss*: Deutsche mediz. Wochenschr., 1920, 39.

Közlés a kir. magy. tudományegyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájából. (Igazgató: *Báró Kétly László dr.*, ny. r. tanár.)

A vastagbél-fűvadás Röntgen-diagnostikai értékéről; lép-, máj- és epehólyagvizsgálat.*

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

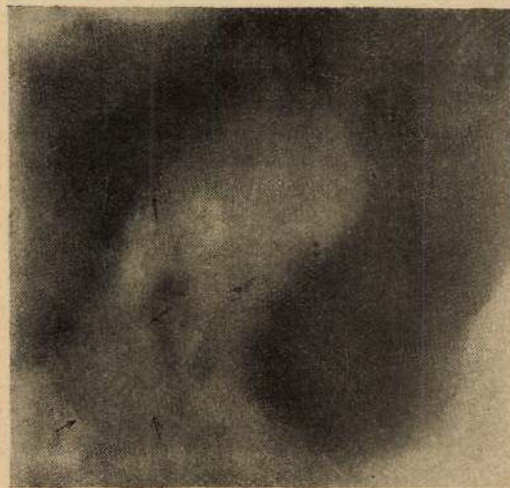
(Folytatás.)

Hogy mely esetekben láttam lépmegegyesülést és vettem hasznát a fűvadásos módszereknek, az alanti képek mutatják. A legfontosabbnak tartom annak a megállapítását,

* A Budapesti Kir. Orvosegyesületben tartott előadás 80 vetített kép kíséretében.

hogy akárhányszor nagyobb lépmet láttunk Röntgennel ott, a hol a klinikusok nem találtak vagy nem találhattak megegyesülést, rendszeresen elhízás, hasfali feszülés, hasvízkór, hasdaganat, meteorismus, esetleg terhesség egyidejű zavaró jelenléte miatt. Különösen a háborúban volt gyakran alkalmunk megegyesüléstől és igen tompa, széles polusú lépkép alapján malariára hívni fel a figyelmet, miután a lázak okát a tüdőlelet negatív volta nem magyarázta s e feltevésünk nagyon sokszor a klinikai megfigyelés folyamán helyesnek bizonyult. A kisfokú lépmegegyesülést diagnosztikájában is a Röntgen-vizsgálatnak lesz legfontosabb szerepe, mindenestre hasonlíthatatlanul jelentősebb, mint az eddigi módszereknek (kopogtatás és tapintás).

A 15.—19. sz. ábra sémásan tünteti fel a viszonylatot a lép radiologiai képe és a kopogtatási adatok közt s ezzel rámutatnak a kopogtatásnak sokszor bizony egészen irreális voltára. A körök a dobos, a kereszttek a tompa kopogtatási hangot jelzik s mindkét hangtani tünet mértékének egyenes arányban áll a körök, illetőleg a kereszttek nagyságával. A nyílirányú képen az oldalsó hasfal-contourt a középső, a bal ferdében készült képen a hátulsó hónaljvonal alkotja. Látnivaló, hogy sokszor a vastagbél és a gyomor gáztartalmának dobos hangja a megtévesztő, mely vezetés folytán a rendszerenél



10. ábra. Kövekkel telt, rákos epehólyag. A szintén rákos antrum és duodenum az epehólyaghoz rögzített. (A nyilak az epehólyag és a máj széléit jelzik.)

jóval nagyobb lépmet sem véteti észre. Máskor viszont a tompa kopogtatási hangból, melyet esetleg skybalák adnak, lépmegegyesülést, jölehet Röntgen-vizsgálat szerint a lépnek semmi köze az oldalsó hasfalhoz, mert például teljesen hátrántul elhelyezve, rejtve fekszik a rekesz kupolája alatt.

A bal hajlat levegőtartalmának szabályozása igen nagyfontosságú akkor, a mikor a bal hypochondrium és mesogastrium daganatait topikusan diagnosztikáljuk: vajjon a megegyesüléstől lép adja-e a daganatot, vagy az utóbbi a lép árnyékától elkülöníthető. Attól ne tartsunk, hogy a tumor-árnyék nem vetődik a vastagbélbe. Bármekkora is, túlfujtatással contourképzővé tehető.

A máj és az epehólyag Röntgen-diagnostikájának ismeretében fontos tudnunk, hogy a contrastteremtésén kívül, akárcsak a lép polusának vizsgálatakor, a helyes sugárirányítás is elengedhetetlen. Ha a sugarakat hátulról felülről le és előre irányítjuk, minden esetben kivétel nélkül láthatunk májat és az esetek nagy részében epehólyagot is. Így irányítva a sugarakat, ezek a máj legnagyobb mélységi átmérőjén haladnak keresztül, tehát sötét, jól észlelhető árnyékot okoznak s az alsó májszél, valamint az epehólyagfenék contourját mélyebbre, a bordaív alá vetítik, oda, a hol ezen árnyékot mi sem zavarja és contrastot kapnak a harántvastagbél s a jobb hajlat levegőjében. Természetesen, a kisebbfokú nagysági és talán alaki torzítással, a mit a döntés folytáni projectiós szétterítés okoz, számolnunk kell. Ez azonban nem zavarhatja megfigyeléseinket, hiszen a döntés minden esetben egyforma

szögértékű, tehát megfelelő számú emlékkép megtaníthat bennünket a nyert képek helyes diagnostikai értékelésére. Ezért van az, hogy kezdetben talán minden esetben meg-nagyobbodott vagy ptosisos májat és vándorvesét lennének hajlandók kórismézni. A vese t. i. szintén ezen sugárirányítás-nak fogja köszönhetni, hogy alsó polusával körülbelül a IV. ágyéki csigolya magasságában, különösen jobboldalt, láthatóvá válik; a vándorvese még mélyebben. Az ilyen hátulról-előre történő vetítéskor a vese-polus erősen szétterül s ennek különösen a lateralis contourja mint széles convex vonal fog megjelenni. A sugarak irányításának legegyszerűbb módja eljárásom szerint az, hogy döntjük a csövet antikathodjával lefelé s ezt következőképpen csináljuk. A használatos *Holznecht-Kienböck*-féle függő retesz drótkötelének a retesz fölötti végét 10—20 cm. darabon kettéágaztatva, a hátulsó szárat 2—3 cm.-rel rövidebbre fogjuk. Ez a műfogás a cső-nek néhány foknyi döntését biztosítja, mely céljainknak teljesen elegendő; az erősebb megbillentés már nagyon is torzítana. Ilyen lefelé döntött csővel végzem vizsgálataimat 1916 óta. Magasan álló Röntgen-cső tág diaphragmával hasonló physikai viszonyokat terem, de ez esetben, különösen epehólyag-kereséskor, a szükséges diaphragma-használat lehetetlenné válnék. Már *Alban Köhler* észlelte, hogy thoraxfelvételein, a melyekbe a máj vetülete is beleért, ez utóbbi az alsó élnek egy-egy darabjával láthatóvá vált. *Köhler*-t ez a megfigyelés indította arra, hogy májradiogramok készítésekor ugyanilyen sugárirányítást használjon. Ennek ellenére *Köhler*-nek, mint bevallja, csak ritkán sikerült májat fotografálnia és ebből is csupán az alsó contour hosszabb-rövidebb darabját. Egyetlen ilyen radiogramot a nevezett szerző le is közölte, megjegyezvén, hogy teljesen elfogadható képet csak két esetben kapott. A máj vizsgálatával foglalkozók, így *Beck*, *Faulhaber*, *Chilaiditi* megfelelő sugárirányításra, *Faulhaber* ezenkívül contrastteremtésre is törekedtek. Kivétel nélkül mindnyájan megállapítják, hogy a májvizsgálat nem nagy jelentőségű, mert bizonytalan és nem nyújt elég adatot. Alig néhány esetre hivatkoznak, a midőn a módszer csekély eredményességéről tartanak beszámolót. A túlfujtatással, a minek az eljárás minden esetben való használhatóságát köszönheti, éppenséggel meg sem próbálkoztak. Meg kell még emlékeznem arról, hogy *J. Schütze*, *Immelmann* intézetének főorvosa, legújabb dolgozatában egy módszerrel számol be, a melylyel elég sokszor sikerül neki epeköveket Röntgennel láthatóvá tenni. A beteget megemelt felső testtel hasra fekteti s tubusos felvételt készít róla kevéssé caudalisan döntött csővel. Szerinte a tubus felfelé a XII. bordát, befelé a gerincoszlopot kell, hogy még érintse. Erősítő-ernyős rövid



11. ábra. Epehólyagrak árnyéka (a nyílak a daganat széleire mutatnak). A máj árnyéka nagyobb a rendesnél.



12. ábra. A duodenum az epehólyaghoz rögzített. (Pericholecystitis; a nyílak az összenövésekre mutatnak.)

felvételeket készít. (Ezt megelőző hasonló tárgyú dolgozatában [1916] az én compressiós exponatoromat említi meg, mint olyan készüléket, a mely hivatva lehet bennünket az epekő Röntgen-keresésében nagy lépésekkel előrevinni. Tette ezt a kijelentést arra való tekintettel, hogy eszközömben a kereső és komprimáló tubus a másodlagos sugarak kizárásával és az átvilágítás kontrolljával a megfelelő beállítást teszi lehetővé olyan módon, hogy minden egyéb tubustól s a Bucky-effectustól is eltérőleg a vizsgáló-ernyőt és a lemezt a tubus elé helyezi s hozzá mindkettőt egymástól elválaszthatatlanul.)

A gázzal telt jobb vastagbélhajlat és a harántvastagbél orális fele a máj alsó szélét fogja kibontani. A felső szélnek a megjelentetése nem szükséges, hiszen ezt a jobb rekeszfél mutatja, melyhez a máj szorosán rögzített és ezzel közös vetületű. A máj viszonyainak felfelé való megváltozását a jobb rekeszfél íves árnyéka mint érzékeny műszer jelzi. A mire tehát a vastagbélfelfúvásos módszer a máj vizsgálatában feleletet adhat, az a felső és alsó szélnek a megjelentetése. Lapjáról, miként a lépet, nem láthatjuk, csupán oldalról, homloksíokban és csak a jobb lebenyt, ha a sugárirányítás balról jobbra, a jobb hónaljvonalban elhelyezett ernyőre vagy lemezre történik. Ez azonban inkább csak soványakon gyakorolható eljárás és nincs is különösebb gyakorlati jelentősége. Ennyiben tehát a felfúvásos vizsgálat kevesebbet nyújt, mint *Rautenberg* módszere, mely, ha hashártyaösszenövések nincsenek, a máj oldalait is megjelenteti.

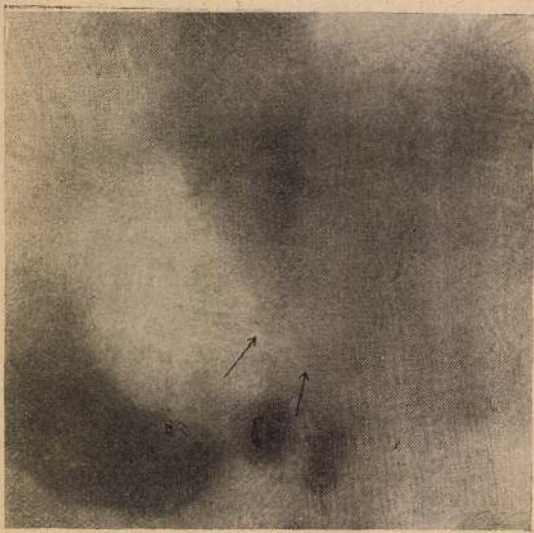
A vizsgálat dorsoventralisan a fent ismertetett sugárirányítással történjék. Ilyenkor az alsó contour (margo inferior) éles vonalas árnyéket ad megfelelő, jól érzékelhető intenzitással. Csak ritkán leszünk kénytelenek a beteget még egy kevéssé a bal, gyakrabban a jobb ferdébe forgatni, hogy minél vonalasabb, tehát határozott árnyéket kapjunk. Contrastról az esetben, ha a jobb hajlat gázzal telt, nem kell külön gondoskodnunk. Csak ha semmiféle gázcontrastot nem találunk, vagy elegendőnek nem bizonyulna ez, fogunk a fujtatáshoz fordulni, így, ha kövér embert vizsgálunk, továbbá zsírdús hasfalak, ascites, has-tumor és terhesség esetén, a midőn nagyobb a mélységi átmérő és nagyobb secundaer sugárzás támad, mely a képet elszürkülővé teszi, esetleg eltünteti.

Ha csak a szokásos mértékben biztosítunk levegőcontrastot, akkor csupán a jobb lebeny alsó széle fog megjelenni. A bal lebeny képe csak az esetben bontható ki, ha túlfujtatást végzünk. E nélkül az alsó contourt a maga teljes egészében nem láthatjuk. Magyarázatául szolgáljon az a körülmény, hogy a bal lebeny a harántvastagbél elhagyja, másrészt össze-

folyik a gerincoszlop és a gyomor árnyékával. Ha azonban a physiologiásnál szélesebbre fújtatjuk a vastagbelet, akkor minden esetben megkaphatjuk a bal lebeny képét is.

E májszéleket a következő lefutásban láthatjuk. A bimbóvonalban éri el a IX., a hónaljvonalakban a X. és a XI. bordát, a középvonalban a köldök és a kardnyúlvány közt közepesen fut. Majdnem e pontig egy ferdén felfelé futó egyenes a margo inferior, az epigastrium bal felében viszont egy lefelé irányuló convex, sokszor concav ívalakú vonal, a mely a bal szegycsont melletti és a bimbóvonal közt közepesen éri el a bal rekeszfelet. Amaz körülbelül a jobb, emez a bal lebenynek a széle. A IX. borda magasságában a bimbóvonal közelében látni az epehólyag okozta kiboltosulását a májszélnek s ennek közvetlen szomszédságában, tőle befelé, még egy köldökszerű megtöretést, mely csak a fossa umbilicalis, a ligamentum falciforme helye lehet.

A jobb és bal lebeny felső és főleg alsó széleiből kell következtetést vonnunk a máj alak, nagysági és helyzeti viszonyainak a kereséskor. A máj megnagyobbodása, a klinikai megfigyelés egyéb adataitól támogatva, diffus vagy partialis. Hogy mely esetekben volt alkalmunk ily megnagyobbodásokat Röntgennel diagnoskálni, az alanti képek minden-



13. ábra. A duodenum és a gyomor antruma a májhoz rögzített epehólyagkörüli összenövések folytán.

nél beszédesebben demonstrálják. A máj diffus megnövekedése a rekeszt magasabbra boltosítja, s hogy e magasabb rekeszállást valóban a nagyobb máj okozza, azt a bordaívét többé-kevésbé meghaladó alsó szél mutatja. A vizsgálati módszer használhatóságát mi sem bizonyítja jobban, mint az a tény, hogy Röntgennel nem egy ízben megnagyobbodott májat láttunk ott, a hol a klinikai vizsgálat szerint nem volt májmegnagyobbodás, rendszerint hasfali dífense, ascites vagy meteorismus miatt.

Nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy mélyebb rekeszállás eseteiben, például tüdőtagulás és mellhártyaizzadásmány okozta mély rekesz következtében a rendes nagyságú máj is a jobb bordaív alá vetődik. A feltűnő légzési kitéréseket mutató, igen mozgékony és mélyebben álló vándormáj lehetőségéről se feledkezzünk meg, különösen astheniás, ptosisokban szenvedő betegeken. Ilyen hepatoptosist elég gyakran fogunk találni az esetben, ha a betegséget a fenti, a franczia felfogás értelmében vesszük. Ezzel ellentétben a német iskola csak azon eseteket fogadja el vándormájnak, a hol a felfüggesztő szalagok erősen megnyúltak, minek folytán a súlyos máj és a rekesz közé a harántvastagból helyeződik. Ez persze igen ritka eshetőség; én mindössze egy alkalommal jutottam ily eset megfigyeléséhez. *Chilaiditi* ezen hepatoptosishoz három érdekes esetét írta le, melyeket Röntgennel diagnoskált.

A máj megkisebbedésével cirrhosis hepatis és meteo-

rismus eseteiben találkoztam. Meteorismusnál ez igen közönséges észlelés; túlfújtatással művileg is létesíthetjük.

Has-daganatok az esetben, ha a máj felső vagy alsó felszínét illetik, így carcinoma, vagy carcinomametastasisok, gummák, a vonalas széleknek jellemző alakú és nagyságú megtöretésével árulják el magukat. Egy plust látunk ilyenkor a máj széleihez adódni, mely amattól el nem különíthető s körülbelül egyformán intenzív az árnyék. A rekeszvonalat a többes számmal szereplő és a máj facies diaphragmaticáján levő tumorok hullámos felületűvé teszik.

A jobb hajlat gáztartalmának Röntgen-diagnostikai célból való felhasználása s főleg a túlfújtatás mindennél fontosabb akkor, ha topikus diagnostika a feladatunk. Összefügg-e a jobb hypochondrium és mesogastrium tumora a máj árnyékával, vagy nincs közöttük semmiféle vonatkozás. A megnagyobbodott máj adja-e a tumorárnyékot, vagy a kettő egymástól szétválasztható. A tumor nemcsak palpálható, hanem látható is legyen; ennek feltétele viszont a túlfújtatás. A klinikán különösen az utóbbi hónapokban nem egy igen érdekes elkülönítő kórismet csináltunk e módszerrel, hiszen a sok gyakorlat és főleg a ragyogó contrastok révén látni tanultunk és értékelni az eddig észre nem vettek. Az eddig kizárólagosan gyakorolt kopogtatást és tapogatást ezen eljárással lényegesen használhatóbbá sikerült tennünk.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Gyermekorvostan.

A kanyaró-reconvalescens-serumról ír behatóan *Degkwitz*. Hónapokkal ezelőtt közölt első cikkében 25 védoltott esetről számolt be, a melyekben átlag 22 cm³ serummal ért el eredményt, a mennyiben, dacára annak, hogy mindenek szerint a fertőzés megtörtént, a kanyaró nem fejlődött ki. Újabb közleményében említést tesz már egy esetéről, a melyben 7 cm³ reconvalescens-serummal is hasonló eredményt tudott elérni. Újabb kísérleteivel azt akarta kideríteni, hogy mekkora mennyiségű, milyen időben nyert serum tekinthető hatásosnak s a fertőzéstől számított hányadik napon lehet még eredményt várni a védoltástól. Azt találta, hogy a kanyarós kiütés elhalványodása után a 7—9. napon nyert serumnak még 2·5 cm³-ével is eredményt lehet elérni, míg a láztalanválas után 14 nappal nyert serum hasonló mennyisége hatástalan. Összesen 172 esetre támaszkodva, azt tapasztalta továbbá, hogy a fertőzéstől számított hatodik napig az oltás kellő dosisban adva kanyarómentességet biztosít, a 7. naptól kezdve az eredmény bizonytalan, a 8—10. naptól kezdve a kanyarót az oltás nem befolyásolja. A korán, a fertőzésnek kitétel után csakhamar adott *kis* serum-mennyiségek a kanyaró képét teljesen megváltoztatják: a kütég később jelentkezik, satnya, a kiséző jelenségek (láz, coryza, bronchitis, conjunctivitis) csaknem teljesen hiányzanak és 30 órai fennállás után a gyermek egészségesnek tekinthető. Felveti a kérdést, hogy vajjon nem lenne-e célszerűbb a gyermekeket korán adott *kis* dosisokkal ily enyhe — betegségnek alig mondható — kanyarónak kitenni, tehát az egész életre immunizálni, mint a nagyobb dosissal csak bizonyos ideig tartó immunitást elérni. Morbillit valamikor kiállott felnőtteknek nyert nagyobb mennyiségű savó, az incubatio elején adva, esetleg megakadályozza a betegség kitörését, vagy enyhíti a betegséget. További kérdés az volt, hogy a védoltás hatása milyen hosszú időre terjed. Kiderült, hogy e serum hatása — immunitás — tovább tart, mint a fajidegen, például diphtheriasavóval elért hatás, a mi arra látszik mutatni, hogy passiv immunitás mellett activ immunitás is keletkezik.

A vért csak lüestől és tuberculosistól mentes oly egyénekből veszik, a kik szövödmény nélküli morbillit állottak ki. A vért a kar-venából sterilen punctió s tűvel veszik. A kibocsátott vér mennyiségét 5—6 éves gyermeknél 60, nagyobb

gyermeknél 70—80 cm³-ben állapítja meg. A vérbocsátást a gyermekek rendszeren igen jól tűrik, semmi rossz érzésről nem panaszkodnak. A kibocsátott vért jól záró steril edényben jégsekényben tartják pár óráig, majd steril eszközzel leválasztják az edény faláról a vérlepenyt. 36 óra múlva a vérsavót a vérlepenyről leöntik és minden 10 cm³ serumhoz egy csepp 5% carbolsavoldatot adnak. Előbb azonban természetesen Wassermann-vizsgálatnak vetik alá. Rendszerint három serumot összekevernek és utána kis ampullákba fejtik le, a melyek beforrasztva vagy paraffinnal elzárva kerülnek forgalomba, esetleg kiszáritott állapotban teszik el. Hogy a serum mennyi ideig tartja meg a hatását, azt nem tudjuk, valamint az is ismeretlen, hogy mikor kezd a serum gyengébbé válni. A szerző szerint Münchenben morbilli-kórházat kellene berendezni, a melyben a gyermekeket azért ápolnák, hogy ott megfelelő serumot nyerhessenek, a mivel a gyermekhalandóság elleni küzdelmet nagy lépéssel vinnék előre. Vörheny-reconvalescens-serummal és pertussis-reconvalescens-serummal is folynak a kísérletek. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, XXVII. kötet, 3. és 4. füzet)

Bókay Zoltán dr.

Sebészet.

A trigeminus-neuralgia intracranialis injectiók kezelésének tartós eredményei. Haertel tanár 7 éves tapasztalatai azt mutatták, hogy a foramen ovaleba adott alkohol-injectiók után rögtön anaesthesia áll be a trigeminus mindhárom ágában. Ez azonban még nem bizonyít az állandó tartós anaesthesia mellett. Vannak totalis tartós anaesthesiák, a melyeknél állandó sensibilis kiesések vannak a trigeminus mindhárom ágában, és vannak partialis állandó anaesthesiák, mikor állandó érzési kiesés van két ágban, például az I. és II., vagy a II. és III. ágban.

Végeles anaesthesiáról szólhatunk, ha az injectio után negyed év múlva semmi fájdalom sem jelentkezik. A partialis anaesthesia könnyen recidivál. A megfigyelt recidivák az injectiók utáni 1/2—2 év közé esnek, de előfordultak recidivák 3—4, sőt még 5 év múlva is.

A tartós anaesthesiát a Gasser-dúc sejtjeinek elpusztításával érjük el, a mit esetleg már egy, de többnyire csak több alkohol-injectio után érünk el. Az injectiók módszernek az operatív beavatkozás felett az a főelőnye, hogy az injectio szükség esetén mindenkor megismételhető. Így voltak esetek, mikor az első injectióra partialis anaesthesia keletkezett és a rohamok évekig nem ismétlődtek. Ekkor jött a recidiva, a melyet egy második injectióval prompt megszüntettek és ilyenkor totalis anaesthesiával sikerült a beteget véglegesen meggyógyítani. Hysteriás alapon fejlődött, valamint kétoldali neuralgia és hemicrania eseteiben az injectiók behatástól semmi eredményt sem látott a szerző. A diagnosis felállításában nem mindig lehetséges a határt szabatosan megállapítani, még neurologusoknak sem sikerült mindig a hysteriát biztossággal kizárni. Az intracranialis punctiók és injectiók végzésekor a következő mellékhatások és veszélyek veendő számításba: *Punctióknál*: 1. infectio, 2. melléksérülések, a) a koponyaüregben kívül (art. maxill. int. és tuba Eustachii), b) a koponyaüregben belül (sinus cavernosus és art. carotis int.). *Injectióknál*: 1. tartós anaesthesia utáni panaszok, 2. agyidegek bénulása (nervus masticatorius, nervus abducens, nervus oculomotorius), 3. keratitis.

Szigorúan aseptikus kautelák mellett az alkohol injectiója után infectio sohasem jön létre. Érsérülés a koponyán kívül haematomák képződésére vezethet. A tubák megsértését elkerülhetjük, ha fülfájdalmakat jelez a beteg, a mikor a tűt meredeken sülyesztjük.

A tartós anaesthesia utáni panaszok különösen étkezés-kor jelentkeznek. A betegek az ételt nem érzik az egyik oldalon, teljesen paraesthesiás e terület. A rágóizmok bénulása kisebb jelentőségű s rendszerint csak átmeneti. Abducens- és oculomotorius-paresis több esetben fordult elő, de egy héten belül visszafejlődött. A trigeminus-ágakat a foramen ovale keresztül egyenként is lehet érzésteleníteni. Ilyen-

kor partialis anaesthesiát érünk el, mely recidivára hajlamos. A for. ovalén kétféle injectiók módszert különböztetünk meg: 1. partialis anaesthesiát és 2. totalis anaesthesiát. Az elsőnél a tűt 1 cm. mélyen vezetjük be és 1 cm³ alkoholt fecskendezünk be. A másodiknál a tűt 1 1/2 cm.-re vezetjük a koponyaüregbe s 1—1 1/2 cm³ alkoholt fecskendezünk a Gasser-dúc különböző részeibe. A sikeres punctio keresztülvitele érdekében a szerző Röntgen-felvételt készít a fossa infratemporalisról és a foramen ovaleról.

A trigeminus-neuralgiák gyógyítása intracranialis injectiók útján lehetséges. Állandó anaesthesia mind a három ágban tartós gyógyulást biztosít. Egyszeri kezeléssel 7 1/2 évig tartó állandó anaesthesiát értek el. Partialis anaesthesia után recidivák jelentkeznek, melyek ismételt injectiókra meggyógyulnak. Hysteriás és más határesetek a kezelésből kizárandók. A partialis anaesthesia az első ág szabadon hagyásával technikailag lehetséges és a recidiva veszélye miatt a szaruhártya kiméltése szempontjából könnyű esetekben alkalmazandó. A foramen ovale punctióját előzetes Röntgen-vizsgálat után könnyebben végezhetjük. (Deutsche med. Wochenschrift, 1920, 19. szám.) Hedry Miklós dr.

Szülészet és nőorvostan.

Placenta-darabkának normalis szülés után visszamaradásáról ír Zangemeister. A megszületett placentának hiányos voltát közvetlenül a szülés után sok esetben sem annak gyakorlott szülész által leglelkiesmeretesebben végzett megvizsgálása nem tudja biztosan megállapítani, sem más tünetből (vérzés stb.) nem lehet arra biztosan következtetni. (Pedig a legkisebb gyanu esetében a szülőszobás és a laboratoriumi orvosokon kívül a főorvos is megvizsgálja a lepenyt, s mégis 16 eset közül csak 8 at vettek azonnal észre. Egy esetben a szakadozott placéntát három szülész-professor tartotta épnek, s később bebizonyosodott, hogy tévedtek.) Annál inkább tévedhet tehát a bába vagy a gyakorló orvos. Pedig, a mint Zangemeister statisztikája mutatja, rendkívül fontos volna ezt rögtön a szülés után diagnoszkálni, mert 22 asszony közül, kiken közvetlen a szülés után kitakarították a méhből a visszamaradt placenta-darabkát, csak 3 lett lázas, s a betegségük ezeknek is igen könnyű lefolyású volt; míg 34 asszony közül, kiken csak a gyermekágyban vették észre placenta darabka visszamaradását, bár 5-nél ez magától kilöködött, 29-nél el kellett távolítani, s ezek közül 4 fertőzésben elpusztult. Tehát a közvetlenül a szülés után végzett méhletapintás prognosisa össze sem hasonlítható a méhnek a gyermekágyban végzett kitakarítása veszélyességével. Tapasztalatai alapján a következő magatartást ajánlja a lepeny megszületése után: Ha egészen biztosan hiánytalan, természetesen semmi tennivaló sincs. Ha bizonyos hiányos, azonnal ki kell takarítani a méhet. Ha a placenta hiánytalansága nem teljesen biztos, mindjárt a szülés után le kell tapintani a méhet, ha az asszony nem lázas, mert ez a műtét nem jár jelentékeny veszélylyel. A mikor ilyen szabályok szerint jártak el, az összes szülések 2%-ában végeztek utólag feleslegesnek bizonyult méhletapintást, de egyetlen egyszer sem maradt vissza placenta-rész a méhben. Lázas esetekben a letapintás is veszélyes, de ilyenkor a placenta-darabka visszamaradása is több veszélyt rejt magában, mint a szülés alatt láztalan esetben.

A gyermekágyas méhnek lepenydarabkától való kitakarítását nem ujjal végzi, hanem láztalanokon tükrrel feltárás után Winter-féle abortusfogóval, lázasokon pedig gaze-t vezet tükr segítségével a méhbe drain gyanánt, s ha vérzés van, tamponade gyanánt. Ezt naponként ismétli, míg a láz elmúlik s akkor úgy jár el, mint láztalan esetben. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 13. szám.) Váró dr.

Szemészet.

A sérülést követő keratitis parenchymatosa baleseti véleményezéséről értekezik Fertig, és összegezni igyekszik az irodalomban ismeretes esetek alapján a szakértők nézeteit. Megállapítja, hogy bár a betegség oka öröklött, a sérülés

szerepét — mint kiváltó okét — általában mindenki elismeri, ha 1. a sérülés biztosan, vagy nagy valószínűséggel kimutatható, 2. a szem a sérülés előtt biztosan egészséges volt, 3. a sérülés minősége és foka elégséges a szemén kóros folyamat előidézésére, 4. megvan az időbeli és helyi összefüggés a sérülés és a szaruhártya megbetegedése között. A sérült szemmel egyidőben vagy utána megbetegedő másik szemre vonatkozóan azonban nagyon eltérők a nézetek. Egyesek (*Hippel, Leber, Schmidt-Rimpler, Peters*) a korábban és az utóbb megbetegedett szem megbetegedése közt nem talál összefüggést, mert sympathiás keratitis nincsen; mások (*Mayweg, Gebb*) az összefüggést feltétlenül elismerik; de vannak olyanok is, a kik a másik szem megbetegedéséből arra következtetnek, hogy a sérült szem sem a sérülés folytán lett beteg (*Antonelli, Stock*). A német birodalmi „Reichsversicherungsamtsamt“ az irodalomból ismeretes két esetben a sérüléssel eredetű a másik szemre is elismerte, bár a megokolás egyikben sem meggyőző. *Fertig* azt hiszi, hogy a keratitis parenchymatosa kórtana nem lévén tisztázott, tudományosan megokolt álláspontja még senkinek sem lehet; gyakorlati szempontból azonban a másik szemre is el lehet ismerni a sérülés szerepét, ha az még a sérült szem betegsége alatt betegszik meg. (*Zeitschrift für Augenheilkunde, 1920, 44. kötet, 166.—175. oldal.*)

Sz. L.

A műtét után jelentkező sebastigmatismus cornealis varrattal és hidalakú lebenynyel operáltakon. *Alexiadès* a corneavarrattal végzett hályogműtétekről közöl adatokat a sebastigmatismus szempontjából, összehasonlítva ezt a hidas kötőhártyalebenynyel végzett műtétekkel. Úgy találta, hogy varrat után van a legkevesebb astigmatismus, nevezetesen 42%-ban 0 és 1.5 D. között, a mi igen kedvező eredmény; azután következik a hidas kötőhártyalebenynyel végzett műtét, már csupán 8.5%, hasonló jó eredménnyel. Az astigmatismust véleménye szerint az okozza, hogy a lebenykészítés után a cornea felső része jobban enged a szembe nyomásnak, mint az alsó és így a cornea a függőleges síkban ellapul. A varrat ezt megakadályozza a lebeny felső végének rögzítésével. A varrat eltávolítása néhány nap múlva némi nehézséget okoz, ezt azonban kis gyakorlattal le lehet küzdeni. (*Archives d'ophtalmologie, 1920 szept.*)

Sz. L.

Friss szemhéjsérülések összevarrásakor *Lindner* a következő fogást ajánlja, melynek segítségével a különben rendszeren kiálló apróbb-nagyobb dudor, vagy a coloboma a szabad szemhéjszálon elkerülhető. Ez az eljárás abban áll, hogy a varrás előtt vagy után a külső szemzúg szalagját átvágja. A külső szemzúgtól kissé kifelé fél cm. hosszú sebet ejt, azután megfeszíti a szalagot és ollóval átvágja a feszülő rostokat. Az átvágás akkor sikerült, ha a külső szemzúgot a cornea közepéig lehet húzni. Ezzel a kis fogással a szemhéjszél horizontális feszülése megszűnik és a szemhéjszél két sebfelülete pontosan egyesülhet. A bőrsébet 8—10 nap múlva, midőn a szemhéjszél szilárd, varrja, vagy magától engedi begyógyulni. Varráshoz lószőrt használ, melynek előnye a könnyű sterilizálhatósága főzéssel és az elűtő színe. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1920, LXIV. kötet.*)

R. A.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A *novasurol Hegler* szerint kitűnő diureticum, ha 2.2 gramm mennyiségben (egy phiola tartalma) fecskendezzük be intramuscularisan. Legjobban hat cardialis oedema esetében; gyuladással eredetű folyadékfelhalmozódás, továbbá májcirrhosis okozta ascites esetében bizonytalan a hatása. Kisebbfokú veseelváltozások nem ellenjavallják a használatát. Stomatitis és hasmenés nem ritka, komolyabb károsodást azonban nem látott. Legjobb 5—7 naponként adni a befecskendezést; a diuresis 1—3 napig szokott tartani. (*Aerztlicher Verein in Hamburg, decz. 28. i. ülés.*)

Vegyes hírek.

Magyarország szemorvosainak egyesülete május 14.-én és 15.-én tartja 13. rendes közgyűlését és congressusát a budapesti egyetem I. sz. szemklinikáján. Az első ülés május 14.-én este 6 órakor lesz. Orvos-vendégeket a tudományos üléseken szívesen lát az egyesület.

Magántanári jogosítvány megvonása. A magyar kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter a budapesti egyetem orvostudományi karának azt a határozatát, a melylyel *Baron Sándor* dr. egyetemi magántanártól a venia legendit megvonta, megerősítette.

Személyi hírek külföldről. A münsteri egyetemen felállítandó belorvostani tanszékre *P. Krause* bonni tanárt, a sebészeti tanszékre pedig *Coenen* breslauer docentet szemelték ki. — A berlini Virchow-kórháznak *Hansemann* tanár halálával megüresedett prosectori állására *Christeller* königsbergi docentet választották meg.

Meghalt. *G. Fischer*, ismert sebész, a ki egyebek között Billroth leveleinek kiadásával tette ismertté a nevét, 86 éves korában Hannoverben.

ISTVÁN-UTI SZANATÓRIUM Budapest (István-út végén) Hungária-körút 9. Telefon: József 95-08 és József 42-13. Igazgató-főorvos *Góth Lajos* dr., kir. tanácsos; vizgyógyintézet és fizioterapiás osztály vezetője *Nemes Nagy Zoltán* dr., főorvos; orthopádiai osztály vezetője *Róth A.* dr., főorvos. Sebészet, szülészeti és nőgyógyászat, ideg- és belgyógyászat. Vizgyógyintézet. Fizikális osztály, orthopaedia, Röntgen-laboratorium, hízó- és soványító kúrák.

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

LIGET-SANATORIUM NŐGYÓGYÁSZATI VI., Nagy János-u. 47
FIZIKOTERAPIÁS GYÓGYINTÉZETE.
Conservatív kezelés: THERMOPENETRATIO.
Hőlég- és fürdőkúrák. Főorvos: **Dr. Cukor Miklós.**

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

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

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légtűrések. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással ültével-ügyben szolgál:

Ingtalanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám.

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

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

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

Testegyesítés

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

PÁLYÁZATOK.

705/1921. sz.

Alólirott főszolgabíró az üresedésben levő **berekbőszörményi körorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az állás javadalma a következő:

1. 1600 korona törzsfizetés, a mely az 1908. XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékkal emelkedik.

2. 800 korona lakbér.

3. Rendes körorvosi látogatásokhoz az orvosi kör községeitől természetbeni fuvar.

4. A szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.

5. A törvényben és rendeletekben megállapított háborús, drágasági és családi segélyek, illetve pótlékok.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat, valamint megbízhatóságukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **hozzám folyó évi május hó 25. napjának délutáni 5 órájáig** adják be.

Kellően fel nem szerelt vagy elkészen beadott kérvényeket figyelembe nem veszek.

Az orvosi körhöz Berekbőszörmény, Körösszakál, Körösszegapát, Magyarhomorog és Mezősas községek tartoznak.

A választás határnapjának kitűzése iránt később fogok intézkedni. **Biharkeresztés, 1921 április 13.**

Frankó Endre, főszolgabíró.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bókay János: Közlemények a budapesti gyermekkorházal kapcsolatos egyetemi gyermek-klinikáról. Kórrajzok a gyermekorvostan köréből. — *Kopits Jenő:* Világrahozott skoliosis-esetek. 175. lap.

Henszelmann Aladár: Közlés a kir. magy. tudományegyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájából. (Igazgató: Bárány Kéty László dr., ny. r. tanár.) A vastagbél-felfűvűs Röntgen-diagnostikai értékéről; lép-, máj- és epehólyagvizsgálat. 178. lap.

Ország Oszkár: 33. német belorvostani congressus. 180. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. H. Hayek: Das Tuberkuloseproblem. — *Lapszemle. Gyermekorvostan. Edelmann:* A nagylábujjtünet meningitis és agyödéma eseteiben. — *Belorvostan. Olitsky és Gates:* Az influenza átvihetőségére vonatkozó vizsgálatok. — *Gudzent:* Ischias és spina bifida occulta. — *Kisebb közlések az orvostudományról.* 181–182. lap.

Vegyes hírek. 182. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemények a budapesti „Stefánia“-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermek-klinikáról.

Kórrajzok a gyermekorvostan köréből.*

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

IX.

Világrahozott skoliosis-esetek.

Közli: *Kopits Jenő* dr., egyetemi rk. tanár, főorvos.

A világrahozott skoliosisok származásukat illetően két nagy csoportba sorozhatók. Az egyik csoportba tartozóknál a gerincz elferdülése az épen fejlődött csontváz magzaton jön létre méhenbelüli téraránytalanság, hibás fekvés s végeredményben a méh falának a nyomása következtében: mint *megterhelési deformitás*; a másik csoportba tartozóknál a *csíra hibás fejlődéséből* származnak a csigolyatesteken, nyúlványokon, bordákon, illetve az egész mellkason, leggyakrabban többszörös rendellenes alakváltozások, melyek a gerincz deformitását okozzák. A világrahozott deformitások általános beosztása szerint az első csoportba tartozók *exogen, postgerminalis, uterinalis* eredetű deformitások, a második csoportba tartozók *endogen, germinalis, embryonalis* eredetűek.

Régebben a világrahozott gerinczferdülések legnagyobb-részt csak a teratológiából voltak ismeretesek, mert külső vizsgálattal csak a már születéskor szembeötlő, legtöbbször monstremokon észlelt, nagyfokú deformitásokat állapíthatták meg. A Röntgen-sugarak felfedezésével és alkalmazásával nemcsak a két csoportba tartozó eseteket sikerült egymástól elválasztani, hanem a felvételek technikájának fokozatos fejlődésével sikerült a durvább abnormitások mellett a normalistól eltérő olyan finomabb hibás alakulásokra is mindinkább fényt deríteni, melyekre azelőtt a skoliosis aetiológiájában nem is gondolhattunk. Az immár húszéves ezirányú irodalomban közölt esetek száma s az azok kapcsán közölt fejlődési rendellenességek kombinációjának az ismerete nagyon megszaporodott. Erre vonatkozó ismereteink kibővülésével nemcsak az endogen eredetű skoliosisok csoportja bővült ki az exogen eredetűek rovására, hanem egyúttal a skoliosis aetiológiájának a kutatásában egészen új terület nyílt meg.

A leírt esetek rendkívül változatosak, sokszor magukban állók, úgy hogy egységes beosztásuk megállapítása eddig még nem sikerült. Az irodalomban majdnem minden szerző (*Kauffmann, Putti, Siebert, Böhm* stb.) leírt eseteinek megfelelően más-más beosztást állított össze. Az ismertetett fejlődési rendellenességek legtöbbször a következő elváltozásokban nyilvánulnak: defectusokból és fusiókból álló *torzképződések* a csigolyatesteken, -nyúlványokon, -íveken és a bordákon, melyek a gerincz kisebb-nagyobb szakaszának hasadékképző-

* Minden jog fenntartva.

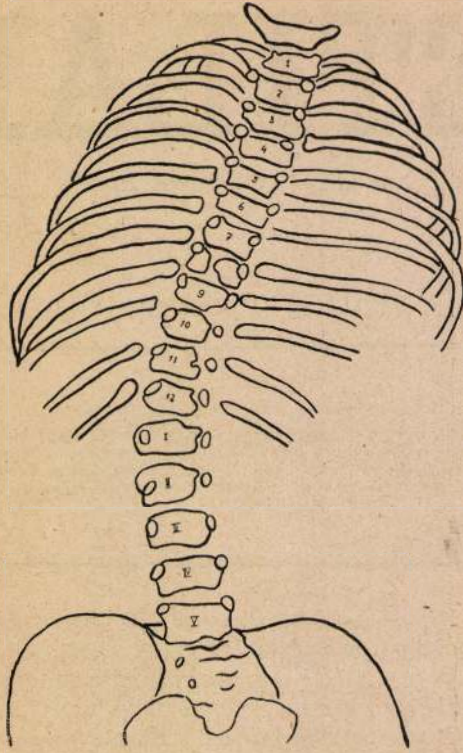
dését vagy merevségét okozhatják; az egyes gerinczszelvényeknek cranialis vagy caudalis irányú assimilációjából álló morphologikus és numerikus *varietások*. Mindezen alakváltozások legtöbbször elhelyezkedésüknél fogva alkalmasak a gerincz bilaterális symmetriájának a megzavarására, különösen a mennyiben növesi zavarokat, visszamaradásokat is okoznak.

Az egyetemi gyermek-klinikán a csíra hibás fejlődéséből származó két esetünket a következőkben vagyok bátor ismerettni:

I. eset. T. F. nevű 2 hónapos, gerinczferdülésben szenvedő csecsemővel 1913 márczius 22.-én jelentkezik anyja a rendelésen. A gyermek szülei és testvérei épek és egészségesek. Anyja előadása szerint már terhessége alatt észrevette, hogy más irányú magzatmozgást érez, mint máskor s úgy érezte, hogy magzata rendellenes fekvésben van. Szülése nehezebb volt, mint a többi, mindazonáltal orvosi beavatkozás nélkül megtörtént. Az újszülött rendkívül sovány, satnya volt. Anyja háromnapos korában látta először meztelenül s már akkor feltűnt neki, hogy derekát állandóan egyoldalra hajlítva, összekuporodva fekszik. Később kifejezetten észrevehető volt folyton fokozódó gerinczferdülése. Rendelésünkön bemutatáskor a gyermek gerincze egész hosszában, egyetlen ívben balra hajolt, ívének legmagasabb pontja az alsó háti csigolyákra esett, a gerincz teljesen hajlékony volt, sőt áthajlítható a görbület domborulatával ellenkező oldalra. A törzsön semmi más elgörbülés nem volt észlelhető, bordapúpnak még nyoma sem volt. A test többi részén egyéb deformitás nem volt felfedezhető. Gyanu lévén az anamnesis alapján a skoliosis méhenbelüli származására, Röntgen-felvételt készíttetek, mely gyanunkat igazolja a később leírandó fejlődési defectus. A csecsemő redresszáló gipszágyat kap.

A háború alatt a gyermeket egyszer sem láttuk. 1919 február havában vizsgálatra berendelve, a következő leletet találjuk: a 6 éves, korára gyengén fejlett, vézna gyermek egész törzse deformált. Fej kissé balra hajlik, törzs erősen megrövidült, kezei egészen a térdig lógnak, hátul a gerincz bal oldalán nagy bordapúp látható. Mellkas elül, különösen a bal oldalon erősen besüppedt, a szegycsont kardnyúlványa táján gyermeköklöt befogadó gödör van. A gerincz balra néző, rövid sugarú erős görbülete magába foglalja annak egész alsó háti és ágyéki gerinczszakaszát, rövid ellentétes irányú görbületekkel a nyaki és alsó ágyéki szakaszban. A gerincz ívének legerősebb görbülete a VII. hátszigolyától a II. ágyékszigolyáig terjed, a gerincz görbület convexitásának megfelelően nagyon erős bordapúppal. A gerincz merev, az előbb említett szakasz még függesztésre sem egyenesedik ki. Redresszáló fűzőt és gipszágyat alkalmazunk.

A Röntgen-felvételen (1. ábra) a gerincz nagyjában egész hosszában balra hajlik, ellentétes irányú görbületek kifejlődésének a kezdete a legfelső háti és nyaki, valamint a legalsó ágyéki gerinczszakaszban és keresztcsontban még csak jelezve van. A gerincz balra néző ívének legmagasabb pontja a XI. és XII. hátszigolyára esik. A csigolyatestek felülről lefelé a VIII. hátszigolyáig, eltekintve az elgörbülésnek megfelelő helyzetváltozástól, alakilag épnek látszanak. A VIII. hátszigolya a középvonaltól kissé balra kettéosztott, a két ék-alakúan kihelyesedő csigolyarész csúcsával a központ felé egymással szembe néz. A IX. hátszigolya jobboldali alsó szöglete s jobb széle hiányzik. A VII., VIII., IX. és X. hátszigolyatest közti hézag erősen megsűkül, alsó és felső felzár egyenletlen. A X. hátszigolyának a jobb felső szöglete és jobb oldala hiányzik, úgy hogy az izületi nyúlványok izületi felszíneinek a vetülete nem a csigolyatest felső sarkára, hanem jóval oldalt esik. Még nagyobb mértékben látható ugyanez az eltérés a XI. hátszigolyán, csökkenően a további csigolyákon egészen a III. ágyékszigolyáig, míg az alatta fekvő csigolyákon a vetület ismét a rendes helyre kerül. Az V. ágyékszigolya testének az alsó felszíne nem párhuzamos a felsővel, a mi által a csigolyatest jobb oldala alacsonyabbnak látszik. Ez utóbbi



1. ábra.

vetületről nem állapítható meg teljes bizonyossággal, hogy nem műtermék-e, mert az ugyanezen oldali medenczefél is keskenyebb és alacsonyabbnak látszik, a mi a gyermekben nem volt konstatalható. Lehet, hogy mindkettő a gyermek medenczéjének a felvétel alatti ferde fekvésből származó elrajzolás.

A későbbi jelentkezéskor, 1919-ben, a 6 éves gyermekről készült Röntgen-felvételen a gerincz skoliosisa kifejlődött mértékben látható, annak fokozódásából származó másodlagos elváltozásokkal együtt. A gerincz görbületében fekvő csigolyák erősen a görbület convexitása felé fordult helyzetben vannak. Jól látható azonban a VIII. hátsigolya ketté-



2. ábra.

osztott volta a két csigolyadarab közti hasadékkal, az utána következő IX., X., XI. hátsigolya a többihez viszonyítva felével keskenyebb, a XI. hátsigolya, mely a görbület csúcspontjában fekszik, erősen ék-alakú.

2. eset. D. T. 6 éves leányt 1919 január 16.-án hozták a rendelésre. Szülei épek, anyja teljesen egészséges, atya traumás neurosist szerzett a háborúban. A gyermek nehéz szüléssel, de orvosi beavatkozás nélkül jött a világra. Feje már születéskor túlságosan nagy volt s azóta folyton nőtt. 7-8 hónapos korában vették ki a vánkosból s már akkor észlelték feje, illetve nyaka ferde tartását. Feje ferde tartása, háta elgörbülése és púpja fokozatosan folyton rosszabbodott. Későn, csak 2 éves korában kezdett járni.

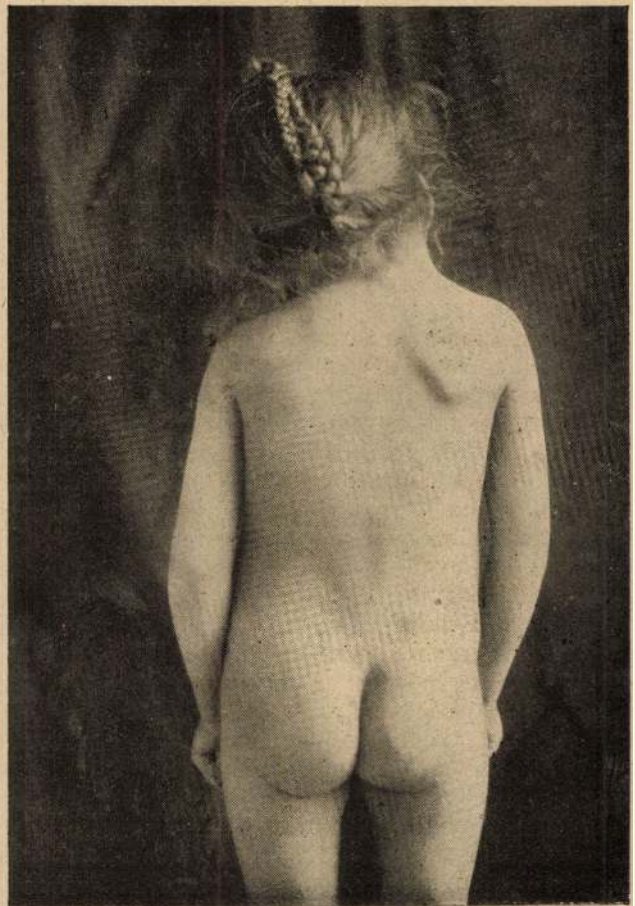
A korához képest gyengén fejlett gyermek feje nagy, különösen faldudorai oldalt erősen kiszélesedtek, homloka alacsony és erősen előredomborodó, fejkörfogata 60 cm. Az arcz assymetriás, a bal arczfél alacsonyabb, a bal szem mélyebben ül, az orr csúcsa kissé balra hajlik. A jobb fül rendes alakú, a fejhez simult, a bal fül hosszában kissé összehajtott, eláll. A fej erősen balra hajlik s kissé jobbra fordult. (2. ábra.) A nyak annyira megrövidült, hogy elülről nem is látszik, a szegycsontig érő állcsúcs teljesen eltakarja. A mellkas a mellbimbók harántvonalában kissé behorpadt, baloldalt elül erősebben kiboltosodó, a mellkas bőrének a gyűjtőerei erősen belöveltek. Hátról nézve (3. ábra) látszik az erősen rövid nyak ferdesége s assymetriája, szélessége a gerincztől balfelé mérve a nyak széléig $4\frac{1}{2}$ cm., ugyanígy mérve jobbfelé 6 cm. A nyak tömegesebb jobb oldala csontkemény tapintatú. A nyakcsigolyák tövisnyúlványai egyáltalán nem tapinthatók. A gerincz a nyaki részben erősen, egészen szögbeborítva jobbra hajlik, a háti részben a X. csigolyáig balra. A görbületek convexitásának megfelelően a nyak jobb oldalán a már említett széles, szabálytalan alakú csontos tömeg látható és tapintható, a háti görbületnek megfelelően a bal oldalon középfokú bordapúp van. A gerincz háti része hajlékony, áthajlítható a bal oldalra is, a nyaki rész csak balra, a görbület homorú oldala felé nem egyenesíthető ki, a jobb oldal felé hajlítással szemben teljesen merev, függesztésre a lágyrészek erős feszülése mellett kissé kiegyenesedik. Mindkét lapoczká csúcsával kifelé fordul, a jobboldali magasabban áll, a baloldali alacsonyabban.

A gyermek testének több helyén lefolyt angolkór nyomai láthatók: a felső metszőfogakon barnás felületes caries, a mellkason rózsafüzer, az alkarcsontok kéztőizületi végei megvastagodottak, mindkét alsó végtagon kiskokú gacsos térd, a czombcsontok diaphysise kissé kifelé- és előrehajlott.

A fej nagyobb voltát hydrocephalus chron. congenitus okozza.

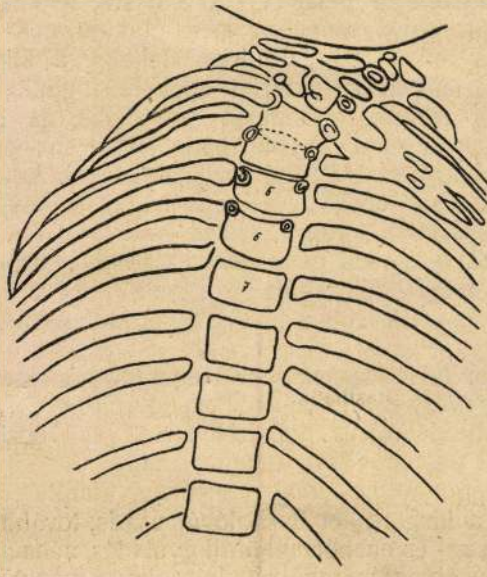
A gyermek e görbületek rohamos fokozódásának a meggátlása végett fejtartóval ellátott redresszáló fűzöt kap s a függesztés rendszeres alkalmazására utasítottak.

A Röntgen-felvétel (4. ábra) a gerincz háti szakaszának gyenge ívben balra hajlását mutatja, melylyel ellentétben az erősen megrövidült



3. ábra.

nyaki szakasz mintegy szögbetörve hajlik jobbra. A gerincz felső szakaszának minden csigolyáján nagyfokú elváltozás látszik, úgy hogy csak az V. hátcsigolya az első épnék mondható, melytől lefelé a többi csigolya alakváltozást nem, csak némi helyzetváltozást szenvedett a balra néző ívű másodlagos elhajlásnak megfelelően. A tarkócsont vonala alatt fekvő nyakcsigolyák homályos foltokban látszó árnyékképein egyetlenegy csigolyatest sem különböztethető meg. Az első valamennyire körvonalazott csigolyatest a II. hátcsigolyának látszik, melynek teste a középvonalban szabálytalanul két részre osztott. A III. és IV. hátcsigolya testének vízszintes tengelye a jobb oldal felé erősen convergál, a mi kisebb mértékben az V. és VI. csigolyán is látszik, a III. és IV. csigolyatest jóval alacsonyabb a normalisnál, felső és alsó felülete egyenetlen, bizonytalan körvonalú. A gerincz felső szakaszában a csigolyanyúlványok árnyékképeinek a sorozata nem fekszik két szabályosan párhuzamos függőleges vonalban, hanem felfelé erősen divergál; míg a bal oldalon meglehetősen egyenes vonalban láthatók a csigolyatestek ízületi nyúlványai ízületeinek a vetületei, addig a jobb oldalon szabálytalanul széjjelszórva, egymásra tolódva, szélesen elhelyezett tömegben láthatók. Nagy az eltérés a jobboldali felső bordákon: a jól differenciálódott 1. és 2. borda után három bordának az egyesített tömege látható, melyeket csak szabálytalan ovoid alakú ablakok, valamint a három irányban nyúló bordanyakak választanak széjjel egymástól. A csigolyákkal izesülési helyből következtetve úgy látszik, hogy az alsó két bordarészszel a csigolyák felé hajló bordanyak a 3. és 4. bordának felel meg, míg fel a második csigolyához nyúló bordanyak egy közébeélt



4. ábra.

számfeletti bordához tartozik, mely a felvételen nem határozható meg teljesen, hogy együtt izesül-e a csigolyákon a normalis alakú 2. bordával? E feles számú borda egy tömegben fut le az egymással szintén összeforrt 3. és 4.-kel, szintén csak egyes ablakszerű nyílások kihagyásával válvá el azoktól. E felsorolt nagyfokú elváltozásoktól eltekintve, a mellkas, illetve a gerincz többi részei a normalistól eltérést nem mutatnak.

Észlelt eseteinkben a gerincz elferdülésének az oka kétségenkívül a méhenbelüli életből származik s mindkét esetben a csigolyatestek nagyfokú fejlődési rendellenességében nyilvánul meg. Az 1. számú esetben a VIII. hátcsigolya középvonalában maradt hasadék mutatja a rendellenességet, a lefelé utána következő hat csigolyán a csigolyatestek jobb oldalának kisebb-nagyobb hiányosságából áll a szabálytalan félcsigolyaszámba menő alakváltozás.

2. számú esetünkben ugyancsak a csigolyatestek nagyfokú aplasiája látható. A mennyire az erősen megrövidült nyak miatt csak hiányos felvételtől következtetni lehet, a II. háti ugyancsak kettéosztott csigolyatesttől felfelé széjjelszórt szabálytalan árnyékfoltok a nyakcsigolyatestek teljes széjjelválását mutatják (spina bifida anterior). Magának a gerincznek a hiányos képződéséhez még hozzájárul a jobboldali 2. és 3. borda közt látható számfeletti borda és annak fúziója az utána következő ugyancsak fuzionált 3. és 4. bordával. Ez elváltozások, mint torzképződések, kétségenkívül endogen, germinális eredetűek és az ébrény legkorábbi fejlődési szakából, hibás differenciálódásból származnak.

Eseteinkben a talált elváltozások oly nagyok voltak, hogy a gerincz elgörbülése e miatt már a méhenbelüli életben kifejlődött s a deformitást az újszülött már magával

hozta a világra. Ezért már a klinikai vizsgálatnál a diagnózis megállapítható volt, mert az anamnesis felhívta figyelmünket a látható skoliosis kórszármazására s a Röntgen-felvétel tulajdonképpen csak igazolta feltevésünket. Nem áll azonban mindig az ok és okozat közti összefüggés ilyen félreismertethetetlenül közel egymáshoz. Újabb vizsgálatok kiderítették, hogy csak a durvább torzképződéseket mutató fejlődési rendellenességen alapuló deformitások konstatálhatók közvetlenül a megszületés után. Számtalan olyan skoliosis van, melynek oka a gerincz valamely része hiányos fejlődésében rejlik s nem konstatálható sem a születés után közvetlenül, sem a későbbi gyermekkorban, hanem később, legtöbbször a pubertás korában fejlődött skoliosis képében jelenik meg. Érthető, hogy a gerincz finoman komplikált szerkezetében már csekély szerkezetbeli eltérés is érezhető a berendezés funkciójában s azt eltéríti a normalistól. E functio-változás különösen a csontváz fokozott fejlődési idejében érvényesíti deformáló hatását. Az élő szervezetek transformatívójának törvényei szerint a megváltozott funkcióknak megfelelően alakul át azután a gerincz alakja is pathológiássá.

A congenitalis skoliosisoknál tehát nem mindig a deformitás a világrahozott, hanem az azt feltételező, a gerincz érzékeny szerkezetében rejlő elváltozás, mely előbb vagy utóbb a deformitás kifejlődésére vezet. A fejlődési hibából eredő torzképződés vagy varietas kiterjedése, a gerincz különböző szakaszaiban elhelyezkedése és jelentősége szerint megindulhat a deformitás kifejlődése a méhenbelüli élettől kezdve a csontváz növéseinek teljes befejezéséig. Érthetően minél kevésbé jelentékeny az elváltozás, annál későbbben fogja érvényesíteni deformáló hatását a gerincz kifejlődésének a folyamán. A legsúlyosabb deformitások tehát már korán kezdődnek s a súlyos torzképződéseknek megfelelően, rohamosan rosszabodnak.

Mint látjuk tehát, a világrahozott skoliosis kórképe nem egységes s nem mutat olyan a származására vonatkozható jellegző tüneteket, melyekből csupán klinikai vizsgálattal diagnoskálható lenne. Támpontot nyerhetük az anamnesisből, esetleg a test más részén látható világrahozott deformitásokból, de a diagnózis biztosan csak a Röntgen-felvételből állapítható meg. 2. számú esetünk Röntgen-vizsgálat nélkül, tekintve a test többi részén fellelhető stigmákat, eredetét illetően könnyen az angolkóros skoliosisok közé volna sorozható. Tagadhatatlanul a gerincz világrahozott fogyatékoságának a kimutatása még a mai fejlett Röntgen-technika mellett is sokszor nagy nehézségekbe ütközik, a mit megnehezít még az is, hogy kifejllett skoliosisoknál a csontváz másodlagos elváltozásai sokszor elfedik a kisebb kiterjedésű világrahozott eredetű kórokozó elváltozást.

Könnyen érthető, hány skoliosis marad kórszármazását illetően homályban. Az utóbbi időkben a fejlődési rendellenességekre ráirányított figyelemmel végzett Röntgen-vizsgálattal az esetek nagy száma és sokfélesége került felfedezésre, melyek nagyban hozzájárultak a skoliosis-kórkép nagyon is zavaros aetiologiájának a tisztázásához. E felderítő vizsgálatoktól még nagyon sok eredmény várható e téren. Különösen a skoliosisok eddig is legkevésbé megnyugtató aetiologiájú csoportja: a *habitualis skoliosisok* szorulnak ily irányú vizsgálatok alapján revízióra. Böhm, kinek nevéhez a világrahozott skoliosisok újabb ismeretének mai állása fűződik, már azon az állásponton van, hogy a habitualis rossz testtartásból származó gerinczelferdülés felvételének jogosultságát egyáltalán tagadja. Szerinte azokat a fixált gerinczelhajlásokat, melyek okozójául sem az egyik alsó végtag rövidüléséből származó statikai megváltozott viszony, sem empyema, sem benuálás, vagy valamely gyuladós vagy csontlágylási folyamat ki nem mutatható, legnagyobb valószínűség szerint világrahozott fejlődési zavar okozza. Jóllehet mai ezirányú ismereteink alapján Böhm nézetét bebizonyítottak nem tekinthetjük, mindazonáltal sok reménnyel várható, hogy e vizsgálatok alapján nyugvó új nézőpontból szemlélve a régi fel fogásokat, a skoliosis pathogenesisének sok zavaros kérdése fog tisztázódni.

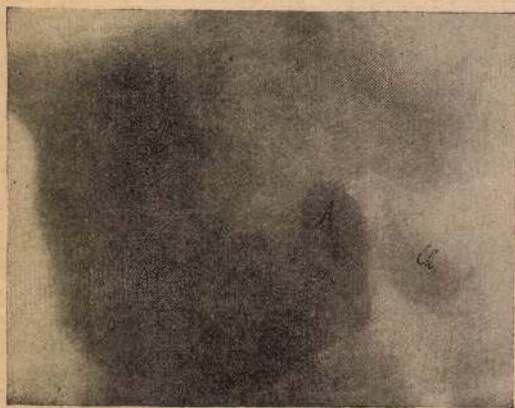
Közlés a kir. magy. tudományegyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájából. (Igazgató: Bárány Kéty László dr., ny. r. tanár.)

A vastagbélfűrés Röntgen-diagnosztikai értékéről; lép-, máj- és epehólyagvizsgálat.*

Írta: Henszelmann Aladár dr., egyetemi tanársegéd.

(Vége.)

Az epehólyag árnyéka a dorso-ventralis átvilágításkor igen kevés kivétellel majdnem mindig megjelentethető. Nem ad nagyteriméjű s a máj árnyékától jól elütő, könnyen észrevehető képeket, különösen nem akkor, ha nincsen epepangás, sok epétől vagy sok és nagyobb terjedelmű kövektől duzzadó epehólyag, de a nyert képek diagnosztikailag igen tanulságosak. Rautenberg a legújabb tapasztalatairól beszámoló dolgozatában sajnálkozva állapítja meg, hogy egyedül az epehólyag az a hasüri szerv, melyet a vizsgálati módszere nem tud megjelentetni. Nem láthatjuk szerinte azért, mert a levegőhasban a majdnem lebegő máj margo anteriorjával hátra, tehát elülső felszínével lefelé billen s ezért, ha látható is volna az epehólyag, a máj mindannyiszor elfedi. Éppen ezért az említett szerző egyszerűen átsiklik az epehólyag fejezetén. Pedig a vastagbélfűrés módszernek valósággal kínálkozik az epehólyag, meglévő a fizikai feltétele a megjelenítésnek: úgy irányítani a sugarakat, hogy az epehólyag



14. ábra. A gyomor antruma látszólag a kövekkel telt, nagyobb epehólyaghoz rögzített.

fundus-contourjai a harántvastagbél levegőképébe kerüljenek. A lefelé irányított sugarak hátulról előre érkeve, az epehólyagfenekét mélyen a bordaív alá vetítik és projectiósan megnagyítják az árnyékát. Néha ezenkívül hol jobb, hol bal vállával kell igen kevéssel előre forgatnunk a beteget, egyik vagy másik ferdében kell igyekeznünk kikerülni minden zavaró árnyékot, csak hogy a fundus élesen kibontakozzék. Ez a ferdében való beállítása a betegnek igen kis szögértékkel óvatosan történjék, nehogy túllőjjünk a célon, mert például erősebben a jobb ferdébe forgatva, az epehólyag árnyéka a gerincoszlop jóval sötétebb vetületébe kerül és elvész. Rendszerint a tisztán dorso-ventralis vetítés a célravezető. Az átvilágítás, sőt a felvétel is állva történjék, mert a beteg fekvő helyzetében az epe nem fogja a hólyag fenekét puffasztani s így az epehólyag képe nem lesz jellemző, esetleg teljesen eltűnik.

Körülbelül a bimbóvonal közelében, közvetlenül a szintén sokszor látható fossa umbilicalis alatt, találjuk a néha csak mogyoró-diónyi és csücsökszerű, máskor ennél jóval nagyobb, akár ökölnyi és kőalakú hólyagárnyékot, mint kidomborodását az alsó májszélnek. Valóban, ez az árnyék a máj vonalas alsó szélének egyetlen megtörése, kipúposodása. Kisebb egyenetlenségek, de mindig az epehólyag helyétől laterálisan, nyilvánvalóan a vastagbél haustumainak lenyomatai. A mesterséges levegőtöltéssel csínján kell bánnunk, általában minimalis levegőcontrastról szabad csak gondoskod-

* A Budapesti Kir. Orvosegyesületben tartott előadás 80 vetített kép kíséretében.

nunk, nehogy a rendesnél erősebben telődött vastagbél az epehólyagot dislokálja. A fényárban úszó vastagbél haustumai és skybalái is megtévesztésre adhatnak okot, vagy fedik az epehólyagot. Tanácsos tehát ilyenkor kontrollvizsgálatot kiírtott vastagbél mellett végezni. A túlfújtatásnak e helyütt nincs értelme; éppen csak annyira fújtassunk, hogy az epehólyag fundusa alulról, tehát a vastagbél felől elhatárolódjék.

Érdemesnek tartom megemlíteni, hogy egy ilyen felűrés alkalmával, a midőn epeköre gyanakodtunk és az átvilágítás valóban egy, a rendesnél erősebben telődött és nyomásra körülírtan fájdalmas epehólyagot mutatott, néhány perczel a vizsgálat után typosus epekökölíka váltódott ki. A rohamot csak morphiium-injectio tudta enyhíteni. A beteg hasonlóan erős fájdalmas rohamra nem emlékezett. Úgy látszik, a vastagbélnek ezen, a rendesnél erősebben gázzal telt volta váltotta ki reflex útján a rohamot. Egy másik esetünkben a fújtatás alkalmával arról panaszkodott a beteg, hogy olyan érzése van, mint a milyennel a rohama kezdődni szokott.

A Röntgennel látható epehólyag diagnosztikai értékelését tapasztalataink alapján következőképpen foglalhatjuk össze. Ha látható az epehólyag árnyéka, különösen ha megnagyobbodottnak látjuk s a beteg ezt tapintásra, nyomásra vagy bökdősésre (az ernyő mögé vezetett ólomhuzatos ujjunkkal gyakorolva a műveletet) körülírtan fájlalja, a klinikai kép szem előtt tartásával rendszerint epeköre fogunk gondolni. Az epehólyag megnagyobbodását epepangás, az epehólyag és az epeutak hurutja is okozhatja, az ilyen epehólyagot azonban nem igen szokták fájdalmasnak jelezni. Az epehólyag megnagyobbodását epekö esetében maguk a kövek is előidézhetik nagyságuknál fogva, ehhez járul még rendszerint a pangó epe, savó, esetleg geny, melyek a hólyagot puffasztják. Nem szabad megfeledkeznünk arról sem, hogy a kőtartalmú hólyag a rendesnél kisebb is lehet, zsugorodott és megvastagodott falú.

Ha ilyen fájdalmasnak jelzett epehólyagon kívül a ligamentum hepato-gastro-duodenale zsugorodott s az antrum pylori és a duodenum a máj felé húzott és rögzített, epehólyag körüli összenövés a diagnosisunk.

Ha meggordoljuk, hogy az ulcus simplex pylori et duodeni, de a kiscöbület hasonló ulcusa is, továbbá az epekö, az epehólyag- és epehólyagkörüli gyulladás, néha a hasnyálmirigy betegségei a féregnyúlványlob sokszor mennyire egyező functionális (mert hiszen egyszerű fekély esetén csak ilyeneket várhatunk) Röntgen-tüneteket nyújtanak, így hypertoniát, hyper-, esetleg antiperistaltikát, spasmus pylorit, rendetlen antrumleválásokat, hyper- vagy hypomotilitást, akkor megértjük annak a nagy jelentőségét, a mit bármely, mint pl. az általam ismertetett, ha még oly csekélynek látszó elkülönítő tünet nyújthat nekünk. Mert, ha az előbbeni tünetcsoport mellett a beteg az epehólyagot jelzi fájdalmasnak és nem a pylorust vagy a duodenumot, ismét csak a klinikai tünetek támogatásával epeköre fogom felhívni a figyelmet.

Ezen megkülönböztető diagnosztikai jelenségnek a fontossága annál is inkább nyilvánvaló, mert az epekövek egyrészt csekély fajsúlyuk miatt, másrészt — s ez az újabb fel-fogás — a környező májnál is kisebb sűrűségűek lévén, sem elütő árnyékot nem adnak, sem a máj árnyékában, mint várható volna, kiesést, felvilágosulást nem okoznak. Csak az erősebben méisztartalmú kövek, tehát a vastagabb, bilirubin-mészburkolatú cholesterin és a ritka, tisztán szén-savas mészkövek adhatnak esetleg és nehezen észrevehető árnyékot. Amazok gyűrűs alakulatok, emezek bár sötétebbek, de lencsényinél nem igen nagyobbak. Újabban csupán néhány amerikai szerző közöl olyan adatokat, melyek szerint megfelelő tubus használatával, contrastteremtéssel és fényminőséggel az esetek 20—70%-ában sikerül epeköveket fotografálni.

Összetéveszthető az epehólyag-kép a haustumok okozta benyomatokkal a máj alsó felszínén; ez a tévesztés figyelemmel könnyen elkerülhető. A skybalák árnyékával való össze-cserélés is kizárt, ha előzetesen kitakarítatjuk a vastagbél. Komolyan csak a vesepolussal való hasonlatossága jöhet szóba. Akárhány epehólyagfelvételen a vesepolus árnyéka is

ott látható, de a hólyaghoz viszonyítva kevésbé beljebb és lefelé. A vese vetülete rendszerint mélyebben jelenik meg, az árnyéka világosabb, az alakja tompábban szétterülő, különösen kifelé szabályos convex-vonallal határolt és rendes körülmények között a nagy epehólyag árnyékánál is terjedelmesebb. Mindennek vetületi magyarázata van, mert a hátsó felülethez jóval közelebb eső vese előre projiciálva jelentősen eltorzul.

Az alant közölt epehólyagképek mindegyike operált eset. A belgyógyászati diagnosztikai klinikán való megfigyelés adatai szerint a diagnosis kisebb-nagyobb bizonyossággal mindannyiszor epekő volt. Hol tapintottuk az epehólyagot, máskor homályosan vagy egyáltalán nem volt tapintható. A Röntgenvizsgálat rendszerint megnagyobbodott és mindig fájdalmas epehólyagot jelzett. A műtét a II. sz. sebészeti klinikán minden esetben több-kevesebb, különböző alakú és nagyságú epekövet hozott napvilágra. (Összesen nyolcz, műtéttel ellenőrzött eset.)

* * *

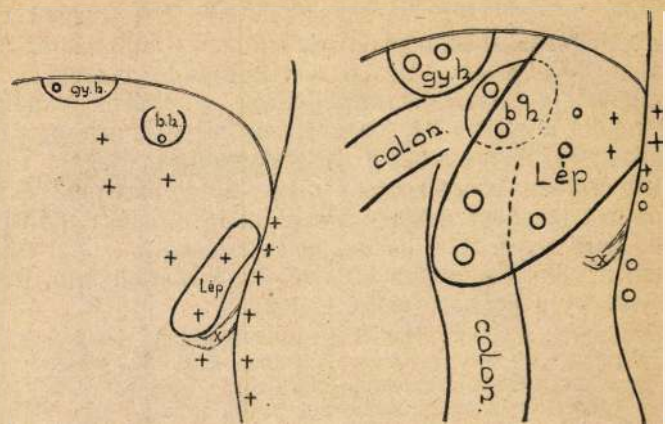


15. ábra. Az előbbi eset vastagbél-felfúvódással. A levegővel telített vastagbél a gyomrot balra elhajlítja, bizonyosságául annak, hogy a föl-tételezett összenövésnek nincsenek meg.

A lép, a máj és az epehólyag megjelentetésén kívül még sok egyéb hasznát láthatjuk a bélfelfúvásnak. Például epehólyagkörüli összenövésnek s általában a gyomor rögzítettségének kizárására a bélfelfúvás egyszerű és célravezető eljárásnak bizonyult. Eddig az ernyő mögötti palpációs vizsgálat, a has behuzatásakor a gyomorelmozdulás irányának és nagyságának megfigyelése, végül a gyomorról a beteg különböző helyzetében készült sorozatos felvételek igazítottak útba. Az antrum pylori tudvalevőleg körülbelül két csigolya távolságra tolódik el, a szerint, hogy fekvő, illetőleg állva készítjük a felvételt; a ptosisos gyomor kitérései még nagyobbak. A felfújt s főleg a túlfújt vastagbél ellöki a gyomrot a májtól, persze csak az esetben, ha összenövésnek nincsenek; a jobbra helyezett fekvő gyomorból függő, vagy éppenséggel balra helyezett gyomor alak lesz. Az így támadt kitérések nagyobbak, mint testhelyzetváltozáskor; az eljárás jóval kevesebb fáradságot és idővesztést jelent s anyagfogyasztással nem jár.

A levegőtől erősen duzzadó vastagbél önmagát is dislokálja s ez által vastagbél-összenövésnek lesznek kizárhatók. E tekintetben mellékes, hogy üres vagy telt, például contrast-nyaggal telített vastagbélről van-e szó.

A felfúvás teremtette ragyogó contrast sokszor igen kedvező körülmények közé juttatja a gyomor pars pyloricáját, a



16. ábra. 17. ábra.
gy. h. = gyomorhólyag; b. h. = bal vastagbélhajlat; + = a bordaív széle.
(A magyarázat a szövegben van.)

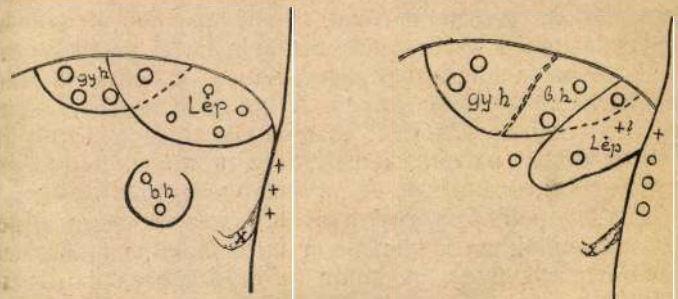
duodenumot, sőt a vékonybélkacsokat, a melyek, mintegy homályból kibontakozva, gyakran bámulatra méltó részletességgel jelennek meg.

Súlyedt, atoniás gyomrot a levegőtelt vastagbél felemel s contrastpéppel a gyomor hosszabb szakasza fog telődni.

Olykor, mint véletlenségi lelet, véteti magát észre egy-egy kerek, diónyi, sőt kisökölnyi, elég intenzív árnyék a hasban, két esetemben a gerincoszlop mellett a has közepső harmadában, minden valószínűség szerint lymphomák árnyéka (egy esetben tüdőgümőkór kíséretében).

Nem egy túlfújtatásos felvételen az üres gyomornak, ritkábban a pankreasnak megfelelő, utóbbi esetben fej- s fark-véget mutató, elég jól érzékelhető árnyék keresztezi a gerincoszlopot és húzódik el ennek hosszában. E megfigyelések eddig csekély számúak és csupán physiologiai esetek képei. Valóban, az árnyék alakja, nagysága és helyzete néha nem is enged meg más feltevést, mint azt, hogy az üres gyomrot, illetőleg a pancreast látjuk.

Mondhatom, hogy újabban s különösen a túlfújtatás kiterjedtebb gyakorlása óta nap-nap után más és más használhatóságát tanuljuk megismerni a vastagbél-felfúvásnak. A klinikán annyira mindennapi segédeszközünké lett, hogy, bátran állíthatom, már nem is tudnánk nélküle megenni. A Rautenberg-féle vizsgálati eljárás gyakorlásának hiányát e miatt nem is érezzük. Láthattuk, hogy a lép kutatásában Rautenberg eljárásától sem várhatunk és valószínűleg nem is kapunk többet, mint a felfúvástól. Az epehólyag megjelentetésében Rautenberg módszere nem igen számít. A májat, igaz, nemcsak éléről, hanem lapjáról is engedni láttatni, feltéve, hogy összenövésnek nincsenek. A máj felületén levő elváltozások azonban igen sokszor letapasztják a vizsgálandó felszín, az összenövésnek folytán tehát a levegőhas éppen a kívánt helyen nem fog keletkezhetni. Transparensse a májat — sajnos — semmiféle eljárással sem tehetjük, pedig éppen az érdekelne bennünket, hogy mi történik a máj állományában, ott, a hol a legtöbb betegség fészkel. Rautenberg maga hangoztatja legújabb közleményében, hogy most már nagyon megválogatja a vizsgálandó anyagot, meggyőződve eddigi tapasztalásai alapján arról, hogy mi az, a mit e módszertől



18. ábra. 19. ábra.
gy. h. = gyomorhólyag; b. h. = bal vastagbélhajlat; + = a bordaív széle.
(A magyarázat a szövegben van.)

várhatunk, nehogy feleslegeset végezzünk. Ezzel szemben a vastagbél-felfúvással tömegeket nézhetünk és ambuláns dolgozhatunk. *Rautenberg* fekteti a vizsgálandó betegeket, sőt újabban már a vizsgálatot megelőzőleg, a felfúvás után fektetést rendel el s csak 24 óra elteltével vizsgál, nehogy a has túlságosan feszüljön s a beteg nyugtalanodjék. Magam 1918-ban két esetben próbálkoztam meg a levegőhas-módszerrel, de mindkét betegem, a kiken ascitesük lebocsátása után juttattam steril oxigént a hasba, hetekre lázas lett. Az ennek nyomán a klinikán támadt erős kritika készítetett arra, hogy a további ilyen próbálkozástól elálljak.

Irodalom. *K. Beck*: Die Röntgenuntersuchung der Leber und der Gallenblase, Lehmanns med. Atlanten, 1909, 54. kötet. — *M. Faulhaber*: Die Röntgenuntersuchung der Leber; Lehrbuch der Röntgenkunde v. Rieder-Rosenthal, J. Ambrosius Barth, Leipzig, 1913. — U. a.: Die Röntgenuntersuchung der Gallensteine; ugyanott. — *A. Köhler*: Totalröntgenogramme der Leber. Fortschr. XIII., 145. oldal. — *Chilaiditi*: Zur Frage der Hepatoptose etc. Fortschritte XVI. — *Pfahler*: Die Röntgenstrahlen als Hilfsmittel bei der Gallensteindiagnose. Fortschr. XVI., 335. old. — *Schütze*: Die Röntgenologische Darstellbarkeit der Gallensteine. B. kl. W., 1916, 3. sz. — *Weber*: Über die Bedeutung der Einführung von Sauerstoff resp. Luft etc. Fortschr. XX., 4513. — *Lewis Gregory Cole*: Röntgendiagnose von Gallensteinen. Boston Medical and Surgical Journal, 1915. — *E. W. Cadwell*: Röntgenogrammen der Gallenblasengegend. American Journal of Röntgenology, 1915. — *Rautenberg*: Röntgenographie der Leber, der Milz und des Zwerchfells. D. m. W., 1914, 24. sz. — *Henszelmann A.*: Die Röntgendiagnostik der Milz. W. kl. W., 1918. — U. a.: A lép Röntgendiagnostikája. B. O. U., 1918, 22. sz. — *Goetze*: Die Röntgendiagnostik bei gasgefüllter Bauchhöhle; eine neue Methode. D. m. W., 1918, 46. sz. — *Henszelmann A.*: Ujabb adatok a lép, a máj és a vese Röntgenvizsgálatához. O. H., 1919. — U. a.: Weitere Beiträge zur Röntgendiagnostik der Milz und Leber. W. kl. W., 1919, 49. sz. — *H. Schmiedt*: Ein neues Verfahren für Untersuchung der Bauchorgane. D. m. W., 1919, 8. sz. — *Rautenberg*: Pneumoperitoneale Röntgendiagnostik. D. m. W., 1919, 8. sz. — Pneumoperitoneale Röntgendiagnostik der Nieren. B. kl. W., 1919, 9. sz. — Pneumoperitoneale Röntgendiagnostik. D. m. W., 1919, 14. sz. — Fortschritte der pneumoperitonealen Röntgendiagnostik. Fortschritte 1919, 6.

33. német belorvostani congressus.

A német belorvosok hét évi távollét után ismét Wiesbadenben, otthonukban, gyűltek össze. A résztvevők száma jelentékeny volt: 750. A németeken kívül megjelentek oly nemzetek tagjai is, a melyek a háborús és a háborút követő szerencsétlen gyűlölködéstől immunisok maradtak és sohasem szűntek meg a német kultúra és tudomány érdemeit az egyetemes emberi jólét szempontjából elismerni. Így jelen voltak dánok, hollandusok, japánok, svájcziai és magyarok. A francziák által megszállott Rajnavidéken teljes a rend, a tisztaság, Wiesbadenben csak az idegenforgalom csekély méretei s a miénkhez képest szerényebb, de határozott áremelkedések emlékeztetnek arra, hogy az idők megváltoztak.

A megnyitó ülést április 18.-án *Klemperer G.* berlini tanár elnök lelkes beszéde vezette be. Az az érzés hatja át a német orvosokat — mondotta —, a melyet a fiú érez, a ki a szülői házába visszatérve, ezt villámtól sujtottan összemolva látja. S a mint igaz szeretettel otthonának felépítésére törekszik, úgy a német orvosoknak is mindent el kell követniök porba sujtott hazájuk fellendítésének érdekében. Az orvosok érdemeit hangsúlyozza a háborúban, a kiknek eredményes küzdelme a fertőzőbetegségek ellen a hadsereg győzhetetlenségét lehetővé tette. Mert a háborút nem a hadsereg vesztette el, ez verhetetlen volt. Feltétlen híve a szabad orvosválasztásnak s az orvosképzést sem tartja megváltoztatóndónak. A pálya túlszűfoaltságát általános numerus clausus-sal nem tartja megszüntethetőnek. A kik kellő odaadást tanúsítanak az orvosi hivatás iránt és testi állapotuk is megfelelő, lépjenek az orvosi pályára, a melyre ez utóbb említett okból a nők kevésbé alkalmasak. Az orvostanhallgató pályája kezdetén a betegápolásban gyakorlati kiképzésben részesüljön, később a szünidőkben a klinikákon mint famulus működjék. A tanulmányi idő, 5 év, maradjon az orvosképzés alapja, de a tudást csak a praxis teheti teljessé.

Referatumul a tuberculosis és a diabetes gyógyítása volt kitűzve.

A tuberculosisról *Aschoff*, *Uhlenhuth*, *Gerhardt*, *de la Camp* és *Brauer* referált. *Aschoff* ismertetvén a tüdőtuberculosis kórbonczolástani osztályozásának újabb eredményeit, a természetes gyógyulási folyamatokat vázolta. A betegséget nemcsak immunobiologiai, hanem kórbonczolástani problémának is tekinti. Ajánlja a phthisis elnevezés használatát. Nagyjelentőségűek *Uhlenhuth* megállapításai; kimutatja, hogy a tuberculinnak állatkísérletben sem gyógyító, sem védő hatása nincsen. Magának *Koch*-nak állatkísérleti jegyzőkönyveiből sem tűnik ki az, hogy a kezelt állatokban gyógyulási folyamatok jöttek létre; *Uhlenhuth* prophylaxisos hatást sem tudott vele elérni. A tuberculin diagnostikai értékét nem vonja kétségbe; a góczreakciót nem tartja immunitásos reakciónak. E megállapítások után azonban kijelenti, hogy a tuberculin emberen másképpen hat, s az eredményeket nem akarja kétségbe vonni. A partigenekre vonatkozólag megállapítja, hogy azok állatkísérletben ugyancsak nem bizonyultak hatásosnak. Tagadja a zsírantitest létezését s a cutanlitternek sem diagnostikai, sem prognostikai értéket nem tulajdonít. Mint készítményt feleslegesnek tartja, a Koch-féle készítményekkel szemben semmi előnye nincsen, sőt a hosszas melegítés és a tejsav a tuberculosisbacillusokat nagyobb mértékben elváltoztatja. Legjobbnek tartaná élő bacillusokkal kísérletezni, minthogy azonban ez veszélyes, gyengített vírusú bacillussal óhajtja a gyógyítást megkísérelni, a mint *Calmette* is epével gyengített anyagot használt. A Friedmann-bacillusok saválló saprophyták, melyekkel sem immunizálni, sem gyógyítani nem lehet. A passiv immunizálást illetőleg teljesen pessimista nézetet vall, folytatandónak tartja a chemotherapiás kísérleteket.

Gerhardt a klinikai kezeléstről szólott, a sanatorium és dispenseire jelentőségét hangsúlyozta, de semmi újabb érdemlegeset nem mondott. *De la Camp* a Röntgen-kezelésre vonatkozólag előadta, hogy az a gyógyulást, a hegesedést elősegíti. E kezelésre a stationær, hegesedésre hajló, nem exsudatív folyamatok alkalmasak, az ambulans kezelést azonban ellenzi. *Brauer* referatuma az operatív kezeléstről szólott. A pneumothorax-kezelés végzése előtt a másik tüdő vizsgálatára kétséges esetekben a tuberculin-injectiót ajánlja. Elfogadja a szűrési módszert s a tiszta levegő befúvását is jónak tartja. Ha 1—2 évi kezelés nem adna eredményt, nem folytatja a kúrát, mert a gyógyulás később sem következnék be. A kezelés beszüntetése után a gáz felszívódásának idejére a beteget óvatosságból sanatoriumban helyezi el. Ezek után beszámolt elég jó thoracoplastikai eredményeiről. Érdekes volt *Selter* ama megállapítása, hogy a tuberculin csak mint ingerlő anyag szerepel, nem antigen és csak abban különbözik más hasonló hatást kifejtő anyagoktól, hogy már kis mennyiségben tud érvényesülni. Az élő bacillusok bevitelét nem tartja veszélyesnek, az úgynevezett vital-tuberculin kipróbálását ajánlja. *Liebermeister* óvatosságra intett a Röntgen-felvételek értelmezésében a gyógyulás megállapítását illetőleg, minthogy a különféle besugárzások eltérő képeket adhatnak. *Sauerbruch* tapasztalatai szerint a phrenicotomiának önálló gyógyító jelentősége nincs. Thoracoplastikával kezelt esetei közül 35% gyógyult, a műtéti halálozás 2% volt, egyéb okból 12% halt meg.

Meyer Erich azon vizsgálatait ismertette, a melyek szerint a gümőkór különböző alakjaiban zavart a vízháztartás. A tüdőbeteg vére besűrűsödött és fehérjeteralma csökkent. A diagnostikai tuberculinbefecskendezés után ily esetekben gyors testsúlygyarapodás áll be, hasonlóképpen hypertoniás konyhasó-, szóda- és szőlőcukor-oldat intravenás befecskendezése után; úgy véli, hogy az arsen is ily módon fejti ki hatását. *Klemperer Felix* a pneumothorax-kezelést tartja legértékesebbnek, melytől pneumonia caseosa eseteiben is jó eredményt látott. A partigenterapiának hiányzik az alapja, a mit *Leschke* maga is elismert, *Much* csak hypothesisis hypothesisre halmaz. A partigentiter értékelését illetőleg megjegyzi, hogy az alsó végtagon a vizsgálat más eredményt adhat, mint a karon.

A diabetesgyógyítás állását *Noorden* ismertette. Hangsúlyozta a fehérjeadagok redukálását, úgy hogy átlagban napi 60 gr. animalis fehérjét elegendőnek tart; a súlyosabb esetek-

ben a különféle táplálkozási napoknak rendszeres változtatását (húsmentes, szénhidrát-dús diéta, éhezés) ajánlja. Az alkáli maximum mennyisége 5, acidosis esetén 10—20 gr. lehet naponként. Nézete szerint nincs absolute jó és rossz diabetes-therapia. *Minkowski* szintén az individualizálás álláspontján áll, az éheztetést veszélyesnek tartja. *Falta* a „Mehlfrüchtekur“ előnyeit dicséri. *Gräfe* karamel és pörkölt szénhidrátok adására észlelt jó eredményekről számolt be, a glykosuria $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{10}$ -re csökkent. *Collartz* az éhnapok helyett gelatin- napokat ajánl. A vesediabetest *Frank* teljesen elkülöníti a cukorbetegségtől. *Brugsch*, *Diesel* és *Levy* határozott körülírt elváltozást mutatott ki cukorbetegség agyvelőjében.

A többi előadás közül még megemlíti *Meyer*-ét, a ki kimutatta, hogy gummioldat befecskerdése után a szív megnagyobbodik. *Wendkebach* a szív nagyságát teltségétől és az arteriák ellenállásától teszi függővé, de sok nem cardialis ok is befolyásolhatja azt; tachycardiánál kisebb, bloccnál nagyobb jérfogatú a szív. *Bruns* megerőltető testi munka után a szív megkisebbedését állapította meg. *Greving* a III. agykamara falában vegetatív sejteket talált, melyek a hőszabályozást is befolyásolják. *Leschke* diabetes insipidus eseteiben a hypothalamus elváltozásait említi. *Heyn* a Pavlow-féle gyomorkísérleteket suggestióval emberen utánvizsgálta s ijesztő képzetekre a secretio megszűnését tudta megállapítani.

Az elhangzott 100 előadásból és a hozzájuk fűződött discussióból csak keveset ismertethetem a rendelkezéseimre álló hely szűke miatt. Nagyobb eseménye a gyűlésnek nem volt. *Uhlenhuth* kísérleti megállapításai, valamint az agyvelőt illető vizsgálatok azonban sokat ígérők. A legközelebbi összejevetel Wiesbadenben lesz, az utána következő pedig Bécsben.

Ország Oszkár dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

H. Hayek: Das Tuberkuloseproblem. Berlin, Julius Springer, 1920. 343 oldal, 46 ábra.

A munka szerzője a tuberculosist immunobiológiai problémának tartja. Nem a kórbonczolástani elváltozás nagyságát és milyenségét, hanem a szervezet védekezőképessége és a kórokozó közötti erőviszonyt, melyet *Petruschky* nyomán „Durchseuchungswiderstand“-nak nevez, tekinti a betegség döntő tényezőjének. E nézőpontból veszi kritikai taglalás alá a tuberculosis összes kérdéseit. Tagadja a dispositio létjogosultságát, melynek tüneteit csak idősült betegeken észlelte; az ily egyének a harcztéri fáradsalmakat jobban tudták elviselni, mint az e tüneteket nem mutató tüdőbajosok. Satirikusan támadja a sanatoriumot, melynek túlzott rendjét, a túlzott fekvőkúrát, valamint a gyógyszerek felesleges rendelkezését hibáztatja. A helyi, általános és góczreakciók törvényszerűségeinek vizsgálata után az immunobiológiai kezelés lényegét abban foglalja össze, hogy a természetes immunitásreakciók oly módon befolyásoltassanak, hogy a veszélyeztetett szervezet javára, s a tuberculosis kárára legyenek. E célú specifikus antigének bevitelével tartja elérhetőnek. 2000 esetben részben altuberculinnal, albumosementes tuberculinnal, tuberculomucinnal és partigenekkel végezte kísérleteit. Utóbbiakat nem tekinti igazi partialantigeneknek, nem becsüli többre a többi készítménynél és főleg akkor alkalmazza, mikor az anaphylactizáló (kis dosissal) kezelés ajánlatos. Eseteinek 72%-ában jó klinikai eredményt látott s csak 6%-ban nem volt említésre méltó siker. Javaltnak tartja a kezelést cirrhosisos tüdőfolyamat, gümös mell- és hashártyalob, valamint lymphoma eseteiben. Nagyon szerény, vagy lassan érvényesülő eredményt proliferáló tüdőbántalomban, gége-, vese-, ízületi tuberculosisban látott, a mikor az általános, cellularis védőképességet lassan, lopva iparkodott fokozni. A szerző a specifikus gyógykezelést nagyon értékeli, különösen azért, mert lépésről lépésre felvilágosítást nyújtott a beteg immunitásának fokáról is. Nehéznek vallja a szervi gümőkór orvoslását, a kezelést

már az I. szakban levőkön (inficiáltakon) kell megkezdeni, tehát az inficiáltság felismerésére súlyt kell helyezni. Melegen száll síkra a *Petruschky*-féle percutantherapia mellett s feltétlenül szükségesnek tartja annak kiterjedt alkalmazását a tuberculosis elleni küzdelemben. Külön ismerteti a tüdőtuberculosis különböző kóralakjaiban a specifikus kezelés menetét; a passiv immunizálást és chemotherapiát értéktelennek tartja, az IK-kezelésről az a véleménye, hogy van benne „felhasználható érték“.

A könyv különösen azokban a fejezetekben, melyekben a szerző a sémás gyógyeljárások és a gümőkórellenes küzdelem tévedései ellen kel ki, nagy élénkséggel, vitázó stílusban van megírva, úgy hogy az olvasása élvezetes. Az olvasót azonban később lehangelja az, hogy a szerző kritikai verbőségét anaemia váltja fel akkor, mikor a specifikus kezelés értékét kellene bírálást tárgyává tennie. Nem tud oly újabb bizonyítékot felhozni, melylyel az olvasó skepsisét csökkenteni tudná, hiszen a javalatok oly kórformákra vonatkoznak, melyek a spontan gyógyulásra a legtöbb hajlandóságot mutatják, míg az eleve rosszabb prognózisú esetekben a kezelést nem ajánlja, illetőleg kevesebb eredményt ígér. Nehéz elképzelni, hogy minden inficiált embert tuberculinnal kezeljünk, és pedig sikerrel. Különben a könyv végén közölt megjegyzésekben kénytelen a szerző elismerni, hogy azon törekvés, hogy a tiroli kolostorokat a percutan módszerrel asszanálják, teljesen eredménytelennek bizonyult, azonban ezt a technika rováására írja.

A nagy szorgalommal és érdekesen megírt munkát tehát a specifikus therapia kérdése dominálja. Kétségtelen, hogy a tuberculosis immunobiológiai problema is, s a „Durchseuchungswiderstand“ fogalma szükséges a betegség klinikai értelmezéséhez, de a kórbonczolástani ismeretek jelentősége attól el nem választható, illetőleg mellette el nem hanyagolható. Az immunobiológiai igazságok nem változtathatják meg a tuberculin-kezelésről vallott nézeteket. E kezelés hívei örömmel fogadták e könyvet, de a kételkedők viszont nem láthatnak okot álláspontjuk megváltoztatására. A legfájdalmasabb az, hogy a tuberculosisproblema általa egy lépéssel sem jutott közelebb a megoldásához.

Ország Oszkár dr.

Lapszemle.

Gyermekorvostan.

A nagylábujjtünet meningitis és agyoedema eseteiben. *Edelmann* szerint a nagylábujjtünet korai symptomának látszik meningitisben: ha az alsó végtagot nyújtott térdizület mellett a csípőizületben hajlítani próbáljuk, a meningitis esetek egy részében az öregujj dorsalflexiója áll elő épp úgy, mint a Babinski-tünetnél. *Edelmann* az utolsó 15 hónapban meningitis tuberculosa 12, meningococcus-meningitis 3, otogen streptococcus-meningitis 1 és agyoedema 4 esetében találta e tünetet, a mely szerinte meningitis eseteiben a betegség vége felé eltűnik; agyoedemánál ellenben mindvégig fennáll. Ellenőrzés céljából legkülönbözőbb bajokban szenvedő 354 beteget vizsgált meg, de sohasem találta a jelzett tünetet. Az öregujjtünet fontos lehet öregebb egyének meningitisében, a hol a tarkómerevség és nem ritkán a Kernig-tünet is teljesen hiányozhatik. (Wiener klin. Wochenschr., 1920, 1045—1049. 1.)

Csánky Tibor dr.

Belorvostan.

Az influenza átvihetőségére vonatkozó vizsgálatokat végzett *Olitsky* és *Gates*. Influenzás betegek orr- és torokváladékával intratrachealisan fertőzött házinyulakon lázzal, a leukocyták megkevesbedésével és a tüdő haemorrhagiás, oedemás és emphysemás elváltozásaival járó betegség fejlődött. Az ilyen módon megbetegedett állatok tüdőszövetével a betegség sok generatiónt át tovább volt vihető. Megjegyzendő, hogy csak az influenza első 36 órájában vett orr-torokváladék bizonyult fertőzőnek és hogy a fertőzés Berkefeld-szűrőn szűrt váladékkal is eredményes volt. (The journal of exper. med., 33. köt., 2. füz.)

Ischias és spina bifida occulta. A berlini „Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde“ január 17.-i ülésén *Gudzent* ischias-szerű fájdalmakban szenvedő több betegéről tett említést, a kiken hasadékképződés volt kimutatható az utolsó ágyékcsigolyán. — *Peritz* is ismert betegeket, a kiknek spina bifida occulta mellett ischias-szerű fájdalmaik voltak. Az ilyen eseteket a valódi ischiastól megkülönbözteti az, hogy 1. a fájdalmak lancinálók, akárcsak tabesben vagy extramedullaris daganat jelenléte esetén; 2. megtalálható legalább egy része a myelodysplasia tüneteinek: az Achilles- és térd-reflex hiánya, lúdtalp, úszóhártaképződés a 2. és 3. lábujj között, a lábakon, főleg az öregujjakon érzés-zavar hideggel és meleggel szemben. — *Frik* coccygodynia egy esetében a baj okának a fennálló spina bifida occultát véli felvehetőnek.

Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.

Trigeminus-neuralgia ellen *Plessner* néhány év előtt a trichloroethylen belégzését ajánlotta. Olyan gyarakban ugyanis, a hol fémalkotórészeknek zsiradéktól való megtisztogatására trichloroethylenet használtak, a munkások között mérgezésesetek fordultak elő és feltűnt, hogy a trigeminus érző része érzéstelenné lett a motoros rész megkárosítása nélkül. A trichloroethylen tisztított állapotban most *chlorylen* néven kerül forgalomba és *Kramer* a berlini egyetem ideg-beteg-klinikáján nagyobb anyagon próbálta ki a használhatóságát. 58 használható esetet gyűjtött össze, a melyek közül 12 esetben semmi eredmény sem mutatkozott, 7 esetben teljes gyógyulás következett be recidiva nélkül, 5 esetben gyógyulás recidivával több hónap után, 14 esetben tetemes javulás és 20 esetben kisebbfokú javulás. A szer következőképpen használandó: 25—30 cseppet cseppentünk vattára s ezt a beteg addig szagolja, a míg a szag teljesen elmúlt; esetleg 5—10 perces időközben kétszer légeztetünk be 20—20 cseppet; eleinte naponként, később hetenként 2—3-szor légeztetünk be. Az eredmény néha már 4—5 alkalmazás után beáll, többnyire azonban csak 2—4 hét múlva, sőt néha csak hónapok múltán. A belégzést közvetlenül követő kífokú szédülést leszámítva, kellemetlen mellékhatásokat nem észleltek. (Berliner klin. Wochenschrift, 1921, 7. szám.)

Vegyes hírek.

Pályázati hirdetmény az influenza (spanyolbetegség) tanulmányozására. A Chinoin gyógyszer és vegyészeti termékek r.-t. igazgatósága az influenza tanulmányozására 100.000 korona pályadíjat ajánlott fel. Felhívom ennélfogva a Magyarország területén gyakorlatra jogosult azokat az orvosokat, a kik a kítűzött díjra pályázni kívánnak, hogy munkálataikat a vezetésem alatt álló miniszteriumhoz legkésőbb folyó évi augusztus hó 31.-éig nyújtsák be. A pályadíjból, illetőleg annak időközi kamataiból olyan önálló munkálatok részesülhetnek díjazásban, a melyek az influenzáról (ú. n. spanyolbetegségről) való ismereteinket olyan felfedezéssel gyarapítják, a mely az orvosi tudományt e betegség gyógyításához közelebb hozza, vagy oly munkálatok, melyek az influenza kórtanának valamely fontosabb részletét tisztázzák. Budapest, 1921. évi május hó 3.-án. *M. kir. Népjóléti és Munkügyi Minister.*

A Magyar Fogorvosok Egyesülete május hó 28.-án és 29.-én tartja nagygyűlését a következő tárgysorozattal: 1. *Salamon*: Regulációs eredmények. 2. *Morelli*: Hormonok és vitaminok és a száj. 3. *Máthé* és *Winkler*: Izületes articularok és a velük való dolgozás. 4. *Szabó*: G. V. Black rendszerének méltatása. 5. *Kende*: Pyorrhoea alv. műtéti kezelése (Neumann szerint). 6. *Simon*: Amalgam-felépítések. 7. *Lichtmann*: Törés ellen biztosított porcellán-facetták. 8. *Endrey* (Hódmezővásárhely): a) Frontfogak kozmetikai pótlása aranygyökérrel. b) Gyök-csatornák tágitása Gates-fúrókkal. 9. *Frankl* (Kiskunhalas): Leontiasis ossea cranii lat. sin. 10. *Bihari*: Apróságok a gyökcsúcsresectiótól a fogorvosi könyvvezetésig.

A Budapesti Orvosi Kör Országos Segélyegylete május 2.-án tartotta évi közgyűlését. A bevétel 119.115 korona, a kiadás 82.690 korona volt. A tagdíjat 16 koronára, az alapító tagsági díjat pedig 400 koronára emelték. Elnök lett: *Prochnow József*, titkár: *Pauer Károly* és pénztárno.: *Ertl Géza*.

Diujodin cum digitali ismét forgalomban.

VÍZGYÓGYINTÉZET Újonnan átalakítva. Teljes üzemen. Idegeseknek, üdülőknek vizkúrák. Szív-
betegeknek szénsavas fürdők. Összes modern villamos gyógyeljárások. Napfürdők. Bejáró betegeknek is. — Prospektus.
az **István-uti Szanatóriumban.**
Vezető-főorvos: *Dr. Nemes Nagy Zoltán*,
ideggyógyász. Telefon: József 95—08.

SVÁBHEGYI LIGET-SZANATÓRIUM

I., Eötvös-út 10—12.

Klimatikus gyógyintézet bel-, ideg-betegek és üdülők részére. — Diéta és kúrák. — Nap- és légfürdők.

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma
IV., Párisi-u. 4. Telefon: József 104-22

Wassermann vizsgált, intézet VI.,
hosszabb ideig (bennlakással) megfigyelt bőtejt, **DAJKA-Szív-u. 69.**
dadák felett állandóan rendelkezik az orvosi Tel.: 93-22.

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

Hüvösvölgyi Park Szanatórium
Klimatikus, physicalis és diéta gyógyintézet. Hízókúra. — Czukorbetegeknek külön diéta. Budapest, I., Hidegkúti-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145-90 és 50-73

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

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

TÁTRA-szanatórium

ÓTÁTRAFÜREDEN 1020 m.

Diéta-physikalis magaslati gyógyintézet. — Állandóan nyitva. — Hízó- és edző-kurák. Tüdőbetegek kizárva. — Vezető-orvos: *Dr. Gámán Béla* egyetemi magántanár. Felvilágosítást ad a Menetjegyjroda Budapest, V. Vigadó-tér 1.

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

Termális 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. Benczúr Gyula*, egyet. magántanár. Inhalatorium: *Dr. Tóvölgy Elemér*, egyet. m. tanár. Gépgyógyászat: *Dr. Erdős Géza*. Röntgen-laboratorium: *Dr. Simonyi Béla*.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlevelel-ügyben szolgál: Ingatlanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám.

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

ZANDER-

Gyermektorna

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

PÁLYAZAT.

1562/1921 szám.

Az újonnan szervezett nagylétai, valamint a nyugdíjazás folytán megüresedett biharkeresztési járásorvosi állásra ézennel pályázatot hirdetek. Ezen állások az 1904. évi X. t.-cz. értelmében a X. fizetési osztály szerint 2000 kor. fizetéssel, lakhelynek megfelelő lakpénzzel és 600 kor. utiátalánnyal, továbbá a fennálló törvények és rendeletek alapján járó pótlékokkal vannak javadalmazva, s elnyerésükhöz orvosi oklevél és tisztvi orvosi vizsga sikeres letétele kívánatik meg. Szükséges azonkívül a felsőbb hatóság igazolásának másolata.

Az ezen képzést igazoló okmányokkal felszerelt, 5 koronás bélyeggel ellátott és főispán úr ő méltósága, Kováts Nagy Sándor dr. úrhoz címzett pályázati kérvények 1921 május 25.-éig hozzám adandók be, az ennél később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom. Berettyóújfalú, 1921 május 3.-án.

Az alispán.

Iglófürdő gyógyfürdő szanatórium

Szepesmegye. Ösfenyves. Kitértő ellátás lakás 38-45 szokol-ig. Szanatorium, gyógykezeléssel 60-65 szokol-ig naponta. Prospektust küld s informál Menetjegyjroda, Budapest, Vigadó-tér 1 és május 15.-éig *Dr. Groó Béla* főorvos IV., Veres Pálné-utca 26.

Kitértően bevezetelt általános orvosi gyakorlat

(nőgyógyászati, sebészi és gyermekorvosi) kényelmes 9 szobás házzal, hatszáz-ezer koronás évi jövedelemmel, kisbirtokok által lakott községekkel övezve, alföldi városban, házzal együtt — sanatoriumi érdekesség miatt — eladó. Szives ajánlatokat „Ideális praxis” cím alatt „Petőfi” Irodalmi Vállalat, VII., Kertész-utca 16 továbbít.

Menekült gyógyszerész tulajdonát képező

MIKROSKOP és PLATINA-CSÉSZE lemezzel eladó. Megtekinthető: *Berman és Wilhelm* cégnél, Budapest, VII., Király-utca 19.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Raisz Dezső: Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi ny. r. tanár.) Az újszülöttek intracranialis vérzéseinek okai. 183. lap.

Taláts Géza: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebely Tibor dr., egyetemi ny. r. tanár.) Szemüregplasztika exenteratio után. 186. lap.

Frank Miklós: Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem I. sz. belklinikájáról.

(Igazgató: Bálint Rezső dr., egyet. ny. r. tanár.) Módszertani megjegyzések] a Sachs-Georgi-reactióhoz. 187. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Ernst Schmitz: Kurzes Lehrbuch der chemischen Physiologie. — *Új könyvek.* — *Lapszemle. Sebészet. H. Küttner:* A postoperatív csuklásról. — *Rubritius:* A sphincterotomiáról tabes vizelés-zavarokban. — *Venerés betegek. D. Fuchs:* Spirochaeta pallida-lelet a cervixben primaer lues esetén. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 188—190. lap.

Vegyes hírek. 190. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Az újszülöttek intracranialis vérzéseinek okai.

Írta: Raisz Dezső dr., egyetemi tanársegéd.

A tíz hónapig intrauterine fejlődő magzat minden szükségletéről a boholyhám bámulatatos tehetségeivel pazarul gondoskodik. A köldök átvágása után ezen centralizált működés decentralizálódik az újszülött egyes szerveibe. A magzat jövője attól függ, hogy a most már kizárólag önálló működésre kényszerült szervei a megszületés pillanatában a fejlettség mily fokán állanak. De még mielőtt ideig jutna a dolog, egy lényeges trauma, a szülés elviselésével kell a magzatnak bizonyosságot tennie életrevalóságáról. Ha semmi más komplikáló körülmény sem jön közbe, a fej compressiója, a contractiók alatt folytonosan ismétlődő oxygen-csökkenés következtében a gyengébb, de fejlettségi fokánál fogva extrauterin életre már képes koramagzat a szülés alatt kizárólag a szülési trauma következtében halhat el. S az így elhaltak száma bizony nem csekély. Csak pár adatot említve: Seitz szerint Németországban évente 63.000 gyermek születik halva s ebből 52.590 a szülés alatt halt el. Poroszországban az 1899., 1900. és 1901. évben 3.343.018 szülésből a szülés alatt 2.61% halt el. Benthin szerint Németországban 70—80.000 gyermek pusztul el évente a szülés alatt. A Charité szülőintézetében 1885-től 1901-ig 23.464 szülés folyt le, 1548 magzat halva született, közülük 783 frissen elhalt, vagyis az összes szülésekre számítva 3.34% halt el a szülés alatt. A müncheni klinikán 1884-től 1901-ig 3.11% halt el a szülés alatt. A marburgi klinikán 22 év alatt 8154 gyermek született, közülük 190 halt el a szülés alatt s 130 közvetlenül az első órákban. Mayer adatai szerint 10 év alatt 5914 újszülött közül (35 cm. hosszúságtól és 1500 gr. súlytól fölfelé számítva) a szülés előtt, alatt és az első 24 órában elhalt összesen 4.73%. Még sokkal nagyobbak lesznek ezen számok, ha csak a műtétes szülésekre vonatkoztatva nézzük a halálozást. Hamburgi statisztika szerint 1893-tól 1902-ig 236.050 szülés volt. 6326 fogóműtéttel világra hozott gyermekre 6.26%, 2737 fordításra 37.80% és 2302 extractióra 23.30% halálozás esett. A Charité női klinikáján 1911-től 1916-ig szűkmedenczés szüléseknél a gyermekhalandóság 11.6%. Farfekvéses szűkmedenczés szülésnél 19.2%, harántfekvésnél 25%, prophylactikus fordításnál 14.6%. Winkel szerint 1883-tól 1902-ig 20.604 szülésre 635 fogó esett, háromnegyed részben magzati indicatióból. A gyermekvesztesség 9.8%.

A szülés alatt elhalt gyermekeken a halál közvetlen okát a boncolás van hivatva kideríteni. Különösen az újabb időkben a szülőintézetekben is rendszeressé vált újszülöttboncoltatás világított rá arra a tényre, hogy a közvetlen halál-

okok között az intracranialis vérzések sokkal nagyobb szerepet játszanak, mint eddig hitték. Már a régebbi időkben is, hacsak szőrványosan, említés történik egy-egy koponyaüregi vérzésről. Így 1864-ben Olshausen közöl egy gyorsan lefolyó szülés után támadt vérzést. 1889-ben Weiche 12%-ban talált intracranialis vérzést. Ebből 18%-ban a gyermek congenitalisan lueses volt. Döhle 1890-ben 13.7%-ban talált koponyaüregi vérzést a bonczolt újszülötteken. A régebbi irodalomból Winkel könyve a következő eseteket említi: Convelaire kihordott magzatokon gyakrabban a gerinczcsatornában, koraiakon a koponyában talált vérzést. Schaffer szerint 10 esetből egy jut a gerinczoszlopra, kettő a craniumra. Wilson 20 bonczolt esetből 15-ben, Schukowszky (fogóműtétes szülés után) 545 esetből 16-ban talált vérzést. Ebből 5 a durán, 5 az agyállományban és 6 a burkok között terült el. Walich 143 bonczolt gyermekben 98 szülés alatt támadt vérzést említ és pedig 58 meningealíst, illetőleg cerebralist.

Seitz 1907-ben az Archiv für Gynaekologie-ban kimerítő értekezést közöl az intracranialis vérzésekről. 13 esetet ír le. Öt magzat 3200 gr. alatt, nyolcz 3200 gr. felett. Összesen négy volt 3000 grammon alul. Egy gyermek ossificatiós defectus a koponyán. A 13 esetből 3 spontan szült, 10-ben fogóműtétet végeztek. A szülőnők között csak 3 szűkmedenczés, ezek is alacsonyabb fokú szűkülettel. A három spontan született közül egy 3800 gr.-os, egy 3880 gr.-os és egy 4320 gr.-os magzat. Ez esetekben az anyák medenczéje szűkületet nem mutatott. Mind a háromban a kitolás igen gyorsan folyt le. Ezekben a vérzés okát éppen ebben látja. A fogóműtétek közül négy igen nehéz, kettő könnyű kimeneti fogó. A 13 gyermek közül 11 asphyxiás. A vérzés elhelyeződése szerint három infratentorialis, hét supratentorialis és kettő kevert eset. Egyszer volt a vérzés székhelye az agykamarákban. A supratentorialis vérzések gyermekek átlagos élettartama 5 nap. Az infratentoriumos vérzések után kevesebb.

Gunár Hedrén 1914-től 1915-ig törvényszéki boncolások alkalmával 10 intracranialis vérzést talált. 1919-ben 700 bonczolt esetből 65 koponyaüregi vérzésről számol be. Ötven spontan, az anyára nézve könnyű lefolyású szülés. Több esetben igen gyorsan folyt le a szülés. Az 50 esetből 23 érett és 27 koramagzat. Csak öt esetben volt a vérzés cerebralis, a többiben meningealis. 13 esetben a gyermek rövidebb ideig élt 24 óránál. 13 esetben 1—12 óráig. Az agyvérzések gyermekek közül csak három bizonyosan lueses. Ez a szám nem nagyobb, mint a mennyi a bonczoltak összes számából is következnek. Több esetben spontan szülés után a parenchymás szervek rupturáját is észlelte.

Yllpö szerint koramagzatokon, a kik szülés alatt, vagy közvetlenül a szülés után elhaltak, átlag 30%-ban az intracranialis vérzések tekinthetők a halál okául. Szerinte a vérzés oka a koramagzatok érfalának nagyfokú szakadékonyságában rejlik. Ez oly fontos körülmény, a melyet a koraszülések meg-

indításánál nagyon is figyelembe kell venni, mert minden nappal, a mit a magzat intrauterine tölt el, nő az erek ellenállóképessége.

Vischer 186 bonczolt esetből 51-ben talált intracranialis vérzést. A tentoriumszakadás halállal csak akkor jár, ha vérzést is okoz. Ez nála csak 13 esetben fordult elő. A többiben a vérzés a convexitáson és az agykamarákban helyezkedett el.

Snow a gyermekhalálózást az első hónapokban 9·3%-ra teszi. Ebből 68·5% az első élethétre esik. Ezeknél a halálok legnagyobb részben koponyaüregi vérzés.

Az I. sz. női klinika anyagából 81 bonczolt újszülött közül 27 esetben, vagyis a bonczolt esetek 33·3%-ában találtunk intracranialis vérzést. Nem érdektelen a fentebb említett szerzők adataival való összehasonlítás:

Gunár	9·28%
Weiche	12·0%
Döhle	13·7%
I. sz. női klinika	33·3%
Wallich	40·5%
Wilson	75·0%

A különböző szerzők eredményei közt mutatkozó ezen nagy különbség oka minden valószínűség szerint magában a bonczolt anyagban keresendő. A hol több koramagzatot, több műtéttel született gyermeket bonczoltak, ott a vérzések arányszáma is nagyobb. Éppen ezért lehetőleg hű kép nyerése céljából különválasztottuk a spontán születetteket a műtéttel születettektől, az éretteket a koráktól.

Eseteink a következők:

Érett, spontán született magzatok.

1. 684/638. 1920. M. L., 34 éves VII-para. Medenczéje rendes. Vizeletében fehérje nincs. Első gyermeke kora, egy hónapig élt. A második, negyedik és hatodik rendes időre született, a többi abortus. Felvételtől számított (kétujjnyi méhszáj) 19 órai vajudással, 5 percczel a burokrepedés után megszületik élő, érett magzata. A gyermek hossza 49 cm., súlya 3100 gr., fejkerülete 36 cm. Szívhangok az egész szülés lefolyása alatt jók, állandóan 135 körül. A gyermek tenyerén és talpán pemphigus. 13 óra múlva exitál. *Bonczlelet: haematoma subdurale magnitud. palmae infant.* Hepatitis instertitialis luet. Anyán Wassermann negatív, Sachs-Georgi +.

2. 1432/1327. 1920. O. Zs., 25 éves I-para. Medenczéje 24, 27, 17-75. (Az asszony 149 cm. magas.) Felvétele után 12 óra múlva megéjtett vizsgálatnál burok ép, a méhszájnak hátul egynegyed cm. pereme van. Művi burokrepesztés. Három óra múlva megszületik az élő érett gyermek, hossza 51 cm., súlya 3360 gr., fejkerülete 36. Középfokban asphyxiás. Prochownik-féle mesterséges légzésre, hideg meleg bőringerekre lassan magához tér. 26 óra múlva exitál. *Bonczlelet: haematoma intermening. magnitud. filléri.* Lueses tünetek teljesen hiányoznak.

Érett, műtéttel született magzatok.

I. Expressióval születtek.

3. 516/469. 1920. B. M., 30 éves I-para. Medenczéje 22, 26, 17·5. Vizeletében fehérje nincs. Burokrepedés háromujjnyi méhszáj mellett 6 és 1/2 órával a szülés előtt. Szívhangok felvételekor jók, számuk 138. Méhszáj igen lassan távol. Mikor a fej a kimenetbe ér, a szívhangok rosszabbodnak, expressiót végzünk. Magzat hossza 51 cm., súlya 2900 gr., fejkerület 35. Livid asphyxiában születik. Köldökzsinór egyszer a váll és egyszer a nyak köré csavarodva. Az asphyxia rendes kezelési módjára magához tér, később újra asphyxiás lesz és 22 óra múlva exitál. *Bonczlelet: suffusiones sanguin. durae et piae matris praecipue supra cerebellum.* Haemorrhag. pleurae et pericard. Lueses tünetek nincsenek.

4. 1531/1392. 1920. P. B., 21 éves I-para. Medenczéje rendes, vizeletében fehérje nincs. A négyórás kitolás vége felé a rosszabbodó szívhangok indicációjából 1 cm. adigan i. v. Expressio. Magzat nem asphyxiás. Az occiput jobb oldalán koronányi hámfosztott terület, a felső végtagok bénultak, strabismus divergens. 29 óra múlva exitál. *Bonczlelet: haemorrhagia meningum extensa.* Lueses elváltozások nincsenek.

II. Fogóműtéttel születtek.

5. 1334/1378. 1920. B. I., 30 éves I-para. Medenczéje 23, 26, 19, vizeletében közepes mennyiségű fehérje. Burok két nappal előbb intézetben kívül repedt meg. Elhúzódo kitolás és rosszabbodó magzati szívhangok indicációjával a magasan álló fejre Kieland-fogót alkalmazunk. A magzatnak köré csavarodott köldökzsinórral, könnyű asphyxiával születik. Hossza 48 cm., súlya 2800 gr., fejkerület 35. Jobboldali facialis-bénulás, a mely a következő napok alatt javul, majd csaknem teljesen eltűnik (peripheriás). A gyermek aluszékony, nehezen tanul szopni, negyedik nap reggel előlre téve meghal. *Bonczlelet: vérzés a csont és dura között a bal parietalis és a jobb temporalis lebeny felett.* Lueses elváltozások nincsenek.

6. 1758/1576. 1919. É. F., 24 éves I-para. Medenczéje rendes, vizeletében fehérje nincs, intézetben kívül régen elfolyt magzatvíz. Elhúzódo kitolás, rosszabbodó szívhangok indicációjával üregi fogóműtétet végzünk. Magzat algid asphyxiában születik, a melyből nem sikerül feléleszteni. *Bonczlelet: haemorrhagiae punctiformes ad pontem, medullam oblongatam.* Lueses elváltozások nincsenek.

7. 2054/1906. 1920. A. I., 34 éves VII-para. Előbbi szülések rendesek voltak. Medenczéje normalis, vizeletében fehérje nincs. Homlok-tartás. Elhúzódo kitolás indicációjával bemeneti fogóműtétet végzünk. (Kieland-fogó kísérlet, Naegele-fogó. A Kieland-fogó homloktartásra is megkísérlehető.) A magzat hossza 55 cm., súlya 3700 gr., fejkerülete 38. Asphyxiájából felélesztjük, de két óra múlva exitál. A jobb os parietalen kanálnyi impressio, suffusio a homlokon és az állon. *Bonczlelet: nagy kiterjedésű vérzés az impressiónak megfelelő bőralatti területen. Szabad vérömleny a hátulsó skálában, vérzés a kisagyban.* Lueses elváltozások nincsenek.

III. Farfekvésben extractióval születtek.

8. 2031/1835. 1919. B. L., 33 éves I-para. Medenczéje rendes, vizeletében kevés fehérje. Medenczéje 24, 27, 18. I. tökéletesen kettőzött farfekvés. Intézetben kívül állítólag egy órával felvétele előtt elfolyt magzatvíz. Felvétele után négy órával mutatkozik a far. Extractio. A karok igen könnyen maguktól születnek. Fej kifejtése Smellie-Veit szerint. A gyermek hossza 48 cm., súlya 2750 gr., fejkerülete 35. Algid asphyxiában születik, a melyből fölélesztjük, de 3 óra múlva exitál. *Bonczlelet: haemorrhagia intermening. ad lobum front. et parietal. l. s.* Lueses elváltozás nincsen.

IV. Lábrafordítás után extractióval születtek.

9. 670/616. 1920. N. T., 34 éves IV-para. Előbbi szülései rendesek. Medenczéje 25, 28, 19, vizeletében sok fehérje. Ikerterhesség. Az első magzat megszületése után félórával művi burokrepesztéskor a köldökzsinór elsodródik. Lábrafordítás. A felcsapódott karok kifejtése szabály szerint. Fej erőlyes expressio mellett Smellie-Veit szerint születik meg. Magzat hossza 51 cm., súlya 3030 gr., fejkerülete 37 cm. Pár percnyi élesztés után hangosan sír, 20 óra múlva exitál. *Bonczlelet: haematoma subdurale magnitudinis ovi columbae scalae posterioris et partim canalis vertebralis cervicis.* Lueses elváltozások nincsenek.

10. 2662/1860. 1919. O. Gy., V-para. Az első és utolsó rendes szülés között két abortus. Másodfokban egyaránt szűk medence, vera 8·3. Vizeletben fehérje nincs. Felvételtől kétujjnyi méhszáj, a koponya mellett pulzáló köldökzsinór tapintható. Magzatvíz intézetben kívül elfolyt. Reposítiós kísérlet után Braxton-Hicks szerint lábrafordítunk. Egy negyed órával később extractio. Magzat halva születik. *Bonczlelet: haemorrhagia supra fossa Tarnieri. Haemorrhagia cavi abdominalis, verosimiliter ex arteria parva mesenter.* Lueses elváltozások nincsenek.

Ezenkívül még három esetben fordult elő intracranialis vérzés. De minthogy ezekben a vérzés csak társlet volt, hydrocephalus, bronchitis catarrhalis és enteritis follicularis mellett és a gyermekek 9, 7 és 11 napig éltek, a halál okát nem a vérzésben gondoljuk. Ezek közül egy spontán, egy farfekvésben extractióval, egy fogóműtéttel született.

Kora, spontán született magzatok.

1. 1280/1189. 1920. G. Á., 25 éves II-para. Medenczéje rendes, vizeletében fehérje nincs. Ikerszülés. Első gyermek 41 cm., 1630 gr., élt 8 óra 10 percet. Második gyermek 34·5 cm., 1340 gr., élt 16 órát. Az első gyermek bonczoltatása ismeretlen okból elmaradt, a másodiknál *bonczlelet: haematoma intermeningale.* Lueses tünetek nincsenek.

2. 1317/1215. 1920. G. L., 18 éves I-para. Medenczéje rendes, vizeletében igen sok fehérje. Burokrepedés intézetben kívül. Felvétele után 10 percczel szült. Magzat 43·5 cm., 2120 gr. Élt 24 órát. *Bonczlelet: a bal agyfélteke temporalis és occipitalis részén a meninxek között egy-egy körülbelül 20 fillérinyi vérömleny.* Lues congenita. Anyánál Wassermann ++.

3. 1418/1317. 1920. U. H., 21 éves I-para. Medenczéje rendes, vizeletében fehérje. Burokrepedés 25 percczel a szülés előtt. Bizonytalan szívhangok miatt 1 cm. adigan i. v. Magzat fejletőségében születik, hossza 44·5 cm., súlya 2300 gr., élt 6 óra 5 percet. *Bonczlelet: suffusiones piae matris.* Lueses elváltozás nincs.

4. 1967/1769. 1919. K. F., 23 éves III-para. Felvétel után azonnal szült. Medenczéjét nem mérhettük. Burokrepedés állítólag 2 óra 30 percczel a szülés előtt intézetben kívül. A 43 cm. hosszú és 2000 gr. súlyú magzat algid asphyxiában születik. Kilencz turnus Schultze-lóbbálás után szív működése kimarad. *Bonczlelet: haemorrhagia extensa subarachnoidalis.* Lueses elváltozás nincs.

5. 32/43. 1920. P. M., 22 éves II-para. Medenczéje 24, 27·5, 19. Vizeletében fehérje nincs. Burokrepedés 1 óra 25 percczel a szülés előtt. Magzat 37 cm. hosszú, 1300 gr. súlyú. Élt 50 órát. *Bonczlelet: haemorrhagia subgalealis, subpialis, mesenterialis et capsulae hepatis. Sanguis in intestinis.* Anyánál Wassermann negatív.

6. 2084/1935. 1920. B. B., 24 éves I-para. Medenczéje 25, 30, 17·5. Vizeletében fehérje nyomokban. Burokrepedés 10 percczel a szülés előtt. Magzat fejletőségében születik. Hossza 39 cm., súlya 1360 gr. Élt 9 órát. *Bonczlelet: kiterjedt vérzés a galea alatt Nagy vérömleny a falx lemezei között, a mely a canalis spinalisba is leterjed. Kisebb mindkétoldali subarachnoidalis vérzés. Vérzés a máj tokja alatt.* Lueses elváltozás nincsen.

7. 2059/1879. 1919. B. K., 26 éves I-pára. Medenczéje 23, 25·5 18. Vizeletében fehérje nyomokban. Két petéjű ikrek, A-nál burokrepedés 45 percczel a szülés előtt, B-nél a születéskor. A magzat 39 cm., 1350 gr., élt három órát. Vérése nem volt. B magzat hossza 35 cm., súlya 1000 gr., élt 26 órát. *Bonczlelete: haemorrhagia durae matris. Lueses elváltozás nincsen.*

8. és 9. 2225/2064. 1919. B. R., 29 éves V-pára. Medenczéje rendes, vizeletében fehérje nincs. Három ikrek. Mind a három farfekvésben spontan, segítség nélkül született. A., 35 cm., 1050 gr., B., 35 cm., 1000 gr., C., 36 cm., 1090 gr. Az egyes magzatok megszületése között három, illetve tizennégy percz telt el. Az első élt 50 perczet. *Bonczlelete: kiterjedt vérzés a galea alatt, kisebb, részben pontszerű vérzés a falx lemezei között. A második élt 56 órát. Bonczlelete: A tüdők nagy részben atelektasiások. Vérzés nincs. A harmadik magzat élt 65 perczet. Bonczlelete: a falx cerebri lemezei között annak egész hosszában kiterjedt vérzés. Lueses elváltozás egyben sem találtatott.*

10. 1618/933. 1920. L. A. Medenczéje 23·5, 26, 18·5. Vizeletében kevés fehérje. Burokrepedés a szülés előtt 9 órával. Magzat hossza 43 cm., súlya 1990 gr.; nyakbacsavarodott köldökzsinórral születik; élt 97 órát. *Bonczlelet: haemorrhagia meningum baseos cerebri. Lueses elváltozás nincsen.*

Műtéttel született kora magzatok.

I. Farfekvésben extractióval született.

11. 104/105. 1920. P. L., 21 éves II-pára. Egy év előtt abortus. Medenczéje rendes. II. farfekvés. Extractio, expressio segítségével. Magzat livid asphyxiában születik. Hossza 43 cm., súlya 1900 gr. 55 percz múlva exitál. *Bonczlelet: haemorrhagia subgalealis et subduralis. Lueses elváltozás nincsen.*

II. Fordítottással és extractióval szülöttek.

12. 2060/1908. 1920. O. Á., 27 éves II-pára. Medenczéje rendes. Placenta praevia lateralis, dorso-posterior harántfekvés. Négyujnyi méhszáj mellett belső lábrafordítás, extractio. Magzat 40 cm., 1440 gr. Élt 45 perczet. *Bonczlelet: kisebbfokú vérzés a tentoriumon.*

13. 243/228. 1920. V. E., 19 éves I-pára. Medenczéje rendes. Placenta praevia marginalis. Braxton-Hicks-lábrafordítás. Magzat hossza 45 cm., súlya 1750 gr., fejkerület 29. Halva születik. *Bonczlelet: haemorrhagia subpialis.*

Ezenkívül még egy meningealis vérzés fordult elő, de itt a halál oka bronchopneumonia volt.

Találtunk tehát 81 bonczolt ujszülött között 27 intracranialis vérzést, a mi egyenlő 33·3%-kal.

Érett bonczoltatott 39. Köztük intracranialis vérzés 13-ban, a mi szintén 33·3%-nak felel meg. Leszámítva azt a három esetet, a hol nem a vérzés volt a halál oka, csak 25·6% esik a koponyaüri vérzésekre. Ebből kettő született spontan, vagyis a spontan szülött bonczolás alá került érett magzatoknak csak 5·12%-ában fordult elő intracranialis vérzés.

Kora magzatot bonczoltattunk 42-t. Vérzést találtunk 14-ben, a mi ugyancsak 33·3%-nak felel meg. Leszámítva azt az esetet, a hol bronchopneumoniában halt el a magzat, 30·9%-ban fordult elő intracranialis vérzés. Ez fedi Yllpö azon állítását, hogy a kora magzatoknak átlag 30%-ában az intracranialis vérzések tekinthetők a halál közvetlen okául. *A míg azonban az érett, spontan született magzatoknál 5·12% az intracranialis vérzés, addig a koraiaknál ez a szám 23·8%-ra emelkedett.*

Mi az oka az intracranialis vérzéseknek?

Seitz szerint tisztán és kizárólagosan maga az asphyxia is elégséges nagyobb vérzések előidézéséhez. Ennek bizonyítására szolgálhat a Küstner esete, a ki sectio caesarea után észlelt koponyaüregi vérzést. Az asphyxiának vérzésekre praedisponáló hatása egyébként közismert.

A fej compressiója által előidézett csont-egymásalátolódás következtében a sinusok vongálatnak, bennük keringési zavar támad. Benecke három agyvérzéses esetéből az egyiket így magyarázza: A fejnek a temporalis vagy parietalis átmérőben történő compressiója által a falx cerebri hosszirányban vongálatnak. Ezen feszítés átterjed a tentorium cerebellare is és így megtörténhetik, hogy nem maga a tentorium szakad, hanem egy vena a sinusból való kilépése helyén. Ezek mellett azonban még egy harmadik körülményt is figyelembe kell venni. Leyden, Naunyn, Schreiber stb. állatokon tett kísérletei alapján tudjuk, hogy az agnyomás tünetei csak akkor jelentkeznek, ha a liquor cerebrospinalis nyomása hozzávetőlegesen egyenlővé válik az arteriákban uralkodó nyomással. A kezdődő agnyomás először a medulla oblongatában elhelyezett

centrumokra gyakorol izgató hatást. Így izgalomba jön a vasomotoros centrum és a vérnyomás emelkedik. Ez compensatiós célt szolgál és hivatva van az agnyomás tünetei kifejlődésének megakadályozására. Azonban olyan fokú asphyxiánál, a mely bénulásokat még nem okoz, de vérzésekre már hajlamosít, az előbb említett compensatiós vérnyomásemelkedés a vongált ereken repedést idézhet elő. A vérzés beálltához e szerint tehát szükséges: egy bizonyos fokú asphyxia, a fej compressiója, a mely a csontok egymásalátolódása által a sinusok vongálását okozza és compensatiós vérnyomásemelkedést.

Kruska a vérzések okának még egy lehetőségét veszi fel. A szülés alatt érspasmus következtében ischaemiás agyterületek támadnak. Ezen területek később ellágyulnak, e lágyult területekben secundaer úton történik azután a vérzés. Ezek a gyermekek később a 4—12. napon halnak el.

Természetesen minden olyan körülmény, a mely az egyik vagy másik tényezőt erősíti, fokozza a vérzés eshetőségét. Így a műtétek is annál inkább, mert nagyobb részük magzati indicatióból történik, tehát már akkor, a mikor a szívhangok arra figyelmeztetnek, hogy baj van.

Ilyennek kell tekintenünk a legegyszerűbb és legkönnyebb szülészeti műtétet, az expressiót is. Nem hisszük, hogy maga az expressio vérzést tudjon előidézni, hiszen a dolog természetéből következik, hogy ilyenkor a fej már minden nagyobb akadályon túl van és az expressióval már csak a puha gát ellenállását akarjuk legyőzni. Azonban nem tekintve egyes igen ellentálló gátakat, a hol kizárólag ez teszi az expressio indicatióját, a legtöbb esetben fájásgyöngeség miatt elhúzódó szülést kell e műtéttel befejezni, a mikor a magzat már szenvedett, talán asphyxiás is. A placenta tapadási helyén a méh vékonyabb, összehúzódása nem oly erélyes, mint a méh többi részén. Itt a fájások alatt is puhább a méh, ez az egyik oka annak, hogy az ereknek a contractiók létrehozta időszaki compressiója ellenére az oxygenhiány mindig bizonyos határon alul marad. Ha azután az ereknek ezen compressióját egy kívülről ható erő a placenta tapadási helyén puhább méhrésztelen át a természet megszabta mértéken felül még jobban fokozza, kiváltképpen ha ezen compressio a venosus öblöket directe éri, a vér visszafolyása még jobban meg lesz nehezítve, a nyomás emelkedik s a vérzés beálltához szükséges tényező egy újabbal szaporodik. A már meglévő vérzés ennek folytán természetesen fokozódik.

Hogy a fogó, különösen a bemeneti fogó mennyivel járul hozzá a vérzések előidézéséhez, az részletesebb megbeszélést nem kíván. Farfekvéses extractióknál a köldökzsinór compressiójában a fejnek előzetes lassú configuratio nélkül a bemeneten való gyors keresztülhaladásában látjuk a vérzés kiváltására alkalmas momentumot, a mihez még az expressiónál mondottak is hozzájárulnak.

Mindezen itt megbeszélt körülmények, a melyek a vérzés kiváltásához szükségesek, aránytalanul gyakrabban fordulnak azonban elő, mint a hányszor a vérzést valóban észleljük. Sokszor látunk igen nehéz elhúzódó szülések után egészen friss, életeleven magzatokat születni, vagy súlyos asphyxiából magukhoz térni a nélkül, hogy az intracranialis vérzés legkisebb tünetei is észlelhetők volnának rajtuk. Máskor meg egészen normalis, nem gyorsan lefolyó szülés után — mert ez különösen könnyen idézhet elő vérzést — látjuk a gyermeket vérzés okozta agnyomás tünetei között elhalni. Önkéntelenül is fölmerül tehát a kérdés, nem szükséges-e a vérzések beálltához a magzati érrendszer részéről is egy constitutionális tényező?

A koramagzatokra vonatkozólag ezt Yllpö ki is mutatta. Nagyfokú vérérszakadékonyságuk az oka annak, hogy a szülés alatt oly nagy százalékuk hal el. Yllpö adatai szerint 1000 gr.-ig a bonczolt esetek 90%, 2000 gr.-ig 35%, 2500 gr.-ig 26·7%-ában fordul elő intracranialis vérzés. Vérzések állanak be a tüdőkben, a bélben és a míg az előbbieket a tüdők jelentékeny részét légtelenítik, az utóbbiak nyomán támadt nyálkahártyarepedések kiindulási pontjai lehetnek enteralis sepsiseknek. Saját eseteinkben a spontan szülöttekben 23·8% koponya-

üregi vérzést találtunk. És ha végigtekintünk ezeknek a születtörténeteinek, egy esetben sem látunk a szülés lefolyásában oly tényezőt, amely egymagában elegendő volna a vérzés előidézéséhez. A legnagyobb magzat 2300, a legkisebb 1000 gr.-ot nyomott. Kettőnél a szülés teljesen normalis lefolyású, kettő fejteletartásban, egy a nyak köré csavarodott köldökzsinórral született. Egy magzatban lueses elváltozások. A többi négy ikermagzat. Ebből kettő hármás ikrek közül való. Az elsőben és a harmadikban koponyaüregi vérzés. Ezek farfekvésben igen könnyen, minden segítség nélkül születtek. A másik két esetben az utoljára, tehát már előkészített szülőcsatornán át született magzatban, találtunk intracranialis haematomát. A koramagzatok kisebb feje, a koponya nagyobb konfigurálóképessége a szülés lefolyását az érett magzatokéval szemben lényegesen megkönnyíti. A náluk mégis gyakrabban beálló koponyaüregi vérzések oka tehát főleg az érszakadékonyságban rejlik. E mellett, mint alaptényező mellett, azután a szülés lefolyásában egy kevésbé fontosnak látszó és a pathológiás határtól még messze innen eső kis eltérés a normalistól is elegendő a vérzés kiváltásához.

Ha az érett magzatok születéstörténeteit áttekintjük, köztük valami rendkívüli abnormitást, vagy egynek a kivételével igen nehéz műtétet nem találunk.

A két spontan született érett gyermek születése egészen normálisan folyt le. A medencezse mindegyik anyában rendes. Az egyik VII., a másik I. szülő. Az előbbiben 5 perczel, az utóbbiban 3 órával a szülés előtt repedt meg a burok. Ez a gyermek könnyebb asphyxiában született. Az egyik gyermek lueses, a másikban a luesnek semmi jele. Mindkét expressióval született gyermek anyja primipara, az egyik idős, 30 éves. Mindkettő medencezseje rendes. Az idős primiparában 6 és 1/2 órával a szülés előtt repedt meg a burok. A köldökzsinór a magzat nyakára csavarodott. A másikban a négyórás kitolás vége felé rosszabbodnak a szívhangok. A gyermek nem asphyxiás, de felsővégtagbénulással és strabismussal születik. A fogóval szülőtteknél elhúzódo kitolás, kettőnél régen elfolyt magzatvíz és egy kivételével rosszabbodó magzati szívhangok adták a műtét indicatióját. Egy bemeneti fogó, kettő üregi. Az extractiós szülés igen könnyen folyt le annak ellenére, hogy az anya idős primipara. Mindkét fordítással született gyermek többször szülő nőé. Az egyik ikerszülés, a hol a második gyermeknél köldökzsinór-előesés következtében vált indikálttá a fordítás. A másiknál másodfokban szűk medence, előesett köldökzsinór tette szükségessé a fordítást.

A magzatok közül tehát asphyxiás volt 7 (70%), 2-nél köldökzsinór a nyak körül (20%), 2-nél előesett köldökzsinór (20%), 1 lueses (10%), 1 homloktartásban született.

Az anyák közül: 6 primipara (60%), ebből 3 idős (50%), 1 szűkmedencezse.

Ezek közül csak az egy homloktartásos bemeneti fogó volt olyan, amely magában véve elégségesnek tekinthető egy koponyaüregi vérzés előidézéséhez. A többi sem fok, sem minőség tekintetében nem tér el a rendes, úgyszólván mindennapi műtétindicatióktól. Viszont még súlyosabb indiciók mellett végzett műtétek, vagy nehezebb lefolyású spontan születek után is, sokszor a nyakra csavart köldökzsinórral asphyxiás gyermeket látunk a világra jönni a koponyaüregi vérzés minden tünete nélkül.

A nehéz fogóműtét, a nehéz extractio, az igen elhúzódo, talán szűkmedencezse szülés igenis egymagában is elégséges lehet vérzéssel járó laesiók előidézéséhez. De az esetek nagyrésztében a rendes nehézségek és a mindennapos complicatiók keretein belül lezajló születek után is támadnak intracranialis vérzések.

Ezek alapján jogosult az a feltevésünk, hogy az intracranialis vérzések létrejöttéhez az érett magzat részéről is szükséges valamilyen constitutionalis tényező.

A koramagzatok az őket jellemző érszakadékonyságnál fogva mind hajlamosak a vérzésre, az érettek közül azonban csak azok, amelyek vagy lueses alapon, vagy a szülőktől öröklötten, tehát terhelten bírnak különösen szakadékonyság rendszerrel.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebély Tibor dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Szemüregplastika exenteratio után.

Irta: Takáts Géza dr.

A szemgödör kiürítése az arcz sebészetének legszomorubb fejezete, nemcsak azon súlyos csapás miatt, amely a néha még látó szem elvesztésével az exenterált beteget éri, hanem egyrészt a mélyen tátongó csontüreg miatt, amely tartalmát elvesztve, lassan telik ki sarjadzás útján, másrészt a hosszas, hónapokig tartó hámosodás miatt. Ezért mindennemű plastikának, melyet a szemgödör kiürítése után megkísérlünk, kettős célt kell maga elé kitűznie: 1. kitölteni valamely módon az üres szemgödört, 2. megrövidíteni a hámosodás időtartamát.

Már régebb idő óta történtek kísérletek az egyik vagy másik irányban. Küster¹ 1890-ben mint első ajánlja a szemhéjak összevarrását a szemhéjszélek felfrissítése után; az egyik sebzúgon át drainez. Ha a szemhéjakat nem lehet megtartani, a hiányt a halántékról vett lebenynyel pótolja. Busachi² és Noorden³ Thiersch-lebenyekkel fedi a hámszél hiányt a már tisztán sarjadzó s félig-meddig kitelődött sebfelszínen. Romano-Catania⁴ a homlokról és pofáról vett lebenyt varrt össze a közepén. Mindezen plastikák a szemüreg kitöltésével nem foglalkoznak; vagy előzetes sarjadzásra bízzák azt (több hét), vagy pedig befektetik a bőrlebenyeket az orbita üregébe, miáltal bár hámmal fedett, de ijesztően üres szemgödör mered elénk. Ezért más szerzők paraffinnal, Mosetig-plombával (Pólya⁵), vagy a beteg czombjáról vett zsírszövettel (Moresin⁶) igyekeztek az üreget kitölteni s csak azután fedték hámmal. Végül egy harmadik csoport műszem viselésére alkalmas viszonyokat akar teremteni. Történhetik ez úgy, hogy megfelelő esetekben a kötőhártyát felül-alul a szaruhártyához közel leválasztván, a két lebenyt a szemhéjakkal összefüggésben megtartjuk s az exenteratio után a kötőhártyaszakot harántul összevarrjuk; így zárt kötőhártyaszák marad vissza, melybe prothesis helyezendő (Axenfeld⁷-Lagrange⁸-féle subconjunctivalis exenteratio). De történhetik oly módon is, hogy a halántéktájról vett lebenyt a külső orbitaszélen ejtett ívalakú metszéssel keresztül befektetjük a szemüregbe s a lebeny széleit egyesítjük a megtartott szemhéji kötőhártya szélével (Golovin⁹).

Mindezen plastikák már lényegesen megrövidítik a gyógyulás idejét, mely minden beavatkozás nélkül akár 2—3 hónapra is tehető, de közös hibában szenvednek s ez a drainezés kérdése. Az 1—2 napra alkalmazott jodoformcsík vagy üvegdrain nem vezet ki eléggé a sebváladékot, a helyén sokáig genyedő sipolyok maradhatnak vissza, melyek a plastika, különösen pedig a plombálás sikerét kétségessé teszik. Pedig a szemüreg drainezése az exenteratio után igen fontos kérdés. Ezt több okra vezetném vissza: 1. a szemüreg fenekén visszahúzódo csontban nem mindig lehet az arteria ophthalmicát lekötni, ha pedig Paquelinnel égetjük át a csontot, könnyen kapunk utóvérzést, mely a merev falú „holt üregű“ orbitában óriási vérömlenynyé gyűlhet s levezetést kíván; 2. teljesen asepsises viszonyokra a legritkább esetben számíthatunk, hiszen a szemgödör kiürítése kifelélyesedett széteső daganatok miatt történhetik, hol kellő váladék-levézetés nélkül az elsődleges gyógyulás meg sem kísérelhető; végül 3. az orbita belső falának bonczolástani viszonyai azok, melyek fokozott óvatosságra intenek.¹⁰ A belső fal a legsérülékenyebb része a szemgödörnek, a csont itt helyenként 0.2—0.4 mm. vastag. Négy csontból tevődik össze: legelő a felső állcsont homloknyujtványa, mögötte a köncsont, hátrább a rostacsont papirlemeze s leghátul az ékcsonc testének kis része. E fal egész kiterjedésében a rostasejteket fedi, melyeknek vékony válaszfalai rendszeren mozaikszerű rajzolat alakjában át is tűnnek e válaszfalon. E vékony fal a csonthártya leválasztásakor könnyen megsérül, már Czermak¹¹ figyelmeztet arra, hogy a belső szemhéjszallag hátulsó tapadását, valamint a musculus rectus internus inszárnyát ollóval vágjuk

át, nehogy a könycsont megsérüljön. Ha a belső fal megsérül, akkor a sérülés helyén vagy pedig idősebb embereken a könycsonton élettanilag is előforduló apró lika-csok (dehiscentiae) keresztül a fertőzés új kapuja nyílik meg.

A szemüreg ezen különleges viszonyai arra vezettek, hogy az orbita sebészetében új elvként* annak széles drainézését kíséreljem meg az orr felé, s ugyanekkor a szemüreg elülről teljesen fedve, azt az orr zárt, légtartalmú melléküregévé alakítsam, a mi a feljebb vázolt bonczolástani viszonyok folytán igen egyszerű. Így egy hét lefolyása alatt befedtem a szemüregét, biztosítottam a plastika zavartalan gyógyulását a bő levezetéssel s végül az üreg kitöltését is helyettesítettem annak az idők folyamán nyálkahártyával kibélelődő melléküreggé való átalakításával.

A műtét menete tehát a következő: szabályszerűen végzett exenteratio után (canthotomia externával s a szemhéjak minél nagyobb mértékben való megtartásával) igen pontos vérzescsillapítás következik: Paquelin vagy még inkább körülöltés. Most a szemzúg belső falán a könycsontot s a papírlémezt betörjük, az alattuk fekvő elülső rostasejteket kanállal eltávolítjuk, esetleg még az állcsont homloknyujtványából is egy keveset lecsipünk, hogy kerek, sima szélű, az ujjat befogadó közlekedést létesítsünk az orr és szemüreg között. Az orr nyálkahártyáját, a szabad közlekedést akadályozó középső kagyló megfelelő részletének eltávolítása után, kifektetjük a csonthiány szélére, miként a gyökeres melléküregműtétekben, hogy a szemüreg nyálkahártyával való kibélelése annál könnyebben történhessen. A szemüreg antisepsises gazezel lazán kitamponálva, a tampon végét az orron át vezetjük ki, s a szemhéjszéleket felfrissítve annyira, hogy a felső és alsó orbitaszél között kifeszüljenek, finom csomós varratokkal egyesítjük. A tampon a negyedik napon — ha látat okoz, előbb is — az orron keresztül kihúzzuk, másikat helyébe nem helyezünk, hanem egy-kétszer kiöblítjük a szemüregét, hogy a lefolyást esetleg megakadályozó alvadékok eltávolítsuk. A mennyiben a szemhéjak a daganat kiterjedése folytán megtarthatók nem volnának, az arcplastika szabályai szerint a helyzethez képest a homok-halántékről vagy a pofáról vett lebenynyel pótoljuk a hiányt. E műtéti eljárás tulajdonképpen a Küster által ajánlott tarsorrhaphián alapul; de az összevarrt szemhéjak mögött meggyűl s később biztosan el is genyedő vérömleny, melyet két ízben volt alkalmam észlelni, mutatja legjobban a széles, de a mellett a plastika területét nem érintő drainézés szükségességét.

Mit lehetne ezzel szemben a műtét hátrányaiként felhozni? Az első kifogás, mely egyébként minden plastikára áll, az, hogy a helybeli recidiva korai észrevételét megakadályozza; szerény nézetünk szerint a gyökeresen exenterált szemüri daganat ha kiújul, már inoperabilis s talán sugaras kezelésre sem alkalmas, mert biztosan betérjed a koponyaüregbe. A másik ellenvetés az, hogy az orrüreg felől a látóideg megnyílt intervaginális ürein keresztül az agyhártyagyulladás veszélye forog fenn. Való az, hogy egyszerű exenteratio után is többen észleltek meningitist és halált; de talán bő levezetéssel a fertőzés lehetőségét még inkább csökkentjük; mindenesetre a beteg a műtét előtt s utána is prophylaxisosan naponta 3—4 gr. urotropint szed, vagy pedig műtét előtt 4 gr. urotropint kap intravenásan, a mely alkalmazásmód kedvező hatásáról egyéb vonatkozásban is többször meggyőződtem.

A műtéti eljárást öt esetben végeztük, mindannyiszor teljes sikerrel, szövödmények nélkül. Kisebb-nagyobb hőemelkedéseket észleltünk két esetben, ezek a tampon eltávolítása után megszűntek. Az eljárás arra alkalmas esetben kombinálható volna az Axenfeld ajánlotta subconjunctivalis exenteratióval is, a mi a pillaszőrök megtartása és műszem behelyezésének lehetősége folytán még jobb kosmetikai eredményt adna; sajnos, a kötőhártyazsák megtartására azonban

* A Toti- és Polyák-West-féle dacryocystorhinostomiák, melyek a könycsont s állcsont homloknyujtványának egy részét eltávolítják, hogy az orrüreg és a könytömlő között széles összeköttetést létesítsenek, egészen más célú szolgálnak s nem a szemüreg drainézését célozzák.

ritkán nyílik alkalom, s a szemezőr kiürítésének tulajdonképpen céljával: a daganat lehető leggyökeresebb kiirtásával már ellentétben áll.

Végül néhány szót az érzéstelenítésről. A műtét teljesen fájdalomtalanul végezhető helybeli érzéstelenítésben. Veronal-morphiumos előkészítés után a megfelelő orrfelet 20%-os cocainba áztatott s jól kicsavart vékony gazecsfikkokkal gondosan kitömjük s a csikokat a műtét azon részéig, míg az orrnyálkahártyáig nem érünk, benne hagyjuk. Az orbita szélén a bórallati kötőszövetet 10 cm³ 1/2%-os novocainnal köröskörül infiltráljuk, azután a belső (nervi ethmoidales), az oldalsó (nervus frontalis et lacrimalis), az alsó (nervus maxillaris a fissura orb. inferioron keresztül) szemüregi befecskendéseket adjuk meg Braun szerint 2—2 cm³ 20%-os novocainnal, végül a ganglion ciliarét, illetőleg a nn. ciliarést érzéstelenítjük a külső oldalról Löwenstein szerint. 20 perc múlva tökéletes érzéstelenység áll be. A Gasser-ducz érzéstelenítésére, melyet Härtel nagyobb orbita-műtétek esetén ajánl, nincsen ilyen módon szükség.

A műtét tehát helybeli érzéstelenítésben végezhető s a beteg 8—10 nap alatt minden további utókezelés nélkül elbocsátható, a mi határozottan haladás az eddigi eljárásokkal szemben.

Irodalom. ¹ Küster: Die Deckung der Augenhöhle nach Ausräumung derselben. Zentralbl. für Chirurgie, 1890, 2. sz. — ² Busachi: Come si debba coprire la cavita orbitaria dopo averla svuotata. Rif. med., 1891, 4. szám, 457. lap. — ³ Noorden: Ein Fall von Thiersch-Transplantation der ganzen Orbitahöhle. B. kl. W., 1891, 4. szám. — ⁴ Romano Catania: Un nuovo processo di plastica per la copertura della cavita orbitaria nella exent. orbit. Arch. di ottalm. I. k., 209. lap. — ⁵ Pólya: Jahresbericht für Ophthalmologie, 1904, 367. lap. — ⁶ Morestin: Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 37. kötet, 1057. lap. — ⁷ Axenfeld: Über plastischen Verschluss der Orbita. Bericht der 27. Versammlung Deutsch. Naturforscher und Aerzte in Kassel 1903, 301. lap. — ⁸ Lagrange-Valude: Traité d'Ophthalmologie. — ⁹ Golovin: Procédé de cloture plastique de l'orbite après l'exenteration. Arch. d'Ophthalmologie, 1898, 679. lap. — ¹⁰ Lenhossék: A szem boncztana. Grösz-Hodr: A szemészet kézikönyve. I. kötet. — ¹¹ Czermak: Augenärztliche Operationen. 2. Auflage. Berlin-Wien, 1908.

Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem I. sz. belklini-kájáról. (Igazgató: Bálint Rezső dr., egyet. ny. r. tanár.)

Módszertani megjegyzések a Sachs-Georgi-reactióhoz.

Irta: Frank Miklós dr.

A luesnek Wassermann, Neisser és Bruck által ajánlott serologiai vizsgálata az Ehrlich-féle oldalláncz-elméleten épült fel. Mikor nyilvánvaló lett az a körülmény, hogy a reactio specificitása nem szenved, ha a lueses májkivonat helyett antigenül normalis szívkvivonatot használunk: megindultak az egyszerűsítésére irányuló kísérletek (Bruck, Klausner, Hermann-Perutz stb.). Különösen élénken nyomult ez a problema az előtérbe akkor, a mikor a háborús évek megnehezített anyagbeszerzési lehetőségei, az állatállomány megfogyása és drágasága nagy nehézségek elé állították a laboratoriumokat. Nincsen a Wassermann-reactiónak megállapított methodikája, mely valamennyi vizsgáló-állomásra nézve kötelező lenne.* Ennek hiányában az egyes vizsgáló-állomások eredményei között eltérések ma is előfordulnak. Eddig a lues serologiai vizsgálata jól berendezett, nagy felszerelésű laboratoriumhoz volt kötve, de számos kívánság hangzott el az utóbbi időben, hogy az a szerényebb eszközökkel rendelkező gyakorló-orvos által is használható legyen.

A Sachs-Georgi-reactio közlése után nagy érdeklődéssel várták, hogy a további vizsgálatok során mennyire fogja megközelíteni azokat a követelményeket, melyeknek megfelelően, a Wassermann-reactiót pótló és helyettesítő eljárás lehet.

Nagy számmal jelentek meg a Sachs-Georgi-reactio használhatóságát és megbízhatóságát kisebb-nagyobb anyagon fejtegető cikkek. A vélemények a vizsgálati eredményektől függően még nem egységesek. De nem is lehetnek egységesek.

* Németországban már megvan és csak a hivatalos Wassermann-eljárás szerint szabad a laboratoriumoknak a Wassermann-reactiót végezni.

sek, mert, ha egy új eljárás eredményeit a Wassermann-reactio eredményeivel össze akarjuk hasonlítani, tudatában kell lennünk annak, hogy a Wassermann-reactio nem lehet abszolút összehasonlítási alap és az eredményeivel való összehasonlítás csak tájékoztató, de nem döntő valamely reactio megbízhatóságának megítélésékor.

Mínt hogy a két módszerrel kimutatható lues-esetek száma a két reactio különböző érzékenységtől függően más és más, de az illető reactióra nézve jellemző határok által van megszabva, azt hiszem, hogy teljesen egységes methodikát és pontos dolgozást feltételezve, a két reactióval kapott eredmények százalékos arányszáma a végeredményben állandó lesz.

A *Sachs* és *Georgi* ajánlotta reactio lényege a következő: 0.1 cm³ tisztesre hígított savóhoz 0.5 cm³, fractionált módon hatszorosa hígított, cholesterinezett antigen adunk és 37° C-on thermostatban tartjuk 18 óráig. Positiv reactio esetén kicsapódás látható; a leolvasás agglutinokoppal történik.

Két év leforgása alatt 1329 esetben végeztem a *Sachs-Georgi*-eljárást. 850 esetben a fentjelzett eljárást használva, 80.2%-ban egyezett az eredménye a Wassermann-reactióéval. Ezt az eltérést igyekeztem kiküszöbölni további vizsgálataim során, és el is értem az eljárás módosításával. Ezzel a módosított eljárással 479 esetben végeztem a reactiót és 88.8%-ban kaptam egyező eredményt.

Az alkalmazott eljárás a következő volt:

1. *Savó.* A savókat 1/2 órai 56° C-on történő inaktiválás után 1/2 óra múlva mérem le. A haemolytikus savó nem zavar. Két év leforgása alatt mindössze 4 esetben láttam önközt savót. 5—6 napi állás után a negatív savókban is kicsapódás jöhet létre; a hosszabb állás tehát a reactio specificitására befolyással van.

2. *Konyhasó-oldat.* A physiologiás konyhasó-oldatot célszerű minden alkalommal friss destillált vízzel közvetlenül a reactio megkezdése előtt készíteni. Készítéséhez vegytiszta NaCl-ot használok, melyet 0.85 gr.-os porokra elosztva tartok készletben; teljes oldás után szűröm az oldatot. Mivel gyakran kell ugyanazt a kis mennyiséget — 0.9 cm³-t — lemérni, a reactio minél kisebb idővesztés nélkül való összeállítása céljából századfokokra beosztott mikrobürettát használok.

3. *Antigen.* A mi az antigenet illeti, néhány szóval vázolnám azt az eljárást is, melyet két év óta az antigen készítésére használok. A friss marhaszívet inaktól, nagyobb erektől, zsírtól gondosan megtisztítva megőröljük. Minden gramm szívhöz 5 cm³ 96%-os alkoholt adva, rázógépből 24 óráig rázatjuk; jégszekrényben való 12 órás állás után leszívjuk a folyadék tisztáját, sőt szükség esetén meg is szűrhetjük. Az így nyert alkoholos törzsoldatból készül megfelelő hígítással és cholesterinezzel az antigen.

Tapasztalásaim szerint az antigennek cholesterinnel való ellátása okozza a legtöbb nehézséget. Az eredeti előírást követve, az első nehézségre az 1%-os alkoholos cholesterin-oldat készítésekor bukkanunk.

A cholesterin quantitativ oldási viszonyaira vonatkozó adatok után kutatva, kevésbé kielégítő utalásokat találunk. *Neuberg*¹ szerint csak forró alkoholban oldódik, *Spaeth*² szerint hideg alkoholban a cholesterin oldhatatlan. *Abderhalden*³ szerint alkoholban oldódik, különösen jól oldódik azonban meleg alkoholban.

Mivel a cholesterinnek hideg alkoholban való oldása nehézségekbe ütközik, nyilvánvaló, ha valaki ilyen módon előállított cholesterin-oldattal dolgozott, a szándékolt mennyiségnél kevesebb cholesterint tett a törzsantigenhez. Ha pedig valaki az oldatot a cholesterinnek meleg alkoholban való oldása útján készítette és az előírt mennyiséget, a cholesterin kikristályosodásától tartva, melegen tette a törzsantigenhez, szintén hibát követett el.

Az alkohol térfogatának a hőmérséklettől függő változását a következő egyenlet szabja meg:⁴

$$V_t = v_0 (1 + at + bt^2 + ct^3 \dots)$$

a hol a, b, c, stb. megállapított coefficiensek. Ezeket belehelyettesítve az egyenletbe, azt találjuk, hogy 1000 cm³

99.3%-os alkohol térfogata 46° C-on 1051 cm. Az 1%-os meleg cholesterin-oldat minden cm³-e nem 10, hanem csak 9.5 mgr. cholesterint tartalmaz, mely körülmény azt vonja maga után, hogy a szándékoltnál 5%-kal kevesebb cholesterint adunk az antigenhez. Úgy jártam tehát el, hogy a cholesterint 40° C-ra felmelegített alkoholban oldottam. (Az oldást tanácsos a párolgásra való tekintettel zárt edényben s lehetőleg gyorsan végezni.) Oldás után az alkoholt 18° C-ra lehűtve, mérem le az előírt cholesterinmennyiségeket.

Célszerű minden törzsantigenből többféle alkoholos hígítást készíteni és különböző mennyiségű cholesterinnel ellátni a reactiohoz legalkalmasabb antigen előállítására. Az antigenek beállítását a *Sachs* által átengedett antigenekkel végeztem (XXV—XXVI). Az antigen hígítása az előírás szerint fractionált módon történik.

Az eredményeket 37° C-on thermostatban 18 órai állás után leolvasva, a reactio megbízhatósága a nem specifikus kicsapódások (tuberculosis) kiküszöbölése révén lényegesen fokozódott. A reactióra optimalis a 37° C. hőmérséklet. ± 2° C-nál nagyobb eltérések a reactio eredményének gyengülését, sőt megváltozását eredményezhetik. Egy esetben, mikor a gáznyomás hirtelen változása folytán a hőmérséklet 40° C-ig emelkedett, minden csöben kicsapódás jött létre.

Extractum- és savó-controllok beállítását minden esetben nélkülözhetetlennek tartom.

Az eredmény leolvasására a *Kuhn-Woithe*-féle agglutinokopót használtam. A ++ és +++ reactiók leolvasása némi gyakorlattal szabad szemmel is könnyen végezhető; az agglutinokop jelentőségét inkább a nagyon finom csapadékú + reactio felismerésében látom.

Összefoglalás.

A *Sachs-Georgi*-reactio a lues serologiai diagnosisát egyszerűsíteni törekvő reactiók között haladást jelent. Szükségesnek tartom azonban megjegyezni, hogy a reactio egyszerűsége csak látszólagos; az előírásoktól való csekély eltérés a nehézségek és kísérleti hibák nagy számát rejti magában. A *Wassermann*-reactióval ellenőrzés mellett való dolgozás elengedhetetlen és ezért a gyakorló-orvos kezébe nem való.

A tökéletes serologiai reactióknak megbízhatónak, egyszerűnek és lehetőleg olcsónak kell lennie. A *Sachs-Georgi*-reactio megbízhatóságáról az idő, a vizsgált esetek tízezrei fognak dönten. Technikája a megfelelő szakismeretekkel rendelkező számára egyszerű, olcsósága pedig minden vitán felül áll.

Irodalom. ¹ *Neuberg*: Der Harn. I. köt., 519. l. — ² *Spaeth*: Untersuchung des Harns. 4. Aufl., 615. l. — ³ *Abderhalden*: Lehrbuch der physiologischen Chemie, 3. Aufl., 228. lap. — ⁴ *Landolt-Börnstein*: Physikalisch-chemische Tabellen, 4. Aufl., 344. l.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Ernst Schmitz: Kurzes Lehrbuch der chemischen Physiologie. Berlin, 1921. Verlag von S. Karger.

A breslauer egyetem physiologiai intézete chemiai osztályának vezetője, *Schmitz* rendkívüli tanár, 334 oldalas könyvében mintaszerűen tárgyalja az élet- és körvegytant, eléggé nem helyeselhető módon arra fektetve a fősúlyt, hogy az egyes szervekben lejátszódó szövevényes chemiai folyamatoknak mikéntjét és ezeknek viszonyát az élet- és energia-megnyilvánulásokhoz tárja elé. Az egyes fejezetek megírásában tehát nem annyira a régi leíró módszert követte; mint ő maga is mondja, nem kívánt „chemiai anatómiát” nyújtani, hanem inkább a szervműködések alapjául szolgáló chemismussal, az egymás mellett és egymás után lefolyó reactiók sorozatával foglalkozik. E célját már könyvének címében is sejteti, a mennyiben a szokásos elnevezést megfordította, chemiai physiologia ad, mintegy ezzel is jelezve azt, hogy csakis a *chemiai folyamatoknak* alapos ismerete nyújt a szervezet mű-

ködéséről kell felvilágosítást. Nehogy azonban azt higgyük, hogy e tárgyalásmód miatt könyvének leíró része szenvedett. Éppenséggel nem! Az élet- és körvegytani kutatás epochalis jelentőségű felfedezései a legrégebb irodalmi feljegyzésektől kezdve a mai napig helyet találnak a műben, az irodalmi adatoknak nagy száma az alapvető dolgozatoknak idézésével a nem szakembernek igen nagy szolgálatot tesz.

A legkevésbé sikerültnek mondhatnám a mű II. fejezetét, a melyben a szervezet fizikai chemiáját vázolja. Bár valami különösebb tárgyi kifogást, eltekintve a „sol” és „gel” állapotnak nem eléggé szabatos meghatározásától (11. old.), nem emelhetnék ez erősen rövidre fogott, de azért sok oldalra terjedő fejezet ellen, mégis az a benyomásom, hogy fejtegetéseit csak az érti meg igazán, a ki a fizikai chemiát már más forrásokból ismeri. Ezzel szemben csak a legnagyobb dicséret hangján nyilatkozhatom a máj chemismusról szóló X. fejezetről, a mely plasztikusan állítja szemünk elé azokat a bonyolódott chemiai folyamatokat, a melyek a májban lejárásznak.

Schmitz művének gazdag tartalma s mégis aránylagos rövidsége kívánatosá teszi, hogy ne egyszerűen olvassuk, hanem behatóan tanulmányozzuk. A ráfordított napi egy-két óra nagy szellemi élvezetet fog nyújtani a mellett, hogy a legnagyobb mértékben hasznosítható tudásunkat is gyarapítja.

Keller Kálmán dr.

Új könyvek:

A. *Blencke*: Orthopädie des praktischen Arztes. Berlin, J. Springer. 36 m. — W. *Lehmann*: Die Chirurgie der peripheren Nervenverletzungen. Wien, Urban und Schwarzenberg. 54 m. — K. *Singer*: Leitfaden der neurologischen Diagnostik. Wien, Urban und Schwarzenberg. 30 m. — E. *Rombert*: Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße. 3. Auflage. Stuttgart, F. Enke. 110 m. — Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Herausgegeben von J. Schwalbe. Innere Medizin, 12. Heft: E. *Meyer*: Krankheiten des Gehirns und des verlängerten Marks. 18 m. Chirurgie, 2. Heft: G. *Ledderhose*: Chirurgie der Wirbelsäule, des Rückenmarks, der Bauchdecken und des Beckens. 22:50 m. — R. *Gassul*: Die Bedeutung der verschiedenartigen Strahlen für die Diagnose und Behandlung der Tuberkulose. Leipzig, G. Thieme. 15 m. — F. *Jessen*: Die operative Behandlung der Lungentuberkulose. Leipzig, C. Kabitzsch. 12 m. — G. *Liebe*: Die Lichtbehandlung in den deutschen Lungenheilstätten. Leipzig, C. Kabitzsch. 10 m.

Lapszemle.

Sebészet.

A postoperatív csuklásról tartott előadást *H. Küttner* tanár a német sebészársaság ez évi congressusán. Csak olyan esetekről szólt, a melyekben a csuklás műtéti beavatkozások után jelentkezett kimutatható peritonitis nélkül, sokszor olyan esetekben is, a melyekben a műtét nem érte a hasüreget. Esetei az utóbbi években leírt epidemias csuklással nem állanak összefüggésben. 14 év alatt 12 esetet észlelt. A leg-súlyosabb esetekben napokig tartott a csuklás (egy esetben 12 napig) szakadatlanul, éjjel-nappal; többnyire azonban csuklásmentes időszakok vannak közbeiktatva. Rendszerint már a műtét napján vagy másnap jelentkezik, órákig tart, minden kimutatható ok nélkül hirtelen megszűnik, hogy rövidebb-hosszabb idő elteltével ismét meginduljon. Egy esetben 3 nap múlva megszűnt, de a műtét utáni 10. napon, egyébként zavartalan reconvalescentia mellett, a régi hevességében újra beállott, hogy néhány napra rá véglegesen megszűnjön. A csuklás teljesen független a beteg táplálkozásától, helyzetétől, mozgásától, a beszéd azonban könnyen kiváltja. A csuklás súlyos esetekben nagyon megviseli a beteget, mert akadályozza a táplálkozását, a nyugalma, az alvását; maga az előadó nem látott halálos végződést, *Marion* azonban közölt egy esetet, a melyben a prostatektomia után beállott csuklás legalább is lényeges szerepet játszott a halál bekövetkezésében. Az előadó 12 esete közül hasműtét után 7-szer, a húgyszerveken végzett műtét után 4-szer és más műtét után 1-szer jelentkezett a jelzett csuklás. Aetiologiája még egészen homályos: összefüggés az érzéstelenítés módjával vagy a beteg helyzetével a műtét alatt nem volt kimutatható. Feltűnő azon-

ban, hogy egy kivétellel valamennyi eset idősebb (50–60 éves) férfiakat illetett és a magánygyakorlatban fordult elő, tehát jobbmódúakra vonatkozott. A therapia meglehetősen tehetetlen, a narcoticumok hatástalanok, némi eredmény mutatkozott chloreton és neuenahri víz használata után (talán a *Marion* által a baj aetiológiájában hangoztatott húgyanyag-intoxicatio ellen hat a bőséges folyadékbevitel). Novocain-befecskendezésre a nervus phrenicusba, a mi ultimum refugium-képpen szóba jöhetne, nem került a sor, a csuklás az előadó eseteiben magától is megszűnt s az illetők továbbra is egészségesek maradtak.

Az előadást követett eszmecsere folyamán *Payr* felemlítette, hogy műtét utáni csuklás néhány esetében ok gyanánt a hasfalvarratba szorult apró omentum-részecskéket talált. — *Erkes* a novocainbefecskendezést a phrenicusba dicsérte. — *Seefisch* szintén csak jómódúakon észlelte a postoperatív singultust. — *Clairmont* esetet említ, a melyben másutt végzett ureterkő-műtét után állott be makacs csuklás; a megismételt laparotomia alkalmával az ureterfal egy kis részét a peritonealis varratba beszorulva találta. A narcoticumok szerinte is hatástalanok; néha hasznosnak bizonyult a gyomoröblítés és a jódinctura belsőleg néhány csepp adagban. — *Stutzin* papaverin nagy adagainak megkísérlését ajánlja.

A sphincterotomiáról tabeszes vizelés-zavarokban ír *Rubritius*. Ismeretes a tabeszesek vizelés-zavara, mely sokszor a betegség igen korai időszakában jelentkezik. A vizelés nehézségének oka, *Freudenberg* szerint, a musculus detrusor és a sphincter internus coordinációjának zavara, a mennyiben a vizelés megkísérlésekor ez utóbbi is összehúzódik. Feltevését arra alapítja, hogy az ilyen hólyag mindig trabecula-képződést mutat, tehát fokozott munkát fejt ki, hogy valami akadályt legyőzzön. Ez a trabecula-képződés ellene szól ama elterjedt nézetnek, hogy a tabeszesek vizelés-zavarát a detrusor hűdése okozná. *Freudenberg* tehát a Bottini-féle éles kauterrel endovascularisan átmetszette a sphincter internust, a mit annál könnyebben tehetett, mert bebizonyosodott, hogy a prostata-műtétek alkalmával átmetszett fenti izom működését átveszi és pótolja a harántcsíkolts sphincter externus. A szerző módosítja ez eljárást, a mennyiben ő a szem ellenőrzése mellett végzi a műtétet és suprapubikus hólyagmet-széssel vág ki egy 1—1½ cm.-es darabot az orificium internum urethrae hátulso commissurájából. Közöl is egy esetet, mely ilyen módon szépen gyógyult. Az ékalakot jobbnak tartja, mert így nem nő újra össze az izom. A műtét szóba kerül tabeszes hypertoniás hólyagnál, retentionál, a hol nagyobb működés-zavar vagy más súlyosabb jelenség nincs. A műtét nagyon egyszerű, helyi érzéstelenítésben veszélytelen beavatkozás. Az incontinentia veszélye nem áll fenn, minthogy a sphincter externus mint záróizom egyedül is teljesen megfelel. (Wieder mediz. Wochenschr., 1920, 31. sz.)

Knyazoviczky János dr.

Venereás betegségek.

Spirochaeta pallida-lelet a cervixben primaer lues esetén czímen közli észleléseit *D. Fuchs* (Breslau). Általánosan ismert tapasztalás, hogy a nők syphilises infectiójának behatolási helye gyakran felfedezetlen marad. E tapasztalás alapján *Taege* azt kívánja, hogy minden nőt, a kiről kiderül, hogy manifest lueses tünetekben szenvedő férfival nemileg érintkezett, prophylaxisos szempontból azonnal antilueses kúrának vessenek alá, tekintet nélkül arra, megállapítható-e rajta a lues vagy sem. *Taege* ugyanis bizonyossággal felveszi, hogy az ilyen nők feltétlenül megfertőződtek. Mivelhogy 7 ilyen körülmények között gyógyított nőn semmi későbbi tünet nem mutatkozott s vérreakciójuk is negatív maradt, felveszi, hogy őket idejében meggyógyította. *L. Fournier* és *Guénot* 40 ilyen feltehetően, illetőleg esetlegesen fertőzött nőt kezelt az incubatiós szakban (negatív Wassermann, tünetmentesség) s észlelésük szerint valamennyi egészséges maradt. Ezzel szemben 5 nő, a ki ugyancsak manifesten syphilises férfival érintkezett, de a prophylaxisos gyógyítást visszautasít-

totta, később másodlagos tüneteket mutatott. Hasonló állásponton van *Nast* is. E nézettel szemben *Riecke* állást foglal mert szerinte elvi jelentőségű, hogy a nem indifferens anti-lueses kúra csak akkor van helyén, ha a lueses infectio biztosan van megállapítva s az a véleménye, hogy ily kezelési eljárás „therapiás chaos“-ra vezetne.

Egyébként minden tapasztalt szakorvos tudja, hogy manifeste syphilitikus férfival való érintkezés a nőre nézve nem jelent 100%-os fertőzés-esélyt. A szerző most a problema megvilágítása céljából sértetlennek látszó portio esetén a cervicalis váladéknak spirochaeta pallidára való vizsgálatára hívja fel a figyelmet. A breslauer klinikán 1½ év alatt 16 esetben vizsgálta a cervicalis váladékot. 12 ízben positiv spirochaeta-lelet volt az eredmény. Mind a 16 eset oly nőkre vonatkozott, a kik bizonyosan érintkeztek syphilitikus férfival, de a kiken semmiféle lueses tünet nem volt kimutatható. Fontos a szerzőnek az a tapasztalása, hogy nem szabad 1—2 negatív eredményű vizsgálattal megelégedni, mert volt esete, a mikor csak a 6. cervix-váladékvizsgálat adott positiv eredményt. A szerző egyébként syphilitikus tünetekben szenvedő nők cervixváladékát is vizsgálta s abban több ízben talált spirochaeta pallidát. A most ismertetett vizsgálatokból kiderül, hogy a syphilitikus primaer affectio a nőn nem ritkán a nyakcsatornában foglal helyet. Nyilvánvaló, hogy a sokszor hurutos nyakcsatorna nyálkahártyája alkalmas behatolási kapuja a syphilitikusnak. A jövőben tehát akkor, a mikor nőknél primaer affectio után kutatunk, szükséges lesz negatív klinikai lelet esetén a cervicalis váladékot is gondos vizsgálat alá vetni. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 42. szám.) *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Fagyásdaganatok kezelése. *Heinz és W. Noorden* szerint fagyásdaganatok ellen nagyon jó szolgálatot tesz a perninin nevű újabb készítmény, a melynek lényeges alkotórészei a salicylsavmethylester és az oleum salviae. Forgalomba kerül tabletták és mitinnel készült kenőcs alakjában. Az előbbiekkel meleg kéz-, illetve lábfürdők készülnek (1—2 tablettát 1 liter meleg vízre), a melyek közvetlenül a lefekvés előtt használandók ¼—½ óras tartammal. Utána a kenőcs alkalmazandó; a kezek, illetőleg lábak bedörzsölése után czernekkeztűt, illetőleg vékony harisnyát huzatunk fel. Az eljárás hosszabb időn át naponként folytatandó. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 13. szám.)

Asthma bronchiale esetében *Jaffe* jó eredménnyel használja a vasotonint. 5—6 napos időközökben 2—3 ampulla vasotonint fecskendez be intravenásan s utána 2—3 hétig vasotonin-tablettákat vétet be; rossz expectoratio esetén jodkaliumot is rendel. (Münchener mediz. Wochenschr., 1921, 13. sz., 413. lap.)

Rosmarol néven a Krewel-gyár egy külsőleg használandó készítményt hozott forgalomba *Heinz* tanár ajánlatára. Nem egyéb, mint 10% salicylsavmethylestert tartalmazó kenőcs. Kenőcsalapanyagul a bőrbe nagyon jól behatoló mitin szolgál; a kenőcs ezenkívül még 1% oleum rosmarini-t is tartalmaz a bőrízgatás fokozására. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 12. szám.)

Vegyes hírek.

Kitüntetések. A kormányzó *Barakonyi Sándor* dr. államvasúti vezető-főorvosnak, *Furka Sándor* dr. és *Ritók Zsigmond* dr. székesfővárosi központi főorvosoknak, *Végh János* dr. székesfővárosi tiszti főorvosi helyettesnek, *Lenk Gusztáv* dr. Szolnok vármegyei nyugalmazott tiszti főorvosnak, *Varró Indár* dr.-nak, a volt József-műgyógyászati kórház igazgatójának, *Fráter Imre* dr. debreczeni központi igazgató-főorvosnak, *Krajtsik Rezső* dr.-nak, Pest vármegyei tiszti főorvosának, *Vály Ernő* dr.-nak, a budapesti irgalmasrendi kórház főorvosának és *Friedrich Vilmos* dr. kerületi munkásbiztosító pénztári főorvosnak, az egészségügyi főtanácsosi címet; továbbá *Bayer Sándor* dr., *Janovics Sándor* dr., *Kiss Gyula* dr., *Szily József* dr. székesfővárosi kerületi tiszti orvosoknak, *Hammer Dezső* dr. székesfővárosi fertőtlenítő intézeti helyettes-igazgatójának, *Ströszner Ödön* dr. székesfővárosi bakteriologiai intézeti helyettes-igazgatójának, *Csabay Géza* dr.-nak, Kecskemét város tiszti főorvosának, *Damó Zoltán* dr.-nak, Kecskemét város tiszteletbeli tiszti

főorvosának, *Thassy Gábor* dr.-nak, Zala vármegyei tiszti főorvosának és *Schmidt Ferencz* dr.-nak, a balatonfüredi gyógyfürdő igazgató-főorvosának az egészségügyi tanácsosi címet adományozta.

Magyarország Szemorvosainak Egyesülete e hó 14.-én, 15.-én és 16.-án tartotta XIII. évi rendes közgyűlését és congressusát az I. sz. és folytatólag a II. sz. egyetemi szemklinikán 60 tag részvételével. Az ügyviteli közgyűlést *Blaskovics László* egyetemi tanár, ügyvezető elnök, nyitotta meg, azt fejtegetve, hogy hazánk culturalis fölényének bebizonyításában ennek a tudományos egyesületnek is részt kell venni munkával, a munkálatok közlésével és a külföldi tudományos körökkel való kapcsolat fenntartásával, illetve újrafelvételével. *Liebermann Leó* egyetemi magántanár titkári jelentésében az egyesületnek az elmúlt évben végzett tudományos munkájáról számolt be, mely nagy fellendülést mutat. Megemlékezett az elhunyt tagokról: *Vermes Lajos*-ról és *Szily Adolf*-ról. Bejelentette továbbá, hogy a választmány újból foglalkozni fog az optikus-iparban észlelhető egynemű visszasság kérdésével. Az egyesületbe 7 új tag lépett be, számuk jelenleg 123. Az igazgató-választmányba új tagnak *Scholtz Kornél* ministeri tanácsost választotta meg a közgyűlés. A congressus tárgyalásairól részletesebb beszámolót fogunk hozni.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága ez év június havában három tanfolyamot rendez, és pedig május hó 30.-ától június hó 4.-éig a tuberculosisról (vezeti báró *Korányi Sándor* dr. egyetemi tanár), június hó 6.-ától 11.-éig a csecsemővédelemről (vezeti *Bókay János* egyetemi tanár) és végül június hó 13.-ától 25.-éig ismétlődő tanfolyamot az orvosi tudományok főbb szakmáiból (tartják a menekült pozsonyi Erzsébet tudomány-egyetem orvosi karának tanárai). A kik részt szándékoznak venni, szíveskedjenek írásban az orvosi továbbképzés központi bizottságának irodájához (Budapest, VIII., Mária-utca 39) fordulni, a mely azután a pünkösdi után megjelenő részletes programot megküldi.

Meghalt. *Hochhalt Károly* dr., egyetemi magántanár, a Szent István-kórház nyugalmazott főorvosa, 75 éves korában május 17.-én. — *Rusz Imre* dr. május 11.-én Budapesten.

Diujodin cum digitalis ismét forgalomban.

SVÁBHEGYI LIGET-SZANATÓRIUM

Klimatikus gyógyintézet bel-, ideg-betegek és üdülők részére. — Diéta és kúrák. — Nap- és légfürdők.

I., Eötvös-út 10—12.

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

VÍZGYÓGYINTÉZET Újonnan átalakítva. Teljes üzemben idegeseknek, üdülőknek vizkúrák. Szív-betegeknek szénsavas fürdők. Összes modern villamos gyógyeljárások. Napfürdők. Idégyógyász. Telefon: József 95-08. Bejáró betegeknek is. — Prospektus.

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



Dr. SCHMIDT L. és Dr. WEISZ EDE intézete súlyos betegek részére is.

Pöstyén

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

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

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légekúrák. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlelvi-ügyben szolgál:

Ingatlanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám.

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

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

ZANDER-ELEKTRO-HYDROTHERAPIA

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

Erzsébet Sósfürdő. Újonnan átalakítva. Késérő sósfürdők, vízgyógyintézet, szénsavas fürdők, napfürdő. Hizlaló és fogyasztó kúrák. Egész éven át nyitva. TELEFON: JÓZSEF 81-75.

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.

Büchler Pál: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem elme- és idegkörtani klinikájáról. (Igazgató: Moravcsik E. Emil dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A vegetatív idegrendszer vizsgálata elme- és idegbajokban, különös tekintettel a dementia praecoxra és dementia paralyticára. 191. lap.

Vándorfy József: Közlemény a királyi magyar tudomány-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. nyilv. r. tanár.) Pneumococcus-peritonissal végződő nephrosis esete. 194. lap.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (IX. rendes tudományos ülés 1921 március 12.-én.) 195. lap.

Közközházi Orvostársulat. (II. ülés 1921 február 9.-én.) 195. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Sarbó Arthur: Syphilis és idegrendszer. — *Új könyvek.* — *Lapszemle. Belorvostan. Noorden:* A gastroenterostomia belgyógyászati utókezeléséről. — *Szülészet és nőorvostan. Schröder:* A meno- és metrorrhagia pathogenesiséről. — *Szemészet. Junius:* Okozhat-e az influenza reflexes pupillamerevséget? — *Bőrbajok. Chr. Stoeber:* A bőr- és nemibetegségek caseosan-kezelése. — *Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.* 196—198. lap.

Vegyes hírek. 198. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem elme- és idegkörtani klinikájáról. (Igazgató: Moravcsik E. Emil dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

A vegetatív idegrendszer vizsgálata elme- és idegbajokban, különös tekintettel a dementia praecoxra és dementia paralyticára.

Irta: *Büchler Pál* dr., klinikai gyakornok.

A vegetatív idegrendszer és a belső secretiós mirigyrendszer irodalmát tanulmányozva, szemünkbe tűnik, hogy talán egyetlen fejezete sincsen az alkalmazott biológiának, a melyben annyi ellentmondó vizsgálat, megfigyelés, állatkísérlet, laboratoriumi eredmény volna, mint éppen a pluriglandularis rendszer irodalmában. Ez a sok ellentmondó adat indított arra, hogy elme- és idegbetegeken a vegetatív idegrendszer viselkedését tanulmány tárgyává tegyem. *Moravcsik* tanár figyelmeztetett arra, hogy még szervi elváltozásokkal járó elmebetegségekben is lehetnek a belső secretiós mirigyeknek olyan elváltozásai, a melyek sok klinikai tünetnek magyarázatát adhatják.

Számos ellenzője van annak a felfogásnak, és itt különösen *Reichardt*-ot említem, hogy az elmebetegségek genesisében a belső secretiós elváltozásoknak bármi csekély szerepe volna. Az a számos idevágó észlelet, a mely ennek az ellenkezőjét bizonyítja, talán nem annyira szembetűnő és a kísérletezők részéről nagy járatosságot igényel, de végeredményében mégis szőnyegen tartja a belső secretio és a vele correlációban álló vegetatív idegrendszer kérdését. Bármennyire elfogult vagy bizalmatlan valaki ezen kérdéssel szemben, egy az elbutulás szakában levő és elhízott, a genialis typusnak minden ismertető jelét mutató, feltűnően gracilis csontrendszerű schizopreniásnak látása mégis gondolkodóba kell hogy ejtse. Még azon betegségek is, melyekben általában nem szoktunk gondolni a vegetatív idegrendszer tonusának megváltozására, tüntethetnek fel olyan elváltozásokat, a melyek kétségtelenné teszik, hogy az elsődleges betegség hátterében más, a pluriglandularis rendszert érintő elváltozások vannak. Csak a dementia paralyticát említem itt, a melyben a szokatlanul magas vérnyomás, a gyakori adrenalinérzékenység és a sympathicus-izgalmi jelenségek mindennaposak és gondolkodóba ejtenek az iránt, hogy ezen kórformában csakis metalueses jelenségek és ezeknek következményei szerepelnének. Vizsgálataim során azt néztem, hogy az egyes kórképek keretén belül hogyan viselkedik a vegetatív idegrendszer és az ezzel kapcsolatos belső elválasztással bíró mirigyrendszer. Dolgozatomban nem foglalkozom az utóbbi időben sokat bírált és psychiatriai szempontból oly fontos *Abderhalden-Fauser*-féle bontási módszerrel, mely szintén egyik erőssége ama felfogásnak, hogy a pluriglandularis rendszer elváltozásai kór-

okozó jelentőségűek. Erre vonatkozólag különben intézetünkben is (*Schuster, Alexander*) történtek vizsgálatok, a melyek kimutatták, hogy a serdüléssel elmezavar pathogenesisében a belső elválasztásos mirigyek szerepe tagadhatatlan. De ezenfelül számos más klinikai észlelet is a mellett szól, hogy a vegetatív idegrendszer és a belső elválasztásos mirigyek számottevő tényezők s a diagnostikában és therapiában haszonnal értékesíthetők.

Hosszú időn át végzett vizsgálataimból először is az tűnik ki — az utóbbi időben napvilágot látott közleményekben már több helyütt látjuk ezen felfogás érvényesülését —, hogy a nagy lelkesedéssel fogadott vagotonia és az ettől szigorúan elkülönített sympathicotonia a valóságban nem létezik; csak arról lehet szó, hogy valamelyik betegben az autonom (parasympathicus) avagy a sympathicus beidegzés van túlsúlyban. Ennek bizonyítására említem, hogy a túlsúlyban vagotoniás schizopreniásokon nem ritkaság a tág pupilla. Téves volna azonban azt hinni, hogy a tág pupillák a dementia praecox keretén belül részleges sympathicus-ingerület jelensége gyanánt szerepelnének. *E. Meyers* kimutatta, hogy e pupillatágulat az általános katatonianak csupán részjelensége. Egy esetem, a melyben a sympathicotonia klasszikus formája jelentkezett, de a melyben legszebben látjuk a vagus- és sympathicus-tonusnak keveredését, a következő:

D. M. 40 éves banktisztviselőn 10 év előtt tekintélyes struma keletkezett s a golyva kifejlődését csakhamar exophthalmus követte. 6 éve depresszált, gyakran izgatott, fél, hogy a sok szám tönkreteszi. 2 $\frac{1}{2}$ év előtt bal szemén szaruhártyagyulladás keletkezett; ez a szaruhártyagyulladás rohamokban ismétlődött megelőző hurutos jelenségekkel és mindannyiszor megszüntethető volt a roham előtt adott 1—2 gr. brommal. Éjjel gyakran van szívdobogása, arra ébred, hogy bal szeme könnyezik. Ha izgatott, hangja teljesen bereked, pépes ürülései vannak. Feltűnően sok vizet iszik, vizeletmennyisége a napi 3 litert is meghaladja, sokat eszik, jelentékenyebben nem soványodott le, nemi képessége rendes. Vizeletének fajsúlya 1017, cukrot nem tartalmaz, a szokásos mennyiségű szőlőcukor adása után glycosuria nem jelentkezik, hypophysis-kivonat befecskendezése után vizeletmennyisége a rendszerre csökken, 1 mgr. adrenalin bőr alá fecskendezése után 4 órai vizeletében 1-2% cukrot választ ki. Pulsusa 76, vérnyomása 140 Hg. mm. A vagusok mechanice nem ingerelhetők (Tschermak-tünet, 76 pulsus), úgyszintén a bulbusok nyomása (*Aschner-féle cardio-bulbaris tünet*) nem okoz pulsus-lassudást. 1 mgr. adrenalin bőr alá fecskendezése után elhalványodik, émelyeg, elsápad, pulsusa 104-re, vérnyomása 190 Hg. mm.-ra emelkedik. Ezen kifejezett sympathicotoniás tünetekkel szemben pupillái nem tágak, pulsusa nem felel meg a *Basedow-kór*nak, a kötőhártyára adrenalin cseppentve, pupillatágulatot nem észlelhetünk. Rendszerint (leszámítva a psychés eredetű ürüléseket) székszorulása van.

Látjuk ebben az esetben, hogy az oly jellemző tünet, az adrenalin-mydriasis hiányzik, nincsen tachycardia, pedig a beteg a sympathicotonia kifejezett jeleit mutatja. A tankönyvekben leírt és a sympathicotoniára jellegzetesnek talált elváltozásokat az élőben sohasem találjuk meg olyan mértékben, mint ha állatnak kikészített sympathicusát villamosan izgatnók, vagy, mint azt *Dale* tette, ergotoxinnal electikusan mérgeznők. Már *Dale* kísérleteiből kitűnt, hogy magának az

adrenalinnak is lehetnek paradox hatásai, a mit ő úgy magyarázott, hogy a kezdeti adrenalin-hatást, tehát a sympathicus-rendszernek izgalmit, másodlagos bénulás vagy helyesebben kimerülés követi, mely azután az antagonista autonóm rendszer felülkerekedésére adja meg a lehetőséget. Ezek a paradox hatások azonban nem szabad hogy megtévesszenek a vegetatív idegrendszer tonusának megítélésében s csupán a tünetek összességéből vonhatunk le jogos következtetést. Mindenesetre azt tapasztaltuk, hogy ilyen paradox hatások oly egyéneken jönnek létre, a kiknek az autonóm rendszere van túlsúlyban a tonusában, vagyis a sympathicus-rendszer e másodlagos kimerülése már constitutionalisan gyorsan és könnyen megy végbe. A paradox adrenalin-hatásokat, a mint azt mások is leírták, a psychosikok közül majdnem kivétel nélkül schizophrénia eseteiben találtam.

A mi a módszert illeti, a legegyszerűbb vizsgáló módszereket választottam, bírálat tárgyává téve a módszerek használhatóságát és megbízhatóságát is. Azok a bonyolult módszerek, melyek csak jól felszerelt biológiai laboratóriumokban végezhetőek, a klinikus számára már eleve elesnek. A főszűrt az adrenalin-systemának elváltozására fektettem. Az adrenalin klinikai hatásának tanulmányozására a Richter-féle tonogent használtam, mely minden tekintetben igen megbízhatónak bizonyult. Az adrenalinaemia meghatározása természetesen akkor volna legegyszerűbb, ha a beteg vérében az adrenalin quantitativ határozható meg. Amde a rendelkezésünkre álló módszerek, melyekkel a vérben az adrenalin meghatározhatjuk (még az annyira érzékeny Fränkel-Allers-reactio sem) nem alkalmasak arra, hogy minden tekintetben kielégítő és eredményeiben megbízható quantitativ képet nyerjünk a vér adrenalin-tükrének állásáról. Az állatkísérletek (O. B. Meyer-féle túlélő aortacsík, a Fränkel-féle nyúl-uterus, a Lâwen-Trendelenburg-féle békaér-praeparatum, a Cannon- és de la Paz-féle bélkészítmény, a R. Gottlieb- és J. M. O'Connor-féle vérnyomáskísérletek, de különösen a macskák belein végzett adrenalin-meghatározások) igen kielégítőek és érzékenyek, de a vizsgált anyag nagysága, az állathány, a körülményes vizsgálati methodika lehetetlenné teszi, hogy igénybevegyük. Én az adrenalin-systema vizsgálatát nem egy módszerrel igyekeztem megközelíteni, hanem a rendelkezésre álló és szokásos módszereket, melyek gyorsan és könnyen végezhetőek, alkalmaztam és több módszer alkalmazása után vontam le a következtetéseket. Vizsgálataim a következőkre terjedtek ki:

Vizsgáltam a qualitativ vérképet eosinophiliára, vizsgáltam a pupillák viselkedését, és pedig a Meltzer-Ehrmann-Löwi-féle pupillaris és Aschner-féle cardiobulbaris tüneteket; továbbá a Tschermak-féle vaguscompressió tünetet; vizsgáltam adrenalin subcutan alkalmazása után az adrenalin klinikai hatását, az adrenalin-glycosuriát; részben egymagában alkalmazva, részben cocaininjectiókkal sensibilizálva a sympathicus-idegrendszert; vizsgáltam a dermatographia és a respiratiós arhythmia viselkedését a különböző kórfarmákban, végül az atropin és pilocarpin hatékonyságát. E vizsgálatok eredményét összevetve, állapítottam csak meg, hogy vajjon a vagus- (illetőleg az egész autonóm rendszer) vagy a sympathicus-rendszer tonusa van-e túlsúlyban. A mint előbb említettem, vagotoniás esetekben sympathicotoniás jelenségek, sympathicotoniás esetekben pedig vagotoniás tünetek is voltak észlelhetőek. Ha tehát alább vagotoniáról vagy sympathicotoniáról szólok, az csupán azt jelenti, hogy az egyik vagy a másik rendszer túlsúlya volt szembeszökő.

Kiterjedt vizsgálataim a vagotoniás eosinophiliát illetően nem jártak az eleve várható eredménnyel. Az irodalomban oly gyakran említett eosinophilia vagotonia eseteiben nagyon ritkán mutatkozott és akkor sem olyan mértékben, hogy értékesíteni lehetett volna. A Neusser, Eppinger, Falta, Hess, Schweiger és mások által pilocarpin-injectiók után észlelt eosinophiliát sem sikerült megállapítanom. A Kocher-féle vérképet, a melyet Borchardt mint Basedow-vérképet írt le, a melyet jellegzetesnek talált a pajzsmirigy, hypophysis, mellékvese elváltozásaira és a melyet status thymico-lymphaticus eseteiben is mindig sikerült kimutatnia, én is megtaláltam,

kivéve a dementia praecox túlnyomóan vagotoniás alakjait. Ezek szerint az eosinophilia viselkedését nem vettem számításba, de a lymphocytosist (Borchardt-tal megegyezően) vagotoniás jel gyanánt értékesítettem. Valóban mindazok az esetek, a melyekben lymphocytosist találtam, vagotoniásnak bizonyultak. Nem találtam lymphocytosist kifejezett sympathicotonia egy esetében sem. A mi az Ehrmann-Löwi-reactiót illeti, a következőket találtam:

A betegség neve	Az esetek száma	Positiv	Negativ	Paradox
Dementia praecox —	57	7	36	14
„ paralytica —	28	11	17	—
Morbus Basedowi —	6	2	4	—
Psychosis maniaco-depressiva —	9	4	5	—
Neurasthenia —	2	—	2	—
Amentia —	2	1	1	—
Dystrophia adiposo-genitalis —	2	1	1	—
Angioneurosis —	4	1	3	—
Hysteria —	10	2	8	—
Kephalalgia —	5	2	3	—
Klimakteriumos zavar	2	—	2	—
Myasthenia —	1	—	1	—
Lues cerebri —	3	2	1	—
Paraphrenia —	2	2	—	—
Epilepsia —	2	—	2	—
Sclerosis polyinsularis	3	1	2	—
Hemiplegia —	1	1	—	—
Izomsorvadás —	1	—	1	—
Imbecillitas —	2	1	1	—
Hypophysis-kiesés —	2	—	2	—
	144	38	92	14

Ha az Ehrmann-Löwi-reactiót (a mely tudvalevőleg abban áll, hogy a conjunctiva-zsákba 1^o/₁₀₀-s adrenalin csöpögtetünk) úgy végezzük, hogy a kötőhártyaszákba egyszerűen cséppentővel visszük az adrenalin, akkor igen sok olyan esetben is elmaradt a pupillatágulat, a melyben czélszerű technikával végezve a reactiót, positiv reactiót kapunk. Sokkal jobb ezért, a mint az irodalomban erről több helyütt történik említés, ha adrenalinoldatba mártott vattapamacscaal érintjük a kötőhártyát. Ezt a reactiót az eddigi észleletek szerint különösen Basedow-betegek és pankreasbetegségben szenvedők adják. Ha a közölt táblázatot nézzük, akkor két adat tűnik szemünkbe. Ugyanis dementia praecoxban, és csakis ezen betegségben, 57 eset közül 14-ben a pupillák az adrenalin behatására megszűkültek, vagyis paradox reactiót mutattak. Ez észleletemet Schultze észleletei is támogatják. Itt említem meg, hogy azok a betegek, a kiken a paradox reactio mutatkozott, adrenalin szemben más téren is refractaer módon viselkedtek: pupillájuk megszűkült, pulsus számuk csökkent, adrenalin-injectio után az előbb mért vérnyomás értéke leszállott, adrenalinérzékenységet nem tanúsítottak. Éppen ezek a betegek azok, a kik Schuster szerint a dementia praecox vagotoniás jellege mellett tanuskodnak. Bár igaz, hogy a vizsgált 57 schizophrénia közül 36-on negativ volt az Ehrmann-Löwi-reactio (a mi szintén a vagotoniás jelleg mellett szól), de a 7 positive reagáló eset azt mutatja, hogy nem minden schizophrénia van túlsúlyban a vagotonia. Azt kell mondanunk, hogy — bár aránylag kis számmal — sympathicotoniás praecoxok, illetőleg sympathicus-izgalmi jelenségeket mutató típusok is vannak.

A 28 vizsgált paralysis-eset közül 11-ben volt positiv a reactio. Ez feltűnően nagy szám és jól egyezik Antoni azon észlelésével, hogy paralysisben gyakori az adrenalin-mydriasis. Antoni 20 paralytikust vizsgált és ezek közül 9-en talált pupillatágulatot. A paralytikusokon talált pupillatágulat, és ezt Antoni is kiemeli, a fennálló fényreactióra semminemű befolyást sem gyakorol. A mydriasis az én eseteimben is félóra alatt bekövetkezett (Antoni leír eseteiket, a melyekben az adrenalin-pupillatágulat csak 2—3 órával a becseppentés után jelentkezett és mintegy 12 óráig tartott). Napokig tartó mydriasis egy ízben sem észleltem. Antoni is azt találta, hogy a positiv esetek

száma lényegesen szaporodik, ha 1⁰/₀₀-s adrenalinba mártott pamacsot használunk. *Antoni* több pozitív mydriasiszt talált epilepsia, schizoprenia és dementia senilis eseteiben, sőt azt találta, hogy majdnem minden egészséges egyéneknél is 5–6 óra múlva gyenge mydriasis mutatkozik. Saját tapasztalataim alapján *Antoni* ez utóbbi észleletét nem erősíthetem meg. Hiszen ha ez így volna, akkor az általa közölt 20 paralysisnek minden esetében pozitív reakciót kellett volna kapnia. Az általam vizsgált 28 paralysis-eset közül 17-ben volt negatív a reactio, a mi *Antoni* észlelésével szemben százalékban alacsonyabb értéket képvisel.

Itt amaz érdekes megfigyelésemre akarnám felhívni a figyelmet, hogy a vizsgált 57 schizopreniás közül 7 esetben volt pozitív a reactio és mind a 7 esetben a betegnek kifejezett strumája volt, a pulsus-szám meghaladta a 90-ét. Ez felhívja a figyelmünket arra, hogy schizopreniában a pajzsmirigy viselkedését fokozottabb figyelemmel kísérjük. A végzett bontási kísérletek már megmutatták, hogy a schizopreniások savója a *Pregel* szerint praeparált pajzsmirigy-fehérjét bontani tudja activ állapotban, míg inactiv savójuk bontási képességgel nem bír, tehát a schizoprenia pathogenesisében a pajzsmirigy szerepével számolnunk kell. Két érdekes esetemben a schizopreniás tünetek manifestálódása előtt keletkezett a struma és a betegség folyamán szemünk előtt nagyobbodott. Egyik betegünk anamnesisében azt találjuk, hogy a 15 éves leány, a ki még nem menstruált s a kin a másodlagos nemi jellegek még nem mutatkoztak, nyelési nehézségekről panaszkodott, a melyek fokozódtak és a szülők emiatt fordultak orvoshoz, a ki Basedowoidot állapított meg. A struma fennállása után egy hónappal éjjel tűz ütött ki, ettől a leány megijedt és környezete ekkor vette először észre a psyché rendellenességeket. A leány, midőn járóbeteg-rendelésünkön megjelent, katatonias tüneteket mutatott, manirozott, bizarr helyzeteket foglalt el, táplálkozási ellenkezést tanúsított, szóval a dementia praecox jellemző kórképét mutatta. A beteg klinikai kifejezett strumát találtunk, pupillái erősen tágultak, az Ehrmann-reactio pozitív volt, nyugalmi pulsus percenként 120, az Aschner-tünet negatív volt, úgyszintén a *Tschermak*-tünet is, sőt a vagusok nyomására paradox módon reagáltak, a mennyiben pulsus 162-re szökött fel. A dermatographia igen intensív volt, gyorsan állott be. A szokásos 2 cm² adrenalin-oldat bőr alá fecskendezése után pupillái még erősebben tágultak, erős izzadás jelentkezett, elsápadt, egész testében remegett, hányásingerről panaszkodott és pulsus 20-szal emelkedett. Az adrenalin-injectio után 2 órával vizeletében 2% cukor volt kimutatható. Itt tehát oly esettel állunk szemben, a melyben a pajzsmirigy-eltávolítás véleményem szerint kórokozó jelentőségű.

A sympathicotoniás és észleletem szerint e mellett pajzsmirigyeltávolítással járó schizopreniás esetek véleményem szerint a pajzsmirigy elsődleges megbetegedésével vannak összefüggésben. E véleményemet a következő biológiai analógiával támogatnám: *Löwi* már 1908-ban kimutatta, hogy a pajzsmirigy secretuma sensibilizálólólag hat a vegetatív idegrendszer sympathicus-componensére; kimutatta továbbá, hogy a Basedow-kórosok tachycardiája és mydriasisa szintén ilyen hatáson alapul. *Krauss* és *Friedenthal* pajzsmirigygyel etettek állatokat és azt találták, hogy az ilyen állatok vérnyomása adrenalin-injectio után sokkal magasabb, mint azon állatoké, a melyeket előzőleg pajzsmirigygyel nem tápláltak. Ezen vizsgálatokat *Asher* és *Flack* megismételt és hasonló eredményre jutott. Ezek alapján — a vegetatív idegrendszer és az endokrin mirigyek viselkedésének megfelelően — a schizoprenia belső secretióis típusainak megállapításakor, azt hiszem, joggal állíthatunk fel egy pajzsmirigy-typusú schizopreniát, melyről már itt megjegyzem, hogy a más secretióis típusoknak aránylag kis részét teszi. A pajzsmirigy-typusú schizoprenia belső secretióis ismertető jelei ezek volnának: acut vagy a betegséget röviddel megelőző struma, sympathicotonia és klinikai — itt nem részletezett — tünetek.

A respiratiós arhythmia rendszeres vizsgálata semmiféle szabályszerűség felismerését sem engedte meg. Kifejezett

sympathicus-ingerület mellett is többször találtam e vagotoniásnak mondott tünetet, miért is vizsgálataim során nem értékesítettem.

Ezzel szemben igen nagy fontosságot kell tulajdonítani az *Aschner-féle cardiobulbaris tünetnek*. Ennek a lényege (Bulbusdruckphänomen) az, hogy a bulbusokra mérsékelt nyomást gyakorolva, figyeljük a pulsus viselkedését, a mely vagotoniás esetekben bradycardiát mutat. A kérdéssel *Eppinger*, *Hess*, majd *Bauer*, *Petrén*, *Thorling* és mások foglalkoztak és ők is úgy találták, hogy az Aschner-tünet igen megbízható vagotoniás jel. A vizsgálatot, tapasztalataim szerint, legjobb üllőhelyzetben végezni. A cardiobulbaris vizsgálatnak eredményét dementia praecox és dementia paralytica eseteiben a következő táblázat tünteti fel:

A betegség neve	Az esetek száma	Pozitív reactio	Negatív reactio
Dementia praecox	57	51	6
„ paralytica	28	1	27

Tehát dementia praecox eseteiben a bulbusok nyomására csak 6 esetben nem állott elő pulsus-lassulás, viszont paralysisnek csak 1 esetében volt bradycardia észlelhető. Ebből megint az következik, hogy schizopreniában a vagus-ingerlékenység a szabály, míg paralysisben ennek az ellenkezője. A 6 negatív praecoxos esetben a bulbusok nyomására 2-szer a pulsus az eredeti értéken maradt, míg 6 esetben tachycardia állott be, vagyis nemcsak hogy nem következett be vagus-izgalom, hanem ennek az ellenkezője mutatkozott. E 4 eset viselkedésének magyarázatát a klinikai tünetek mérlegelése mellett sem tudtam megadni.

Kiterjedten vizsgáltam a *Tschermak*-tünetet, mely tudvalevőleg a vagusok kétoldali compressiójából áll és vagus-izgalom következtében szintén bradycardiát eredményez. Sajnos, a *Tschermak*-tünet nem felel meg a hozzáfűzött elméleti várakozásoknak. Eseteimben a pulsus-lassulás igen gyakran nem következett be és így ezt a tünetet is mellőztem további vizsgálataim során.

Ugyanígy állunk a dermatographismus kérdésével is. *W. Gull*, *Dujardin-Beaumont* és *Barthélemy*, *Stursberg* és mások vizsgálatai alapján a vörös és halavány dermatographismus különböző tonusú vegetatív beidegzésre, illetve az autonom és vagus praevaleáló tonusára volna visszavezethető, sőt *Eppinger* és *Hess* szerint a dilatatiós és constrictiós alak egymástól élesen megkülönböztethető. Ezt vizsgálataim alapján nem erősíthetem meg. Nem is tekintve azt, hogy a constrictiós, tehát sympathicotoniára jellegzetes forma vagotoniásokon éppen olyan gyakran fordul elő, mint sympathicotoniásokon, az előbbieken a dilatatiós forma sem jelentkezik mindig. Különbözik az anaemiás dermatographismus aránylag ritka és leggyakrabban még előrehaladott paralysisben található. Vizsgálat tárgyává tettem két klinikai esetben *Féré* és *Lamy* amaz észleletét, hogy epilepsiás stuporban a dermatographismus nem váltható ki. Gyakori vizsgálatok azt mutatták, hogy a dermatographismus epilepsiás stuporban mindig ki volt váltható. Praecoxos stupor eseteiben pedig a dermatographismus igen élénk, s a *Trousseau-féle* tünet annyira intensív, hogy a klinikai előadásokon éppen egy praecoxos stuporban szenvedő beteg szolgál e tünetmennyiség demonstrálására. *Stursberg* szerint egy és ugyanazon betegben a köztakaró egyes részein vasodilatatiós, más részein vasoconstrictiós dermatographismus volt kiváltható. Ezt sohasem észleltem. Ebben a kérdésben helyesebbnek vélem *Walter Frey* álláspontját, a ki a dermatographismusban az egész vegetatív idegrendszer fokozott ingerlékenységét látja.

Érdekes adatokat szolgáltatnak a vérnyomás-mérések is, melyeket főleg schizoprenia és paralysis eseteiben végeztem nagyobb számmal. Schizoprenia eseteiben azt véltem, hogy *W. Schmidt* észleleteinek megfelelően, adrenalin subcutan alkalmazása után nem fogok vérnyomásemelkedést észlelni. *Schmidt* azt találta, hogy praecoxosokon, különösen a dementia praecox stuporos és katatonias alakjában, 1 cm³ 1⁰/₀₀-s

adrenalin-kivonatnak befecskendezése után vérnyomás-emelkedés nem állott be. Én vizsgálataimat 2 cm³ mellékvese-kivonatnak befecskendezésével végeztem, de Schmidt-tel ellentétben az esetek legnagyobb részében találtam vérnyomás-emelkedést. Megjegyzem, hogy ez a vérnyomás-emelkedés alul maradt azon értéken, a melyet adrenalin-befecskendezés után egészségeseken, más elmebajosokon és idegbetegeken találunk. Kifejezett vagotonia eseteiben alkalmam volt praecoxosokon igen tekintélyes vérnyomás-csökkenést észlelni. Egyes praecoxosok adrenalin-befecskendezésre vérnyomás-csökkenéssel, bradycardiával és pupillaszűkülettel reagáltak, tehát ezekre az adrenalin paradox módon hatott. Ilyen adrenalin refractaer viselkedést praecoxon kívül csak egy angioneurosis-esetben láttam.

Paralysisben adrenalin-befecskendezés után nagyobb-mérvű tachycardia jelentkezik, mint más betegségekben és a vérnyomás-emelkedés is sokkal nagyobbfokú. Egy esetben a vérnyomás-130-ról 195-re, más esetben 165-ről 200-ra emelkedett. Tudjuk, hogy a paralytikusok vérnyomása általában igen magas szokott lenni. Ha ezt a paralytikusok érrendszerének elváltozásából akarjuk csak magyarázni, akkor nem tehetjük ezt elegendőképpen, mert a magas vérnyomású paralytikusok bonczolásakor nem találunk az érrendszerben olyan elváltozásokat, melyek minden esetben ilyen magas vérnyomást idéznek elő. Azt kell felvennem, hogy a paralytikusok vérsavójának adrenalin-tartalma a rendes adrenalin-vértükör felett áll. Tudjuk, hogy állatokban rendszeres adrenalin-befecskendezések után gyakran arteriosclerosis fejlődött. Ennek analogiájára talán lehetséges, hogy a paralytikusok supponált hyperadrenalinaemiája az érrendszer elváltozásaiban szerepet játszik.

Vérnyomás-méréseimből kiderül, hogy az adrenalin a schizophreniásokon a vérnyomást a rendesnél alacsonyabb mértékben, a paralytikusokon pedig nagyobb mértékben emeli. Schizophreniában előfordulnak paradox adrenalin vérnyomási reakciók is. Paralytikusokon a vérnyomás emelkedését az esetek legnagyobb részében sympathicotoniára utaló más jelenségek is kísérik.

(Folytatása következik.)

Közlemény a királyi magyar tudomány-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. nyilv. r. tanár.)

Pneumococcus-peritonitissel végződő nephrosis esete.

Irta: Vándorfy József, klinikai gyakornok.

A kétoldali diffus haematogen vesebajok közül a tiszta nephrosis aránylag ritkán előforduló betegség. Aetiologiája Volhard és Fahr szerint igen különböző; a fertőző betegségek közül főleg a lues, a tuberculosis, a diphtheria, hosszás genyedések azok, a melyek kapcsán nephrosisnak a jelentkezését észlelték; a mérgezőek között a sublimat játssza a főszerepet. Azokat az eseteket, a melyekben semmiféle aetiológiai momentumot sem lehet a betegséggel összefüggésbe hozni, genuin nephrosisoknak hívjuk.

A különböző aetiologiájú nephrosisok lefolyása és kimenetele igen különböző. Míg a diphtheria kapcsán létrejövő nephrosis, ha más complicatio nem áll be, rendszerint gyógyulással végződik, a tuberculosis és chronikus genyedések következtében kifejlődő nephrosis gyógyulását még nem észlelték. Volhard szerint genuin nephrosisnak több esete végződött gyógyulással, a hol azonban a betegség letális végű volt, az exitus okaképpen nem maga az alapbetegség, hanem pneumococcus-peritonitis szerepelt, a melyet rendszerint bronchitis vagy pneumonia előzött meg. Volhard¹ 6, Bock és Mayer² pedig 1 ilyen esetet közölt.

Egy valószínűleg lueses alapon fejlődött nephrosisnak az esetét közöljük, a melynek érdekességét az kölcsönöz, hogy mint a Volhard és Bock által leírt nephrosisok, pneumococcus-peritonitissel végződött, még pedig a nélkül, hogy előzőleg a pneumococcus-fertőzés bármely mellkasi localitását kimutatni lehetett volna.

1919 november 8.-án egy 24 éves hivatalnokot vettünk fel a klinikára, a kinek anamnesiséből kitént, hogy atyja lueses volt; gyermekkorában kanyarón és vörhenyen ment keresztül; az utóbbi után vesegyuladása keletkezett, a melynek részleteire nem emlékszik. 1919 júniusban Wassermann-reactióját pozitívnak találták, a mire 20 kéneső-injectiót kapott, utána pedig jodkálit szedett. Nemi fertőzést tudtával nem állott ki. Sokat sportolt.

Jelen baja 1919 október 11.-én kezdődött, a mikor mindkét bokája megdagadt; reggelre ez a duzzanat visszafejlődött. Ez az állapot egy hétig tartott. 18.-án este erős fejfájás lepte meg, hőmérséke 37.2°-ra emelkedett, reggelre pedig jobb arczele és uvulája erősen megduzzadt. Orvosa, a ki vizeletében fehérjét állapított meg, ágybanfekvést és sótan diaetát rendelt el. Két heti ágynyugalom után arcduzzanata visszafejlődött, a mire újra hivatalba járt. Fehérjevizelése azonban nem szűnt meg, sőt fokozódott s ezért orvosa tanácsára a klinikára vétette fel magát. Bokái, ha fennjár, most is meg szoktak duzzadni.

A vizsgálatnál közép-termetű, jól fejlett, mérsékelt táplált anaemiás férfibeteget találunk, a kinek mindkét bokátja erősen duzzadt, térsztatapintatú, az ujjbenyomatot megtartja. Máshol oedemát vagy hydropsot kimutatni nem lehet. Vérnyomása 135 mm. Balszív-hypertrophiája nincs. Vizeletének fehérjetartalma 3/100. Haematuriaja nincs. A vizelet górcsövi lelete csak néhány elszórt leukocytát mutat.

A klinikán való tartózkodásának első ideje alatt állapota rohamosan javul. Só- és folyadékzegény diaeta mellett a diuresis állandóan túlhaladja a folyadékbevitelt, súlya 67 kgr.-ról 62-re esik le, boka körüli oedemái eltűnnek. A vizelet fehérjetartalma tetemes, 3—24/100 között ingadozik, a górcsövi lelet úgy módosul, hogy a fehérvérsejteken kívül vörösvérsejtek (látóterenként 1—2), néhány vörösvérsejt és igen sok zsírszemcsés detritus jelenik meg. A vörösvérsejtek megjelenése a vizeletben a mellett szól, hogy a diffus degeneratiós elváltozásokon kívül góczszerű gyuladós folyamatok is játszódnak le a vesékben. Ezt a feltevést később a vese szövettani vizsgálata is megerősítette, a mennyiben az interstitium góczos leukocytás beszűrődését derítette fel. Az egynapos kísérlet a nephrosisra jellemző képet mutatja: a hígítási képessége a vesének alig szenvedett. 1 1/2 liter folyadék bevitel után egy órával 200 cm³ 1002-es fajsúlyú vizeletet ürít. A koncentrálóképesség is alig csökkent; a délután 1 órakor ürített vizelet 1025 fajsúlyt mutat. A hyposthenuria tehát igen kicsiny s a hígítás sem húzódott el. A mennyi folyadék eljut a veséig, annak a kiválasztása normalis. A kiürített folyadék összmennyisége azonban csak 800 cm³, tehát körülbelül a fele a folyadékbevitelnek. A konyhasó- és fehérjekiválasztás sem szenvedett. Napi 2 gr. NaCl- és 65 gr. fehérjebevitel mellett retentio nincs, a vérsavó maradék-nitrogen-értéke emelkedést nem mutat s a kiválasztás megfelel a bevitelnek. A vérsavó refractiója állandóan kisebb értéket mutat a normalisnál: 1.344—1.345 között ingadozik, a mi nem annyira a hydraemia, mint inkább a vizelet útján létrejött nagyfokú fehérjevesztés által feltételezett hypalbuminosisra mutat.

November 23.-án reggel, mikor a mérleghez megy, hogy testsúlyát megmérje, hirtelen elveszti az eszméletét, rángatózás lepi meg, szája habzik s csak 2—3 perc múlva tér magához. Utána pár napig fejfájásról panaszkodik. Hasmenés áll be, a mely azonban 1—2 nap múlva megszűnik.

December közepén testsúlya ismét emelkedik, a bokák körül újra anasarka keletkezik, a mely konyhasómegegyezésre megállapodik, majd csökken. December 17.-én a megismételt egynapos kísérlet ismét azt mutatja, hogy a vese hígítási és koncentrálóképessége alig szenvedett. Azonkívül azonban a kísérlet mint folyadékklócs (Wasserstoss) szerepel: a kiválasztott folyadék mennyisége csaknem eléri a 2 1/2 litert, tehát majdnem 1 literrel haladja túl a folyadékbevitelt, testsúlya 1 kgr.-ot esik, anasarkája lényegesen kisebbedik; a vizelet fehérjetartalma 21/100-ról 8/100-re esik alá. Ezen kedvező eredményen felbuzdulva, december 21.-én megismételjük a folyadékklócsot, de most negatív eredménnyel. A bevitt 1 1/2 liter

vízből csak 1150 cm³-t választ ki; a vizelet fehérjéje azonban, a mely újból 22⁰/₀₀-re emelkedett, ismét 7⁰/₀₀-re esik le. A sószegény diéta hatására anasarkája teljesen visszafejlődik.

Deczember vége körül gyomorpanaszai vannak; étvágytalan, hányásingerről, gyomornyomás érzéséről panaszkodik. Ezek a tünetek azonban pár nap alatt visszafejlődnek, épp úgy, mint az időnként mutatkozó hasmenés.

Tekintve, hogy a Wassermann-reactiója positiv, salvarsan-kezelést kezdünk, azonban negativ eredménnyel.

A klinikáról február közepén való távozásakor anasarka a bokák körül nem mutatható ki, közérzete jó, a vizelet lelete azonban változatlan, fehérjetartalma 18—24⁰/₀₀ között ingadozik.

Hivatalába csak négy napig jár be, akkor újra jelentkezik a klinikán bokaoedemával; kimerültségről, gyengeségről, vesetáji fájdalomról panaszkodik. Szív működése gyenge, anaemiája fokozódott, kiskóci dyspnoe áll be. Konyhasó- és folyadékszegény diéta mellett általános állapota javul; vizenyője azonban nem fejlődik vissza, diuresise kicsi, testsúlya növekszik. A február 24.-én végzett folyadék- és só-tesztel: a bevitt 1½ liter vízből csak ½ litert választ ki, oedemája, testsúlya növekszik, csak a vizelet fehérjetartalma esik le 22⁰/₀₀-ról 12⁰/₀₀-re.

Márcziustól kezdve állapota egyre rosszabbodik. A bokák körüli vizenyő növekszik; ascites, majd hydrothorax jelentkezik, a melyek diureticumokkal, thyreoidea-tablettákkal, intravenás theocinnal nem befolyásolhatók. A hydrothorax punctiója világos, kissé opaleskáló folyadékot mutat, a melynek refractiója igen alacsony. Május elején konyhasó- és só-tesztel (Kochsalzstoss) próbálunk meg: a rendes diétájához még 10 gr. konyhasót kap. Az eredmény azonban teljesen negativ, állapota egyáltalán nem javul; a bevitt konyhasóból csak 3 gr.-ot tud kiválasztani.

Május vége felé a betegség rohamosan rosszabbodik. Közérzete igen rossz, szív működése gyengül, az oedemák minden therapiás beavatkozás dacára növekednek s a gyomortáji, illetve has-panaszai mindinkább az előtérbe nyomulnak. Gyomortáji nyomásról panaszkodik, hány; a nagymennyiségű, kávéaljszerű hányadékban a Weber-reactio erősen positiv. A hányás ezután mindennap megismétlődik; csillapíthatatlan hasmenés áll be. Igen erős meteorismus mellett a has diffuse nagyon érzékeny. Csuklik, 38,3^o-ig emelkedő hőmérsékei vannak. Szív működése egyre gyengül, pulsusa 140 körül van percenként, arythmiás, kevésbé telt, puha, kicsiny. Állapotának folytonos rosszabbodása mellett május 25.-én meghal.

A bonczjegyzőkönyvnek főleg a vesékre, a gyomorra és a hasüregre vonatkozó adatai bírnak jelentőséggel:

A vesék megnagyobbodtak. Tokjuk vékony, kissé nehezen, azonban anyaghiány nélkül vonható le. A metszéslapon a consistentia lágy, petyhüdt, a rajzolat elmosódott; halvány rózsaszínű alapszínben kiterjedten sárgás, megtört fényű foltok láthatók, a melyek a vese felületéig érnek és ott is sárgás foltok alakjában tűnnek elő a tok levonása után.

Szövetani vizsgálat: A vese erei középvastag falúak, bővértűek; a glomerulusok nagyok, sejt- és vérbövek, a tokot a legtöbb helyen teljesen kitöltik. Viszont sok helyen a glomerulus és a tok között homogen exsudatum van, a mely részben finoman hártályozott benyomást tesz. A glomerulusok rögös pigmentet tartalmaznak, mely részben vörösvérsejtek széteséséből ered. A húgycsatornácskák hámlása mindenütt halványan festődő, helyenként már egyáltalán nem festődő maggal bír, fellazult, levált s bő halmazokban tölti ki exsudatummal együtt a sok helyen rendkívül tágult csatornácskákat. Az egyenes húgycsatornácskák hámlása egyes helyeken egészen jól megtartott. Az interstitiumban sok rögös pigment, a mely szabadon fekszik. Az interstitiumban góczos gömbsejtes beszűrődés, mely helyenként leukocytaer jelleget vesz fel.

A gyomor középtág, nyálkahártyája síma, halvány, redőzete elsímult. A nyálkahártya alatt kiterjedten számos pontszerű, részben összefolyó vérzés.

A hasüregben a peritoneum fényvesztett, rajta, főleg a visceralis lemezen az egész hasüregre kiterjedőleg zöldes-

sárga, fibrines-gegyes lepedék, a mely sűrű, plastikus összeállású és az erősen puffadt bélkacsokat egymáshoz lazán és könnyen szétválaszthatóan összetapasztja.

A peritonealis geny bakteriologiai vizsgálata pneumococcus kitenyésztesére vezet.

Összefoglalás: Valószínűleg lueses alapon létrejött nephrosissal állunk szemben, a melyre jellemzők voltak a kezdetben még befolyásolható vizenyőkészség, nagy fehérje-vizelés, degeneratív alakok a vizeletben, normalis, illetve később csökkent vérnyomás, hiányzó szívhypertrophia és hiányzó nitrogen-retentio. Az állapot rosszabbodásával az egyre növekvő oedemák therapeutice alig befolyásolhatók: konyhasó- és folyadékszegény diéta mellett sem a folyadék- és só-tesztel, sem a thyreoidea, sem intravenás theocin nem tud hatást kiváltani. A betegség ezen rosszabbodása közben hirtelen beállott profus vérhányás, acut peritonealis izgalmi tünetek mellett következett be az exitus. A sectio klinikai diagnosisunkat megerősíti s a peritonealis geny bakteriologiai vizsgálata pneumococcus-fertőzést derít fel. Így esetünket az eddig közölt hét eset mellé mint nyolczadikát csatolhatjuk.

Irodalom. ¹ Volhard: Die doppelseitigen, hämatogenen Nierenkrankungen. Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 15. sz. — ² Georg Bock und Edmund Mayer: Ein Fall von genuiner Nephrose mit Pneumococccenperitonitis als Ausgang. Med. Klinik, 1920, 4. sz.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(IX. rendes tudományos ülés 1921 márczius 12.-én.)

Elnök: Flesch Nándor.

Jegyző: Hüttl Tivadar.

Kern Tibor és Johan Béla: Szokatlan lefolyású miliaris tuberculosis.

(Eredeti közleményeink során egész terjedelmében hozzuk.)

Bókay János: A tüdő miliaris tuberculosisának gyógyulási lehetőségével analog a gümös agyhártyalob gyógyulási lehetősége. Hogy a gyógyulás bekövetkezhetik, azt eddig 34 jól megészelt eset bizonyítja a világirodalomban. Saját tapasztalatai alapján úgy véli, hogy többször látunk gyógyulást, mint azt gondoljuk, vagyis az úgynevezett félbe-maradt, abortív esetek nem tartoznak a nagy kivételek közé. Legalább 6 ismételt látott gümös agyhártyalob folytán elhalt gyermekek bonczolásakor az agyhártyákon olyan elváltozásokat, a melyek kétségtelenül mutatják, hogy a betegnek valamikor meningitis tuberculosisája volt. A francziák úgynevezett „meningite diffuse congestive“-je talán az az abortív gümös meningitis-alak, melynél a gyógyulás lehetősége különösen fennáll, főleg ha az agyhártyák fertőződése nem másodlagos, hanem elsődleges.

Jarnó Leó: Gyomor-physiologiai és pathologiai vizsgálataim.

(Eredeti közleményeink során egész terjedelmében hozzuk.)

Klier Artur: A gyomor sósavtartalma és motoros működése között szoros összefüggés van; a gyomor motoros működését a pylorus nyitása és zárása reflex útján szabályozza. A savanyú gyomortartalom alkalizálása hosszabb ideig tart, tehát a pylorus újra való kinyílása később fog bekövetkezni és így az opiumnak meghosszabbító hatása a motoros működésre hypaciditásnál ennek tulajdonítható.

Ötvös Ervin: Az opium azért lassítja a gyomor motilitását, mert pylorusspasmust idéz elő. A hyperaciditas egymaga a motilitást általában nem csökkenti jelentékenyen. Ha egy hyperacid gyomor lassan ürül ki, ulcusa is gondoljunk. Regurgitatio sósav hatására csak akkor következik be, ha a sósavat hirtelen juttattuk a gyomorba. Klee szerint a pylorus-zárást nem a vagus közvetíti. Ezt igazolja az, hogy az atropin pylorusspasmus esetén hatástalan, sőt saját tapasztalatai szerint bizonyos kóros esetekben pylorusspasmust válthat ki.

Közkórházi Orvostársulat.

(II. ülés 1921 február 9.-én.)

Elnök: Torday Ferencz.

Jegyző: Toldy Lőránd.

Göbel Albin: Vincent-angina esetei.

A Szent István-közkórház VII. orvosi osztályán észlelt Vincent-angina két esetéről számol be, melyek 0-10 ezüst-salvarsan egyszeri és kizárólagos intravenás alkalmazása után néhány nap alatt meggyógyultak.

Sarbó Artur: Lues és idegrendszer.

Megállapítja, hogy az újabb vizsgálatok szerint úgy a tabes dorsalist, mint a paralysis progressivát kétségtelenül a spirochaeta pallida okozza, ennél fogva meg kell szüntetni ezen bántalmaknak metalues vagy parasyphilis elnevezését.

Részletesen ismerteti a primaer sclerosistól kezdve a spirochaeta pallida ingerére beálló szöveti reakciókat és ezen alapon a következő szakokat különbözteti meg:

1. stadium infiltrationis,
2. „ vasculare (st. congestivo-hyperaemicum),
3. „ interstitiale (s. gummosum),
4. „ parenchymatosum.

A tabeset illetőleg utal *Richter* újabb vizsgálataira, a melyek szerint a tabes a spirochaeta pallida ingerére előálló granulomatosis, a mely másodlagosan hoz létre tabeses hátulsókötég-elfajulást. A tabes tehát a st. interstitialeba tartozó syphillises megnyilvánulás, míg a paralysis spirochaeta pallida okozta parenchyma-megbetegedés. Targyalja a spirochaeta pallida biológiáját. Szerinte a primaer sclerosisnál magát befészkelő spirochaeta-család különböző vitalitású egyedeket tartalmaz. Ezek közül a gyengébbek az első-második stadiumban pusztulnak el, a valamivel erősebbek a harmadik stadiumban, a legerősebbek parenchymotropok lesznek. Nem tartja szükségesnek a lues nervosa felvételét. A jövő kutatása a spirochaeta pallida biológiája jegyében kell hogy folyjon. Felfogásának bizonyosságát szolgáltatja a salvarsannal tett tapasztalása, mert kiderült, hogy salvarsannal, még pedig elégtelenül alkalmazott salvarsannal a spirochaeta pallida vázolt életfutása megrövidíthető és az hamarabb lesz parenchymotrop.

A továbbiakban a Wassermann-reactio szerepéről szól az előadó. Megállapítja, hogy régebbi adatai az alkoholismust illetőleg megdőltek. Ha alkoholismus mellett pozitív Wassermann-talál a vérben vagy a liquorban, az mindig lueses fertőzést jelent. Bonczolásokkal is igazolt esetek alapján azonban utal arra, hogy idegrendszeri tuberculosisban a vérben pozitív lehet a Wassermann-reactio (39%).

Megállapítja, hogy egyidejűleg a vérben és a liquorban pozitív Wassermann-reactio mindig lueses bántalmat jelent. Agyvelő-luesre jellemző a pozitív vér-Wassermann és negatív liquor-Wassermann. A lues cerebrospinalis teljesen úgy viselkedik, mint a tabes és a paralysis. A pozitív Wassermann-reactio összefüggését a spirochaeta pallidával bizonyító adatokat pontozatokba foglalja. Ceteris paribus a pozitív Wassermann-reactio élő spirochaetát jelent; lehetséges, hogy széteső bacteriumtermékek okozzák. A pozitív Wassermann-reactiót kezeléssel véglegesen megváltoztatni nem sikerül. Ennélfogva minden therapiás törekvésünk oda kell hogy irányuljon, hogy a primaer sclerosis úgy kezeltesse, hogy pozitív Wassermann-reactio ne álljon be. Ma ez úgy látszik még csak kivételes esetekben sikerül. A pozitív Wassermann-reactio elárul ugyan élő spirochaetát a szervezetben, mégis sohasem a reactio kezelendő, hanem klinikai tünetek alapján a beteg. Sohasse felejtjük el, hogy pozitív Wassermann-reactio mellett a betegség más természetű is lehet, viszont negatív Wassermann-reactio mögött is lueses bántalom lappanghat.

A mi a lueses idegrendszeri megbetegedések kezelését illeti, különös tekintettel a salvarsankezelésre, megállapítja, hogy a neuroplegiák a st. vasculareban rendkívül megszaporodtak. Statisztikai adatokkal bizonyítja, hogy a paralysis progr. a salvarsan-aera óta öt évvel korábban követi a primaer sclerosist. Ezzel szemben a tabes megtartotta a régi szokását, hogy túlnyomó részben 11—15 évvel az elsődleges fertőzés után jelentkezik. Felette károsnak jelenti ki az elégtelen salvarsan-kezelést és óva int attól, hogy e szer ily módon alkalmazassék. Viszont elég nagy adagban meggyógyítja a neuroplegiákat is.

Ismerteti az osztályán divó antilueses eljárásokat és azok jó eredményeit. Cerebrospinalis luesben szereti alkalmazni a régi bedörzsölő kúrát jodkálival kombinálva. Alkalmazza a Baccelli-Bárony-féle sublimat-injectiókat és a kombinált hydrargyrum salicylicum-kezelést is és mindezek tetejébe az elég kitaró salvarsan-kezelést.

Ismerteti ezüstsalvarsannal most folyó kísérleteit; e szert a neosalvarsannál erélyesebbnek tartja és a hatásával eddig meg van elégedve. Általában véve a salvarsant mint erélyes spirillocid szert elismeri, de hangsúlyozza, hogy az elégtelen alkalmazása veszélyes.

IRODALOM-SZEMLE

Könyvismertetés.

Sarbó Artur: Syphilis és idegrendszer. Orvosok és orvostanhallgatók részére. Budapest. Az Athenaeum kiadása. 1921. 71 oldal.

A szerző e kérdésről több mint két évtized alatt már több ízben nyilatkozott. Egyike volt azoknak, a kik a tabes és paralysis aetiologiájában már korán fölvetették a syphillises alapot. A jelen füzetben a szerző hosszú és gazdag tapasztalása, valamint beható vizsgálatai alapján az idegrendszer syphillisének kérdését az újabb adatok megvilágításában tárgyalja. Tanulságos munkáját lényegileg három részben csoportosítja. Az első részben az újabb pathologiai és kórszövetani vizsgálatok nyomán a syphillises megbetegedések új beosztását állítja föl, a melynek alapja az, hogy a lues bizonyos időszakában a spirochaeták minő reakciót váltanak ki a szövetekben. Véleményem szerint, ha e rendkívül sok adattal megalapozott új beosztás a jövőben nem is marad minden részében ellentetés nélkül, az bizonyos, hogy a kísérlet érdekességéből ez vajmi keveset fog levonni.

A füzet második fontos nagy része a Wassermann-reactio szerepének tanulságos megvilágítása az idegrendszer syphillises megbetegedésének minden alakjában és megnyilvánulásában. Itt a tapasztalt, élesen látó klinikusnak sok apró megfigyelése igen érdekessé teszi a munkát. Az utolsó részben actualis therapiás kérdések kerülnek tárgyalás alá. A legfontosabb ezek közül, hogy az újabb gyógyításmódok (főként salvarsan) miképpen módosították a syphilis lefolyását, elsősorban az idegrendszer szempontjából. *Sarbó* részletes statisztikai adatai bizony kissé sötétek, de sajnos, való állapotot tárnak föl. Adataival kimutatja ugyanis, hogy a főként salvarsannal kezelt egyéneken az esetlegesen kifejlődő súlyos idegrendszeri szövödmények (lues cerebri, tabes, paralysis) jóval korábban jelentkeznek, mint a salvarsan előtti időben. *Sarbó*, igen helyesen, *Finger*-rel együtt azon a nézetben van, hogy a salvarsan-kezelés a spirochaeta pallida biológiáját idővel némileg befolyásolja. Hiszen ugyanazt tette évszázadokon át a kénese is. Mindazonáltal *Sarbó* nem ellenese, sőt egyenesen hívője a salvarsannak s így csupán arra utal ő is, hogy nem lévén az közömbös szer, hanem hatásos kétélű fegyver, azt vagy helyesen, azaz kellő mennyiségben kell alkalmazni, vagy sehogyan sem. A szerző legtöbb adatát tanulságos klinikai esetek közlésével illusztrálja, ezzel is megerősítve azt a helyes elvet, hogy az orvoslásnak alphája és omegája mindenkor csakis a klinika lehet.

A füzet gondos áttanulmányozását valamennyi orvosnak figyelmébe ajánlom.

Guszman.

Új könyvek.

A. und F. Theilhaber: Das Weib vor und in der Ehe. Stuttgart, Strecker u. Schroeder. 12 m. — *H. Frey: Der künstliche Pneumothorax.* Wien, F. Deuticke. 12 m. — *L. Hofbauer: Atmungs-pathologie und Therapie.* Berlin, J. Springer. 64 m. — *E. Schmitz: Kurzes Lehrbuch der chemischen Physiologie.* Berlin, S. Karger. 44 m. — *W. Wasilewski: Telepathie und Hellsehen.* Halle, C. Marhold. 24 m. — *A. H. Hübner: Das Ehrecht der Geisteskranken und Nervösen.* Bonn, Marcus und Weber. 14:30 m. — *R. Lenk: Röntgentherapeutisches Hilfsbuch für die Spezialisten der übrigen Fächer und die praktischen Aerzte.* Berlin, J. Springer. 8 m. — *H. Schmidt: Die Technik immunbiologischer Untersuchungsverfahren.* Leipzig, C. Kabitzsch. 18 m. — *F. Nagelschmidt: Lehrbuch der Diathermie.* 2. Auflage. 56 m. — *Ivar Broman: Grundriss der Entwicklungsgeschichte des Menschen.* Wiesbaden, J. F. Bergmann. 80 m. — *H. Stieve: Entwicklung, Bau und Bedeutung der Keimdrüsenzweischizellen. Eine Kritik der Steinachschen „Pubertätsdrüsenlehre“.* Wiesbaden, J. F. Bergmann. 32 m. — *A. Bacmeister: Therapeutisches Taschenbuch der Lungenkrankheiten.* Berlin, Fischer's medizinische Buchhandlung. 15 m. — *G. Liebermeister: Tuberkulose, ihre verschiedenen Erscheinungsformen und Stadien sowie ihre Bekämpfung.* Berlin, J. Springer. 96 m. — *E. Feer: Diagnostik der Kinderkrankheiten.* Berlin, J. Springer. 40 m. — *H. Hoesslin: Das Sputum.* Berlin, J. Springer. 148 m. — *Emmerich und Hage: Winke für die Entnahme und Einsendung von Material zur bakteriologischen, serologischen und histologischen Untersuchung.* Berlin, J. Springer. 9 m.

Belorvostan.

A gastroenterostomia belgyógyászati utókezeléséről ír Noorden tanár. E kezelésnek kettős célja van: az ulcus jejuni pepticum megelőzése és a béldyspepsia fejlődésének megakadályozása. Mindkét cél főleg a diæta kellő szabályozásával érhető el.

A mi az ulcus jejuni prophylaxisát illeti, főleg a műtét utáni első hetekben, illetőleg hónapokban kell nagy súlyt helyezni a diætaára, a mely lényegében olyan legyen, a milyent supersecretio gastrica eseteiben használunk. Különösen a casein savkötő és a zsírok secretio-csökkentő erejét hangsúlyozza a szerző. A casein főleg friss túró alakjában ajánlható, a mely tejjel vagy tejfellel keverve, esetleg tojás-habbal és cukorral összehabarva, egyike a legértékesebb tápszereknek a hyperchlorhydria minden alakjában. A zsírok közül nagyon ajánlhatók a növényi olajok 1—2 evőkanálnyi mennyiségben étkezés után. Az alkoholos italok okvetetlenül kerülendők. Az első három héten a diæta a következőkből áll: forralt tej, friss túró, 2—3 lágytojás, finom buzakenyér, vaj, lisztlevesek, egyszerű rizskásaételek. Három hét elteltével gyenge sajtok, burgonyapép, finom főzelék és főtt gyümölcs is megengedhetők, később könnyű sült tészta, teasütemény és több fehér kenyér. Az egész idő alatt minden hús mellőzendő, a minek egyebek közt az is az előnye, hogy a bélsár megvizsgálható occult vérzésre, a mely vizsgálatot czélszerű két hónapon át legalább 2—3 naponként elvégezni. A diæta egybeállításakor tekintetbe veendő a psycho-reflexes nedvelváltás is s ezért eltiltandók az olyan ételek, a melyek nagyon ingerlik az étvágyat, vagyis éppen az ú. n. kedvencz ételek. Gyakran adjunk enni keveset, a mivel megelőzzük, hogy tulajdonképpen éhségérzés álljon be és ezzel kapcsolatban nagy étvágy. Az említett egyszerű lacto-vegetabilis diætaát körülbelül 2—3 hónapig használtatjuk és vele lassanként hozzászoktatjuk a jejunumot több pepsint és sósavat tartalmazó gyomorsavtartalom elfogadására. A jelzett idő alatt esetleg antipepsint is lehet használni, talán amynin alakjában naponként 3-szor teskanálnyit $\frac{1}{2}$ —1 órával az étkezés után. Jó hatású az atropin, mint a mely a sósav-eltávolítást kifejezetten csökkenti; este 1 és reggel $\frac{1}{2}$ milligramm hónapokon át adható minden baj nélkül. Az alkáliakkal óvatosan kell bánni; semmi sem áll az útjában annak, hogy az első, legveszedelmesebb időszakban a gyomortartalmat a bél állapota szerint calcium carbonicummal vagy magnesia ustával savszegényebbé tegyük; nagyobb mennyiségek huzamosabb használata azonban supersecretiót okozhat. Rendes bélürülésről is kell gondoskodnunk, mert a vázolt diæta mellett, főleg eleinte, székszorulás szokott bekövetkezni; jó szolgálatot tesz e tekintetben az atropin, továbbá a magnesia usta, esetleg rheummal, nemkülönben a tejcukor (20—30 gramm reggel éhomra).

A mi a béldyspepsiákat illeti, ezek többnyire csak hónapokkal a műtét után jelentkeznek, a mikor a betegek, tekintet nélkül a rendellenes anatómiai és functionalis viszonyokra, a nekik nem való étkezésre tértek át. A béldyspepsiák megelőzése végett tehát még nagyon hosszú időn át bizonyos diæta szabályokat okvetlenül követni kell. Így az állati eredetű tápszerek közül kerülendők azok, a melyek nyers vagy füstölt kötőszövetet tartalmaznak, mert ezt a bél fermentumai csak akkor dolgozzák fel, ha kiadós papsin-sósavemésztés alatt állott; ellenkező esetben elősegíti rendellenes bélbeli rothadásfolyamatok fejlődését; a nyers hús, a nyers füstölt sonka és szalonna, a magas hőmérsék (főzés vagy sütés) hatásának ki nem tett kolbászfélék tehát kerülendők. Némelyik egyén a gastroenterostomia után hónapokig, sőt évekig túlérzékeny zsírok nagyobb mennyiségével szemben; olyanok ezek, a kiknek a pancreasa nem működik elég jól, vagy a kiknél a gastroenterostomia nagyon mély jejunumkacsot ért, úgy hogy az ételpép keveredése a pancreasnedvvel és epével nem tökéletes; ilyen esetekben jó szolgálatot tesz a pankreon állandó használata. Nagy óvatosságot igényelnek a vegetabilis, főleg a nyers növényi anyagok (saláta, gyümölcs),

mert a gyomorban nem készítettven elő eléggé, túlságos durva állapotban jutnak a bélbe és itt abnormis erjedéssel folyamatoknak esnek alá. Az erjedéssel béldyspepsia megelőzésére, a mely a leggyakoribb alakja a gastroenterostomia utáni dyspepsiáknak, nagyon fontos az is, hogy a táplálék nagyon jól felaprózva és megrágvá jusson a gyomorba. Mint-hogy pedig gastroenterostomia után a táplálékkal esetleg bevitt kórokozó mikrobák a gyomorban nem tétnek tönkre, nem hatván rájuk elegendő ideig elegendő töménységű sósav, nagy gondot kell fordítanunk a táplálék steril voltára; ugyanezen szempontból az ital steril volta is nagyfontosságú. (The-rap. Halbmonatshefte, 1921, 7. füzet.)

Szülészet és nőorvostan.

A meno- és metrorrhagia pathogenesiséről ír Schröder, a rostocki női klinika főorvosa. Schückele a méhvézések ovarialis eredetű anyagoknak a vasomotorokra való hatásával magyarázza. Ezek az anyagok a méhben felhalmozódva, elégséges mennyiségük menstruációs vérzést vált ki, felesleges mennyiségük pedig metrorrhagiás vérzést okoz. Matthes elmélete szerint a ganglion-sejtek mint a hormonok accumulatorai szerepelnek. A vérzés beáll, ha a vasomotorokra ható inger elég nagy, s a vérzés megszűnik, ha a ganglion-sejtek tartalékukat leadták. Schröder a vérzéseket két nagy csoportba osztja. Az első csoport a menorrhagiás vérzés; a menstruationális cyclyus itt sértetlen, csak a kiürült vér mennyisége és a vérzés tartama változott. A második csoport a metrorrhagiás vérzés; itt a vérzés hetekig, sőt hónapokig tarthat változó vagy egyforma erősséggel. A menorrhagiás és metrorrhagiás vérzéseket a pontos anamnesis útján lehet megkülönböztetni.

A menorrhagiás vérzéseknél fontos aetiologiai momentumok a hyperaemizáló tényezők jelenléte, a kismedenczében lefolyó gyuladások (gonorrhoeás gyuladások), továbbá a szív-megbetegedések, a máj-betegségek, a sexualis excessusok, az állandó ülő foglalkozás. A méh izomzatának insufficienciája is fontos a menorrhagiás vérzéseknél. A méh izomzatának myomás degenerációja miatt a méh nem húzódik össze s így a menstruationális vérzés elhúzódik. Az uterus nyálkahártyájában functionális és proliferációs réteget ír le a szerző. Az előbbi összefüggésben van az ovulatióval és a corpus luteum képződésével. Ha a folliculusok termelte hormon kevés, vékony functionális réteg keletkezik; ha a folliculusok termelte hormon sok, vastag functionális réteg támad az endometriumban, ez pedig bő vérzést (menorrhagiás vérzést) okoz. A szerző a menstruációs rendellenességeket bizonyos csoportokba sorozza. Felvesz normomenorrhoeát (normalis típusú vérzés), oligo- vagy polymenorrhoeát (túlritka vagy túlsűrű vérzés), hypo- vagy hypermenorrhoeát (túlgyenge vagy túl-erős vérzés). Ezeket a típusokat kombinálja. Ezzel megkönnyíti az eligazodást a vérzések aetiológiájában és tüneteiben.

A metrorrhagiás vérzéseket hat nagy csoportba osztja. Szerinte az első csoportba tartoznak azok a vérzések, melyeknél az endometrium és az ovarium normalis functionalis állapotban van. A második csoportba tartoznak azok, a hol daczára a méhtest polypusának vagy a cervix polypusának, normalis a menstruációs vérzés. A harmadik csoport az, a hol submucosus myomák mellett normalis a menstruationális cyclyus. A negyedik csoportba tartoznak a cervix-, portio- és vagina-carcinomák, normalis menstruationális cyclyus mellett. Ez esetekben semmiféle egyéb complicatio nincs sem a parametriumban, sem az adnexumokban. A carcinoma eseteiben beálló vérzések eléggé jellegzők: vagy intermenstruationális vérzések alakjában, vagy vizsgálat után jelentkeznek, vagy a normalis vérzés hetekig és hónapokig változó erősséggel áll fenn. Az ötödik csoportba azokat a menorrhagiás vérzéseket sorolja, a melyeket súlyos endometritisek tartanak fenn. A hatodik csoportban az endometrium pathologiás proliferációs állapotban van. Ilyen esetekben a vérzési típus több hétre, néha hónapokra terjed, gyakran erős, változó mennyiségű, legtöbbször hosszantartó amenorrhoea után áll be a vérzés. A

kaparással nyert anyag histológiai képe semmi különöset sem mutat. A metrorrhagiás vérzéseknek oka az lehet, hogy egyszerre több folliculus érik meg az ovariumokban. *Schröder* szerint lehetetlen, hogy normalis menstruatio ovulatio nélkül folyjon le. Az ilyen endometrialis eredetű vérzések pontos diagnosisát egyedül a méhüreg kikaparása és a kaparék görcsövi vizsgálata dönti el. (Archiv f. Gynäkologie, 1920.)

Sztehlo István dr.

Szemészet.

Okozhat-e az influenza reflexes pupillamerevséget?

Ezt a kérdést veti fel *Junius* egy esete kapcsán, mely véleményezés végett jutott hozzá. A beteg a háború alatt mint altiszt szolgált és 1918-ban influenzában betegedett meg. Már akkor feltűnt, hogy szembogarai egyenlőtlenek. Szemlelete 1920 januárban: a szembogarak egyenlőtlenek, csak alkalmazkodásra reagálnak, mindkét papilla halvány, az alkalmazkodás gyengült. A Wassermann-reactio úgy betegsége alatt, mint most, biztosan positiv. Lueses fertőzésre nem emlékszik, bár a lehetőségét elismeri. Az 1890-es influenza alkalmával gyakran láttak szemizommegbetegedést, igaz, hogy ezek egy részét lues is okozhatta. *Uthoff* ismertette abból az időből egy esetet, mely múlt reflexes pupillamerevséggel járt. Az 1918-19-es járvány alkalmával biztosan influenzás eredesű szemizombenulásról nem emlékeznek meg, e körülményt azonban a járvány más természete is okozhatja. A pupillamerevséget kiváló szakértők kifejezetten lueses tünetnek tartják, mégis a fentemlített esetben a háború káros befolyását úgy a luesre, mint az influenzára valószínűnek mondja és ezt a rokkantság megállapításakor figyelembe veendőnek tartja. (Zeitschrift für Augenheilkunde, 1920, 44. kötet, 44-51. oldal.)

Sz. L.

Bőrbajok.

A bőr- és nemibetegségeknek caseosan-kezelését tanulmányozta *Chr. Stoeber* (Berlin). Nem ritka tapasztalás, hogy egyes bőrbajok intercurrentis lázas betegségek nyomán spontán meggyógyulnak. Újabban több vizsgáló mesterségesen létesített lázzal kísérte meg e jelenséget utánozni. Tudjuk ugyanis, hogy hőemelkedés számos anyaggal idézhető elő mesterségesen (például tej, serum, vaccina, aolan stb.). A lázat okozó, *Weichardt* szerint protoplasma-activáló, nem fajlagos anyagok csoportjába újabban a „caseosan“-t is soroljuk, mely a caseinnek (a tej *Lindig* által föltételezett hatóanyagának) 5%-os oldata. A szerző e szert, mely az orvoslás más terén már több ízben mint nem specifikus anyag jól bevált, most különböző bőr- és nemibajok ellenében próbálta ki. Lupus vulgaris, pruritus és psoriasis ellenében alkalmazva, *Stoeber* nem sok eredményt látott tőle. Jól bevált azonban a caseosan ekzéma esetekben. A szerzőnek 15, részben idősült, részben hevenyész ekzéma-esetben volt alkalma e szerrel kísérletezni. 5 hevenyész ekzéma-eset közül 4 egyedül caseosanra meggyógyult. Az első intravenás injectio (0.5 cm³) nyomán rendszerint heves helyi reactio áll be az ekzéma góczban, mely alkalommal — ha szüksége mutatkozik — az alkalmazott helyi gyógyszerek, kenőcsök jóval kedvezőbbben hatnak. A beteg a továbbiakban kétnapos szünettel rendszerint még 3 injectiót kapott (à 1 cm³). A szer a föltételezett protoplasma-activálás útján, úgy látszik, némiképp megváltoztatja a szervezet reakcióképességét, a mit legjobban az látszik bizonyítani, hogy a bőr például a jodoformot zavartalanul eltűri, noha arra azelőtt heves gyuladással reagált. E jelenséget egyébként már *Spiethoff* is észlelte. Sikeres a caseosan-kezelés, úgy látszik, furunculosis eseteiben is. Makacs acné vulgaris esetén a szerző tapasztalása szerint csak több (9) injectio ad kedvező eredményt. Mellékherelob aránylag jól befolyásolható caseosan-injectiókkal. Különösen feltűnő volt, hogy a fájdalmak már néhány órán belül megszűntek. Kevésbé jó az eredmény prostatitis eseteiben. Kiváló jó eredménnyel gyógyítható azonban caseosannal a szerző tapasztalása szerint az ulcus molle. Helyi kezelést egyik ilyen esetben sem alkalmazott. *Stoeber* tapasztalása szerint a caseosan a protein-thera-

piában a legjobb szernek tartható. A tejnél és az aolannál azért tartja jobbnak, mert intramuscularisan kevésbé fájdalmas és zsiremboliára nem adhat alkalmat. Nagy előnye egyébként az is, hogy intravenásan is alkalmazható. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 18. szám.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Epididymitis gonorrhoeica ellen *Du Bois* nagyon ajánlja a Bory-eljárást, a mely a következő szer 6—7 cm³-ének intraglutealis befecskendezésében áll: Rp. Sulf. praecip. puri 1.0; Guajacoli carbon. 5.0; Camphorae 10.0; Eucalyptoli 20.0. Ol. sesami ad 100.0. A befecskendezést láz kíséretében fájdalmak követik (pyramidon, aspirin használandó ellenük), de már 12 óra múlva kisebbek a mellékherék és 2—3 nap alatt teljesen lelohadnak. 30 eset közül 6-ban meg kellett ismétetni a befecskendezést. (Schweiz. med. Wochenschrift, 1920, 40. sz.)

Terhesek csillapíthatatlan hányása ellen *Rathery* az adrenalint ajánlja; nagy hígításban adandó a szájon át vagy a bőr alul 1 milligrammos adagban több napon át. (Annales de médecine, 8. kötet, 2. füzet.)

Vegyes hírek.

Az Országos Balneológiai Egyesület június hó 3-án, pénteken d. u. 6 órakor az Orvosegyesület Semmelweis-termében értekezletet tart, melyen *Spur István* balatoni kormánybiztos fogja a Balatonkultusz fejlesztését tárgyaló programját előadás keretében ismertetni. A Balneológiai Egyesület ezen előadáson szívesen látja az ügy iránt érdeklődő orvosokat.

A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesülete nagygyűlését 1921 szeptember hó 23. és 24.-én tartja Budapesten *báró Korányi Sándor* egyetemi tanár elnöklété alatt. Referatutumot terjeszt elő: *Buday László* h. államtitkár, műegyetemi tanár mint vendég, *Entz Béla* dr., *Ilyés Géza* dr. egyetemi tanár és *Országó Oszkár*. Előadások, bemutatások és az egyesületbe való belépés bejelenthető Országó Oszkár I. titkárnak (Budapest, IX., Ráday-utca 9 sz.).

Orthopaed-technikai tanfolyamot tartott *Farkas Sándor* dr., az állami művégtaggyár vezető főorvosa. A február 3-án kezdődött és április 28-án záródott tanfolyam felölelte mindama kérdéseket, a melyek egyfelől az activ és passiv mozgás-szervek kóros eltávozásával, másfelől a különböző orthopaed készülékek és végtagpótló szerkezetek készítésével függnek össze.

Meghalt. *Berezky Endre* dr., nyugalmazott székesfevárosi kerületi orvos, 79 éves korában, május 21.-én.

Diujodin cum digitali ismét forgalomban.

Keszthely fürdő újonnan átalakított gyógyszállója megnyílt. A gyönyörű balatoni fürdőn ezentűl a budapesti *Liget-szanatórium* bevált diéta-fiziko-therapiás rendszere szerint cukor-, vese-, gyomorbetegék is gyógykezeltetnek.

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

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma IV., Párisi-u. 4. Telefon: József 104-22

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

Termális és fizikoterapiás 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. Inhalatorium: dr. Tölggyi Elemér, egyet. m.-tanár. Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza. Röntgen-laboratorium: dr. Simonyi Béla. Laboratorium: dr. Berger Iván.

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

TÁTRA-szanatórium ÓTÁTRAFÜREDEN 1020 m.

Diéta-physikalikus magaslati gyógyintézet. — Állandóan nyitva. — Hízó- és edző-kurák. Tüdőbetegek kizárva. — Vezető-orvos: Dr. Gámán Béla egyetemi magántanár. Felvilágosítást ad a Menetjegyiroda Budapest, V. Vigadó-tér 1.

Wassermannra vizsgált, DAJKA- intézet VI., hosszabb ideig (bennlakással) megfigyelt bőtejű dadák felett állandóan rendelkezik az orvosi Szív-u. 69. Tel.: 93-22.

ISTVÁN-UTI SZANATORIUM Budapest (István-út végén) Hungária-körút 9. Telefon: József 95-08 és József 42-13. Igazgató-főorvos *Góth Lajos* dr., kir. tanácsos; vizgyógyintézet és fizikoterapiás osztály vezetője *Nemes Nagy Zoltán* dr., főorvos; orthopaedial osztály vezetője *Róth A. dr.*, főorvos. Sebészeti, szülészet és nőgyógyászat, ideg- és belgyógyászat. Vizgyógyintézet fizikális osztály, orthopaedia, Röntgen-laboratorium, hízó- és soványító kurák.