

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.

Kluge Endre: Közlemény a pozsonyi Erzsébet-tudományegyetem ideg-elmeklinikájáról. (Igazgató: Reuter Camillo dr., egyetemi nyilv. r. tanár.) Fixálódott háborús neurosisok. 279. lap.

Focher László: Kísérleti és statisztikai adatok a bűnöző fiatalkorúak psychopathiájához, különös tekintettel az értelmi fejlettségre. 281. lap.

Bóna Andor: A krasnojarski prophylaxisos typhus-oltás. 283. lap.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (XV. rendes tudományos ülés 1921 május 7.-én.) 284. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvostan. Hofbauer:* A tüdőgümőkór specifikus kezeléséről légzésgymnastika útján. — *Helssen:* Gyomorrák és sarcina ventriculi. — *Seibszet. Berndt:* A prostatectomia mediana. — *Szülészeti és nőorvostan. Kundrat:* A nő nemiszervek gümőkóros megbetegedései. — *Kisebb közlések az orvogyakorlatra.* 285—286. lap.

Vegyes hírek. 287. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a pozsonyi Erzsébet-tudományegyetem ideg-elmeklinikájáról. (Igazgató: Reuter Camillo dr., egyetemi nyilv. r. tanár.)

Fixálódott háborús neurosisok.

Irta: Kluge Endre dr., I. tanársegéd.

Kevés betegség van, a melylyel az orvosi vizsgálódás oly bőven foglalkozott volna, mint a neurosisokkal. Az aetiologiai kutatást nemsokára a pathogenesis megismerésére való törekvés váltotta fel s a csoport első széttagolása olyan módon történt, hogy a tünetek egyszerű leírását a tünetek keletkezési mechanizmusa felderítésével igyekeztek kiegészíteni. A neurastheniát és hysteriát, e két főcsoportot hamar szétválaszthatták az entitások kedvelői és a főérdeklődés ama csoport felé irányult, melyet hysteria néven foglaltak össze.

Mi is hát ez a hysteria, hangzott a kérdés. *Briquet* és néhány régibb szerző után *Charcot* neve áll a kutatók élén, a ki midőn új klinikáját felépítették, kijelentette, hogy a szervi idegbajok tana körülbelül ki van építve s így most már minden érdeklődés a functió idegbajok felé fordulhat. Igaza van *Freud*-nak, az lett *Charcot* a functió idegbetegek számára, a mi *Pinel* az elmebetegeknek. A meginduló pathogenetikai kutatás azonban csak utána fordult abba a pszichologiai irányba, a hol ma is van. Érdemes figyelemmel kísérni, mint élesedik a kutatók szeme és dialektikája, miként mélyednek egyre jobban a problema magvába, milyen nehéz a küzdelem azért, a mit még ma sem értünk el, hogy úrrá legyünk a baj felett, a szerint, a mint feladatunk elsősorban therapeutikai, diagnostikai, vagy prognostikai irányú.

Charcot még egyszerűen idea fixa-nak, *Möbius* „krankhafte Vorstellung“-nak nevezi. *Janet* „cerebralis kimerülésről és az akaratsynthesis zavarához csatlakozó öntudatszűkülésről“ beszél és ez már félút a pathogenetikai felfogásban. Sokkal kevésbé közelíti meg ezt *Féré*, a ki egyszerűen tartós szellemi kifáradással jelöli meg a bajt. Hasonlóképpen inkább symptomás a *Kraepelin* fölfogása, a ki úgy határozza meg a hysteriát, hogy az a kedélyi mozgalmaknak átsugárzása egyéb szellemi és testi területekre. *Jendrassik* a suggestibilitásban, a flexibilitas cerea mentisben látja a baj magvát, *Kohnstamm* az associatio physiologiás hasadásában, a sejunctióban* keresi kiindulását. *Oppenheim* szerint a hysteria a kedélymozgalmak fokozott kifejezése és még ennél is semmitmondóbb az a *Strümpell*-féle definitio, hogy a hysteriások betegsége a „psychophysikai“-nak zavarában áll, tehát annak zavarában, „a hol a testi és szellemi világ egymással összefügg“. Igen sok tanulságot meríthetünk *Freud*-nak a neurosisokról való kutatásaiból és tévedéseiből. E kutatások

* Sejnunctio = corticalis diaschisis *Monakow* szerint; sejunctio = physiologiás associatiohasadás; dissociatio = pszichologiai associatiohasadás; diaschisis = organogen associatiohasadás.

során a pathogenetikai elv sokszor öntudatlanul is előtérben állott, de sokszor confundálódott az aetiologiai momentummal, miközben egyéb aetiologiai momentumok, hereditas, constitutio annyira háttérbe szorultak, hogy a vitának majdnem egész anyagát a mellőzés teszi ki és a pathogenesisnek az aetiológiával való confundálása mintegy elkerülte a figyelmet. De el kell ismernünk, hogy helyes úton indult el, a kérdés lényegét közelítette meg, mert gondolatmenete pathogenetikai volt. Nagyjából ugyanezt mondhatjuk *Bleuler* ről, a ki erős, könnyen kapcsolható, labilis affectivitásban látja a hysteria lényegét. A betegség társadalmi vonatkozásait hangsúlyozza legújában *Küppert*, a ki a társadalom parasitáit látja a hysteriásokban.

Annyifelé ágazott el közben a kutatás, hogy összefoglaló szempontra volt szükség. Hiszen azt láttuk, hogy egyazon beteg különböző időpontban a neurosisnak legkülönbözőbb típusában betegedett meg; sokszor pedig hosszú ideig, talán egész életén át nem mutatott tüneteket és mégis tudtuk, hogy alkalomadtán hogyan fog reagálni. Ma már hallottunk structuraanalysisről, ismerjük *Birnbaum* nagyszerű elméletét, tudjuk, hogy a pathogenetikai factor mellett fontos szerepe, determináló hatása van a betegségformára az úgynevezett pathoplastikai factornak, a psyche actualis élemlénytartalmának. Akkor még a symptomatologia vette igénybe egyedül az érdeklődést. A mi a különböző neurotikus betegállapotokat egységbe foglalta össze, a mi közös volt, az az, a mit *Gaupp* hysteriás betegségi készségnek (hysterische Krankheitsbereitschaft) nevezett el. Hasonló felfogást képvisel *Lewandowsky* és legújában *Reichardt*, a ki tagadja, hogy hysteriás betegségesség léteznék és csak hysteriás reactiókról beszél, sőt legeslegújában *Kugler* mint *Hoche* értelmében vett symptomacomplexumot hajlandó felfogni a hysteriát.

Mindez még mindig nem egészen pathogenetikai megjelölés, nem látjuk miben áll tehát ez a betegségi készség. Csak a legújabb kutatóknak adatott meg, hogy pszichologiai éleslátással és intuitióval közeledve a kérdéshez, a betegség lényegét megismerhessék. Már *Bonhoeffer* kiemelte, hogy a hysteriás tüneteken mindig keresztülcillámlik egy bizonyos határozott akarat (Wille zur Krankheit). A specifikus betegségi akarat (Wille zur Krankheitsdarstellung) szerepét hangsúlyozza *Reichardt* is, míg *Neutra* viszont „Willensrichtung zur Gesundung“-ról beszél. Utóbbinak agyafúrt hysteria-definióját helyesebb nem említeni. Szerencsés kutatónak kell azonban főképpen *Kretschmer*-t tekinteni. Ő először karakterologiailag próbált a kérdésre feleletet adni, kifejtve, hogy az egyik karakteristikus psychés reactiotypus az úgynevezett kitéréses reactio, midőn a lelki folyamat az elébe tornyosuló nehézségek hatása alatt az öntudatos lelki feldolgozás sínjeiről az öntudaton kívüli, ismeretlen, kiszámíthatatlan mellék-sínekre tér ki. A hysteriás betegségi készség abban áll, hogy a karakter kitéréses reactiókból tevődik össze. Hysteriások-

nak ma főképp azokat a neurosisokat nevezzük, melyekben célmotívum foglal helyet (célgyöngesség, Zweckschwäche) és a melyek a hypobuliás akarat (primitív befolyásolhatóság, az antagonista berendezés és inger-reactio közötti aránytalanság) és az akaratlagos reflex-túlzás pilléreire épülnek fel, tanítja *Kretschmer* később. *Reichardt* mindezt csak a hystéria egyik gyakoribb alakjára, a socialis berendezések nyomán (járadék, katonaszolgálat) megnyilvánuló formára fogadja el s szembe állítja vele a másik alakot, a degeneratív-hysteriás character-t, melyet a személyiség kóros felépítettsége jellemez (önzés, többnek látszani akarás, érdekességi vágy, a fantázia túlfelzárkódása, szeszélyesség, abnormis ösztönök).

Midőn ezt a sok nehézséget látjuk, csodálkozunk kell azon, mennyien kezelték hysteriás beteget, mennyien írnak eredményeiről, hányan vannak hivatva hysteriások ezreinek sorsa intézésére olyanok, kiknek tájékozatlanságát és pszichológiai rátermettségük hiányát a betegek újabb betegségi hónapokkal, az állam és a társadalom pedig súlyos anyagi áldozatokkal fizeti meg. Pedig a háború hysteriás résztvevőinek, a rokkant és a rokkanttá még nem nyilvánított ilyen katonák adminisztrációjának ügye, melynek óriási egészségi, gazdasági, erkölcsi, társadalmi, sőt kriminológiai fontossága van, nagy pszichológiai és pathogenetikai átértést kíván. Lássuk most, helyesen bánik-e el az állam az ő neurotikusai-val, ismeri-e az intézkedésre hivatott, hogy mi is az a hystéria?

Nem kétséges, hogy a traumás neurosis fixálódó alakja és a hystéria között semmi különbség nincsen. A hysteriás ember ingerlékeny képzeltkörének elemeit máskor egyéb kedélyi izgalommal, most a háborús eseményekkel hozza kapcsolatba, s theatralis hajlandóságának megfelelőleg a leghatásosabb momentumokat keresi ki hysteriás reakciója jogcíméül. Máskor a vasuti szerencsétlenséget, most a gránát-robbanást. Reakcióját „idegshock“-nak nevezi a megértő és rokonszenvező társadalom s ő most már él ezzel a rokonszenvvel, sőt követelődzik, hiszen neki idegshockja van, neki percentekre taksált rokkantság jár. Egy műszó, a mely orvosi ajkáról indult el, mire a hysteriások társadalmába kiszivárog, így válik jogcíméül az újabb megbetegedésre. A háborús hysteriák kapcsán újabb nézetek vetődtek fel orvosi körökben, a trauma és a neurosis közötti szoros összefüggés egyre többek nézetévé vált. És ime a hysteriások társadalma mindezt hamar megértette, hamar magáévá tette. Sőt fordított egyet a dolgon, nem a traumához kapcsolt ezután már hysteriás tüneteket, hanem fordítva, minden hysteriás körképhez retrograd módon keresett és talált egy traumát, többnyire az ominosus légnyomást. Ma azután jönnek a háborús hysteriások és a leghajmeresztőbb traumákról értesülünk és hinnünk kell. Különbben lemosolyog bennünket a beteg, vagy rosszakarattal vádol. Pedig a traumának és a neurosisnak ez a kapcsolata sokszor egészen önkényes, sőt az lehet teljes jóhiszeműség mellett is. Ezt bizonyítja két esetünk, melyet a 2. számú körletkórház engedelmével közölhetek. A beteg neurosisá mögött itt mindkét esetben rendkívül súlyos szervi elváltozások bújnak el, mikről a betegnek tudomása nincs. Kapva kap a tömegsuggestion által sanctionált idegshock fogalmán, egész fellépése, panasza mind azt akarják elhítenni, csak hogy a várva várt rokkantjáruléknak élvezetébe léphessen; pedig ezt éppen könnyebben is elérhette volna. Ilyenkor csak a vizsgálatlunk és főképpen, nem hangsúlyozhatjuk eléggé, az igen türelmesen, igen részletesen felveendő anamnesis dönti el a kérdést.

1. Cs. D. Biz. jkv. szám 1000/1920. II. Előzmények: Állítólag a fronton egy gránát a levegőbe dobta. Több hónapokig kezelték kórházakban, egész teste kék volt, járni nem tudott. Muzsikuszigány, lüest és potust tagad, feleségének 1 abortusa volt, 5 gyermeke meghalt, 2 él. Először vesebajjal és rheumával került haza a frontról. Jelen állapot: A bal pupilla tágabb, mint a jobb, mindkettő fénymereg, nyelv jobbra deviál, a bal arcideg kissé gyengébb, a baloldali inreflexek kevésbé élénkek, mint az ellenoldaliak, Romberg bizonytalan. Emlékezetgyengülés, fordított sorrendű asszociálásnál nagy kihagyások. Rendkívül izgatottan és önérzetesen beszél idegshockjáról, panaszait élénk színekkel ecseteli.

2. A. M. Biz. jkv. szám 996/1920. II. Előzmények: A front mögött szolgált s miközben ő sétálni volt, egy gránát eltalálta a barakkját. Hazatérve ezen úgy megrémült, hogy kórházba került. Már előzőleg is gyakran félt, hogy baja történik a harcstéren. Feleségének

első házasságából származó valamennyi gyermeke elhalt. Lábaiban évek óta nyilaló fájást érez, álmatlan. Jelen állapot: A pupillák szabálytalanok, fénymereg, alkalmazkodásra kissé reagálnak, csukott szemmel erősen inog, erős dysarthria. Tájékozottsága hiányos, emlékezete gyengült, intelligenciacsökkenés kimutatható, ingerlékeny. Meggyőződése, hogy csupán „idegshockja“ van.

Mindkét esetben megjelenik a beteg, hogy járadékok érjen el. Nem is tudja, hogy olyan súlyos metalueses megbetegedése van, a mely ezt megokolttá teszi. Hiszen az nem ment át a köztudatba, hogy a metalueses tünetek jelentkezésének időpontját a háborús fáradalmak és izgalmak is gyorsíthatják. Ellenben a legműveletlenebb baka is maga körül érzi a „légnyomás“, „megfázás“, idegshock“ suggestív atmosphaeráját. Mi sem természetesebb tehát, mint hogy panaszairól elhítenni önmagával és elhítenni igyekszik orvosával, hogy azok „idegshockból“ származnak, tudja, hogy ezt traumával szokták összekapcsolni, előlránt tehát emlékezetéből egy psychés vagy testi traumát, olyat, a melyik talán mindegyikünket, kik a háborút a veszély körletében küzdöttük végig, nemcsak egyszer, de többször is ért. Ha ilyen traumát nem tud előhozni, konstruál olyat, mint az idézett második esetünk éppen mutatja.

Élénk emlékezetemben marad az az organikus ideg-bajban szenvedő betegem, a ki azzal állított be, hogy remeg, mert idegshockja van, a melyet úgy szerzett, hogy légnyomás érte a fronton. A részletes anamnesis azután kiderítette, hogy az illető az egész háború alatt egy nem offensív hadtestparancsnokság kertjében mint kertimunkás dolgozott, explozióknak közelébe sem került, mindössze egyszer elpukkant a kerti tűzben egy ép gyutacsú üres töltényhüvely s ez elég volt ahhoz, hogy magát idegshockosnak higgye s ezért a légnyomást, ezt a phantastikus fogalmat okolja.

Ezeket az embereket idáig mindenféle módon kezelték s többé-kevésbé, rövidebb vagy hosszabb ideig tartó tünetmentességet értek el náluk, mert hiszen a hysteriás lelki alkatot mással helyettesíteni, a hystériát gyógyítani nem lehetett. Azután psychotherapiás indicióból szabadságolás következett, ezt követte a felülvizsgálat, elbocsátás-számba menő szabadságolás lévélre, egy évre, mikor is újra felülvizsgáló bizottság elé kellett állítani. Mindenki tudta, hogy ez a háttérhez kötött prognózis csak a hysteriás tünetek prolongatióját jelentette, mindenki tudta, hogy egyetlen hysteriás sem akadt, a ki az újabb felülvizsgálat idejére már katonailag használható állapotban lett volna. Az eljárást mégis háborús katonai szükségesség indokolta és a végleges megoldást, a nagy gyógyulást mindenki a háború végétől várta, attól a pillanattól, mikor a hysteriás képzeleti kör izgalmának főforrása, a háborús életveszély és existentia veszélyeztetettsége megszűnik. Joggal hívta fel figyelmünket *Jendrassik* már a háború alatt erre az időpontra. Ez a perc el is érkezett. Igaz, nem olyan formában, mint a hogyan vártuk, nem mint ictus psychotherapeuticus, hanem mint újabb izgalom-átmenet.

Ennek megfelelőleg rengeteg hysteriás egyénen fixálódtak a tünetek, csak hogy az azokat fenntartó timor belli helyébe újabb pathogen képzetek, a járadék biztosításra való törekvés, legújabbban pedig valamilyen újabb katonai eseménytől való aggodás léptek. *Kurt Singer* a háborús izgalmak helyébe lépő betegségfenntartó okok közé a megélhetési nehézségeket, a munkanélküliséget, a rokkant-járulékok eleinte szűk voltát, a hatóságoknak a forradalommal járó tekintélycsökkenését emeli ki. Megjelennek tehát a katonai kórházban és mivel nem tünetmentesek, újabb szabadságolást, járadékkal való újabb ellátást érnek el. Boldogan dugják zsebre a még olyan semmitmondó diagnosist is, csak diagnosis legyen, betegségük prolongatiója sikerült. Gyógyulást a végleges elintézés jelentene számukra, e szempontból legelőnyösebb az lenne, ha negligálhatnánk tüneteiket, negatív lelettel bocsátanók el őket. Ez azonban nem vihető ki, tüneteik orvost-nemorvost egyaránt megállásra készítetnek.

Az irodalomnak egyértelmű megállapítása, hogy minden járadék-hajhászó neurosisnak (és a háborús neurosis mind az, vagy azzá lett a háború befejezte után) egyetlen gyökeres megoldása van és ez az egyszeri végkielégítés. Ez a módszer

a baleseti, ipari stb. eredetű járadékajhászoknál valóban alkalmas eljárás, a tapasztalat bizonyítja. A katonai neurotikusoknál azonban praktikus és pszichológiás okokból nem alkalmazható. Nem alkalmazható először azért, mert olyan nagy tömegű embernek végkielégítéséről lenne szó, a melynek pénzügyi terhét egyetlen állam sem vállalhatná. De azért sem válnék be, mert a magánjogi alapon támadó járadékajhászok és a katonai eredetű járadékajhászok között óriási különbség van. Ha például a baleseti sérült megkapja végkielégítését, abban a pillanatban minden jogviszonya megszűnt a járadékadóval szemben, sem követelni valója, sem kötelessége nincs többé vele szemben. A neurotikus katonát azonban hiába bocsátanak el végkielégítéssel, továbbra is állampolgár marad s mint ilyennek gyógyulása esetére védkötelezettsége továbbra is fennállana, továbbra is obligóban marad a végkielégítést adóval szemben, csak jogai szűntek meg, de kötelezettsége megszüntetésére nincs módja. Ezért ez a módszer itt nem jöhet számításba.

Hirtelen, brüszk, elkedvetlenítő eljárások nem jelenthetnek végleges elintézést, mint *Kurt Singer* kiemeli. Sokkal többet várhatunk olyan eljárástól, a mely lassú átmenetet teremt, mintegy észrevétlenül tereli át a neurotikusok tömegeit a betegségből a gyógyulásba, aranyhidat építvén nekik.

Akkor járunk el megfelelően, ha a megoldást ugyanott keressük, honnét a tünetek erednek, a suggestióban, a közhiedelemben. Idegshock, légnyomás stb. orvosi fogalmak voltak, melyeket a köztudat sanctionált és használatra átadott a neurotikusoknak. Ehhez hasonló közkeletű fogalom az is, hogy idegesség. Ha már most a betegségprolongatio céljából hozzánk tóduló betegeinket úgy intézzük el, hogy kórjelzésül hysteria, traumás neurosis stb. helyett ezt az általában ismert, de keveset mondó kifejezést használjuk, hármasszoros elénk el. Eleget tettünk a beteg betegségi akaratának (*Kretschmer*: Krankheitswille), mert elismertük, hogy beteg, kapott diagnoszt. Eleget tettünk azonban másodszer a reánk bízott államérdek követelményeinek is, hiszen a járadék-kiszabást végző laikus e szó mögött is megérzi, hogy nem súlyos betegséggel áll szemben s így a járadék leszállításával kedvező átmeneti atmoszféra teremt a tünetek lassú, teljes megszűnése felé. Harmadszor azonban igen előnyös psychotherapiás hatást fejt ki a betegre magára. Idegesség, ez olyan diagnoszt, melyet a művelt ember gyakran használ, de annyira általánosnak tartja, hogy nagyon kevés fontosságot tulajdonít neki. És míg a neurotikus fantáziát egyfelől megnyugtatta ez a diagnoszt, most a vele érkező, hozzá kapcsolódott lekicsinyülő suggestio erejével úgy hat rá, mint egy olyan szemüveg, a melyen át a látottak kisebbednek. Ennek tudatában a hysteriás tünetek napról-napra többet veszítenek a beteg előtt is fontosságukból. És ez a végleges megoldás a biztos gyógyulás útja.

Hoffmann a hysteriát kiváltó okok változásának megfelelőleg a következő időszakokat különbözteti meg a kezelés fejlődésében: A kezdeti rendszernélküliséget a háború elején az enyhe békebeli methodusok váltották fel. Ezt követték az „Überrumpelungs“-eljárások, például *Kaufmann*-é. Ezután újra enyhébb methodus, a *Kehrer* és *Berthold*-féle kényszer-gyakorlatoztatás jött divatba. Nézetünk szerint igen alkalmasan csatlakozik ehhez, mint új korszaka a kezelésnek, a fent leírt diagnostikai suggestio.

A rég ismert suggestiv arzenálnak mindössze újabb fegyveréről van szó, de a ki látja a katonai kórházakba még ma is tolongó, hysteriás tüneteket fixáló szerencsétleneket, be fogja látni, hogy minden eszközt meg kell ragadni, hogy végre egyszer lehűtsük ezeket és átmenettel visszavezessük őket a tünetmentesség boldogságába. Ezek a betegek harcolni jönnek a kórházba, harcolnak, hogy tovább is betegek lehessenek, diagnosztért küzdenek velünk orvosokkal. Használjuk fel a diagnoszt suggestiv erejét is arra, hogy használható emberek lehessenek. Ennek a fontosságát akartuk kiemelni. Célunk volt még, hogy a háborús neurotikusok vizsgálatánál a részletes anamnesis fontosságát hangsúlyozzuk és a modern pszichológiás felfogás világánál az ilyen betegekkel foglalkozó nem szakembernek is bepillantást nyujtsunk a betegség lényeg-

gébe s így a betegség sematizáló, túlzottan symptomás diagnoskálásától óvakodjunk. A fixálódott háborús neurosisok nagy száma és gyakori megfordulása a katonakórházak ambulanciáján ad közleményünknek némi actualitást és jogosultságot.

Irodalom. *Kretschmer, Ernst*: Die Willensapparate des Hysterischen. Zeitschr. f. d. Neurol. u. Psychiatr., 1920, 54, 251. — *Birnbaum, Karl*: Der Aufbau der Psychose. Allg. Zeitschr. f. Psychol., 1919, 75, 455. — *Bonhoeffer, Karl*: Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände... Allgem. Zeitschr. f. Psychol., 1911. — *Freud, Sigmund*: Fünf Vorlesungen etc. 1916. — *Kraepelin, Emil*: Psychiatrie, 8. Aufl. — *Jendrassik Ernő*: Néhány megjegyzés a háborús neurosis tanához. Orvosi Hetilap, 1916. — *Martin Reichardt*: Der jetzige Stand der Lehre von der Hysterie. Deutsche mediz. Wochenschr., 1921, 3. sz. — *Kurt Singer*: Was ist's mit dem Neurotiker vom Jahre 1920? Mediz. Klinik, 1920, 37, 951. — *Küppers*: Die Hysterie als Urbild einer regressiven Entwicklung bei parasitärer Lebensführung. Vortrag auf der 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. — *Paul Schuster*: Trauma und Neurose. Lewandowsky's Handbuch der Neurologie. — *Lewandowsky*: Die Hysterie. Lewandowsky's Handbuch der Neurologie, V. — *Wilhelm Neutra*: Seelenmechanik und Hysterie. Leipzig, 1920. F. C. W. Vogel. — *Kugler*: Ein System der Neurose. Kongress f. inn. Mediz. Dresden, 1920. — Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Ref. 1921, 23. köt., 1/2. füz., 197. — *P. Janet*: L'état mental des hystériques. Paris, 1911, II. édition. — *Briquet*: Traite de l'hysterie. 1859. — *R. A. E. Hoffmann*: Über die Behandlung der Kriegshysterie in den badischen Nervenlazaretten. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1920, 55, 144. — *F. Kehrer*: Die Indikation zur aktiven Behandlung. Aus „Dienstbeschädigung u. Rentenversorgung“. von Prof. *Adam*, Verlag Fischer, Jena, 1920.

Kisérleti és statisztikai adatok a bűnöző fiatalok psychopathiájához, különös tekintettel az értelmi fejlettségére.

Irta: *Focher László* dr., idegorvos, kórházi főorvos.

A fiatalok bűnözésének tanulmányozása úgy a társadalom, mint az államegészségtan szempontjából elsőrangúan érdekes, különösen azért, mert a sok ellentétes nézetet kívül a megelőzésére és gyógyítására való törekvéseink gyenge eredményei a legérzékenyebben mutatják, hogy ezen, a társadalmat már aránylagos gyakoriságánál fogva is erősen sujtó lelki rendellenesség ismeretében tudományunk még igen kevésbé haladt előre. A magyar viszonyokra vonatkozó statisztikai adatok tudtommal nincsenek, de aligha leszünk túlságosan sötéten látók, ha a porosz javítóintézetek statisztikáját fogadjuk el jelenlegi standard-mértéknek. *Kraepelin*⁸ szerint a porosz javítóintézetekből (Fürsorgeanstalten) az 1904—1909. évben kibocsátott 8151 növendék közül a kibocsátást közvetlenül követő időben ugyan 69% viselkedett jól, de mire a katonai szolgálat második évébe jutottak, már csak 24%-uk maradt büntetlen. *Wetzel* szerint (idézve⁸-ből) 70 badeni javító növendék közül 13 év múlva csak 24% volt még büntetlen, a mi korántsem jelenti, hogy egyúttal büntetlen is volt volna. Gondoljunk csak a bűnöző fiatalok nők bűnözésének nagy százalékát kitevő „meg nem engedett“ prostituációra, mely semmit sem veszít társadalomellenes mivoltából, ha a fiatalok a korhatárt átlépve, most már „megengedetten“, tehát büntetlenül folytatja azt. S hogy a fiatalok bűnözése, bár erősen külső körülmények hatása alatt, elsősorban mégis a fiatalok egyéni tulajdonságainál fogva jön létre, azt bizonyítja egyfelől az, hogy egyazon körülmények között élő fiatalok, igen gyakran egy család együtt élő gyermekei közül csak egyesek bűnözők, másfelől az, hogy a bűnöző fiatalokban oly elváltozásokat találunk, melyek az ő rendellenes viselkedésüket megmagyarázzák.

A rákospoltai kir. leányjavító-nevelőintézet 1915-ben felvett 166 növendéke közül a súlyos, lázas betegek és a magyarul nem értők kihagyása után maradt 139 növendéket megvizsgáltuk az *Éltes*⁴ által magyarra átvett *Binet-Simon*-féle módszer szerint.* Életkoruk 11—19 év között ingadozott, zömük 15—17 éves volt.

Ezen vizsgálatok szerint a 139 növendék közül:

* A Binet-Simon-féle vizsgálatok nagy részét, minthogy magam csak két-kéthetes harctéri szabadságokra kerültem haza, felkérésre s előzetes begyakorlás után *Lefkovic Janka* f. ö. polg. isk. tanítónő végezte.

I. táblázat.

1-nek, azaz 0.72%-nak intelligenciakora 2 évvel meghaladja életkorát,	
2-nek, " 1.44%-nak " egyezik az életkorával,	
7-nek, " 5.04%-nak " $\frac{1}{5}$ -1 évvel elmarad életkora alatt,	
6-nak, " 4.32%-nak " $1\frac{1}{5}$ -2 " " " " "	
11-nek, " 7.92%-nak " $2\frac{1}{5}$ -3 " " " " "	
57-nek, " 41.00%-nak " 3-6 " " " " "	
55-nek, " 39.56%-nak " 6-nál több " " " " "	

azaz átlag 16 éves egyénekről lévén szó, Binet-Simon értékelése szerint:

II. táblázat.

10 azaz 7.20% értelmileg normális,	
6 " 4.32% " gyengeképességű,	
11 " 7.92% " kórosan gyengeképességű,	
57 " 41.00% " gyengeelméjű,	
55 " 39.56% " súlyosan gyengeelméjű.	

A 139 vizsgált növendék átlagos értelmi elmaradottságának számtani középértéke 5.34 év volt.

A testi egészségnek az értelmi képességgel való összefüggését mutatja a

III. táblázat.
értelmi elmaradottságának számtani középértéke

30 testileg egészséges fiatalok ...	4.26 év
28 tbc.-ban szenvedő fiatalok ...	4.64 " "
9 tonsilla-hypertroph.-ban, aden. veget.-ban szenvedő fk. ...	5.82 " "
46 tbc.-ban és tbc.-s egyéb bajokban is szenvedő fk. ...	5.13 " "
74 lues cong. és e mellett tbc.-ben és egyéb betegségekben szenvedő fiatalok ...	6.19 " "
32 lues congenitában szenvedő fiatalok ...	6.48 " "
139 fiatalok (egészségi állapotára való tekintet nélkül) ...	5.34 " "

A mint látjuk, némely testi betegség erősen lerontja az értelmi képességet. Különösen erősen érzéketlen hatását a veleszületett bujakór, míg a tuberculotikusok értelmi képessége alig rosszabb a testileg egészségesekénél. Ez a táblázat egyúttal azt is mutatja, hogy a veleszületett bujakórnak mily nagy szerepe van a fiatalok bűnözők morbiditásában: 139 fiatalok közül 106, azaz 76.26% szenvedett veleszületett bujakórban, míg a legelterjedtebb népbetegség, a tuberculos, csak 95 fejszámmal, azaz 68.34%-kal szerepelt.

Érdekes, hogy a tulajdon elleni bűnök elkövetőinek átlagos értelmi csökkenése jóval kifejezettebb (6.0 év), mint a sexualis erkölcs ellen vétőké (4.0 év).

Nagyjából hasonló eredményekre jutott Cramer,³ a ki szerint az iskolaköteles kort átlépett züllött fiatalok 54.2%-a debilis-imbecillis; Thoma,¹⁸ a ki szerint a züllött fiatalok 52.58%-a psychopatha; Toppel (idézve Thoma után), a ki szerint 70.16% psychopatha (legnagyobb részben debilis) és elmebeteg; Schnitzer,¹⁶ a ki szerint 51.17% gyengeelméjű idiota; viszont Mönkemöller⁹ csak 37% csökkent értékű (túlnyomóan debilis, imbecillis és elbutult) egyént talált az iskolaköteles korú „Fürsorgezögling“-ek között. Révész Margit¹⁴ vizsgálatai szerint is az erkölcsileg züllött fiatalok átlaga értelmileg a normálisok mögött marad.

Mönkemöller a züllött fiatalok testi egészségére vonatkozólag is jobb statisztikát ad az enyémmél, a mennyiben ő csak 6.28% scrophulotikus, 0.67% (!) csúcsurutos, 1.52% lues congenitas gyermeket talált; igaz, hogy e mellett 70.45% (!) általános lymphadenitist (?) említ.

Hogy a német szerzők úgy a testi egészség, mint az értelmi elmaradottság tekintetében általában kedvezőbb eredményre jutottak, könnyű magyarázatát leli a növendékanyag és a vizsgálati módszer különbözőségében; nevezetesen míg az általam vizsgált 139 fiatalok kivétel nélkül bűnöző, sőt többnyire visszaeső vagy halmozatos bűnöző volt, addig például a Cramer értelmességi statisztikájának alapjául szolgáló „Fürsorgezögling“-eknek csak 77%-a volt bűnöző, a többi csak elhagyatott. A mi pedig Mönkemöller csekély számú tuberculos és lues congenita melletti 70.45% általános lymphadenitist illeti, mi az ily „általános lymphadenitis“-ek specifikus okát minden rendelkezésünkre álló klinikai és serologiai módszerrel kerestük és meg is találtuk.

Igen feltűnő a törvénytelen gyermekek aránytalan nagy száma a bűnöző fiatalok között. A 139 növendék átlagos életkora 16 év. A magy. kir. központi statisztikai hivatal lekötelező közlése szerint az 1915-ben 16 éves 1899-es év-

folyambeli leánygyermeknek 9.4%-a volt törvénytelen. Ez a százalékos előfordulási szám különben az 1897—1900. évekre is közel állandó. Ilyen arányban kellene tehát a 139 vizsgált növendék között is a törvényteleneknek szerepelni, ha a törvénytelen születés nem lenne rossz előjele a későbbi erkölcsi fejlődésnek. Ezzel szemben azt látjuk, hogy a törvénytelen gyermekek 20%-kal, vagyis százalékos arányszámuk 2.12-szeresével szerepelnek. A törvénytelen gyermekek nagy százalékos előfordulása a fiatalok bűnözők között semmiesetre sem tekinthető véletlennek, mert Mönkemöller még a német javítóintézeti növendékek között is csaknem ugyanennyi százalék (20.37%) törvénytelen fiatalokot talált.

Az egyes bűnök abszolút és százalékos előfordulási számát a törvényes és a törvénytelen gyermekek között a IV. táblázat mutatja.

IV. táblázat.*

A bűnözés neve	A törvényesek				A törvénytelenek			
	között előfordul	összbűnözésének %-a	bűnözési %-a az összes bűnözők között	hány-szorosa D ₁ a törvényesek arányszámának (90.6%)	között előfordul	összbűnözésének %-a	bűnözési %-a az összes bűnözők között	hány-szorosa D ₂ a törvénytelenek arányszámának (9.4%)
A	B ₁	C ₁	D ₁	E ₁	B ₂	C ₂	D ₂	E ₂
Prostitutio ...	33	39.28	80.48	0.87	8	32	19.52	2.07
Szemérmellen viselkedés ...	3	3.57	75.0	0.82	1	4	25.00	2.65
Közveszélyes munkakerülés ...	2	2.38	100.0	1.10	—	—	—	—
Csavargás ...	8	9.52	72.72	0.80	3	12	27.28	2.90
Összbűnözés sexualis területen ...	46	54.75	77.77	0.85	12	48	23.23	2.47
Lopás ...	32	38.08	74.11	0.82	11	44	25.59	2.72
Csalás ...	2	2.38	66.66	0.73	1	4	33.33	3.54
Orgazdaság ...	1	1.19	100.0	1.10	—	—	—	—
Sikkasztás ...	1	1.19	50.0	0.55	1	4	50.0	5.31
Betörés ...	1	1.19	100.0	1.10	—	—	—	—
Jogtalan vagyonszerzésre irányuló össz-bűnözés ...	37	44.03	74.0	0.82	13	52	26.0	2.76
Gyujtogatás ...	1	1.19	100.0	1.10	—	—	—	—
Összbűnözés ...	84	99.97	77.06	0.85	25	100.0	22.93	2.43

A táblázatnak „B₁“ és „B₂“ oszlopa az „A“ oszlop ugyanazon sorában feltüntetett bűnnek a törvényes, illetve törvénytelen gyermekek közötti abszolút előfordulási számát tünteti fel; a „C₁“ és „C₂“ oszlop azt mutatja, hogy ezek a bűnök a törvényesek, illetve a törvénytelenek összes bűneinek hány százalékát teszik; a „D₁“ és „D₂“ oszlop azt fejezi ki, hogy az egyes bűnfajokban bűnös fiatalok között hány százalék a törvényes és hány a törvénytelen, míg azt, hogy ez a százalékszám hány-szorosa a vizsgált növendékek születési évében született valamennyi törvényes, illetve törvénytelen leánygyermeknek az ugyanazon évben született összes leánygyermekhez viszonyított százalékának (90.6% a törvényesekre, illetve 9.4% a törvénytelenekre vonatkozólag), azt az „E₁“, illetve „E₂“ oszlop mutatja.

E táblázat szerint a törvényesek között a sexualis bűntettek, a törvénytelenek között pedig a jogtalan vagyonszerzésre irányuló bűnök voltak túlsúlyban a javítóintézeti növendékek között. A mint az a törvénytelen gyermekeknek a javítóintézeti növendékek közti aránytalan nagy számából (20% az átlagos 9.4% helyett) várható is volt, az „E₁“ rovat messze túlnyomóan valódi történeteket, az „E₂“ rovat 2—5 ig terjedő egész számokat tartalmaz, vagyis a törvényesek rendszerint kisebb, a törvénytelenek pedig jóval nagyobb arányban vesznek

* A IV—XI. táblázatban (görbében) különböző számú növendék van feldolgozva, a szerint, hogy a szóbanforgó tábla összeállítására alapul szolgáló viszonyokat hány gyermekben sikerült megállapítani.

részt a bűnözésben, mint a hogy az a törvényesek és törvénytelenek közötti átlagos aránynak: a 90:6:0:4-nek megfelelné.

A szülők elvesztésének a bűnözésre való hatását mutatja az V. táblázat.

V. táblázat.

A bűnözés neve	Az apátlan árvák		Az anyátlan árvák		Mindkét szülőjét veszített árvák	
	között előfordul	összbűnözésének % ^o -a	között előfordul	összbűnözésének % ^o -a	között előfordul	összbűnözésének % ^o -a
a	b ₁	c ₁	b ₂	c ₂	b ₃	c ₃
Prostitutio	8	36:36	7	41:17	3	42:85
Szemérmetlen viselkedés	—	—	—	—	1	14:28
Közveszélyes munkakerülés	—	—	—	—	—	—
Csavargás	4	18:18	1	5:38	1	14:28
Összbűnözés sexualis területen	12	54:54	8	47:05	5	71:42
Lopás	8	36:36	7	41:17	2	28:57
Csalás	1	4:54	1	5:88	—	—
Orgazdaság	—	—	1	5:88	—	—
Sikkasztás	—	—	—	—	—	—
Betörés	1	4:54	—	—	—	—
Jogtalan vagyonszerzésre irányuló összébűnözés	10	45:45	9	52:93	2	28:57
Összbűnözés	22	100:0	17	99:98	7	99:99

A táblázat „a”, „b” és „c” oszlopai a IV. táblázat „A”, „B” és „C” oszlopainak felelnek meg azzal a különbséggel, hogy az 1-gyel jelzett kisbetű e táblázatban mindig az apátlan, a 2-vel jelzett az anyátlan, a 3-mal jelzett pedig a mindkét szülőjét elvesztett árvákat jelöli. A mennyire ily kis statisztikából következtetni szabad, az apa elvesztése hajlamosít leginkább a sexualis természetű bűntevésekre. Ugyanily értelemben látszik bizonyítani a VI. táblázat is.

VI. táblázat.

A bűnözés neve	Fiatalkorúak, kiknek apjuk házon kívül foglalkozik		Fiatalkorúak, kiknek anyjuk házon kívül foglalkozik		Fiatalkorúak, kiknek apjuk-anyjuk házon kívül foglalkozik	
	között előfordul	összbűnözésének % ^o -a	között előfordul	összbűnözésének % ^o -a	között előfordul	összbűnözésének % ^o -a
a	b ₁	c ₁	b ₂	c ₂	b ₃	c ₃
Prostitutio	10	45:45	5	33:33	8	66:66
Szemérmetlen viselkedés	—	—	—	—	—	—
Közveszélyes munkakerülés	1	4:54	—	—	—	—
Csavargás	2	9:08	1	6:66	—	—
Összbűnözés sexualis területen	13	59:07	6	40:00	8	66:66
Lopás	7	31:81	8	53:33	4	33:33
Csalás	1	4:54	—	—	—	—
Betörés	—	—	1	6:66	—	—
Jogtalan vagyonszerzésre irányuló összébűnözés	8	36:35	9	60:00	4	33:33
Gyújtogatás	1	4:54	—	—	—	—
Összbűnözés	22	99:96	15	100:0	12	99:99

A VI. táblázat rovatai az V. táblázatban levőktől abban különböznek, hogy itt az 1-gyel, 2-vel és 3-mal jelzett kisbetűk azokat a gyermekeket jelölik, kiknek apjuk, anyjuk vagy mindkét szülőjük házon kívül dolgozik.

(Folytatása következik.)

A krasnojarski prophylaxisos typhus-oltás.

Irta: *Bóna Andor* dr., orvos-százados.

A különböző újságokban megjelent, némi valót és sok költészetet tartalmazó cikkeket olvasva, nem mulaszthatom el, hogy hazaérkezésem után néhány szóval említést ne tegyek a fogolytáboromban történt szomorú végződésű oltásról.

A Szibériában levő hadifogolyorvosokat állandóan foglalkoztatta az a gondolat, miként lehetne a táborokat az ott gyakori kiütéses typhusjárványok ellen megvédeni. Minden odaérkező orvosi újságot különösen e végett tanulmányoztak.

1919 decemberében *Bélai* dr. osztrák orvos egy német nyelvű orvosi lapot mutatott, a melyben egy francia szerző a tunisi, algiri és törökországi járványok alatt végzett prophylaxisos oltások eredményeiről számolt be és az egész eljárást részletesen ismerteti. A szerző szerint a hetednapos betegből veszünk vért. A hetedik napot azért ajánlotta, mert szerinte ebben az időben a legvirulensebb a kórokozó. A vért platin-kacscsal defibrinálja és az így nyert serumot 56°-on egy óra hosszat inaktíválja. Az inaktívált serumból (a melyben a szerző szerint az előtt kórokozók vannak) először 1 cm³-t, négy nappal az első után 2 cm³-t, a harmadik oltásnál a másodiktól számított egy hét múlva 3 cm³-t ad. A cikk hatása az ottani orvosok közt igen élénk vitára adott alkalmat, a melyet a cikk előmutatója, *Bélai* dr., azzal fejezett be, hogy ő hajlandó a „Versuchskaninchen” szerepére. Természetesen az ottani orvosok (6 magyar, 6 osztrák, 5 török) és medikusok feszült figyelemmel kísérték a vállalkozást, minthogy a járvány mind nagyobb méreteket öltött. Az első oltás után még hőemelkedést sem észleltünk, mire a másodszeri oltáskor már négy medikus is vállalkozott s miután náluk is a legnagyobb hőmérsék 37 és néhány tized volt csupán, az összes medikusok és orvosok, a typhust már kiállottak kivételével, beoltatták magukat. Az oltóanyagot az ottani fogolykórházban felállított laboratóriumban készítette *Bélai* dr. és *Orbók Béla* orvostan-hallgató. A sterilisatort az ő utasításai szerint egy bádigos készítette, a hőt petróleumlámpa szolgáltatva. A végzett kísérletek szerint ez a készülék elég pontosan működött. Az inaktíváló oltóanyagot egy messzebb fekvő kórházból hozták, eleinte vattába takarva, nehogy a 25—30 R°-os hidegben megfagyjon. A hiba ott történhetett, hogy az oltóanyagot később elmulasztották vattába takarni s így az teljesen fagyott állapotban került a fertőtlenítőbe. Ezt a fagyott anyagot vízfürdőbe állították, a melyben a hőmérő is állott. A hőmérő természetesen az oltóanyag hőfokát nem mutathatta, a jeges oldat oldásának idejével pedig nem számoltak, mert ezt is ugyanannyi ideig hagyták a desinfectorban, mint a nem fagyott oltóanyagot. Így történhetett, hogy az első időben végzett oltások majdnem reactionmentesek voltak. A később végzett oltások egy része ugyancsak kis reakciókkal folyt le az oltottak egy csoportján, míg a másik csoport súlyosan megbetegedett. Összesen 70 oltást végeztek. Az oltottak közül 15-en kisebb reakcióval estek át. A tünetek főfájás és derékfájás, hőemelkedések 38°-on felül pár tizeddel; 4—5 nap után teljesen jól érezték magukat. Ezek a járvány alatt sem betegedtek meg, egy ápoló kivételével, a ki az utolsó oltástól számított 3 hónap múlva betegedett meg teljesen typhusos lefolyású kiütéses typhusban és kigyógyult. Ez bizonyíthatná, hogy az oltás 3 hónapi immunitást ad. Az oltottak másik része az oltás után 5—10 napra magas lázzal, főfájással, a typhusos kiütéses typhus tüneteivel betegedett meg. Az oltás helye mindeniken megduzzadt és fájdalmas volt, a kiütés pedig a 3—6. napon jelentkezett. Kétféle typhusú kiütést láttam: részben túlnyomó számmal kiterjedt lencsényi, eleinte kissé kiemelkedő, egyenetlen szélű, kezdetben piros foltokat, a melyek 2—3 nap múlva szilvakékké váltak és már nem emelkedtek ki; másrészt kölesnél valamivel nagyobb kiütéseket.

Tapasztalati megfigyelés szerint az első typhusú esetekben nagyobb százalék volt az összes járványok alatt a halálozás.

Az oltottakon majdnem kivétel nélkül az első typhusú kiütést észleltem. Az oltott esetek közül 4-ben már a meg-

betegedés *első napján* ájulás jelentkezett, sőt 3 esetben a pulsus oly filiformis és celer volt, hogy kámfort kellett adni. Ez utóbbi esetek mindegyikében súlyos szívelégtelenség fenyegetett elejétől kezdve. Az esetek már a megbetegedés első napjától a legsúlyosabb benyomást keltették. Közülök egy a megbetegedés 7. napján hűnyt el. A láz állandóan 40° körül, a 4. naptól állandó deliriummal. A pulsus kicsi és szapora, digalena és kámforra nincs észrevehető hatás. Sőt az ottani tapasztalatok szerint naponta $2 \times 500 \text{ cm}^3$ konyhasós infusio sem változtat a pulsus teltségén. Néhány esetben a láz a megbetegedés 9. napján subnormalisra esett le (35.3°), a pulsus megmaradt filiformis és irregularis, a digalena, a melegítés, továbbá a szivre ható összes szerek teljesen hatástalanok, a beteg apathiás, kérdésekre reagál ugyan, de nem tiszta öntudattal. Vizeletét és székét az ágyba eresztí. Táplálékot, amely Stokes-mixturából és cognacos tejből állott, csak nagynehezen vesz magához, közben észlelhető, hogy a garatizmok részben bénultak, mert nagy nehézséggel és erőlködéssel történik a nyelés, a táplálék egy része pedig az orron át ürül ki. Ez a beteg 19 napig volt így életben, naponként $2 \times 500 \text{ gr}$. infusiót, 3×15 csepp digalenta kapott 5 napig, majd 6 napi szünet után (a digalena-pausa alatt coffein- és kámfor-injectiók) újból digalenta. Hasonló lefolyású volt még tíz eset.

Az oltottak másik részén a lefolyás teljesen megfelelt a súlyos, de typosos lefolyású typhusnak, azonban a krízis, amely az ottani járványokban a 16. napon gyakran láttunk, ez esetekben elmaradt és nagyon (a 22—26. napig) elhúzódó. 38.7° -ig emelkedő esti hőmérsékkel járó lysissel fejeződött be a betegség. A pulsus egészen 160-ig, sőt egy gyógyult esetben 176-ig emelkedett. A reconvalescentia alatt is voltak még hosszú ideig kisebb, 37.6 — 38° -os hőemelkedések. Egy idősebb kartárs, a kinek nagyfokú arteriosclerosis volt, az egész alfelre kiterjedő gangraenát kapott thrombosis következtében a 9. napon. Ez a beteg alig delirált és ezen gangraenából származó embolia okozhatta a 11. napon beállott hirtelen halálát. A halálozási százalék körülbelül az 1914—15. évi járvány halálozási százalékának felelt meg (körülbelül 25%). Megjegyzem, hogy az oltottak közül hat 40 éven felüli volt, e korban pedig rendes fertőzés esetében is komoly a prognózis.

A prophylaxis oltás, bár szerencsétlenül végződött, mindazonáltal hasznos volt az orvosi tudományra, mert beigazolta, hogy a kórokozónak nem kell tetűben vagy más élősdiben átalakulnia, hogy fertőzőképesse legyen (mint a malaria plasmodiumának az anopheles mirigyeiben), hanem directe átvihető a beteg vérével.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XV. rendes tudományos ülés 1921 május 7.-én.)

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

Bosányi Andor: Adams-Stokes-betegség 5 éves gyermekben.

$5\frac{1}{2}$ éves fiúcskát mutat be, kin a Morgagni-Adams-Stokes-betegség szindrómája klasszikus formában van jelen. Időnként teljes eszméletlenséggel járó, 2—3 perczig tartó epileptiformis görcsök jelentkeznek teljes pulsus-szüneteléssel. A pulsus a rohammentes időben is állandóan 34—38 között van. Az állapot mintegy 6 hete áll fenn. Az elektrokardiogramm világosan mutatja az atrio-ventricularis dissociációt (teljes szívblok): két-két pitvarlengésre esik mindenütt egy-egy kamralengés. Az ok legnagyobb valószínűsége szerint a His-köteg elváltozásában keresendő; hogy ezt mi idézte elő, nem volt megállapítható. A Wassermann-reactio negatív. A gyermeknek diphtheriája vagy más fertőző betegsége előzően nem volt.

Ángyán János: Két éves gyermekben észlelt hasonló megbetegedést.

Holitsch Rezső: Kis Röntgen-adagokkal gyógyított emlőrák.

Révész Vidor: Feltéve, hogy a *Holitsch* bemutatta beteg valóban tartósan gyógyult, az eset nem sokat bizonyít, mert azt sem mondta meg az előadó, hogy eddigi Röntgen-ténykedése alatt hány hasonló esetet kezelt

és azok közül hány gyógyult meg tartósan. Hozzászóló feltétlenül hisz a „Reizdosis“-ban, mert eddigi 12 esztendő Röntgen-tevékenysége alatt számtalan esetben látta — és bizonyára minden gyakorlóorvos ismer gyakorlatából hasonló eseteket —, hogy a carcinoma-recidiva vagy az inoperabilis carcinoma a besugárzás után hirtelen megnövekedett vagy metastasist okozott. Különösen a gynaekologusok tapasztalhatták ezt sokszor. Szórványos gyógyulást ő is látott, de általában több bajt, mint gyógyulást.

Rothbarth László: 15 éves leány kórtörténetét ismerteti. A betegnek férfikölnyi malignus daganata volt (sarkóma) a jobb pectoralisban. Az április 15.-én végzett műtét alkalmával mirigyek nem voltak találhatóak. A beteg nem vetette magát alá az ajánlott Röntgen-therapiának. Június 28.-án újabb műtét a hatalmas axillaris és supra-infraclavicularis mirigymetastasisok miatt, melyek a kart 45° -os abductióban tartották. Sok mirigy bennmaradt (összenövés miatt az art. et vena subclaviával, axillaris-szal). Röntgen-therapia kezdete június 5.-én 3 mm. aluminiumon keresztül a mellre, a fossa axillarisba részben hátulról. A beteg a Röntgen-kezelést igen rosszul tűrte, 4—5 napi hányással reagált. Az eredmény jó volt, az illető egy év óta teljesen jól érzi magát, tünetmentes, 15 kilót hizott.

Elischer Gyula: Saját tapasztalataival megerősítheti *Holitsch* eredményeit. Csak az utóbbi időből való, nagyon feltűnő eredményt adott esetről számol be, melyben az egyik mellkasfelet teljesen infiltrált carcinoma ma már nem mutatható ki. A carcinomák Röntgen-kezelésének, a mióta a technikáját különösen a freiburgi és erlangeni iskola rendszeresen kidolgozta, máris nagy jelene van és még nagyobb jövőnek néz elébe. A vita folyamán felhozott ingerlőanyagokra nézve csak annyit óhajtna megjegyezni, hogy azok határa, illetőleg hatása még nagyon problematikus. A Röntgen-therapiának egész fejlődési menetét saját tapasztalataiból ismeri és emlékeztet arra, hogy körülbelül 15 év előtt *Engel*-lel együtt e helyen mediastinalis tumor eseteit mutatta be, a melyeket a Röntgen-therapia első idejében, a midőn mérőeszközök még nem állottak rendelkezésre és a Röntgen-készülékek teljesítőképessege is még elég alacsony fokon állott, az akkor általánosan használt módszerrel kezelték, mely a készülék bizonyos megterhelése mellett 6—10 perczig tartó besugárzások sorozatából állott. Az esetek közül 2 boncolásra került, a mikor is a daganat helyén tiszta hegszövet volt található, melyben daganatsejtek már egyáltalában nem voltak kimutathatók. Az ilyen kis adagokkal kezelt esetek gyógyeredménye az ingerlőanyagok káros hatása ellen látszik szólani.

Mutschenbacher Tivadar: A mellkas ürös chondrosarkomája.

Az 58 éves férfibeteg mellkasának bal oldalán 24 év előtt elszenvedett bordazúzódás helyén keletkezett körülbelül diónyi térfogatnagyságú daganatból fejlődött ki az a daganat, melyet jelenleg itt a műtét után mutat be.

A daganatnak ritka nagyságán, a kiirtására szolgáló műtét technikai nehézségein kívül érdekességet kölcsönöz a daganat természetére, mely mint cystásan elfajult chondroma a Virchow-féle felfogás értelmében évtizedekig szerepelt a pathológiában mint kórokozó a csontcysták fejlődésének magyarázatára. A daganat typosos alkata dacára infiltratív növekszik és a vénák útján áttételekre felette hajlamos. A határt a jó és rosszindulatúság között megvonni igen nehéz. Már *Virchow* megmondta: „Der schöne Traum von der absoluten Gutartigkeit des Enchondroms ist zu Ende; eine schlimmere Art von Dissemination als bei diesen Tumoren kommt auch beim Krebs nicht vor.“

A kiirtott 2050 gr. súlyú daganat hosszúsága 18, szélessége 16, magassága 14 cm. Alapjával be van ágyazva 3 borda csontos és porcós részébe, mely porcós részeken a sternocostalis izmfelszínnek jól láthatók. Metszslapján a széli része porcra emlékeztető, szorosan egymással összekapaszkodó csomókból áll, melyek azonban a közép felé mindinkább egybeolvadnak és sárgás színt öltenek, kissé puhább tapintattal. Belső több kisebb és egy gyermekkölnyi elágazódó, egyenetlen, síma falú ür, melyek sárgás, nyálkás folyadékot tartalmaznak. Az alapjához közel az egyik borda közelében diónyi kemény meszes csomót találunk. A daganat alapját alkotó bordákat bevonó falú pleura a daganatnak körülbelül ökölnyire bedomborodó részével szorosan összefügg. A műtét folyó évi április hó 26.-án Roth-Dräger-féle kombinációs apparátussal végzett túlnyomásos narcosisban történt körülbelül 5 mm. kénes-nyomásnak megfelelő túlnyomással. A bőrmetszés ívalakban került meg az emberfejnyi daganatot, úgy hogy a Mohrenheim-árokotól az emlő körüljárásával félkör-alakban a bal sternalis vonalban végződött a félkör-alakú, felső alappal bíró széles lebeny. A lebeny felpraeparálása alkalmával a daganaton szétterülő és elvékonyodott pectoralis izomzatot a mennyire lehetséges a bőrlebenyvel

összefüggésben hagyjuk. Ezután az elülső hónaljvonalban a III.—V. bordát és a bordaközötti izomzatot a bordaközötti verőerek lekötése után átvágva, a daganatot a mellkasfalból kezdjük kigördíteni. A daganat belső felszínén a fali pleura lemeze oly szívósan van összetapadva, hogy lefejtése nem sikerül és így a daganattal együtt a mellhártyát is kiirtjuk. Így a bal mellkasfél és a mediastinum körülbelül négy tenyérnyi területen megnyílik. A tüdő a túlnyomás következtében nem kollabál, a légzés typusa s a pulsus száma nem változik. A daganatnak sternalis végén a belső felszínen fut az arteria és vena mamma interna, melyet kettősen lekötünk. A bedomborodó daganat a szívet jobbra tolja, a kiemelés után a szív rendes helyét újra elfoglalja. A rekeszt, a tüdőt, a mediastinum lemezét átvizsgálva, sehol metastasist nem találunk. A mellkasfalon létrejött hiányt pótolandó, a kilégzés alatt előnyomuló tüdő bal lebenyét csomós varratokkal a pleura szegélyéhez odavarrjuk és a bal mellkasfelet, valamint a bőr alatt fekvő szívburkot a bal tüdővel fedjük. Ezután a bőr-izomlebenyt egy elsüllyesztett catgut-varratsorral a bordaközötti izomzathoz öltve *Sauerbruch* szerint, a bőrsebszéléket 3. rétegben szorosan légmentesen varrjuk és nyomó kötést helyezünk a sebvonalra.

A körlefolyás síma. Az első napokban subfebrilis hőmérsék, kevés nyálkás köpet, mely minden dyspnoë nélkül könnyen ürül. A 3. napon a beteg felkel. A lebeny felső zúgában a bevarrt levegőtől tallérnyi területen subcutan emphysema fejlődött, egyébként a bal tüdő funkciója kifogástalan. A lebeny alsó szélén a szoros bőrvarrattól körülírt sebszél-necrosis keletkezett.

Az operált esethez hasonló kiterjedt mellkasfal-resectiók a nyomáskülönbségen alapuló műtéti eljárás nélkül alig operálhatók, nem annyira a féloldali pneumothorax és az azzal járó utólagos fertőzés veszélye miatt, mint inkább a mediastinum kiterjedt megnyitásával járó és az ellenkező mellkasfélre végzetesen ható mediastinum-lebegés veszélye miatt. Még a *Sauerbruch*-technikával végzett műtéteknek is *Amburger* összeállítása szerint körülbelül 30% a közvetlen műtéti halálózása.

Hüttl Tivadar: Körülírt ostitis fibrosa cystica.

Ismereteink az ostitis fibrosát illetőleg *Recklinghausen* óta alig bővültek. Ennek oka egyfelől abban keresendő, hogy a betegség kóroktana még ma is homályos, másfelől, hogy az ostitis fibrosa klinikai képe alatt különböző kórbonczati elváltozások mehetnek végbe a csontban és ezek legnagyobb változatosságban keveredhetnek egymással. A kóroktani tényezőknek és ezen kórbonczati folyamatoknak rövid ismertetése után 11 éves fiút mutat be, a ki csekély sérülés után a jobb felkarcsont törését szenvedte el és a körülírt ostitis fibrosa cysticának szokatlan alakjával vétetett fel 1920 december 1.-én az I. számú sebészeti klinikára. A betegségre a pathológiás törés hívta fel a figyelmet. Érdekessége abban állott, hogy a felkarcsont diaphysisén 10 cm. hosszú darabon nagyfokú csonttrikulálás volt látható, elszórtan a csontban fekvő, akár kismogyorónyi üregek között.

A bemutató a betegen műtétet végzett. Subperiostalisán reszekálta a felkarcsont kóros darabját és helyére a fibulának egy darabját ültette át, csonthártyával együtt. Elsődleges sebgyógyulás mellett a felkarcsont visszahagyott csonthártyája részéről oly rohamos csontképződés indult meg, hogy 5 héttel a műtét után a beteg functioképes végtaggal gyógyultan volt elbocsátható a klinikáról. Vetítve mutatja be az esetről készült Röntgen-képeket és a szövettani metszetek után készült rajzokat.

Verebély Tibor: A csontcystákról.

Egy a közelmúltban operált esete kapcsán összefoglalja 28 csontcysta-műtete és kórbonczati vizsgálata alapján szerzett tapasztalatait a csontcystákról. Az operált eset 12 éves leányra vonatkozik, a kinek bal tompora táján jelentéktelen sérülés után két hónap alatt 1½ férfiökölnyi csontcystája támadt. Minthogy a fokozódó rheumás fájdalmak a gyermek

járását lehetetlenné tették, műtét vált szükségessé, a mely a csonttrikulálás helyén savós csontüreget mutatott ki. Az üregbe a két sípcsontból kivésett hatalmas csontgerendát ültetett, a mely körül az üreg megmaradt részét a fartájékról vett zsírszövettel töltötte ki. A gyógyulás zavartalanul folyt le.

A csontcysták kérdését az újabb vizsgálatok két irányban: röntgenologice és kórboncztanilag elemezték. A Röntgenképeken a csontcysta helyét a csonthiány fogalma foglalta el, melynek pontosabb tanulmányozása az esetek egy részében ma már a közelebbi körjelzést is lehetővé teszi. A kórbonczati vizsgálatok fontosabb mozzanatai *Virchow* (1876), *Recklinghausen* (1892), *Mikulicz* (1904), majd újból *Recklinghausen* nevéhez fűződnek (1910). Mind e vizsgálatok oda irányultak, hogy a csontcysták közül egyik-másik csoportot valódi csontcysta néven szembeállítsanak a többivel, vagy pedig hogy a cystaképződés egységes magyarázására valamelyes kórbonczati vagy kórszövettani elváltozást találjanak.

A maga részéről azt tartaná helyesnek, ha a csontcysta fogalmának meghatározásakor a régi bonczati meghatározásra térnénk vissza, a mely szerint csontcysta minden a csontrendszerben fejlődő olyan üregképződés, a melynél az üregképződés uralkodik a kórképen. Ilyen értelemben tesz különbséget például cysta chondromatosum és chondroma cysticum között stb. A felosztás alapelveül a cysta tartalmát ajánlja s e szerint véres, zsíros, savós és vizes (hydatidosus) cystákat különböztet meg. De a további osztályozása a savós üregeknek is szükséges, a melyeknek egyik csoportját rendszer- (systemás) betegségnek, másik részét pedig egyedülálló (solitaer) cystának tartja. A solitaer savós cystákat callusos, osteoperiostealis, dysplastikus és neoplastikus csoportra osztja. A dysplastikus cysták egyszerű rostos és óriássejtes üregekre, a daganatosak pedig lágyulós (colliquatiós) és elválasztásos (secretiós) üregekre oszthatók. Valamennyire vonatkozó példák felsorolása után általánosságban tárgyalja azt az általános kérdést, hogy 1. mennyiben jogosult a csontcysta névnek általánosítása, illetőleg lefoglalása a csontcysta bizonyos fajára; 2. indokolt-e a csontcysták képződésének magyarázatára egységes csontfolyamat keresése s végre 3. hogyan alakul a gyakorlatban a csontcysták körjelzése.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A tüdőgümőkór specifikus kezeléséről légzés-gymnastika útján ír előzetes közlemény alakjában *Hofbauer*. A tuberculin-kezelésnek nem egyöntetű eredménye főleg onnan ered, hogy a gümöbacillusoknak nagyon sok alfaja van s az egy alfajból előállított tuberculin nem egyformán hatásos a többi alfajta gümöbacillus okozta megbetegedés ellen. Ez alapon már történtek is kísérletek, hogy magából a betegből tenyésztjük ki minden esetben a gümöbacillust és az ezzel készített tuberculint használjuk az illető esetben. E módszer gyakorlati kivitele azonban rendkívül nagy nehézségekbe ütközik. Helyette *Hofbauer* magában a beteg szervezetben meglévő endogen autotuberculin mozgósítása útján véli elérni a célt. Ez a mozgósítás megfelelő módon adagolt lélekészgyakorlatokkal létesíthető, a melyeknek részleteit legközelebb megjelenendő nagyobb dolgozatában fogja közölni a szerző. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 25. szám.)

Gyomorrák és sarcina ventriculi. Ismeretes, hogy sarcina ventriculi jelenléte a gyomortartalomban inkább jó természetű megbetegedés mellett, és rossz természetű baj, főleg carcinoma ellen szól. *Heissen* vizsgálatai szerint ez onnan magyarázható, hogy rák jelenléte esetén a gyomornedv pusztító hatást gyakorol a sarcinára; úgy látszik, valamilyen specifikus toxikus anyag van a rákban, a mely ezt a hatást kifejti és a mely valószínűleg azonos a *Faust*, *Tallquist* és mások által kimutatott proteolysises fermentummal. Mint-hogy ez az anyag csak a rák kifeléjedése, szétesése alkal-

mával lesz szabaddá, jogosult az a következtetés, hogy ha gyomorrák kétségtelen klinikai tünetei mellett falálunk sarcinát, ez arra utal, hogy a rák még nem fekélyesedett ki s így a műtét eredményessége szempontjából aránylag kedvező még a helyzet. (Archiv für Verdauungskrankheiten, 27. kötet, 3. füzet.)

Sebészet.

A prostatectomia mediana előnyeit a következőkben foglalja össze *Berndt*: 1. A prostatát a legközvetlenebb és legegyszerűbb úton éri el, ennek következtében a legrövidebb idő alatt is; az enucleatiót végző ujj szinte kényszerűleg jut a helyes rétegbe. 2. A prostata külső tokja teljesen sértetlen marad, úgy mint a Freyer-műtét alkalmával, a mi nagyon fontos úgy a vérzés-csillapítás, mint a hólyagcontinentia szempontjából. 3. A prostata külső tokja megmarad természetes összeköttetésében a végbéllel s ezért a végbél megsértése nem fordulhat elő. 4. A vérzés-csillapítás nagyon egyszerű. 5. A műtét a legtöbb esetben helyi (infiltrációs) érzéstelenítés mellett végezhető. 6. Az utókezelés a lehető legegyszerűbb; a beteg már a műtét napján felkelhet, sőt járhat.

A műtét menete a következő: Kómetszés-fektetés jól párnázott műtőasztalon. A gát fertőtlenítése a szokásos módon. Helybeli érzéstelenítés $1\frac{1}{2}\%$ -os novocain-suprareninoldattal (100—150 cm³, először a középvonalban infiltráljuk a bőrt és innen azután jobbra és balra a mélyebb rétegeket; az utolsó befecskendezéseket magába a prostatába végezzük, miközben a tűt a végbélbe vezetett bal mutatóujjakkal ellenőrizzük). Keztyűcsere. 10 perc elteltével megkezdjük magát a műtétet: Dittel-féle vezetősondát viszünk a húgycsőbe és 6—8 cm. hosszú sebet ejtünk a középvonalban, megnyitva a húgycsővet. A szonda vályújába helyezett hosszúnyelű, gombosvégű, domborúelű kést a szondával együtt előretolunk a hólyagba; ezáltal a húgycső egészen a hólyagig felmetsződik. Az eszközök eltávolítása után bal mutatóujjakkal a hólyagig behatolva, tájékozódunk a prostata minőségéről és mékkoráságáról, majd egy keskeny gombos kést tolunk mutatóujjunk mentén az urethra prostaticáig és felhasítjuk a prostatát tokját, még pedig kényelmi szempontból a bal lebenyen, és megkezdjük a prostata kihámózását. A mikor már az egész daganat a hólyag nyálkahártyájáig le van választva, a bal mutatóujj ellenőrzése mellett alkalmas fogóval megragadjuk a hólyagnyálkahártyával való utolsó összeköttetésének megoldása után kihúzzuk. Középnagy (50—70 gramm súlyú) daganatok többnyire egy darabban távolíthatók el. Ha minden hypertrophiás szövet el van távolítva, a mutatóujj kúpjával jól érezhető a hólyag bemenete puha kerek nyílás alakjában. Ebbe négy keskeny (mintegy 2 cm. széles) speculumot vezetünk, egyet felül, egyet alul, egyet jobbról, egyet balról, és köztük puha gummicsovét tolunk a hólyagba és kiöblítjük kevés hydrogensuperoxydot tartalmazó konyhasó-oldattal. Végül vioformgaze-zel körülcsavart, mintegy ujjnyi vastag gummicsovét vezetünk, szintén a speculumok között, a hólyagba, eltávolítjuk a speculumokat, a csövet varrattal a bőrsebhez erősítjük és T-kötéssel látjuk el a sebet. Az ágyban a gummicsovét megtoldjuk olyan hosszú csövel, hogy a vizelet az ágy alatt levő edénybe folyjon. A beteg már a műtét napjának délutánján 2—3 órát ágyon kívül tölt lég-gummigyűrűvel ellátott éjjeliszéken, a melynek edényébe a vizelet beleszorog. A hólyagot a szükség szerint naponként egyszer vagy többször kiöblítjük a fentebb említett oldattal. Még nagyon súlyos hólyaghurutok is többnyire gyorsan javulnak ez öblítések hatására. 8—10 nap mulva eltávolítjuk a csövet s a hólyagot a seben át bevezetett puha cső segítségével öblítjük naponként. Ha a sebcsatorna néhány nap után erősen megszűkült, a penisen át bevezetett, lehetőleg tág kaliberű fémkatheteren át végezzük a hólyag öblítését. A continentia többnyire 8—14 nap alatt áll helyre; ha elhúzódna a helyreállása, farádozunk gyenge árammal, az egyik polust a gátra, a másikat a symphysis fölé helyezve. Némely esetben gyuladós folyamatok okozta, összenövések miatt kissé neheze-

ben megy a kihámózás; ilyen esetekben néha nem elégséges a helybeli érzéstelenítés és a chloraethyl-bódítás is igénybe veendő. (Münchener mediz. Wochenschr., 1921, 24. sz.)

Szülészet és nőorvostan.

A női nemiszervek gümőkóros megbetegedéseit vizsgálta *Kundrat* 66 esetben a bécsi Wertheim-klinikán. 20 alkalommal az összes szerveket megvizsgálta. Sorrendben leggyakoribb a petevezetők, azután a méh és végül a petefészkek megbetegedése. A hashártya 57·8%-ban mutatott gümős elváltozásokat. Górcsövel egyes esetekben nehéz elhatárolni a gümőkóros elváltozásokat egyrészt a rákos elfajulástól, másrészt a gyuladós folyamatoktól. Első alkalommal a nekrotizáló, elhalási folyamat fogja a körjelzést eldönteni. Gümőkórosban a hámsejtek elmosódtak, mintegy pontos sejthatárok nélküliek és nehezen festődnek. Gyuladós folyamatoknál az óriássejtek jelenléte egymagában még nem jellemző a gümőkórosra, hanem ezeken kívül epitheloid típusú kifejtett gümős csomókat kell látnunk. A szövetekben bacillusokat 61 eset közül 30-szor sikerült kimutatni. Az óriássejtek általánosan elfogadott elmélet szerint az epitheloid sejtek egybeolvadásakor jönnek létre. *Wakabayashi* vizsgálatai szerint ellenben mint önálló élő sejtek, különleges magoszlási folyamatok következtében nyerik alakjukat és a sejttestben található úgynevezett központi testecske játszik fontos szerepet a gümőkóros folyamatokban. A plasmasejtek, melyeknek haematogen vagy histogen eredetét eldönteni még nem sikerült, leggyakrabban a petevezetőből készült készítményekben voltak láthatók. Itt-ott vacuola-képződést és rögzös protoplasmaalakot is mutattak, a mely alak *Krompecher* szerint már elfajulási jelenség. A plasmasejtek sorsa a pusztulás. *Krompecher* és *Pappenheim* részleges kötőszöveté váló átalakulást is talált. Végeredményben a plasmasejtek, a melyek a szövetekben mindig gyuladások kapcsán jelennek meg, a gümős elváltozásokban döntő szerepet nem játszanak.

A gümőkór szövődött: féregnyúlványlabbal 2, myomával 6, adenomyometritissel 2 és méhrákkal 1 esetben. A myomával való szövődmény tehát, a mikor is a méhnyálkahártya minden alkalommal gümős volt, nem oly ritka, összesen 17%. Régebben azt hitték, hogy a myomás vérbő talaj nem alkalmas a gümöbaccillus megtelepedésére.

A gümős méhnyálkahártya hajlamos a mélybehatolásra, a mit a méh falának gömbsejtes beszűrődése csak elősegít. Tehát az adenomyometritis csak másodlagos jelenség, a kis ellentállású méhfalba beburjánzik a nyálkahártya.

A gümős folyamatnak rákos elfajulására semmi támpontot nem talált. Egy esetben sem bizonyosodott be a gümős fertőzésnek alulról való felhatolása a belső nemiszervek felé. A hashártya rendszerint a petevezetőkől fertőződik gümőkórral. A petefészkek meglehetősen nagy ellentállást tanúsítanak a gümős fertőzéssel szemben. *Cohn* szerint az albuginea gátolja a petefészkek fertőződését; *Wittgenstein* szerint a petefészkek anyagának vegyi hatása tönkreteszi a bacillusokat, csökkenti a gümős folyamat erősségét.

Csókevényes nemiszervek hajlamosak a gümős megbetegedésre; az ok valószínűleg a rossz vérellátásban keresendő. (Arch. f. Gynaekol., 114. köt., 1. füz.) *Komásky* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A lobelin-Ingelheim kitűnő hatására súlyos légzészavar eseteiben hívja fel a figyelmet *Rominger*. 1—3 milligramm fecskendezendő a bőr alá. A szerző különösen a sebészek és szülésznek figyelmét irányítja e szerre, mint a melynek nagy hasznát vehetik a narcosisban beálló légzés-hűdés, illetőleg az újszülöttek asphyxiája eseteiben. (Therap. Halbmonatshefte, 1921, 12. füz.)

A narcosis okozta légzés-hűdés ellen *Hellwig* a lobelint ajánlja, a melyből 3—6 milligramm fecskendezendő be intramuscularisan vagy intravenásan. (Zentralbl. f. Chirurgie, 1921, 21. sz.)

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:

IX., Knezits-utca 15.

Előfizetési árak helyben és vidéken

egész évre	200	kor.
fél évre	100	
negyed évre	50	

Megjelenik minden vasárnap

Egyes számok kaphatók KILIÁN FRIGYES egyetemi könyvkereskedésében (Váci-utca 32. sz.)

Egyes szám ára 5 K.

Hirdetések kizárólagos felvétele:

„PETŐFI” irodalmi vállalat

Pesti Alfréd

Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám

Jodol

Kiváló jodoformpótszer, szagtalan és méregtelen.

Kiváló **antisepticum** és **desodorans** a dermatológiában, sebészetben, gynaekológiában, szemészetben és fülészetben.

Jódalkali pótszere syphilisben.

Nélkülözhetetlen venereás és syphilises megbetegedések diskret kezelésére.

Menthol-Jodol (Jodol cryst. 1% menthollal) különösen a rhinolaryngológia és fogászat részére.

Kimerítő irodalmat küld: Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich a. Rh.

MAGNESIUM-PERHYDROL

Kitűnő sikerek

hyperaciditas, túlerős gyomorbélerjedés, felfúvódások, **szokatlan táplálkozás okozta panaszok**, ideges emésztési zavarok, bélrenyheség, autointoxicatiós tünetekkel járó habituális obstipatio eseteiben.

Poralakú csomagolások 25, 50, 100 g.

Irodalom és recept-előnyomatok rendelkezésre.

Igen kedvező tapasztalatok **diabetesben.**

Különösen értékes az acidosis és acetonuria leküzdésénél, számos esetben feltűnő visszafejlődése vagy teljes megszüntetése a glykosuriának, még a diaeta tökéletlen betartásánál is, igen hasznos diaeta-átlépések után.

Tabletta-csomagolás 20, 50, 100 drb.

E. MERCK ————— DARMSTADT.

Gonosan

Egy a gonorrhoea-therapiára nézve nélkülözhetetlen készítmény, mely az erős fájdalmakat gyorsan enyhíti és a gonorrhoea felső húgyutakba való jutásának elejét veszi.

Gonosan dobozokban 30 és 40 kapsulával

Kimerítő irodalom az orvos uraknak bármikor díjmentesen rendelkezésre áll.

Tudományos kísérletek megállapították, hogy a

Gonosan jó hatása és ezzel kapcsolatban **világhire**

csakis a legtisztább kawa-kawa-gyantának a legjobb keletindiai szantálfa-olajjal való összetétele által volt elérhető.

Ezen oknál fogva — még a legnehezebb körülmények között is — lemondtunk arról, hogy az említett alapanyagokat számos, nekünk is hozzáférhető, hasonló, olcsóbb vegyszerekkel pótoljuk, ugyanazon oknál fogva a számos pótkészítmény sem tudta a Gonosant kiszorítani vagy nélkülözhetővé tenni.

Ugy mint eddig, a Gonosant, mint a leghatásosabb szert, a lokális gonorrhoea kezelésére mindenütt alkalmazzák.

Ova intünk csekélyebb értékű utánzatoktól és pótkészítményektől.

J. D. RIEDEL A. G. BERLIN

Németországon kívül

az ultraviolett-therapia kiváló therapiás eredményei, melyek a mesterséges magaslati napfény — Original Hanau — rationalis alkalmazásával érhetőek el, jóformán ismeretlenek. Az 1913 óta állandóan használt, több mint 12.000 készülék útján elért tapasztalatok és több mint 800 egyetemi tanár és egyéb szerzők publicatiói szerint a

Künstliche Höhensonne — Original Hanau —

biztos gyógyszer

rachitis,
skrofulosis,
sebészi tuberculosis,
lupus,
hajkihullás,
számos dermatosis
esetében
a sebkezelésben
furunculások ellen

felül- múlhatatlan roborans és adjuvans

tüdőtuberculosisban
lábbadozóknak
vérszegénység és
sápkórságban
kimerültségi állapotokban

magas- értékű új gyógytényező

a syphilis kezelésében
perichondritis és
középfülgyulladás,
otitis externa
myringitis eseteiben

Tehát nélkülözhetetlen mindennemű orvosi ténykedéskor és a tbc. leküzdésére.

Minimalis áramfogyasztás.
Magas rentabilitás.

A Quarzlampe-Gesellschaft m. b. H., Hanau. Postfach 395 eredeti gyártmánya. Irodalommal, költségvetéssel, rentabilitás-kiszámításokkal, prospektusokkal és tanácsokkal készséggel szolgálunk. Képviselőnk szívesen hajlandó közvetlen kívánságra minden kötelezettség nélkül költségmentesen tiszteletét tenni.

MERAN

legszebb és legnagyobb
délalpesi gyógyhely
száraz, napos,
szélcsendes.

Remek sétaterék, nyilvános kertek, gyönyörű magasalpesi környék.

A városi Kurmittelhaus-ban és a magángyógyintézetekben az összes modern gyógytényezők megvannak (Elektro-, mechano-, balneo-, hydrotherapia, nap- és légfürdők, belégzések, pneumat. kamra, radium, Röntgen, stb.)

Fekvőkúrák a szabadban, terepkúrák.

Legjobb gyógysikerek szív- és vér-érbajok, anyagcsere-, vese- és ideg-betegségek, légzési nehézségek, lábbadozás, túleröltetés, hiányos táplálkozás eseteiben.

Legjobban berendezett szállodák, sanatoriumok és pensiók.

Legmodernebb városi kórház.

Felvilágosításokkal (beutazási formá-
litásokról) és prospektussal szolgál a Kurvorsteherung.

SANATORIUM „Stefanie“ MERAN

Bel-, szív-, ideg-, anyagcserebajosok és lábbadozók számára. Vizgyógyintézet, elektro- és mechanotherapia, Röntgen, Quarzlámpa, Heliotherapia, Diathermia, Diätetika. Minden kényelem. Prospektusok.

Dr. Binder.
(A gyógyintézetben kívül is rendel.)

Freytag-féle GRAND HOTEL és MERANER HOF

Az első és legnagyobb szálloda, legkedvezőbb fekvéssel, a Kurhaus, sétányok és a Fremdenkasínóval szemben.

Naponta két hangverseny. — Táncz. — Bar.

Pensioárak: Szoba, 3-szori érkezés 40 lirától (120 M.).

HOTEL FRAU EMMA

Elsőrangú, előkelő ház, a legkényesebb követelményeknek is megfelelő, szabad, legszebb fekvéssel, 140 szoba, teljes lakosztályok fürdővel, elismert kitűnő konyha.

Tulajdonosok: Hellensteiner Testvérek.

Savoy-Hotel Meran

Elsőrangú családi szálloda, csendes, pormentes fekvéssel.

Pensioárak 40 lirától.

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.

Csépai Károly: Közlés a budapesti kir. m. tudomány-egyetem I. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Bálint Rezső dr., egyet. ny. r. tanár.) Az adrenalin és papaverin együttes hatásáról az emberi szervezetben. 289. lap.

Jeney Endre: Egy paratyphus-járvány tanulságai. 289. lap.

Focher László: Kísérleti és statisztikai adatok a bűnböző fiatalok psychopathiájához, különös tekintettel az értelmi fejlettségre. 292. lap.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (XVI. rendes tudományos ülés 1921 május 14.-én.) 295. lap.

Közkórházi Orvostársulat. (V. bemutató szakülés 1921 március 30.-án.) 295. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvostan. Treupel és Stoffel:* Az idült influenzáról. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 296—297. lap.

Vegyes hírek. 297. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Az adrenalin és papaverin együttes hatásáról az emberi szervezetben.

Irta: Csépai Károly dr., tanársegéd.

Pál adatai szerint papaverinnel az adrenalin okozta vérnyomásemelkedés megszüntethető. Vizsgálataiból kitűnik, hogy százszoros, illetőleg későbbi adatai szerint 4—500-szoros mennyiségű papaverinre van szükség, hogy az adrenalin-injectióra bekövetkező vérnyomásemelkedés megszűnjék; előzetesen összekeverve hasonló arányban az adrenalin és papaverint, a vérnyomásemelkedés ki sem fejlődik. Adrenalin-kísérleteim közben *Pál* ezen adatait is megvizsgáltam és az ő megállapításaitól sokban jelentékenyen eltérő eredményre jutottam. Kutyának 0.2 mgr. adrenalin adva intravenásan, kifejezett vérnyomásemelkedés mutatkozott. A százszoros mennyiségű papaverint (0.02 gr.) az adrenalinval egyidejűleg adva, a vérnyomásemelkedés elmaradt. Míg azonban állatkísérletben *Pál* észleletei megerősítést nyertek, addig emberen végzett kísérleteim ellenkező eredményre vezettek. Emberen, mint *Fornet*-tel kimutattam, már 0.01—0.02 mgr. adrenalin intravenásan kifejezett vérnyomásemelkedést okoz. Ha a jelzett adrenalin-adaghoz előzetesen 0.02 gr. (1000—2000-szeres mennyiség) papaverint adunk, akkor a vérnyomásemelkedés nemcsak hogy nem marad el, hanem a legtöbbször lényegesen fokozódik. Hasonlóképpen subcutan alkalmazásnál is fokozza a papaverin az adrenalinak vérnyomást fokozó hatását.

Az alábbi kísérleti jegyzőkönyv-kivonatok szembetűnően mutatják például ezen feltűnő viselkedést. 1920 október 23. B. J. (Ulcus ventriculi.) 0.00002 gr. tonogen intravenásan 50 cm. vérnyomásemelkedést okoz, mely 2 perc alatt megszűnik. 0.00002 gr. tonogen + 0.02 gr. papaverin intravenás alkalmazása után a vérnyomásemelkedés 85 cm., mely csak 3 perc alatt zajlik le. 1920 november 4. D. M. J. (Malaria.) 0.006 gr. tonogen subcutan 25 cm. 20 percig tartó vérnyomásemelkedést okoz. 0.006 gr. tonogen + 0.06 gr. papaverin után a vérnyomásemelkedés magassága 50 cm., tartama: 40 perc.

E kísérletekből az következik, hogy *Pál* azon megállapítása, a mely szerint papaverin az adrenalinak vérnyomást fokozó hatását megszünteti, emberre nem áll. *Emberen a papaverin az adrenalinak vérnyomást fokozó hatását rendszerint emeli.* Ezen megállapítás alapján vizsgáltam a papaverin befolyását az adrenalin egyéb hatásaira is. Ily módon megállapítható volt, hogy azon hatást, melyet az adrenalin asthma bronchiale és más vagotoniás megbetegedések esetében kifejt, a papaverin ugyancsak lényegesen fokozza, a mennyiben papaverin jelenlétében lényegesen kevesebb adrenalinra van szükség.

Josué, Korányi és mások vizsgálataiból tudjuk, hogy az

adrenalin ismételt adagolása nem lehet közömbös az emberi szervezetre. Ezen vizsgálatok tudvalevőleg a házinyúl aortájában súlyos degeneratív elváltozásokat mutattak ki. Épp ezért a vagotoniás megbetegedések adrenalin-therapiájában mindig szem előtt kell tartani, hogy minél kisebb adrenalin-mennyiséggel érjük el a kívánt hatást. A fentebbi kísérleti adatok alapján az adrenalin és papaverin egyidejű alkalmazásával a felhasználandó adrenalin-mennyiség jelentékeny csökkenése érhető el.

Richter spasmolysin név alatt hoz forgalomba egy készítményt, melyben minden phiola 0.04 gr. papaverint és 0.5—0.25 mgr. tonogent tartalmaz. A spasmolysin sokban hasonló célú szolgál, mint az asthmolysin (lysasthmin). Ez utóbbi adrenalin-pituitrin-készítmény, melyben a hypophysis-kivonat fokozza az adrenalin hatását. E készítményekkel szemben a spasmolysinnek két előnye van. Egyfelől jóval kevesebb adrenalin tartalmazván, a káros hatása is csekélyebb, másfelől a nehezen és drágán beszerezhető hypophysis-kivonat helyett az olcsóbb és korlátlanul rendelkezésre álló papaverint tartalmazza.

Irodalom. *Pál:* Wiener klin. Wochenschrift, 1912, 26. szám és Wiener med. Wochenschrift, 1913, 17. szám. *Josué:* C. R. de la Soc. de Biol. 55., 1903.

Egy paratyphus-járvány tanulságai.

Irta: Jeney Endre dr.

1917 nyarán a keleti harcztéren kiterjedt paratyphus-járványt volt alkalmam végigélni. Észleléseimhez hiányoztak eddig az irodalmi adatok. Most, miután meggyőződtem egyfelől arról, hogy az idevonatkozó munkálatok csekély számúak, * másfelől arról, hogy különösen a régebbi megfigyelések egymásnak ellentmondóak, munkámat közzéadom. Remélem, hogy adataim nemcsak arra lesznek alkalmasak, hogy más szerzők különböző tárgyú, látszólag nem összefüggő megfigyeléseit kapcsolatba hozzák és így a paratyphusról szóló ismereteinket kibővítsék, hanem egyúttal, megoldásra váró kérdéseket vetvén fel, másokat is serkenteni fognak megfigyeléseim mellett vagy ellen további bizonyítékok keresésére. Vizsgálataim azzal kezdődtek, hogy 1917 tavaszutóján két esetben hirtelen choleraformis tünetek között elhalt egyének bélrészeit volt alkalmam bakteriologailag vizsgálni. Egyik esetben a vizsgálat cholera negatív értelemben végződött. A másik esetben a szintenyészetben nyert bacillusok élénk vibrioszerű mozgásukkal némileg commabacillusokra emlékeztettek. Gyengén pozitív indol-reactio még támogatja egyfelől. Azonban a Gram-készítményben látott tömzsi, ovoid alakú, bipolaris festődést mutató, Gram-negatív pálcikák jelenléte és a choleraimmunsavóval nyert negatív reactio meggyőztek arról, hogy ez esetben a cholera asiatica klinikai

* 1918 novemberig bezárólag

megjelenése daczára nem cholera bacillusok a kórokozók, hanem itt nyilván egy a bacterium septicaemiae haemorrhagicae családjába tartozó bacterium-törzsszel van dolgunk, a mely, minthogy mozgó pálczika, a salmonellák csoportjából való. Abban az időben még nem volt előttem ismeretes a paratyphusfajok polaris festődése. Így a szóbanforgó esetet septicaemia haemorrhagica salmonellosának tartottam.

Három héttel ezen vizsgálatok után kiterjedt paratyphus-járvány jelentkezett. Az első és egyúttal legnagyobb, explosioszerű járvány két egymás mellett elhelyezkedett, vízközösségben élő csapatrésztben fordult elő. Egyszerre mintegy 150-en betegedtek meg. Általános volt a hasmenés, naponta 10–30 híg, rendszerint sanguinolens, bűzös ürülések alakjában. Tenesmus hiányzott. 25%-a a betegeknek nem volt lázas, csak elesett, némelyek közülök subnormalis hőmérséklettel, 37%-uk mérsékelt (37.5–38.0 C°), rendetlen hőemelkedést mutatott, 28%-ban egyszeri magasabb (39.5-ig terjedő) hőemelkedés után a láz gyorsan lytikusan leesett és csak 10%-ban láttunk typhosus képet, sensoriumzavarokkal, febris continua remittenssel, roseolákkal, mérsékelt lépduzzanattal. Kettőnek a legutóbbiak közül herpes labialis volt. A különböző klinikai megjelenésű megbetegedések egységes aetiologiáját bakteriológiai és serológiai vizsgálatok döntötték el. Positív vérepetenyszetek és magas Widal-értékek biztosították a paratyphus-B-diagnoszt. A közösen élvezett vízben nem sikerült kórokozókat kimutatni. A forrás fertőzöttségét azonban egy — megfoghatatlan módon — csak 3 méterre felette elhelyezett latrina igen valószínűvé tette.

Erre több kisebb-nagyobb hasonló megjelenésű explosioszerű járvány következett más csapatrészekben is. A tömeges megbetegedésekhez több szórványos eset csatlakozott. Mindezek az esetek aránylag jó prognózisukkal tünnek ki. Feltűnő volt azonban, hogy a járvány lefolyása alatt ismételt fordulatok elő choleraformis tünetek után hirtelen halálra vezető esetek. A hullák boncolását legtöbb esetben magannak volt alkalmam végezni. A leletek figyelemreméltósága készítet, hogy bővebben foglalkozzam ezen esetekkel.

1. N. N. 40 éves kocsis. Egy napig látszólag könnyebben beteg volt, de e mellett jókedvűnek látszott. Aznap éjjel hirtelen hányás-hasmenés után meghalt.

Tetembontási lelet: Idősebbnek látszó, kissé soványabb férfihulla, kiterjedt hullafoltokkal az arcon, mellen, hason és a czombok elülső oldalán. A száj körül beszáradt zöldes hányadék. A has egyenletesen puffadt, feszes. A gázzal telt vékonybelek és gyomor nagy erővel tudnak ki a hasüregből. A hasi cseplesz a bal hypochondriumban fekszik. A hashártya általában kékesvörös színű, számos helyen apró vérzéseket mutat. A hasüreg mélyében mintegy félliternyi vörhenyesen színezett savós folyadék. A fali hashártya egyes helyein kezdődő rostonyás felrakódások. A mesenterialis vénák és arteriák szokatlanul vastagok, majdnem czeruzavastagságúak, feszesen teltek. A mesenterium lemezei üvegesfényűek, áttetszők, a bél felé fokozódottan megvastagodottak. Átmetszetben meggyőződhetünk róla, hogy a mesenterium két lemezét kocsonyás anyag választja szét egymástól ékalakban olyformán, hogy az ék alapja a bélfalon nyugszik. A beivódás ráterjed a bélserosára is, mely ennek következtében igen fellazult.

A vastagbelek a vékonybelek mögött görcsösen összehúzódva egészen eldugva fekszenek, majdnem lumenüket veszítették és összeálló consistentiájukkal nem is teszik üregek képlet benyomását. Mindjárt feltűnik a colon transversum, descendens, de különösen a sigmoidea vastagon beivódott hashártyája. Az appendices epiploicae nagy, dohánycsok formájú függelékek alakjában hívják magukra a figyelmet és ha beléjük metszünk, hasonló kocsonyás anyag buggyan ki belőlük, mint a mesenterium lemezei közül. A mesenterialis mirigyek kissé duzzadtak, babnyiak-mogyorónyiak, bővéretek, metszslapljukon aránylag összeállók, nem valószínű ellágyultak. A gyomortartalom mintegy 3/4 liternyi, barnás, szennyes híg folyadék, benne néhány ép kukoricaszem. A gyomor nyálkahártya egészében duzzadt, vastag hosszanti redőket vet, a fundusrészen kiterjedt capillaris vérzések. A belek erősen teltek, nagymennyiségű gázokon kívül higanfolyó, vörösbarna, igen bűzös folyadékot tartalmaznak. A bélnyálkahártya duzzadt, kékesvörös színű, egész hosszára kiterjedőleg több helyen vérzések foltokkal áthatott. A magános tüszők valamivel nagyobbak. Egy-egy helyen korpaszerű lepedék látható a nyálkahártyán, melyet enyhén lesimítva, alatta felületen erosiók válnak láthatóvá. A vastagbél csaknem üres, nyálkahártyáján több helyen hasonló, de csekélyebb elváltozásokat látunk, mint a vékonybelekben. A lép rendes nagyságú, kissé szívós összeállású. A máj valamivel nagyobb, metszslapja zavaros. A vesék bővéretek, feltületükön, a kéreg metszslapján és a vesemedenczéiben számos apró vérzés.

** A vizsgálatokat ez alkalommal Gussenbauer R. dr. végezte. Magam a járvány színhelyén foglalatostkodtam.

A boncolás egyéb adatai közül megemlíthetők: A pericardialis ürben mintegy 20 cm³-nyi savós folyadék. A szívizomzat törékeny. A bal tüdő lapszerűen odanőtt, a jobb tüdő szalagok rögzítik; metszslapljukról sok habos folyadék ürül. Az alsóbb részletekben kisebb lég-hiányos részletek. A hörgők nyálkahártyája véresen festenyzett nyálkával fedett, vöröses-livid.

Bakteriológiai vizsgálat: A béltartalomnak, epének, lépállomány-nak és a mesenterium kocsonyás infiltrációjának vizsgálata typhusra, paratyphusra, cholera és dysenteria eredménytelen maradt.

Diagnózis: Gastroenterocolitis haemorrhagica diphtherica. (Ételmérgezés?)

2. Hasonló elváltozásokat szintén negatív bakteriológiai lelettel még egyszer volt alkalmam észlelni egy hidászatonán, ki egy éjjel nagy hasfájalmakról panaszkodott és reggelre meghalt.

Ez az eset azonban már nem talált tájékoztatlanul, miután közben több bakteriologailag megállapított choleraformis paratyphus-B-esetben teljesen hasonló megfigyeléseket tettem. Az első felderítetlen esettel tökéletesen megegyező körelőzménnyel bíró és azonos klinikai tüneteket mutató paratyphus-B-megbetegedésekben talált hasonló kórboncolástani leletek megengedték, hogy a második negatív esetet már helyesen értelmeztem. Ezen esetek felderítése azért is kívánatosnak mutatkozott, mert mások hasonló körülmények között hasonló módon határozatlanul állottak a háború folyamán. Müller¹ nyári időben enterogen tünetcsoportok után hirtelen halálos eseteket észlelt, melyeket bakteriológiai diagnosztika hiányában élelmiszermérgezésre vezetett vissza. Egyik esetben vesegyulladás csatlakozott a béltünetekhez rákövetkező uraemiával. A vastagbélből tenyésztett Y-dysenteria bacillusokkal nem tudta a talált elváltozásokat összefüggésbe hozni. Azt hiszem, nem tévedek, ha ezen eseteket az általam észlelt két negatív eset mellé állítom. (Az említett vesegyulladás értelmezésére később kitérek.)

Positív bakteriológiai leletű, choleraformis paratyphus-esetek, melyekben a boncolást magam végezhettem, a következők voltak:

3. B. J. szekerészkatona, mint cholera gyanust hozták a kórházba Facies hipocratica, vox cholericus, lábikragörccsök, kis, üres, szapora pulsus. Halálos kimenetel 24 óra alatt. Epetenyszetben: paratyphus-B.

4. Hdf. P. Béhurujta volt, két napig csapatjánál betegállományban. Jobban érezte magát, már könnyebb szolgálata is vállalkozott volna. Harmadik nap hirtelen hasgörcsök után összeesett és meghalt. Epetenyszet: negatív. Lépből és béltartalomból: paratyphus-B.

5. Hdf. A. M. Rövid bélhurutos állapota után szolgálatmentességet élvezett. Betegsége negyedik napján heves hasgörcsöket kapott és lábikrafájalmakról panaszkodott. Rákövetkező éjjel meghalt. Lépből epetenyszetben: paratyphus-B.

6. P. német katona. Menetelés közben forró déli időben hirtelen összeesett és nem sok idő múlva meghalt. A halál beállt napszúrás következményének vélték. Béltartalom: paratyphus-B.

7. K. R. gyalogos. Egy éjszakán görcsökről hallották panaszkodni társai, reggelre holtan találták. Béltartalom: paratyphus-B.

8. O. D. gyalogos. Gyomorbéltünetek után hirtelen meghalt ugyanazon táborban, hol a hidászaton (2. eset) két nappal azelőtt hasonló tünetek után lelte halálát. Epében, béltartalom: paratyphus-B.

9. M. V. hdf. Magas lázzal, sárgasággal került kórházba, hol hirtelen vérhányás jelentkezett és rövid idő alatt fokozódó anaemia tünetei között meghalt. (Közös észlelés Koch J. tanárral.) Szívverben, lépben és epében: paratyphus-B.

10. G. A. hdf. Ismeretlen körülmények között hirtelen meghalt. Epében és lépben: paratyphus-A.

11. L. F. hdf. Az előbbivel egyidejűleg gyomorbéltünetek után rövidesen meghalt. Székben: paratyphus-A.

Ha a foudroyans paratyphus-esetek kórboncolástani leletét összevetem, a következőkben írhatom le a hasi szervek elváltozásait.

A has legtöbbször puffadt, felnyitásokor az erősen puffadt vékonybelek nagy feszüléssel tolnak elő. A vastagbelet mindig görcsösen összehúzódva találtuk. Majd minden esetben volt változó mennyiségű (néhány cm³-nyi, egészen 1–1½ liter) savós-véres hasüri folyadék található. Ha mennyisége nagyobb volt, a gázzal telt belek valószínűleg úsztak felette. Csak kivételesen volt a has behúzódtatott (5. számú eset). A hasi szervek általános képén a vérbőség uralkodott. Úgy a fali, mint a bélserosa sötét kékesvörös színű volt változó kiterjedésben. Egy esetben (9. számú) az így elszíneződött bélrészek egészen halovány, vértelen bélrészekkel váltakoztak (bélvérzés). A hashártyán kisebb-nagyobb, szabálytalan alakú,

vérzésektől eredő haragosvörös foltok voltak láthatók. A mesenterialis mirigyek minden esetben duzzadtak, mogorónyiak-diónyiak voltak, metszslapjukról a mirigyállomány kissé előduzzadt. Igen jellemzőnek mutatkozott itt is az, a mit az 1. és 2. számú esetben a mesenteriumnak a bélfalon való tapadásánál láthattunk. A mesenterium lemezei között kocsonyás beszűrődés foglalt helyet oly ékalakban, melynek alapja a bélfalon nyugodott. A kocsonyás infiltratum ráeső fényben üvegesen csillogó volt és a szélek felé fokozatosan tűnt el a fellazult fali hashártyában. Ez a duzzadás nemcsak a mesenterium lemezei között volt látható, hanem a vastagbelek serosáján is és különösen a sigmabél appendices epiploicaein mutatkozott szembetűnően. Ezek diónyi nagyságban, dohányzacskó alakjában csüngöttek a sigmoidea szélén. Egy esetben a kocsonyás duzzanatot legnagyobb mértékben a flexura hepatica körül találtam; az izzadmány ráterjedt a duodenumra is. Két esetben, melyekben több ($\frac{1}{2}$ –1 liter) szabad hasüri folyadék volt jelen, a serosa helyenként membranosus felrakódások miatt fénytelen, egyenetlen felületű volt. Heveny lépduzzanatot csak három esetben (5., 9., 10. számú) láttunk nagyobb puha lép alakjában. A többi esetben a lép rendes nagyságú, sőt többször kicsiny és szívós volt (3., 4., 6., 7. számú esetek). Feltűnő változásokat mutatott a gyomor is. Tartalma higan folyó, véres-nyálkás, vagy emésztett vértől kávéalyszerű, vagy csak genyes-nyálkás volt. Nyálkahártyája különösen a funduson hatalmas redőkbe szedett, rajta számos apró vérzést, helyenként erosiókat láthattunk. A béltartalom szerfelett bűzös, legtöbbször higan folyó, vöröses-barna, vagy geny hozzákeverődése folytán sárgás-szürke; néha sűrű pépes, genyes-véres, vagy epétől zöldes-sárga színű. A bél nyálkahártyája többnyire egyneműen kékes-vörös, különösen áteső világításban apró pókalakú foltok képében vérzéseket látunk rajta; a hol megtartott, a maga egészében duzzadt, vérbő; magános tüszői mérsékelten duzzadtak; sok esetben kiterjedten korpaszerű lepedékelten fedett, helyenként kis, nem infiltrált szélű erosiókat láthattunk. A dysenteria kórbonczolástani képét találjuk magunk előtt a vékonybelekben is. A typhusra jellemző velős duzzadásnak, typosos fekélyeknek a hiányát fontos negatívumként állapíthatjuk meg. Nem láttuk azon esetben sem (9. számú), midőn a halál közvetlen oka bélvérzés volt és nemcsak a gyomor, hanem a bélnek több szakasza is tele volt alvadt, részben emésztett vérrel. Ez esetben éles különbségeket vehettünk észre halvány, vékonyfalú, tartalom nélküli és olyan bélrészetek között, melyek kívülről kékes-vörös színűnek látszóttak, belsejükben alvadt vér foglalt helyet, a nyálkahártyájuk pedig tetemesen meg volt duzzadva. A vérrel telt bélrészetek falán a leggondosabb kereséssel sem sikerült sem arrosiót, sem fekélyt találni és mint-hogy a vérrel telt bélszakaszok fala nagy fokban megvastagodott és vérrel átvédődött volt, jogosnak véltük a vérzést parenchymásnak tekinteni. A vastagbelek tartalma rendszeresen minimalis, véres-genyes pép, de volt esetünk több, hol a vékonybél hatalmas elváltozásai mellett formált székletet találtunk a végbélben (6., 7., 10., 11. számú eset). A vastagbél igen vastag volt, részben a stratum musculare összehúzódása, részben a nyálkahártya duzzanata miatt. A nyálkahártya vagy csak kékes-vörösen beivódott, vagy diphtheriás gyuladás képét mutatja. A dysenteriaival szemben megemlítendő a szék nyálkás részeinek hiánya. A parenchymás szervekben zavaros duzzadás. A savós hártályakon, vesekéregben, de különösen a vesemedencében, néha a húgyhólyagban is apró vérzések.

A leírt kórbonczolástani kép nagyjában megegyezik Jochmann³ adataival, melyek szerint a gastrointestinalis formában a gyomornyálkahártyát belőveltnek, duzzadtak, részben kis vérzésekkel átszőttnek látjuk; a follicularis készülék meg lehet duzzadva, többé vagy kevésbé kiterjedten epithelnekrosisosok láthatók; foudroyans esetekben a belek vérbősége az egyedüli elváltozás. Nem tudja megmagyarázni magának, miért jön létre egyszer a gastrointestinalis, máskor a typhus forma.

Novicky² a következőkben foglalja össze a súlyos paratyphus-B-esetekben talált kórbonczolástani elváltozásokat:

1. Az egész bétractusban látjuk az elváltozásokat, de különösen az ileumon és vastagbeleken. 2. A bélfal gyuladása többé-kevésbé haemorrhagiás jellegű, a nyálkahártya fellazult. 3. A lymphaticus-rendszer (magános tüszők) jelentéktelen, de állandó részvétele az elváltozásokban, kifejezettebben a typhushoz hasonló esetekben. 4. A lépduzzanat nem oly nagy, mint typhusban, a lép nem oly törékeny. 5. A béltartalom mikroskopi képe a dysenteriaszék képéhez hasonlít genyesejt-, vörösvértest- és epithelium-tartalmával. 6. Különösen súlyosabb esetekben haemorrhagiás diathesis jelentkezik.

Lepehne⁶ és Huebschmann¹¹ gastroenteritis paratyphosát és paratyphus abdominalist különböztetnek meg. Lepehne úgy találta, hogy: 1. a gyomor, vékony- és vastagbél nyálkahártyája duzzadt, vörös, átvédődött; 2. a paratyphusfekélyek igen gyakran a vastagbelekben láthatók; 3. a fekélyek nem fekszenek a Peyer-plaqueok és magános tüszők helyén, mint typhusban; 4. a fekélyek gyakran harántirányúak, nem mutatnak velős duzzadást, dysenteriaszerűek; 5. typhus ellen szól, ha a bélnyirokrendszer elváltozásokat nem mutat; 6. lépduzzanat legtöbbször hiányzik.

Ezekkel az adatokkal ellenkeznek Kayser-Brion és Fränkel megfigyelései, kik szerint paratyphusban hasonló, de nem oly kifejezett elváltozásokat látunk a beleken, mint typhusban. Ezt a felfogást képviseli Ellermann, Buday és Burckhardt is. Longcope azonban paratyphus abdominalis eseteiben is nélkülözte a typhusszerű elváltozásokat s csak a májban talált elhalásos góczokat. Sion és Negel, valamint Wells és Scott dysenteriaszerű enteritist talált a typhusszerű esetekben is. Peperé a bélnyirokkészüléknek hyperplasiáját említi bélfekélyek és mirigyduzzanatok nélkül. Galambos¹⁵ cholera nostrasban nem találta a follicularis készülék duzzanatát, a mesenterialis nyirokcsomók alig duzzadtak, bővéretek voltak. Lépduzzanat rendszeresen hiányzott. A typhosus formában ugyancsak ő nagyterjedelmű, a Peyer-féle plaqueokból kiinduló, sőtét livid infiltratumokat talált erosiók, necrosis és fekélyképződés nélkül. A gyomorbétractusban pontszerű vérzéseket, nagyobb vérbő mesenterialis nyirokcsomókat látott. A lép gyakran nem volt duzzadt.

Ha saját leleteimet az előbbiekkal összehasonlítom, a paratyphusos megbetegedések kórboncztanáról és azzal összefüggőleg a következőket mondhatom:

1. Valóban jellegzetes, hogy az emésztőrendszerben elváltozásokat látunk a cardiától az anusig, változó extensitással és intensitással, attól függőleg, hogy hol és mennyi toxin került hatásra. Ez a kiterjedési mód megkülönbözteti úgy a typhustól, mint a dysenteriatól, mert ezekben — tudvalevőleg — a gyomor, vékony- és vastagbelek rendszerint sohasem mutatnak együttesen elváltozásokat. A gyomor elváltozásai megmagyarázzák egyúttal a gyomortáj érzékenységet, a néha igen heves gyomorgörcsöket, a hányást, mely tünetek a betegágnál igen jól értékesíthetők az elkülönítő kórisme felállításában.

2. A bélgyuladás haemorrhagiás jellegű és valóságos parenchymás vérzésére is lehetett példát látni. Míg Novicky, Bracht és Rolly csak a bélnyálkahártya fellazulásáról ír, eseteimben a serosa fellazulása, kocsonyás beszűrődése volt jellegzetes. Láttuk ezt a vékonybelekben, a mesenterium tapadási helyén, a vastagbelek fali serosáján, néha különösen kifejezetten az appendices epiploicae-n. A leírt kocsonyás beivódást nem volt alkalmam más enterogen intoxicatióknál látni, ennél fogva ezen észlelésemet a choleriformis paratyphus eseteire igen jellemzőnek tartom. Az az eset, melyben az izzadmány periduodenitis formájában mutatkozott, annak a példáját is mutatja, hogy gyógyulás esetén periduodenitis adhaesiva ily módon is létrejöhet. A vékonybelek dysenteriaszerű elváltozásai megerősítést nyernek Stephan¹² és Neukirch¹³ adataiban is. Utóbbi szerző Törökországban dysenteriaszerű esetekben 50 alkalommal tudott a betegek véréből egy a Glässer-Voldagsen-csoportba tartozó paratyphus-törzset tenyészteni.

3. A Peyer-plaqueok duzzanatát sohasem láttuk. A magános tüszők duzzanata is kistökű volt, kifejezettebb csak

a nem foudroyans esetekben. Felületes hámiányok, fekélyek előfordulnak úgy a vékony-, mint a vastagbelekben, néha térképszerűen kiterjeszkedve, vagy csak apró foltonként, a bél irányára harántul elhelyezkedve, szélükön a velős duzzadás minden nyoma nélkül. A nyirokmirigyek minden esetben duzzadtak, bővérűek voltak, azonban metszéspapjukon a velős duzzanat nem volt felismerhető.

4. Lépduzzanat foudroyans esetekben nincs, még akkor is hiányzik, ha a lép állományából a paratyphus-bacillusok kitenyészthetők. A bacteriologiailag megállapítható esetek egy részében megnagyobbodott volt a lép, de nem oly puha és törékeny, mint a typhosus lép. Több esetben paratyphus-A-nál találtunk kemény lépduzzanatot, mely a néha erősen félbenhagyó jellegű lázzal tűnt el és tért vissza, egy-egy alkalommal oly szabályosan, hogy hajlandók voltunk malariára gondolni. *Galambos* is felhívja figyelmünket erre a körülményre.

5. A béltartalom mikroskopi vizsgálatakor *genysejtek*, *vörösvérsejtek* és *epithelium mellett Gram-negatív, polaris festődést mutató bacillusok* mutatkoznak Gram-jellegzetesnek.

6. A *haemorrhagiás tünetek nyilvánulásának kedvező helyei az emésztőtractuson kívül: a serosus hártyák, a vese kéregállománya, különösen a vesemedence és nagynéha a húgyhólyag.*

A paratyphus tehát nemcsak hogy nem egyezik meg kórbonczani képében a typhus abdominalissal, mint a hogy ezt a véleményt már *Lucksch*⁷ is kifejezésre juttatta, hanem attól lényegileg különböző és igen jól körülírható, fajlagos kórbonczani képet ad, a *septicaemia haemorrhagica* (a régiiek „sepsis intestinalisa“) *alakjában mutatkozik, úgy a hogy azt a kísérletes állatfertőzésnél látjuk.*

Miben kell keresnünk annak az okát, hogy a paratyphus-fertőzés néha hirtelen viharos tünetek után halálra vezet, más esetben meg félheveny formát mutatva, typhosus állapotot idéz elő, mely 4—5 hétig is eltarthat? A mint már említettük, *Huebschmann* és *Lepohne* klinikai és kórbonczani különbségekből kiindulva, megkülönböztet paratyphus abdominalist és gastroenteritis paratyphosát. Az előbbire a lassú bacterium-invasio, a bélnyirokkészülék elváltozásai és másodlagos haematogen localisatio a jellegzetesek; az utóbbiban a szerveknek bacterium-mérgekkel való gyors elárasztása idézi elő a szembeötlő klinikai és kórbonczani elváltozásokat. *Stephan* a gastrointestinalis és dysenteriaszerű formákat a paratyphus-B „incubációs typosainak“ tartja.

Saját első két esetemben úgy találtam, hogy a lépduzzanat hiánya mellett a béltractus nyirokkészülékének részvétele is csekélyebb volt, fekélyek nem keletkeztek sem a vékony-, sem a vastagbelekben. Csak helyenként voltak apró erosiók láthatók. A további tapasztalások alapján közelálló dolog volt felvennem, hogy ez a két negatív eset is paratyphosus megbetegedésre vezethető vissza, mindazonáltal oly esetek ezek, melyek bizonyos mértékben eltérnek a többitől.

A paratyphus-megbetegedésnél mindig infectio és intoxicatio történik már a betegség keletkezésekor (*Hübener*). Fel lehet tehát vennünk, hogy a foudroyans esetekben az intoxicatio az uralkodó és hogy vannak tisztán intoxicációs esetek is (ilyeneket észlelhetett *Müller*¹ is), melyekben sem a lépben, sem az epében, sem a szív vérében nem lehet többnapos epetenyészet útján sem paratyphus-bacillusokat kimutatni. Lehetnek fertőzéssel társultak az intoxicációk, melyekben a szervezet mérgekkel való gyors elárasztása rövidesen halálos kimenetelre vezet, azonban e mellett a paratyphus-bacillusok jelenlétét mégis ki lehet mutatni a szervekben. Lehetnek végül esetek, a melyekben a toxinok gyengébb kezdeti hatása után a kifejlődött lépduzzanat, a bélnyirokrendszer fokozott részvétele, a subacut typhosus kórkép a lassú bacterium-invasio kialakulását bizonyítja. *Czélyszerűbb volna tehát infectio és intoxicatio paratyphosát megkülönböztetni.*

Az intoxicatiót foudroyans esetekben praeformált toxinok okozzák. A szerint, hogy ki milyen mennyiségben vett magába toxinokat, illetőleg élő bacteriumokkal együtt jutottak valakinek gyomorbelrendszerébe paratyphus-toxinok, áll be az

első esetben a toxinok mennyisége szerint a rapide halálra vezető cholera nostras, vagy az enyhébb, rövidesen lejáró gastroenteritis paratyphosa, illetőleg — az utóbbi esetben — a bevezető gastroenteritis után („incubációs alak“) a lassan kifejlődő bacteriaemia paratyphosa, a typhus abdominalisra némileg emlékeztető klinikai formában. A paratyphus különböző alakjainak szép példáit láthattam a leírt első nagyobb explosioszerű járvány idején, a mikor az enyhe gastroenteritistől a súlyos typhosus állapotig az ismeretes kórképek minden fokozata, kivéve az egészen viharos eseteket, észlelhető volt. A hirtelen halálra vezető esetek leírt formájukban feltűnő módon szörványos jelenségek voltak. A környezetben alig fordult elő egy-két hasonló, avagy gyanus beteg. (Hogy egy és ugyanazon körülmények között levőknel a paratyphus-fertőzésnek ilyen különböző megnyilvánulásai lehetnek jelen, azt a fertőzés módján és mértékén kívül részben az egyesek egyéni hajlamosságában rejlő okokra is visszavezethetjük.) Minthogy a foudroyans esetek szörványosan fordultak elő, felvehetők, hogy érintkezési fertőzés eredményei, és talán a többszörös emberpassage fokozta ennyire a paratyphus-bacillusok betegítő hatását. Ez esetben azonban egy lassan kifejlődő typhosus kórkép megfelelőbb volna. A bacillusgazdák szerepe különben is csekélynek látszik a paratyphus-fertőzésekben. Saját vizsgálataim szerint (4200 vizsgálat alapján becsülve) 0.4%-ra tehető a bacillusgazdák száma. (Ezen vizsgálatok 10—48 órával a székpórbavétel után történtek.) Még azt is tekintetbe kell venni, hogy a csirahordozóknak maradtak („Dauerausscheider“) szerepe nem volt mindig elkülöníthető a valódi bacillusgazdák számától. *Mayer*⁵ szerint körülbelül három hétig lehet a paratyphus-megbetegedés után a székben paratyphus-bacillusokat találni. *Hübener* 400 üdülő között 13 csirahordozót talált.

A viharos lefolyású esetek okául tehát fel kell vennünk, hogy egyesek a véletlen folytán nagymennyiségű toxint egyszerűen vettek fel magukba. Minthogy a paratyphus-toxinok hőállóak, az eledel felfőzése sem szólna felvételünk helyesége ellen. A paratyphus-fertőzésekről tudjuk általában, hogy ezek nagyrészt *húsfertőzések*. Tehát oly húsneműek élvezetére kell gondolnunk foudroyans esetekben, a melyek nagy mennyiségben tartalmaznak praeformált paratyphus-toxinokat. Hogy éppen a háború harmadik évében mutatkoztak ezen megbetegedések, ez is a mellett szól, hogy a háború súlya alatt általában nélkülözőket éhségük és tudatlanságuk oly húsneműek (lőhulla stb.) elfogyasztására készítetett, melyektől azelőtt ösztönszerűen tartózkodtak. A húsneműek romlására a nyári hőség ad alkalmat, ebben a körülményben láthatjuk a nyári paratyphus-járványok magyarázatát.

(Folytatása következik.)

Kísérleti és statisztikai adatok a bűnöző fiatalok psychopathiájához, különös tekintettel az értelmi fejlettségre.

Irta: *Focher László* dr., ideg orvos, kórházi főorvos.

(Vége.)

A testi egészségi állapotnak a bűnözéssel való összefüggése kétféle természetűnek látszik. Vizsgálataim ugyanis egyrészt azt mutatják, hogy a jogtalan vagyonszerzésre irányuló bűnök elkövetőinek értelmi elmaradottsága jóval nagyobb (6 év), mint a sexualis téren erkölcssteleneké (4.0 év), másrészt azt, hogy a III. táblázat tanúsága szerint az értelmi képességet leginkább lefokozó veleszületett bujakórban szenvedő fiatalok bűnözésében a jogtalan vagyonszerzésre irányuló bűnök a leggyakoribbak, míg az értelmi képességet legkevésbé érintő tuberculosiban szenvedő fiatalok bűnözésében a sexualis természetű bűnök fordulnak elő legnagyobb számmal. (VII. táblázat, melyben az 1-gyel, 2-vel és 3-mal jelölt kisbetűk oly gyermekeket jelölnek, a kik tuberculosiban, lues congenitában, illetőleg mindkettőben szenvednek.)

VII. táblázat.

A bűnözés neve	Tuberculosisban szenvedők		Lues congenitában szenvedők		Tuberculosisban és lues congenitában szenvedők	
	között előfordul	összbűnözésének %/a	között előfordul	összbűnözésének %/a	között előfordul	összbűnözésének %/a
a	b ₁	c ₁	b ₂	c ₂	b ₃	c ₃
Prostitutio	12	42·48	9	28·12	6	37·50
Szemérmetlen viselkedés	1	3·57	1	3·12	—	—
Közveszélyes munkakerülés	1	3·57	—	—	1	6·25
Csavargás	3	10·71	3	9·38	2	12·50
Osszbűnözés sexualis területen	17	60·69	13	40·62	9	56·25
Lopás	10	35·71	15	46·88	7	43·75
Csalás	1	3·57	1	3·12	—	—
Orgazdaság	—	—	1	3·12	—	—
Sikkasztás	—	—	1	3·12	—	—
Betörés	—	—	1	3·12	—	—
Jogtalan vagyonszerzésre irányuló összbűnözés	11	39·28	19	59·36	7	43·75
Osszbűnözés	28	99·97	32	99·98	16	100·0

E lelet legkézenfekvőbb magyarázata az, hogy a veleszületett bujakór az értelmi képességek lerontása útján az értelmi gátlások nagyfokú csökkenéséhez, vagyis a büntől megóvó korlátok gyengüléséhez vezet, a tuberculosis pedig az értelmi képességek kisebb befolyásolása mellett főleg a sexualis érzelmek aránytalan túlfűtésével az ezirányú bűnözés felé hajtja a fiatalkorút; mindkét jelenség: az értelmi képességek nagyfokú csökkenése normalisan vagy renyhén fejlett és nem fokozott libidóval egyrészt (veleszületett bujakór), az értelmi képességek kisebb befolyásoltsága siettetett fejlődésű és fokozott libidóval másrészt (tuberculosis), ugyanazon okra, a kétféle kórokozó specifikus hatására vezethető vissza. A csökkent vagy legfeljebb normalis libidója kevésbé hajtja annak erkölcstelen kielégítésére a veleszületett bujakóros fiatalkorút, mint a tuberculotikus az ő fokozott libidója s ennek a kisebb támadásnak a lues congenitás csökkentebb értelmi gátlásai is hathatósabban állanak ellen, mint a tuberculotikusok fejlettebb értelme az ő jóval követelőbb libidójuknak. Tehát a lues congenitásoknak nem az erkölcsi érzéke van sexualis téren erősebben kifejlődve, hanem ezen a téren kisebb feladatra van az hivatva, mint a tuberculotikusoké. Erre mutat az is, hogy a bűnözésükben való eltolódást nem is annyira a lues congenitások sexualis téren való kisebb kriminalitása (mert csökkent értelmi gátlásaik sokszor voltak elégtelenek a csökkent feladattal szemben is), mint inkább a jogtalan vagyonszerzésre irányuló bűneik aránytalan túlnyomó volta feltételezi; e mellett szól az is, hogy azon lues congenitás fiatalok kriminalitását, a kik tuberculosisban is szenvednek, a sexualis természetű bűnök uralják. A tuberculotikusok fokozott sexualis izgalma mellett szólnak az *Ichok*⁷ által gyűjtött irodalmi adatok is, melyek között legnevezetesebb *Turban* tapasztalata, a ki tuberculinkúráit az injectiókat követő sexualis izgatottság miatt több ízben volt kénytelen megszakítani. *Heinzelmann*, *Köhler*, *Piery*, *Weygandt*, *Laiguel* fokozott nemi ösztönnel, egoismussal és optimizmussal jellemzi a tuberculotikusok lelkületét. Sexualis izgatottságuk okát *Amrein*⁶ toxinhatásban, *Weidenmann* a tuberculotoxinnak a pajzsmirigyre gyakorolt izgató hatásában keresi, míg *Köhler* az álmatlanság által feltételezett idegrendszerbeli ingerlékenységnek, *Janet* és *Adler* a saját testi kisebbértékűség megérzése által feltételezett munkaiszonynak, *Engel* a betegséggel összefüggő kényeztetésnek tulajdonít szerepet. Itt jegyzem meg, hogy 5 javítóintézeti leányon találtam kifejezett Basedow-betegséget s mind az öt egyúttal tuberculotikus és sexualisan erkölcstelen volt.

A mint látjuk, a fiatalok bűnözésének egyik jelentős, bár korántsem egyedülálló oka az értelmi elmaradottság. Annak kutatása, hogy az értelmi elmaradottság mely más okokkal együtt és mily mértékben okozója a fiatalok bűnözésének, mostani dolgozatom keretén kívül esik, bár néhányukra rámutattam; ilyen például a testi egészségi állapot, mely nézetem szerint ugyan elsősorban az értelmi képességek befolyásolása (lues congenita), illetve az érzelmeknek a csökkent értelmi képességek korlátait ledöntő túlfűtése (tuberculosis) útján, tehát másodlagos úton hat. A fiatalok bűnözésére bizonyos fokban praedestinálónak lehet tartani a kedvezőtlen külső körülményeket is. Elég csak a törvénytelenek aránytalan nagy szerepére gondolnunk. Igaz, hogy a törvénytelen szülöttség — legalább részben — a testi egészségre való hatása folytán (a lues congenitások között a törvénytelenek arányszámuk 1·71-szeresével, a tuberculotikusok között 2·98-szorosával szerepelnek) és ilyképpen az értelmi elmaradottság propagálása útján is fokozza a kriminalitást.

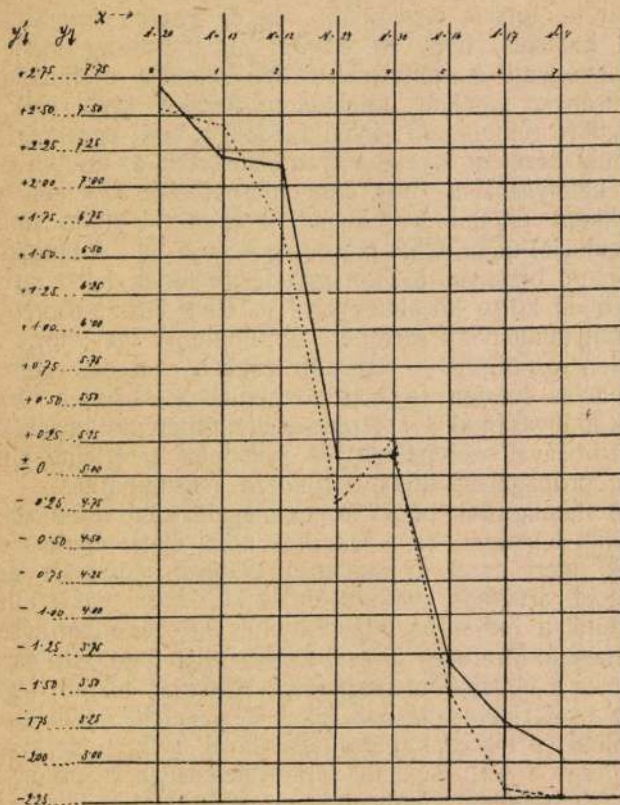
A fiatalok bűnözésének megelőzésére mindezek szerint sokat tehetünk, ha a felnőttek nemi életét erkölcsösebbé tesszük, mert ezzel a fiatalok erkölcsi fejlődését támadó legerősebb ártalmak gyökerét tépjük ki, s ezenkívül is mindent elkövetünk a lues és tuberculotikus fertőzés elkerülésére és gyógyítására. Minthogy az orvos életmódját tudatosan és nem tudatosan a társadalom nagy része példának tekintti, leghatásosabb a saját példaadásunk lehet, de ezenfelül felvilágosítással, állami és társadalmi propagandával is kell törekednünk arra, hogy a férfi sexualis erkölcstelensége a nő sexualis erkölcstelenségének hagyományos mértékével legyen felbecsülve s a férfiak és nők teljes egyenjogóságának divatos és feltétlen jogosult jelszavát sexualis téren úgy oldjuk meg, mint általában az egyenlőtlenséget minden téren az alacsonyabbrendű felemelésével s nem a magasabbrendű lerántásával kell kiküszöbölni, hogy a női erkölcs lealacsonyítása helyett a férfiak sexualis erkölcsét emeljük arra a magaslatra, melyet rövid szóval a „tisztességes nő“ sexualis erkölcsének nevezünk s mely egyedül felel meg úgy a kinyilatkoztatott vallásban gyökerező morálnak, mint a legszigorúbb természet-tudományos czélszerűségnek. Ezt elérve nemcsak jó példával szolgálunk a fiataloknak, de már egy generáción át is csekély nyomokra sikerülne szorítanunk a legtöbbször házasságon kívüli nemi érintkezés útján terjedő lues* s ezzel az emberiség ellentállóképességének megjavulásával megnehezítenők a tuberculosis terjedését, megkönnyítenők az emberiség intelligentiájának s ezúton is javuló gazdasági helyzetének emelésével a tuberculosis elleni védekezést; a fiatalok környezetének morális és gazdasági feljavításával pedig annak erkölcsi fejlődését tennők egészségesebbé s lehetővé azt, hogy életkoránál fogva nagy feladatokra még gyenge erkölcsi akarását ne tegyük ki már zsenge korban erejét meghaladó feladatoknak s mód legyen arra, hogy az egészségesebb testű és így egészségesebb lelkű gyermek teljes testi és lelki ki-fejlődéséig a tiszta otthon és gondos iskola körében csak korának és egyéniségének megfelelő, tehát azt fejlesztő és nem sorvasztó feladatok elé állíttassék.

Sokat tehetünk a bűnözés egyik főoszlopának, az értelmi gyengeségnek csökkentésére a rendszeres iskolázattal. Ezirányú vizsgálataimat a VIII. és IX. görbe mutatja.

Mint látjuk, a végzett osztályok számával az értelmi elmaradottság biológiai görbénél szokatlanul kicsiny szabálytalansággal csökken, akár az értelmi elmaradottság abszolút mértékét vesszük tekintetbe (VIII. görbe), akár pedig az értelmi elmaradottságnak a testi egészségi állapotnak megfelelő értelmi elmaradottságtól való eltérését (IX. görbe). A IX. görbének bal felső vége például azt fejezi ki, hogy a teljesen iskolázatlan fiatalok értelmi elmaradottsága körülbelül 2·6 évvel volt nagyobb, mint az a III. táblázat szerint testi egészségi állapotának megfelelő; másszóval a teljesen iskolázatlan lues congenitás fiatalok értelmi elmaradottsága 6·48 + 2·60 =

* A házasságon belül szerzett lues gyökere is a fertőző házastárs (tehát ugyanazon generatio) házasságon kívüli nemi életéből származik.

VIII. és IX. görbe.



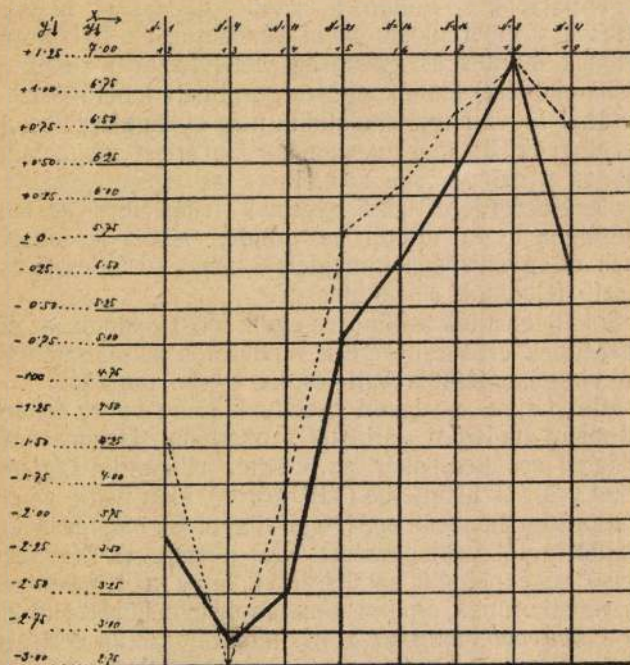
X = a végzett osztályok száma.

Y (folytonos vonal) = az értelmi elmaradottság években kifejezve.

Y' (szakgatott vonal) = az értelmi elmaradottság eltérése a testi egészségi állapotnak megfelelő értelmi elmaradottság számtani középértékétől, években kifejezve.

8:08 év; az ugyanilyen tuberculotikusé $4.64 + 2.60 = 7.24$ év stb. Ugyane görbe jobb alsó vége szerint a hét osztályt végzetek értelmi elmaradottsága átlag 2:25 évvel volt kisebb, mint az a testi egészségi állapotuknak megfelelő volna. A végzett osztályok számát feltüntető sor felett álló N = 20 stb. sorban „N” az abba a kategóriába tartozó egyének számát jelöli. Hogy a végzett osztályok számának ez a kedvező befolyása nem a végzett osztályok számával természetesen növekvő életkor befolyására, hanem ellenkezőleg, ezen befolyás dacára

X. és XI. görbe.



X = az életévek száma.

Y (folytonos vonal) = az értelmi elmaradottság években kifejezve.

Y' (szakgatott vonal) = az értelmi elmaradottság eltérése a testi egészségi állapotnak megfelelő értelmi elmaradottság számtani középértékétől, években kifejezve.

jön létre, azt élénken bizonyítja a beszédességében magyarázatra nem szoruló X. s a IX. görbénél elmondottak alapján könnyen érthető XI. görbe, mint a hogy nem is várható másképp, hiszen a legtöbb psychopathia kifejlődésének jellemzője, hogy a lassan vagy egyáltalában nem haladó lelki fejlődés és a feladatok növekvése közötti aránytalanság a növekvő életkorral fokozódva, egyre feltűnőbbé teszi a lelki rendellenességet.

A bűnöző fiatalok javítása már értelmük egyszerű iskoláztatás útján való emelésével a bemutatottnál jóval határozottabban lenne keresztülvihető, ha a fiatalok bűnözőt szakorvosi vizsgálat alapján részesítenők normalpaedagogiai vagy gyógypaedagogiai oktatásban. Az eddigi eredményekkel ugyanis távolról sem lehetünk megelégedve, hiszen — mint a III. és IX. tábla egybevetéséből kiténik — a legkedvezőbb helyzetben levő: a 7 osztályt végzett s testileg egészséges növendék átlagban még mindig 2:39 évnek megfelelő értelmi elmaradottságot mutat.

Az értelmi elmaradottság maga is csak tünet s legtöbbször a tüneti kezelés, azaz helyes iskoláztatás mellett az alapj gyógyításával gyökerében is gyógyítható, illetve javítható s főleg rosszabbodásában megállítható. Emellett a fiatalok bűnözők igen nagy része testileg is, egyébként is beteg s egy nagy részük az értelmi gyengetehetség mellett a legkülönbözőbb — nagyrészt gyógyítható vagy javítható, de mindenestre különleges elbánást igénylő — elme- és idegben szenved. Saját vizsgálataim szerint főleg a thyreogen idegbajok (hyper-, hypo- és dysthyreosis különböző alakjai), hysteriák, schizopren- és hysteroid-jellegű psychopathiák, Kraepelin vizsgálatai szerint főleg az alkoholismus, Mönkemöller szerint a hysteria, súlyos neurasthenia, epilepsia, dementia praecox többé-kevésbé súlyos debilitással szövődött esetei tartják a fiatalok bűnözők betegségajstromát.

Ily körülmények között, bár némi módosítással, magunkéva kell tennünk Barth¹ indítványát, mert a bűnöző fiatalok javítóintézetbe való felvétele előtt kivétel nélkül elmeorvosilag megfigyelendő lenne s ennek eredményéhez képest kellene a fiatalok a nevelésére vonatkozó szakorvosi utasítással vagy az egészségesekek és értelmileg csak kis fokban elmaradottak (debilisek) részére fenntartott s kisegítő osztályokkal is ellátott javítóintézetbe helyezni (melyet paedagogusok vezetnek), avagy a megfigyelő-intézet legcélszerűbben helyben s a vezető személyében kapcsolatos, belbeteg- és venereás-osztálylyal is bíró, elmeorvos vezetése alatt álló gyógyító-nevelőintézetben tartani, mely utóbbi gyakran adhatná át néhány hónapi orvosi kezelés után a paedagogia számára hozzáférhetővé vált ápolóját a javító-nevelőintézetek valamelyikének.

Végül kedves kötelességet teljesítek, mikor leghálásabb köszönetet mondok Rottenbiller Fülöp dr., m. kir. igazságügy-ministeriumi államtitkár úr Öméltóságának a vizsgálatok engedélyezéséért, Dwelly Mária intézeti igazgatónőnek s az intézet valamennyi tagjának vizsgálataim szíves támogatásáért.

Irodalom. ¹ Barth, E.: Unters. an weibl. Fürsorgezögl. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1915. — ² Bleuler: Die Behandl. d. moral. Schwachs. Correspblätt f. Schweizer Ärzte, 1914. — ³ Cramer: Bericht ü. d. psych. neur. Unters. d. schulentl. Fürsorgezögl. Allg. Zeitschr. f. Psych., 1910. — ⁴ Éltes M.: A gyermeki intelligentia vizsgálata. 1914. — ⁵ Gregor: Ü. d. Verwahr.-Typen. Monatschr. f. Psych. u. Neur., 1917. — ⁶ Amrein, O.: Die Tuberculose in ihrer Wirkung auf Psyche und Charakter. Correspblätt f. Schweizer Ärzte, 1919, 35. sz. — ⁷ Ichok: Die Tbc. Psychoneurose. Zeitschr. f. Tbc., 1920. — ⁸ Kraepelin: Psychiatrie. VIII. kiadás. — ⁹ Mönkemöller: Ber. ü. d. Ergebn. d. psych.-neur. Unters. d. schulpfl. Fürsorgezögl. Zeitschr. f. d. Erforsch. u. Beh. d. jugendl. Schwachs., IV. kötet. — ¹⁰ Müller-Erdmann: Über „moral insanity“. Archiv f. Psych. u. Neur., XXXI. — ¹¹ Pachantoní, D.: Ü. d. Prognose d. Moral ins. Archiv f. Psych. u. Neur., 1910. — ¹² Prensowsky: Zur Frage erzieherischer Behandlungsweise in d. psych. Abteil. Allg. Zeitschr. f. Psych. LXXIV. — ¹³ Révész Margit: A kriminálpaedagogia lélektani alapjai. — ¹⁴ Révész Margit: Az erkölcsileg züllött gyermekek lélektani és lélektani szempontból. — ¹⁵ Révész Margit, Dósa: Exper. Beiträge z. Psych. d. mor. verkomm. Kinder. Zeitschrift f. angew. Psych., V. kötet. — ¹⁶ Schnitzer: Bericht ü. d. psych.-neur. Unters. u. Beh. d. Fürsorgezögl. Zeitschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jugendl. Schwachs., V. kötet. — ¹⁷ Srafella, F. G.: Arch. f. Krim., 68. kötet. — ¹⁸ Thoma: Unters. an Zwangsözgl. in Baden. Allg. Zeitschr. f. Psych. LXVIII. — ¹⁹ Ziehen: Zur Aetiologie u. Auffassung d. sog. moral. Schwachsinn. Wiener med. Wochenschrift, 1914.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XVI. rendes tudományos ülés 1921 május 14.-én.)

Elnök: Flesch Nándor.

Jegyző: Hüttl Tivadar.

A rosszindulatú daganatok modern Röntgen-kezeléséről.

Rosenthal Jenő: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

Fischer Ernő: Éles különbséget kell tenni a sarkomák és carcinomák között; ez utóbbiakat éppen a Röntgen-sugár differenciálja jobb- és rossztermészetűvé.

Révész Vidor: Örömmel üdvözlő *Rosenthal* sikerét, hogy két régi inductor összeillesztésével kitűnő mélytherapiás eszközt nyert, mert így sok intézet juthat majd jó eszközökhöz. Az előadó összehasonlító tabelláihoz megjegyzi, hogy kifogás alá esik az, hogy ő a méréseit Fürstenau-féle intensimeterrel végzi, a mely a német vizsgálok kijelentése szerint a kemény sugarak iránt érzéketlen, a mélyben való mérésre pedig egészen alkalmatlan. A hozzászóló eredményei szintén nagyon jók. A Röntgen-therapia szempontjából a carcinomát és sarkomát élesen el kell különíteni és egyenes differential-diagnostikai jelnek vehető a sarkoma megkisebbedése és esetleg eltűnése. 5-7 órás besugárzások a betegre nézve általában veszélytelenek.

Babó Samu: Az előadó módosított eszközét értékes vívmánynak tartja főleg anyagi szempontból, a mennyiben különösen a drágasága a modern therapiás Röntgen-készülékeknek nehezíti meg az intensív, kemény-filteres therapia nagyobb elterjedését. Az eredmények, a melyeket az előadó a készülékével elért, különösen azért imponáló, mert egy-ülékes kezelésekkal és a gyógyulási idő lényeges megrövidülésével érte el azokat. Ez természetesen nagy előny a fracturált dosisokkal való kezelési módszerrel szemben, de azért ezt a conservatív eljárást teljesen mellőzni mégsem lehet, különösen ambulans betegeken nem, mert nem lehet figyelmen kívül hagyni a kiesési jelenségeket, a melyek az intensív eljárásnál majdnem mindig és sokszor súlyos alakban jelentkeznek, másrészt végeredményben a gyógyulási százalék ennél az eljárásnál sem látszik nagyobbak, mint a régienél, kivéve a carcinomákat, melyeknek túlnyomó részében a hozzászóló nem ért el eredményt és csak bizonyos esetekben legfeljebb 20%-ra becsüli az eredményt.

Simonyi Pál: Felhívja a figyelmet ama sok kiváló eredményre, melyet a modern, bár nem extrem technika felmutat. A therapiás optimum a sugárkeménység, intensitas stb. tekintetében már régen el van érve, további fokozásuktól eredményt nem vár. A haladást egészen más úton látja; folyamatban levő kísérleteinek eredményéről annak idején beszámol. Az említett közepadagok kitűnő eredményei mellett az extrem adagoknak általános szükségességét nem látja kéllőleg indokoltak. Csak akkor indokoltak azok, ha közepadaggal nem érünk célt, a mi hamarosan kiséül, vagy ha gyorsan terjedő, metastasisokra hajló carcinomával állunk szemben. Amenorrhoeának egyetlen sok órás ülésben való erőltetett kezelését perhorreskálja, a has intensív, több irányból való besugárzása nagyfokban veszélyezteti az erősen radiosensibilis has- és bélmirigyeket, a mit nem tart megengedhetőnek ott, a hol erre semmiféle komoly vagy sürgős ok nincs. A „non nocere“ sohaszünjék meg vezérelv lenni az orvosi ténykedésben. A „modern“ technikában az egyetlen értékes indicator, a bőrreactio is teljesen elesik. A felszerelés kérdésében is több tévhitet lát. Csodatevő ereje egyik, bármilyen reklámmal feldicsért készüléknek sincs. A mi *Rosenthal* ideáját illeti, hogy két egymagában kevésbé hatásos inductor kapcsolása által hatásos berendezést teremt, elvitázhatatlanul nagy gyakorlati értékű. Az idea különben régi, egy körülbelül 20 év előtti szabadalomban (Röntgen-készülék) az inductor többszörös megosztását quasi bat-terrává, a hozzászóló hozta javaslatba.

Elscher Gyula: A vita folyamán többször megemlített technikai nehézségekről csak azt óhajtáná megjegyezni, hogy azok természetesen fennállanak és e téren az individualizálásnak, a gyakorlatnak és a tapasztalatnak tág tere nyílik; adott esetben ezen technikai nehézségek a megbetegedések helyzetek nehezen hozzáférhető volta miatt még így sem küzdhetők le. Ez különösen a recidivált mamma-carcinomákra áll, a melyekhez előnytelen elhelyezésük miatt az úgynevezett keresztirányú besugárzások nem férnek hozzá. A maga részéről a besugárzásokat nem végzi folytatólagosan egy ülésben, hanem rendszeren kétszer 24 órán belül. Ezen eljárás az eredményt nem befolyásolja és a betegre és kezelőorvosra nézve sokkal kevésbé fárasztó és kíméletesebb eljárásnak mondható. Ezzel azonban nem azt akarja mondani, hogy ez eljárással a szándékolt nagy dosist elaprózza, csupán az egyes mezők besugárzása között alkalmazza a kisebb-nagyobb szüneteket. Hogy a tumorok reakcióképessége a sugarakkal szemben különböző, az ma már vita tárgya nem lehet. Csak azt akarná kiemelni, hogy e téren a Röntgen-sugárzás minőségének is szerepe van. Ugy gondolja, hogy az itt jelenlevő röntgenologusok megerősíthetik azon tapasztalatát, hogy például egyszerű tuberculosus lymphomák erősen szűrt kemény sugárzásra nem fejlődnek vissza, míg puhább aluminium-szűrőn átmenő Röntgen-sugarak alkalmazására visszafejlődnek. *Babó* eredményeit, melyek szerint carcinoma eseteiben 20% gyógyulást ért el, nem tudja megérteni, ez mindenestre egy eddig el nem ért örvendetes statisztikának volna nevezhető. Végül azt hiszi, hogy a tumorok kezelésének technikáját illetőleg *Lossen* azon kijelentése tartandó szem előtt, hogy a mélytherapia nem azon múlik, hogy egyáltalában megcsinálják, hanem azon is, hogy hogyan csinálják meg.

Kelen Béla: Az előadó érdeme az, hogy a mai pénzügyi viszonyok közt olcsó szerrel, házilag állított elő olyan készüléket, a melylyel

elért eredmények semmiben sem maradnak a drága készülékek eredményei mögött. A hozzászóló vezetése alatt álló I. számú Röntgen-intézet mindkét tyussal (Radiosilex és magas feszültségű inductor) fel van szerelve. A velük elért összehasonlító eredményekről más alkalommal fog beszámolni, most csak a vita során elhangzott azon ellenvetésre akar kitérni, hogy *Rosenthal* mérései nem pontosak, mert nem iontoquantimeterrel, hanem Fürstenau-féle selen-intensimeterrel dolgozott. Mind a két mérőkészüléknek egyaránt megvannak a hibái, de *Rosenthal* a hibákat számítással korrigálta, úgy hogy mérései a lehetőség határain belül pontosak. A kezelésnek a sarokpontja éppen ezen hibáknak a felismerése és kiküszöbölése, s az eredmények nem egyedül a készülék javára, hanem főként annak a javára irandók, a ki a méréseket végzi és a therapiát vezeti, irányítja. Szokásba jött újabban Németországban vett 2 heti kurzuson az ismereteket elsajátítani, s az újonnan beszerzett készülékekkel itthon az úgynevezett „mamut-dosisokat“ leadni. Ily hirtelen megtanulni a Röntgen-therapiát nem lehet. Ezek a kellő szakértelem nélkül derűre-borura alkalmazott nagy adagok idővel megbosszulják magukat.

Hoffmann Jenő: A mai Röntgen-képekkel képesek vagyunk a szöveteket homogenen átsugározni s bármely mélységbe a megfelelő adagot eljuttatni. A rákot azonban meggyógyítani mégsem tudjuk, habár kétségtelen, hogy nagyon szép eredményeket érhetünk el. A további út nem a sugárzásos energia emelése, hanem a szervezetet küzdő erejének fokozása, annál inkább, mert a mai intensív therapia is már óvatosságra int bennünket, a mennyiben egyrészt néha kiterjedt necrosist, máskor Röntgen-cachexiát idéz elő s így elpusztítja ugyan a rákot, de vele együtt a szervezetet is teljesen tönkreteszi.

Rosenthal Jenő: *Révész*-nek a mérésre vonatkozó megjegyzésére *Kelen* hozzászólásában már válaszolt, úgy hogy ahhoz hozzáfűzni valója alig van. Csak annyit jegyez meg, hogy a mérések helyességét minden esetben a biológiai hatás igazolta. Ha a mérésnek megfelelő dosissal sugározva be valamely petefészket, az amenorrhoea egy ülésben bekövetkezik, akkor ez mindennél ékeesebben bizonyítja a mérés helyességét. *Révész* azt állította, hogy az előadó Symmetrie-apparatust állított össze; berendezésük és a Symmetrie-apparatus között azonban egyrészt igen jelentékeny szerkezetbeli, másrészt effectusbeli különbségek is állanak fenn, melyek nyilván elkerülték *Révész* figyelmét, de a melyeket itt most újból elmondani nem akar. Igen sok szó esett akkor, vajjon „Reizdosis“ van-e? Erre vonatkozólag válasza az, hogy igenis van. Erről többszörösen volt alkalmá meggyőződni. A kik ilyen nem észlelték, azok nyilvánvalóan az úgynevezett „Reizdosis“-nál kisebb mennyiségű sugárenergia alkalmaztak. *Holics* megjegyzésére vonatkozólag csak még azt hangsúlyozza, hogy minden operabilis tumort meg kell operáltatni, ennek elmulasztása műhiba. Egyelőre igekeznünk kell, hogy azokban az esetekben, a melyek inoperabilisak s a melyekkel mást tenni nem lehet, érjünk el számbavehető eredményt.

Közkórházi Orvostársulat.

(V. bemutató szakülés 1921 márczius 30.-án.)

Elnök: Haberern Jonathán Pál.

Jegyző: Thaly Loránt.

Müvi pneumothorax esete.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: Egész terjedelmében közöljük.

A Forlanini-Saugmann-készülék mint diagnostikai segédeszköz a légmell körjelzésére.

Willner Miksa: Egész terjedelmében közöljük.

Exsudatum pleuriticum fejlődésével javult phthisis esete.

Kausz János: Egész terjedelmében közöljük.

A Zangemeister-féle jel értékesítése a szülés idejének pontosabb meghatározására.

Henesz József: *Zangemeister* 5 év előtt háziterhesen sorozatos méréseket végzett a célból, hogy lássa, hogy a testsúlyuk viselkedése milyen arányban áll a magzat méhenbeli növekedésével. E vizsgálódásai kapcsán azt a nevezetes észlelést tette, hogy háziterhesei a 27. terhességi héttől állandóan szaporodtak súlyukban, még pedig középértékben naponként 58 gr.-mal, hetenként 406 gr.-mal. A legnagyobb súlyemelkedés azonban nem a terhesség utolsó napjára, hanem legtöbbször a szülés előtti 3. napra esett. E naptól kezdve hirtelen súlycsökkenés állott be, mely a szülést megelőző két napon átlagosan 1 kgr.-ot tett ki. *Zangemeister* ezen megállapítását *Opitz* klinikájáról 20 háziterhesen *Momm* igekezett ellenőrizni. *Momm* észlelési eredményei alapján a háziterhesek napi súlygyarapodása középértékben naponként 56 gr.-ot, hetenként pedig 392 gr.-ot tett ki, a szülés előtti súlycsökkenés pedig 690 gr.-ot.

Az előadó *Zangemeister* és *Momm* vizsgálódásai alapján igekezett e jelnek a mindennapi orvogyakorlat céljaira való

értékesítéséről meggyőződni. *Scipiades* osztályán összesen 25 olyan egészséges terhesen végzett sorozatos súlyméréseket, kiket a szülés előtt legalább 10 napig észlelhetett. A mérések eredményét súlytáblázatban állította össze, melyből kitűnik, hogy a terhesek napi súlygyarapodása középértékben 64 gr.-ot tett ki. A szülés előtti 3 napon pedig a súlycsökkenés átlagban 650 gr. volt, míg *Momm*-nál 690 gr., *Zangemeister*-nél pedig átlagban 1 kiló. A terhesek összességére vonatkozó középértékek alapján készült súlygörbékből az derül ki, hogy a terhesek súlya a terhességnek utolsó idejéig általában tartósan gyarapszik, míg nem a gyarapodást a szülés beállta előtti harmadik napon a testsúly feltűnő zuhanása követi.

Eltértek azonban az eredmények az átlagtól akkor, ha a súlygörbe viselkedését terhesen egyenként vizsgálta. Ekkor ugyanis azt látta, hogy a *Zangemeister* által megállapított testsúlyviselkedés a terheseknek csupán 74%-ában mutatkozik annyiban, hogy a súlyesés a szülést megelőző három napon állandó; de ezekben az esetekben is a súlyesés esetleg visszatérő emelkedésekkel már jóval a szülés előtti harmadik nap előtt jelentkezik, máskor meg a testsúly az utolsó állandó súlyesést megelőzőleg jelentékeny és szabálytalan ingadozásokat mutat. Így tehát *Momm* ama reménye, hogy a *Zangemeister*-jel alapján viselőseken a szülés várható idejét pontosabban fogjuk megjelölhetni, alig válik valóra.

A chinin újabb alkalmazása a szülészetben.

Fülöp Albert: A chininnek a szülés minden szakában való alkalmazásáról, alkalmazásának eredményeiről s azon kísérleteiről számol be, melyeket 1919 óta a művi koraszülés megindítására chinin adagolásával kombinált burokrepesztéssel végzett. *Halban*, *Köhler*, *Werner* szerint végezte a chinin-injectiók eljárását. A vetélések, különösen a lázas vetélések kezelésében 65% eredményt ért el. A chininum bihydrochloricum 25%-os, a chininum hydrochloricum 50%-os oldatát használja, 0.5 gr.-ot adva intravenásan, 0.5 gr.-ot intramuscularisan. Korai burokrepesztésnél, a hol a szülőtevékenység hosszabb ideig szünetelt, minden esetben jó eredményt ért el. A táglási szakban beálló fájásgyengeségnél a chininnek kisebb adagjával kifejezett fájáserősödést és a szülés gyorsulását tapasztalta; placenta praevia lateralis és atonia eseteiben is hasznos eredményt látott. Fájáskeltésre meg nem indult szülésnél, terminusnál vagy azon túl, 0.5 gr. chinint adott intravenásan vagy intramuscularisan; de csak az esetek felében tudta megindítani a szülést. Terminus előtti szülések vagy művi abortusok előidézésére a chinin-injectiók hatástalanok voltak. Koraszülés megindítására a chinin-injectiókat vagy chininnek a szájon át adagolását (3×0.5 chininum sulfuricum fél óras időközökben) burokrepesztéssel kombinálva ajánlja, annyival inkább, mert a koraszülést megindító többi eljárás eredményénél jobbat ért el vele. A koraszülés megindításának módja: burokrepesztés, utána 2 órával chinin-adagolás. 17 művi koraszülés esetében 2 óra 22 perces átlagos szülés-megindulást és 26 óra 12 perces átlagos szülés-lefolyást észlelt. Egy esetben volt lázas a gyermekágy; minden anya egészségesen távozott. A magzatok közül 1 halt meg (falcsonttörés, agylaesio a szülés alatt). A chinin szokásos mellékhatásán kívül más káros hatást nem észlelt. A művi koraszülés megindításának ezen egyszerű, veszélytelen és a gyakorlatban is könnyen végezhető módjának szélesebb körben alkalmazását ajánlja.

Singer Hugó: Kérdi, nem látott-e az előadó káros hatást a chinin parenterális adagolásától, különösen a szövetekre (necrosis stb.)?

Tuszkai Odön: Több év óta használ per os félgrammos chinin-adagokat; úgy látta, hogy fájásindító hatása van. Figyelmeztet azonban, hogy kompenzált szívbj két esetében óráig tartó nehézlégzést tapasztalt és ezért szívbj esetén óvatosságra int.

Scipiades Elemér: A chininnek intravenás alkalmazására az vezette, mert az erősebb fájást okozó szerként alkalmazni szokott glanduitrin nem volt kapható, viszont *Weber* az intravenásan alkalmazott chinint a hypophysis-kivonattal egyenlő értékűnek mondta. Több száz abortusnál és jelentékeny számú szülésnél alkalmazta. Az intramuscularis alkalmazás után tályogképződést nem látott. Az intravenás alkalmazásnak ellenben vannak kellemetlenebb mellékhatásai (fülzúgás, szédülés, fejfájás), melyek collapsus-szerű elsápadásig és rosszullétig

fokozódhatnak. Az utóbb említett kellemetlenségek azonban szabályszerű befecskendezés esetén (egy perc tartam) elkerülhetők. Óvatosságból csak 5%-os oldatot használ, még pedig annál inkább, mert az irodalom adataiból azt tűnt ki, hogy a 25%-os oldat hatása sem erősebb. Vetélést vagy szülést chinin-injectiókkal nem tudott megindítani. A vetéléseket illetőleg az a benyomása, hogy a spontán lefolyás arányát az injectiók szaporítják; pontos statisztikai összeállítás azonban erről még nincs. A mesterséges koraszüléseknél való hatását illetőleg nincs sok tapasztalása, mert ezt a műtétet csak kényszerűségből gyakorolja. Elhúzódo szülés kapcsán eddig körülbelül 35 esetben alkalmazta a chinint; a részletes eredményekről a közeljövőben orvososa fog beszámolni. Addig is csak annyit akar megemlíteni, hogy egyelőre nincs annyira elragadtatva, mint az eljárás ajánlója, *Weber*, és érték tekintetében a fájást okozó szerek között a glanduitrinnél hátrább állónak tartja.

Frigyesi József: Mint az előadónak segítő társa e dolgozatban, reflektál az elhangzott hozzászólásokra. A chinin intravenás és intramuscularis alkalmazását ott részesítik előnyben a per os adagolással szemben, a hol gyors és intenzív hatásra van szükség. Necrosist a chinin — természetesen jó aseptist feltételezve — csak ott okoz, a hol helytelenül, nem intramuscularisan, hanem subcutan adják. Mint *Scipiades*, úgy ő is éppen abban az időben, a mikor glanduitrin, pituitrin nem kapható, nagy hasznát veszik a chinin intravenás alkalmazásának. Egyébként az előadó is hangoztatta, hogy megfelelő esetekben, vagy a hol a per os való adagolásnak nincs akadálya, a per os való adagolással is kísérletezik. A dolgozatnak főérdemét abban látja, hogy a burokrepesztésnek chininnel való kombinálásában sikerült a szülés megindításának egyszerű, a gyakorlatban is keresztülvihető, megbízható, a morbiditás szempontjából is legelőnyösebb módját megtalálni. A szülés megindítására pedig bizonyos esetekben a terhesség végén, más esetekben a terhesség utolsó 4–5 hetében gyakran van szükség, és bár megfelelő esetekben ő is végzik a szülés befejezése céljából, a sebési eljárásokat, egyáltalán nincsenek azon az állásponton, hogy a szülés megindítása nélkülözhető vagy felesleges beavatkozás.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az idült influenzáról ír *Treupel* és *Stoffel*, különös tekintettel a tüdőgümőkórtól való elkülönítés nehézségeire. Az influenzás tüdőbeli folyamatokra sokszor nagyon jellegző a beszűrődéseknek rendetlen, ugrásszerű terjedése; úgy szólván egy napról a másikra változnak a tompulatot adó területek. Ennek megfelelően a Röntgen-képek is nagyon változók, bizonyos árnyékok azonban nagyon állandók: kötegszerű, részben csomós, a hilusból kiinduló alakulatok és a központi tüdőrajzolat erősödött volta teljesen tiszta vagy csak nagyon mérsékelt árnyékolt tüdőcsúcsok mellett. Az eseteknek egy részében nagyfokú irreparabilis elváltozások fejlődnek a tüdőszövetben és a pleurán, rugalmas rostok mutathatók ki a köpetben, gümöbacillusok ellenben nem; e mellett nagyon szembetűnő szokott lenni a tüdőbeli folyamat sepsises jellege. A rugalmas rostok a köpetben mindenesetre mélyreható tüdőszövet-roncsolásra engednek következtetni; ez a roncsoló folyamat azonban néha oly kis területre szorítkozik, hogy physikalis vizsgálattal nem mutatható ki. A láz viselkedése a tüdőtuberculosisistól elkülönítés szempontjából nem használható fel, mert mindkettőre jellemző a rendkívül protrahált subfebrilitás. Influenzában a szív és az érrendszer sokkal korábban és nagyobb mértékben mutat eltérést, mint tüdőgümőkórban (bradycardia a betegség elején, az érfeszültség csökkenése). Erős éjjeli izzadás az idült influenzában is előfordul. A mi az idült influenza összefüggését a tüdőgümőkórral illeti: a megnyugodott gümőkór reaktiválása idült influenza által nem olyan gyakori, mint a hogyan fölverték. Meglevő tüdőgümőkór mellett az influenza lefolyása a gümőkóros megbetegedés fokától függ. Kezdődő csúcsfolyamatok és jötermészetű cirrhosisok általában befolyásolatlanul maradnak; végzetes fordulatot vehet azonban az influenza miatt az előrehaladott tüdőgümőkór. Elég gyakori továbbá, hogy influenza kapcsán bontakozott ki a tüdőgümőkórnak előbb ki nem mutatott képe.

A mi az idült influenza gyógyítását illeti: elhúzódo oldódás ellen jó eredménnyel használhatók a *Berliner* ajánlotta befecskendezések menthol-eucalyptollal. A túlságosan bőséges köpet jól befolyásolható megismételt Karell-kúrával. Egyébként a kezelés azonos azzal, a melyet idült indurativ

tüdőgümőkórban szoktunk használni (ameddig subfebrilis a hőmérsék, teljes nyugalom; fekvő- és hizlalókúra; napfürdő, mihelyt a beteg állapota ezt már megengedi). A vérkeringés gyengeségére, a mely még az üdülés szakában is meg szokott lenni, állandóan tekintettel kell lenni; leküzdésére nagyon jó a digitalis chininnel és strychninnel. (Rp. Fol. digital. pulv. titr., Chinini sulfur. aa 5.0; Strychnini nitr. 0.1. Fiant pil. No. 100); később, a mikor a digitalis már felesleges, vas-chinin-strychnin-pilulák adhatók. Az általános roboráló szerek közül a phosphorsukamáj és a kreosot-készítmények jönnek első sorban tekintetbe. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 25. szám.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A húgyanyagot diureticum gyanánt már évtizedek óta használják, de nem elég nagy adagban. Ennek tudható be, hogy a használata nem terjedt el eléggé. Strauss tanár szerint naponként 40—80, sőt 100 grammot kell adni, 2—3-szor annyi hideg vízben oldva, teli gyomorral. Minthogy keserű az íze, kávéban is adható, avagy kávé, esetleg tejet itatunk hozzá. A betegek többnyire jól tűrik, csak ritkán okoz dyspepsiát. Különösen vesebaj okozta hydrops eseteiben fényesek az eredmények, de azért szív- és érbaj okozta vizenyő, valamint polyserositis és pleuraizadmány eseteiben is jók az eredmények. (Berliner klin. Wochenschr., 1921, 16. sz.)

A scabies mitigal-kezeléséről nyilatkozik nagyon dicsőően Amon. A mitigal nevű organikus kén-összetett aranyárga színű, meglehetősen sűrűn folyó, csaknem szagtalan folyadék, a melyet három egymásután való napon kell erőteljesen bedörzsölni, főleg a rüh praedilectio helyein; előző fürdés nem szükséges; a 3. bedörzsölés után 24 órával tisztasági fürdő és tiszta fehér-meg ágynemű. A mitigal nagy előnye a gyors és biztos hatása, kényelmes és tiszta alkalmazás módja és teljes ártalmatlansága. E mellett az ára is aránylag alacsony, a mennyiben a három bedörzsöléshez szükséges mennyiséget tartalmazó palack ára ezidőszert 12 márka. (Therap. Halbmonatsh., 1921, 11. füz.)

Vegyes hírek.

A törvényszéki orvosi vizsgálatra jelentkezők a törvényszéki orvosi vizsgáló-bizottsághoz címzett folyamodványukat szeptember hónapban nyújtják be az igazságügyi ministerium iktató hivatalába. Mellékelni kell az egyetemes orvosdoctori oklevelet, valamint a legalább egy évi klinikai, kórházi szolgálatot vagy két évi magánygyakorlatot igazoló bizonyítványt. A vizsgálat október hónapban lesz.

Meghalt. D. Gerhardt, würzbergi tanár, ismert belklinikus, 56 éves korában, szívszélhűdésben.

SVÁBHEGYI LIGET-SZANATÓRIUM

I., Eötvös-út 10—12.

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

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

Dr. Müller Vilmos, kir. tanácsos Sanatoriuma

Tátraháza

(Magas-Tátrában.)

Reichenhaller rendszerű inhalatorium. Fekvőcsarnokok. Helio-quartzfény és specifikus terapia. Hizókúra. Pensio (szoba, ötszöri elsőrangú étkezés-sel) 70 cseh korona. Prospektust küld, fölvilágosítással szolgál, a cseh visumot vidékiek részére is megszerzi a sanatorium budapesti igazgatósága, Teréz-körút 5. (Telefon: 138—05.)

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

Istvánuti Szanatórium

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

és vizgyógyintézet részv.-társ. Budapest, VII., István-út és Hungária-körút sarok. — Ig. főorvos: Dr. Schuster Gyula v. e. l. tanár. Sebészet, szülészet, nőgyógyászat. — Bel- és idegyógyászat, Orthopaedia, Röntgen.



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

Pöstyén

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

Orthopaedia,

gyermektorna, medico-mechanikai (Zander) termek, vizgyógyintézet a
Dr. PAJOR-Sanatoriumban
Budapest, VIII., Vas-utca 17. sz.

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

Erzsébet Sósfürdő. Ujonna átala-
kítva és kibővítve.
Keserű sósfürdők, vizgyógyintézet, szénsavas fürdők, napfürdő.
Hizlalo és fogyasztó kúrák. Egész éven át nyitva.
TELEFON: JÓZSEF 81—75.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hizó-, nap- és légtüdő. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással ütlel-ügyben szolgál: Ingatlanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám és a Szlovákfürdőiroda (Menetjegyiroda), Budapest, V., Vigadó-tér 1. szám.

Telefon: József 4—12. Igazg.-tulajd.: Dr. Me'ha Armand, Dr. M.-né Hilf Paula, Dr. Mandler Ottó.

ZANDER-ÜDÍTŐ SOVÁNYÍTÁS

a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. 1. e

PÁLYAZATOK.

3426/1921. szám.

Hajdu vármegye hajduszoboszlói járásához tartozó Hajduszovát községben lemondás folytán üresedésbe jött községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalom: 1600 korona törzsfizetés, ötévenként négyszer ismétlődő 200—200 korona korpótlék. Felépülés után természetbeni lakás. Háborús segély, havi drágasági segély, családi pótlék, családtagonként havi 200 korona élelmiszerváltás.

Nappal 10 korona rendelési, 20 korona látogatási, éjjel 20 korona rendelési, 40 korona látogatási díj szedhető. Hét éven aluli gyermekek felét fizetik.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt minősítésüket, eddigi alkalmazásukat, az idegen meg szállások, a forradalom és a proletárdiktatura alatt tanúsított magatartásukat, politikai megbízhatóságukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket folyó évi augusztus hó 25.-éig hozzám nyujtsák be.

A később érkező, avagy hiányosan felszerelt kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választás határnapjának kitűzése iránt külön fogok intézkedni. Hajduszoboszló, 1921 július 25.-én.

Paor Sándor dr., főszolgabíró.

12.183/1921. szám.

A Ferencz József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára a pénztári főorvosi hivatalban megüresedett szaksegédi állásra pályázatot hirdet.

Az ezen állással járó illetmények: évi 4800 korona törzsfizetés és 22.500 korona drágasági pótlék, összesen évi 27.300 korona. Az alkalmazás egyelőre ideiglenes jellegű.

A szolgálat hétköznaponként délelőtt 9 órától délutáni 1 óráig, illetve a szükséghez képest azon túl terjed.

A kinevezendő szaksegéd munkaköre a pénztári főorvos helyettesítéséből származó és a pénztári főorvos által neki kiosztott munkanyag feldolgozása, főképpen a rendelésre bejáró munkaképtelen pénztári betegek ellenőrzése és a bejáró tüdőbetegek kezelése.

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

A kérvények a Pénztár vezetőségéhez címezve nyujtandók be, VII., Bethlen-tér 1. szám alatt, a hol a Pénztár igazgatója hétköznapon délelőtt 11—1 óra között bővebb felvilágosítást nyujt.

B u d a p e s t, 1921 augusztus 1.

Barcza, igazgató.

Gáspár dr.,

a Ferencz József kereskedelmi kórház vezetésével megbízott ministeri osztálytanácsos.

20/1921. ig. szám.

A munkaügyi és népjóléti Minister Úr Öngyméltóságának folyó évi 33.833/V. a. számú rendelete alapján a vezetésem alatt álló budapest-angyalföldi m. kir. áll. elme-gyógyintézetben megüresedett másod-orvosi állásra, a mely évi 1600 korona fizetéssel és mindaddig, a míg a magas kormány az állami alkalmazottakra nézve a háborús segély és a havi drágasági segély kifizetését megengedi, évi 1500 korona háborús segélylyel és havi 220 korona, hat havi szolgálat után pedig havi 250 korona drágasági segélylyel, továbbá egy bútorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és élelmezéssel jár, pályázatot hirdetek.

Az állásra való kinevezés két évi időtartamra szól, de további két-két évre megújítható, ha a kinevezett orvos az állásra minden tekintetben alkalmasnak bizonyul.

Az öt koronás bélyeggel ellátott s a munkaügyi és népjóléti Minister Úr Önagyméltóságához címzett folyamodványok orvosdoktori oklevéllel, honossági bizonyítvánnyal és az esetleges eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelten hozzám bezárólag folyó évi szeptember hó 7.-éig nyújtandók be.

Budapest, 1921. évi augusztus hó 6.-án.

Epstein László dr., s. k.
egyetemi magántanár, igazgató.

6626/1921. szám.

Az üresedésben levő Horvátfalva, Pocsfalva, Ráabafüzes, Ráabakeresztur, Patafalva, Ujkörtvélyes, Ökörtvélyes, Királyfalva, Dobrafalva, Radafalva, Némethidegkút és Nádkút községekből álló ökörtvélyesi körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A megválasztandó körorvosnak kilátása van a szentgotthárdi állami dohánygyár és a munkásbiztosító pénztár külorvosi állásnak elnyerésére is.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. szakaszában előírt minősítésüket s az esetleges eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal is felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám szeptember hó 1.-én déli 12 óráig adják be.

A pályázóktól a magyar és német nyelv bírása megkívántatik.

A választást szeptember 1.-én 4 órakor Ökörtvélyesen a körjegyzői irodában fogom megtartani, melyre a községi választókat ezennel meghívom, a törvényhatóság által kiküldött választókat pedig külön vétlevél mellett meghívni rendelem.

Szentgotthárd, 1921 augusztus 2.-án.

Kiss Elemér dr., főszolgabíró.

Külföldön végzett, vizsgázott fogász társulna községi- vagy járás-orvossal, ki amellet még az általános orvosi praxisát is tovább folytathatja. Semmi anyagi sem szükséges. Minden műszer megvan.

Ajánlatok „Nagyszerű kereseti lehetőség” jellegre, „Petőfi” Irodalmi Vállalathoz Budapest, VII., Kertész-u. 16.

VALORAL

Brom—borneol—valerianat lecithinnel kombinálva

Igen hatásos sedatívum, tonicum, enyhe hypnoticum.

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

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

BONIJOD

Tablettánként 0'05gr. jod.
arteriosclerosis stb.

GUAJAGLOBIN

Tablettánként 0'05gr. guajacol.
Tuberculosis stb.

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

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógyszerárban kapható. A készítő

„Jó Pásztor” gyógyszerár, Budapest, IX. Ráday-u. 18
Megrendelésre szállít orvosi kémszereket és bakteriologiai festékkoldatokat.

Dr. PÁPAY

Himlőnyirok

Dysenteria-szérum

Orvosi diagnostikai laboratorium

Nyomatott Pápai Ernő műintézetében, Budapest, VI., Szerecsen-utca 65 (Liszt Ferencz-tér sarok).

Fogorvosi gépek

motorok — székek — butorok

Telefon:
68—16.

ODELGA R.-T. VI., Andrassy-út 28.
Sürgőnyczim: Medodelga Budapest.

Telefon:
37—04.

ELBON

Szabadalmazva.



Név törv. védve.

Fahéjsavkészítmény a
légutak fertőző hurutjai
és a tuberculosis láz leküzdésére.

Tabletták.

GESELLSCHAFT für CHEMISCHE
INDUSTRIE in BASEL.
Pharmazeutische Abteilung.

Magyarországi képviselő:

JAKITSCH JÁNOS Budapest, V., Wahrmann-utca 13.

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serumtermelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok

Serumok

Budapest, IV., Eskü-ut 6. Klotild-palota.

Ezelőtt II., ker. Margit-körut 45.

Új telefonszám 58—97.

Dermaforine

Törv. védve.

Fertőtlenítő.

Teljesen szagtalan, nem izgató,
desodoráló, szárító (erősen adsorbeáló)

sebhintőpor.

Alkalmazás: sebhintőpor, gaze, 5—10%-os kenőcsök. STERILIZÁLHATÓ.

Minden gyógyszerárban és nagy drogueriában kapható.

**Röntgen - berendezések, Quarz -
lámpák és villamos orvosi készülékek raktárról
azonnal szállíthatók.**

Ericsson magyar villamossági részv.-társ.
ezelőtt: Deckert és Homolka
Budapest, VI., Vörösmarty-u. 67. Telefon: 28-09, 89-64.
Röntgen-esővek és lemezek állandóan raktáron.

- FÉLE OLTÓANYAG ÉS SZÉRUMINTÉZET R.-T.
VI., TERÉZ-KÖRUT 31. TELEFON 20-19

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
IX., Knežits-utca 15.

Előfizetési árak helyben és vidéken
egész évre 200 kor.
fél évre 100
negyed évre 50

Megjelenik minden vasárnap

Egyes számok kaphatók KILIÁN FRIGYES egyetemi
könyvkereskedésében (Váci-utca 32. sz.)
Egyes szám ára 5 K.

Hirdetések kizárólagos felvétele:

„PETŐFI” irodalmi vállalat

Pesti Alfréd

Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám

Digipurafum

a gyomor által jól fűrt szívtonikum tartalmazza a Folia digitalis hatóanyagait annak természetes alakjában és összetételében u. m

Digifoxin
Digitalein
Sitalin-f

(Pharm Zentralhalle 1919. 9 sz.)
és annak káros és hatástalan anyagaitól megszabadítva

Teljes Digitalis hatást fejt ki.

Tabletták:
Eredeti csom. No. XII
No. VI.

Oldat bevitelhez:
10 ccm. ered. csom.

Ampullák:
Eredeti csom. No. VI.

Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.

1027

NERVINOLBARABÁS

SEDATIVUM — ROBORANS

Indicatiói:

Hysteria	Epilepsia	Belgyógyászok	Gyermekgyógyászok
Neurasthenia	Chorea	Ideggyógyászok	Klinikák
Reconvalescentia	Marasmus	Nőgyógyászok	Kórházak
Anaemia			Szanatoriumok

Alkalmazzák:

Napi adagja három evőkanál.

Irodalom: Dr. Frey „Budapesti Orvosi Ujság” 1906 február 15.
Dr. Hajós „Budapesti Orvosi Ujság” 1908 ápr. 15.

Főraktár: II. Rákóczi Ferenc gyógyszerár vegyészeti
laboratóriuma, Budapest, VIII., Rákóczi-út 25



DR. WANDER-FÉLE MALÁTA-KIVONAT

FISCHER PÉTER és TÁRSA R.-T.

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

Fiókküzetek: VII., Rákóczi-út 78 és IV., Várház-körut 8.

Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben,
betegápolási cikkekben. Művégtaggyártás és műszerjavítás.
Telefon József 19—24.

ANACOT-PASTILLA

Symmetrie - Röntgen -

mélytherapiára a legtokéletesebb készülék.

Telefon: ODELGA R.-T. VI., Andrassy-út 28.

68—16.

Sürgőnyozim: Medodelga Budapest.

Telefon:

37—04.

Kérje új szemüveg-
:: árjegyzékünket!



Kérje új szemüveg-
árjegyzékünket! ::

Skrofulosis Rachitis Tuberculosis

ijesztő módon gyarapszik. Ugyanilyen ijesztő arányban emelkedtek a gyógyintézetek üzemi és ellátási költségei, úgy hogy majdnem az összes gyógyintézetek veszteséggel dolgoznak. Azonkívül a tömegnyomással szemben a létező gyógyintézetek száma túlkevés. Skrofulosis, rachitis, tuberculosis — számos autoritás tapasztalata szerint — biztosan gyógyíthatnak, vagy legalább is lényegesen kedvezően befolyásolhatnak az olcsó, kellems és gyorsan ható ultraviolett-therapia, Künstliche Höhensonne — Original Hanau — által. Úgy hat, mint a hosszabb tartózkodás magas hegyeken és pótolja a már szinte megfizethetetlen tartózkodást a gyógyintézetekben. Orvosok és városi képviselők feladata volna hozzájárulni, hogy az iskolák, jóléti telepek, községi és népiéleti hivatalok mellé Künstliche Höhensonne — Original Hanau — általi besugárzási csarnokok állíttassanak fel, Prof. Jesionek (Giessen) elvei szerinti kezelés végett.

A költségek egy töredékeért, melybe az intézeti kúra csak egy betegnek kerül, naponta sok beteg kezelhető lenne Künstliche Höhensonne — Original Hanauval. Minden idejekorán megkezdett besugárzási kúra közpénzek hatalmas megtakarítását jelenti, mely közpénzek különben intézeti kezelés fejében adatnának ki. — Sziveskedjék irodalmat kérni.

Patiensek nagyrabecsülik

a természetes gyógymódokat. Ezen nagyrabecsülés visszavezethető az ultraviolett-therapia, a Künstliche Höhensonne — Original Hanau — által elért eredményekre, melyek oly kitünők, hogy még laikus körökben is ismeretesek. A besugárzás sikerei garantálják a beszerzési költségek magas rentabilitását és gyors amortizációját.

Künstliche Höhensonne

— Original Hanau —

Dijmentes irodalom.

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H.
Hanau a. M. Deutschland, Postfach 385

A Kaiserin-Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen, Berlin NW 6, Luisenplatz 2, készülékeinkből állandó kiállítást rendezett be. Ott telefonikus bejelentésre díjmentesen bemutatják az ultraviolett-therapia készülékeit. (Künstliche Höhensonne — Original Hanau.) Telefon Neukölln 362.

MERAN

legszebb és legnagyobb

délalpesi gyógyhely

száraz, napszélcsendes.

Remek sétateretek, nyilvános kertek, gyönyörű magasalpesi környék.

A városi Kurmittelhaus-ban és a magángyógyintézetekben az összes modern gyógytényezők megvannak (Elektro-, mechano-, balneo-, hydrotherapia, nap- és légtüzdők, belégzések, pneumat. kamra, radium, Röntgen, stb.)

Fekvőkúrák a szabadban, terepkúrák.

Legjobb gyógysikerek szív- és véreredénybajok, anyagcsere-, vese- és idegbetegségek, légzési nehézségek, lábadozás, túleröltetés, hiányos táplálkozás eseteiben.

Legjobban berendezett szállodák, sanatoriumok és pensiók.

Legmodernebb városi kórház.

Felvilágosításokkal (bentazási formálításokról is) és prospektussal szolgál a Kurvorstehung.

SANATORIUM „Stefanie“ MERAN

Bel-, szív-, ideg-, anyagcserebajosok és lábadozók számára. Vizgyógyintézet, Elektro- és mechanotherapia, Röntgen, Quarzlámpa, Heliotherapia, Diathermia, Diätetika. Minden kényelem. Prospektusok.

Dr. Binder.

(A gyógyintézetten kívül is rendel.)

Freytag-féle GRAND HOTEL és

MERANER HOF

Az első és legnagyobb szálloda, legkedvezőbb fekvéssel, a Kurhaus, sétányok és a Fremdenkasinóval szemben.

Naponta két hangverseny. — Táncz. — Bar.

Pensioárak: Szoba, 3-szori érkezés 40 lirától (120 Mk.).

HOTEL FRAU EMMA

Elsőrangú, előkelő ház, a legkényesebb követelményeknek is megfelelő, szabad, legszebb fekvéssel, 140 szoba, teljes lakosztályok fürdővel, elismert kitünő konyha.

Tulajdonosok: Hellensteiner Testvérek.

Savoy-Hotel Meran

Elsőrangú családi szálloda, csendes, pormentes fekvéssel.

Tulajdonos: Ed. Bezolla, Wiedemar;

nyáron át Waldhaus vezérigazgató, Flims (Svájc).

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.

Sarbó Artur: A Szt.-István-kórház idegosztályából. Az encephalitis epidemicáról az 1920.-i járvány tanulságai alapján. 299. lap.

Jeney Endre: Egy paratyphus-járvány tanulságai. 301. lap.

Budapesti Királyi Orvosegyesület. (XVII. rendes tudományos ülés 1921 május 21.-én.) 304. lap.

Grósz Emil: Szemorvosok gyűlése Bécsben. 305. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Fr. Voltz: Die physikalischen und technischen Grundlagen der Messung und Dosierung der Röntgenstrahlen. — *Uj könyvek.* — *Lap-szemle.* Belorvosan. Landolt: A Deycke-Much-féle partialantigenek. — *Sebészet.* Rumpel: A hydrocele kezelése. — *Szülészet és nőorvosan.* Jaschke: A terhesek vesebetegségei. — *Seitz:* A hátrahajtott méhnek műtéttel való kezelése. — *Gyermekorvosan.* Grüneberg: Tüdőcsúcsaffectio. — *Kisebb közlések az orvogyakorlatra.* 305—306. lap.

Vegyes hírek. 297. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Szt.-István kórház idegosztályából.

Az encephalitis epidemicáról az 1920.-i járvány tanulságai alapján.*

Irta: Sarbó Artur dr., egyetemi tanár, közkórházi főorvos.

Az encephalitis kórjelzésével úgy vagyunk, mint a találos képekkel (Vexierbild): ha egyszer ráeszméltünk, természetesen találjuk a felismerésüket. A legkülönbözőbb állapotokhoz hasonlító kezdet szórványos esetekben nehezíti a felismerést; megértjük ezt, ha elgondoljuk a bántalomnak anatómiai hátterét. Nagyon érdekes, ha összehasonlítjuk a 90-es években lezajlott epidemia encephalitis-eseteit a maiakkal: mai tapasztalatainkkal oly tünetcsoportokat találunk bennük, melyekre a régiek szerzők még nem eszméltek reá. Tudásunk haladását élénken demonstrálja az encephalitis körül tett tapasztalataink útján nyert új megismerések egész sora. Mai előadásom célja egyes ily megismerésekre rámutatni. Nem célom az encephalitis kórrajzát pontos körvonalaiban előadni. Erről az utóbbi években sok jeles munka jelent már meg, így nálunk *Benedikt Henrik* összefoglalása az Orvosképzésben. De igen sok kérdés még tisztázatlan. Így az encephalitis keletkezésének körülményei, összefüggése az influenzával, tőle való különállósága: mind oly kérdések, melyek még nincsenek eldöntve. Míg egyes szerzők kétségtelennek tartják az összefüggést s ezért encephalitis grippalistról beszélnek, addig mások, köztük *Economio*, a ki 1917-ben terelte rá újra a figyelmet e bántalomra, csak időbeli összefüggést engednek meg. Ugyanez állásponton állanak *Nonne* szerint az angol és francia szerzők is, a kik egyáltalán fel sem említik az influenzát encephalitis-közleményeikben. *Petrén* (Lund) említi, hogy Svédországban encephalitist csak az 1919. év őszén látott, de a nagy influenza-járvány alatt nem. Eseteink között is van olyan, a mely évekkel előbb esett át influenzán s különállóan betegedett meg encephalitisben. Arra is gondoltak, nem függ-e össze ezen encephalitis-járvány a poliomyelitis epidemiacával, nem annak csak cerebrális alakja-e? Mindez még vitás.

Ugyanígy vagyunk a bántalom kórokozójával is. *Economio* a bécsi *Wiesner* által talált streptococcus pleomorphusban véli megtalálni a baj okozóját, ugyanígy *Stern, Ilsa Lauber*; míg angol és amerikai szerzők (*Thalhimer*) megerősítik *Loewe* és *Strauss* vizsgálatait, melyek szerint egy *filtrálható vírus* okozná a bajt. *Thalhimer* szerint *Levaditi* és *Harnier, Mc. Intosh* és *Turnbull* megerősíti e leletet.

Egy más vonatkozását az influenzának az idegbántalmakkal észlelhettem az 1918.-i spanyoljárvány alkalmával. Oszályomon 11 eset lett e járvány áldozata és pedig egy tumor medullae spinalis esete, két tuberculosus meningomyelitis, egy

* Előadás a Budapesti Királyi Orvosegyesület 1921 márczius hó 5.-én tartott ülésén.

tabeses, egy stuporban szenvedő, egy postencephalitis choreoathetosis-beteg, végül öt sclerosis multiplexben szenvedő. Utóbbiak egy napról a másikra pusztultak el, úgy látszik a spanyol-lázzal járó tüdőlob okozta légzési nehézségeknek nem birt megfelelni gyenge medullaris légzőközpontjuk.

Referatumom alapját az 1920. évben észlelt 25 encephalitis-eset alkotja, melyeket osztályomon észlelhettem. Legtöbbjét elejétől fogva. Ezért vagyok abban a helyzetben, hogy a *következményes állapotokat is* tanulmányozhattam.

Jól mondja *Oppenheim*: „Bizonytalan lesz ítélkezéstünk azon esetekben s azon formákban, melyekben a visszafeljődő vagy végleg megnyugvó folyamat lényegét a végső stadium állandó elváltozásából kell felismernünk.” Ezzel szemben most abban a szerencsés helyzetben vagyunk, hogy kezdettől fogva észlelt eseteket követni tudunk lefolyásukban. Ezen ritka alkalmat ragadjuk meg, hogy a stabilizált tünetcsoportokból a visszafelé következtetést az előző folyamatra, nevezetesen localisatiós szempontból kihasználjuk. Felvértezve ezen tapasztalatokkal, igen tanulságosnak ígérkezik a régi esetek tanulmányozása; a mennyire sebtében átnézhettem egyik-másik szerző eseteit, máris megtaláltam az újabb kutatások által felismert, de a régi szerzők által még nem méltatott tünetcomplexumokat.

E szempontból érdemes a feljegyzésre az, hogy *Reichel* híres kétoldali lencsemaglagyulásos esetében, mely alapja volt az általános hitnek, mely szerint a lencsemagelpusztulás klinikailag észlelhető kieséssel nem jár, mondom ezen eset kórtörténetében is megtaláljuk mai szemmel nézve a lencsemag megbetegedésére utaló tüneteket!

Mielőtt rátérnénk az újabb szempontok méltatására, legyen szabad egész röviden néhány statisztikai megállapítást felsorolnom.

A 25 eset legnagyobb része bántalmát az 1920. év első három hónapjában szerezte.

Túlnyomórészt fiatal egyének betegedtek meg, így a huszonöt közül *tízennégy* volt a 16—25. életév között, ennél fiatalabb volt három eset, a 25—30-as életkorban volt öt eset, ezen felül 1—1 eset fordult elő, a legidősebb ötven éves volt.

A férfi és női nem elosztódását illetőleg: 14 férfira 11 nő esett.

A kezdeti tünetek igen változatosak voltak. Ösmeretes, hogy mily sokféle faját az encephalitisnek különböztetik meg a szerint, hogy melyik a szembeötölő tünet; így beszélnek encephalitis lethargicáról (*Economio*); encephalitis choreiformis (*Dimitz*), encephalitis choreatica (*Stertz*), encephalitis myoclonica (*Picard, Kudelski*), encephalitis amyostatica (*Walter Cohn*), még encephalitis psychotica alfajt is felvehetnénk, ha az igen gyakran mutatózó zavartsági állapotokra helyeznők a súlyt. Ez elnevezéseknek csak forgalmi értékük van; adott esetben e különböző jelzőkkel illetett állapotok együttesen vagy egymásután észlelhetők.

Így eseteim következőképp oszlanak meg:

Kezdetben:

Tiszta lethargiás alak	7 eset,
Lethargiás és psychosisos alak	6 "
Tiszta choreás alak	1 "
Choreás, psychosisos, lethargiás alak	4 "
Choreás és bulbaris alak	1 "
Choreás és psychosisos alak	2 "
Choreo-athetosisos alak	1 "
Meningitises alak	1 "
	23 eset.

Két esetről biztos kezdeti adattal nem rendelkezem.

A lethargiás alakok közt a legtöbb egyúttal az amyostasisos tünetcsoportot is adta.

Az esetek nagy százalékában lázas állapot hosszabb ideig állott fenn, de többnyire csak alacsonyabb lázak mutatkoztak. Volt azonban olyan esetem is, melyben a febris continua continens typhusra tette gyanussá az esetet. Néha súlyos fertőző betegség képét láttuk, de ez hamar feltisztult.

Mai előadásom súlypontja a lefolyás ösmertelésén fekszik és így a heveny szak tünetcsoportozatának részletezését elhagyom.

Huszonöt esetem közül meghalt négy.¹ Ezek közül az, a melyik a meningitis képét adta, foudroyansan hat nap alatt halt meg, ebben az esetben a typosos spanyol haemorrhagiás tüdőlob volt észlelhető.

Gyors lefolyású volt az eleinte psychosisos képet adó, majd agyvelőhűdés tüneteit mutató lethargiás encephalitis-esetem is; 27 nap alatt végzett, sub finem vitae 39.4° láza volt. Ez terhes nőre vonatkozó eset.

A másik két esetben elhúzódó volt a lefolyás. Az egyik choreás kezdettel, psychosisos volt, majd javult, meningitises szak után erős jactatiók jelentkeztek (myocloniás kép), tartama 3½ hó volt.

A másik depressiósz kezdet után a lethargiás encephalitis képe alatt az amyostasisos tünetcsoportozatot mutatta, progressiv leromlás 69 nap alatt vezetett halálra, a végén 40° lázzal. Ez az az eset, melyben 1920 tavaszán élőkörjeleztem a lencsemag megbetegedését s a sectio azt beigazolta.²

Rendelkezem azután hat gyógyult esettel. Ezek közül az egyik terhes nőre vonatkozik, a ki lethargiás encephalitiséből gyógyult ki s rendesen szült; ezt azért emelem ki, mert Curschmann szerint az encephalitis absolut indicatio a terhesség félbeszakítására. Böhme is említ gyógyulást egy terhes nő esetében. Gyógyult továbbá egy pons-tüneteket mutató lethargiás eset; két choreás és lethargiás eset; egy eset oculomotorius- és facialis-hűdéssel és egy hemiplegiás aphasia-eset.

A gyógyulásiidő 2—3 hónapot tett ki.

A fennmaradó 15 eset következményeiben még ma is fennáll. Ezek közül az amyostasiás tünetcsoportot mutató esetek tárgyalását tűztem ki mai előadásom céljául. A következményes, helyesebben mondva visszamaradó tünetcsoportok így oszlanak meg:

- amyostasisos tünetcsoportba tartozó 9 eset,
- psychés tünetekben remaneáló 2 eset,
- paralysis progressivába átment 1 eset,
- bulbaris tünetcsoportozatot feltüntető 1 eset,
- kétoldali facialisbénulásban szenvedő 1 eset,
- choreo-athetosisot mutató 1 eset.

Ezek közül van szerencsém bemutatni a következő eseteket:

1. eset. L. János, 23 éves, gyári munkás. Betegségének kezdete 1919 április hónap; hatheti tüdőlob, utána lethargia három héten át, majd teljesen rendbejött. 1920 elején meghűlt, egy hónapig lázas volt (37°—38.5°), feje zúgott; minden nagyon fárasztotta. Aluszékony lett újra.

Panaszai: Feje kóválygó, kedvetlen, mintha rendes környezetben idegen volna. Kis mozgás után is rázkódás jelentkezik egész testében.

¹ Előadásom megtartása óta még két eset végződött halállal.

² L. Orvosi Hetilap, 1920.

Aluszékony, ha lefekszik, napközben is, szeme rögtön lehúnyódik s szemeit mindig behúnyva kell tartania.

Status. Paralysis agitansra emlékeztető testtartás. Spontan mozgások hiánya. Arcza mimikaszegény. Beszéde monoton (apja szerint azelőtt kemény volt). Karjain, egész testén finom remegés észlelhető. Balra fixáláskor néhány beállító nystagmus. Felszólitva, hogy egyenesedjék ki, ennek eleget tud tenni, de ilyenkor subjective fokozódik a szédüléserzésem, ez készteti őt sajátos fejtartására.

Mindkét karja könyökben behajlítva. A szempillákon azok behúnyásakor lengés; behúnyt szemmel állva, lábain remegés áll be. Röntgen a sella turcicát illetőleg normalis viszonyokat mutat. Kenőcsös az orra bőre.

Hyoscin-chinin-pilulákat szedtem vele.

Hat hét mulva jobban van. A karok és lábak remegése megszűnt, úgyszintén a szempillalengés is. Szédülése s aluszékonyága fennáll. Olvasni nem igen szokott, mert ilyenkor erősödik a fejszédülése. Mozgáskor hamar elfárad. A carotis összeszorítását jól tűri; arcza congestiónalódik. Itt-tartózkodása alatt hízott.

2. eset. A. Teréz, 17 éves. Baja 1920 januárban hidegrázással kezdődött. A Gellért-kórházba került, a hol lethargiás állapotban feküdt heteken át. E kórház feljegyzései szerint: anisocoria, bal pupilla ad maximum tág, nem reagál. Incontinentia urinae et alvi. Márcziusban meningeális tünetek: tarkómerevség, Kernig, lábai összehúzva, hypertoniások. Neuritis optica. Szótlan. Májusra élénkebb lesz, már keveset beszél is. Lábat már kissé fel bírja húzni, ilyenkor incoordinált kilengések bennük. Júniusban látom én. Erős lesoványodás. Igen száraz, korpádzó bőr. Anisocoria, A pupillák fényre nem, csak convergentiára reagálnak. Homlokát ráncolni nem tudja. Szemeit behúnyva, a felső szemhéjakon clonusos remegés.

Júliusban osztályomra kerül, ekkor térdeiben és sarkaiban állandó, nyilaló fájdalmak, hólyagzavar, decubitus.

Mimikanélküli arcz. Monoton beszéd. A bal pupilla tág, mindkettő fényre renyhébben reagál. Kis rotatorius nystagmus. Szemek behúnyásakor erős clonusos lengés (Wackeln). Karokban és lábokban hypertonia. A bal lábszáron és lábón a külsőoldalon csökkent tapintó-, fájdalom- és hőérzés. Ez oldalon Achillesin-reflex nem váltható ki. Láb-szárizomokban elfajulásos reactio.

Gyengén sárgálló liquor, az előző két lumbal punctio alkalmával (márczius 7 és márczius 24) szintiszta volt a liquor; ugyanakkor látóterenként 3—4 kis lymphocyt. Bacterium-lelet többszörösen vizsgálva negatív. Első alkalommal Nonne: +; Ross-Jones gyengén pozitív. Utolsó alkalommal vér-Wassermann egy keresztes pozitív, liquor-Wassermann negatív; Pándy negatív. Körjelzésünk meningo-encephalitis volt. Fokozatos javulás, különösen a vizelet dolgában.

Nehogy agybanfekvő váljék belőle, lábait masszálatjuk, gyakorlatoztatjuk őt, a mi eredménynyel is jár. Novemberben már jár, csak bal lábfeje fordul befelé s ez akadályozza a járást.

A lencsemag-megbetegedés tüneteit még ma is teljesen kifejlődötték.

Mimikanélküli arcz. Nyáladás. Fejét előre hajlítva tartja, hypertoniás nyakizmok. Behúnyt szemmel állva hátradől. Végtagokban hypertonia. Mindkétoldali facialis-működés erősen korlátozott, a nélkül, hogy a jellegző arczidegbénulás jelen volna. Pillacsapás alig van. Almos tekintet. Hangja monoton. A bal pupilla igen tág, fényre semmit sem, convergentiára is igen renyhén reagál. A carotis-összeszorítást jól tűri. Éjjeli roszzszullétek, melyekről nem tud.

A beteg időnkint engedetlen, nagyon rendetlen. Nappal alszik, éjjel járkál, rakosgat, csörömpöl.

Ertelmisége jó, nagyobb kiesést nem mutat, csak hamar fárad. Sokat sír, nem bízik felgyógyulásában.

A következő esetet Keller Kálmán dr. körjelmezte s küldte be hozzánk.

3. eset. S. Sándor, 13 éves. 1920 januárban másodszor esett át spanyol lázon, eleinte psychosisos volt, majd egy hónapon át lethargiás, utána rángatózótt a keze-lába. Alvás-typusa megváltozott. Az iskolában elaludt. Rángatózásai júniusig tartottak.

1920 novemberi status.

Almos, mimikanélküli arcz, felső szemhéjak félptosisban. Monoton beszéd, alig nyitja a száját. Gyakran mosolyog. Szempillákon lengések. Álló helyzetben az összes végtagokon kis remegés áll be. Diadokokinesis vizsgálatok baloldalt hamar beáll a mozdulatlanság és kifejezett hypertonia jelentkezik az alkar izomzatában. A bal kézben kinyújtáskor erős lengés. Egyedül öltözködni nem tud, mert nem hajlik a keze. Anisocoria. Facialis beidegzése igen lassú, nógatásra szorul. Nyelven állandó nagylengésű remegés. Kórházi tartózkodása alatt újra lethargiás állapot. Nyakizmokban hypertonia.

Ertelmisége kifogástalan.

4. eset. Sz. Borbála, 17 éves. 1920 februárban influenza, 2—3 hétig lázas volt, egy héten át lethargia. Azóta gyakran fáj a feje, elfolyik a nyála, egész testében reszket.

Status (1920 november 8). Folyadék a szájából gyakran visszafolyik. Homloki főfájás. Szédülés. Lymphatikus külső. Feltűnően széles pupók arcz. Almos tekintet. Pilla- és homlokizomlengés; ugyanez a nyelven is észlelhető. Kezekben kinyújtott helyzetben nyugtalanság. Fejét előre-hajlítva tartja. Feltűnő az arczának egykedvűsége. Minden ténykedésben, mozgásában feltűnő lassú. Ertelmisége kifogástalan, csak lassúbodott. Carotisok összeszorítására rövidesen erős congestio azi arczban. Subjective kis főfájásról panaszkodik ilyenkor.

Fokozatos javulás. Nyáladás megszűnt. 1921 február 17. Karja

könyökben behajlítva. Nyakizmokban még kiscokú hypertonia. Kezekben „Wackeln“-re emlékeztető remegés. Achilles-reflexek nem kaphatók. Csak fejtartása van még meg. Szaladni már tud. Az értelmiségi vizsgálat kifogástalan eredményt ad. Itt is jobb idők váltakoztak rosszabbakkal.

5. eset. Sz. Ivonne, 16 éves. 1920 február havában három hétig lázas volt, dobálódzott, félrebeszél, nyugtalan volt. Ezóta álmatlan, rosszkedvű, nem szeret olvasni. Állapota folyton rosszabbodó.

Alvás-typusa megváltozott, éjjel fenn van, reggel öttől kezdve egész nap alszik.

1920 decemberre a következő kép fejlődik ki: Merev arc kifejezés. Minden mozgása lassú. Futni nem tud. Fejét állandóan előrehajlítva tartja, megdőbült felső test. Nyáladzik, szája nyitva. Schilder-féle bradyteleokinesis. Egy lábon megállni csak nehezen tud. Keze, feje, lába remegni szokott, a mint valamivel foglalatostokodik. A remegés teljesen paralysis agitanszerű. Reggel legrosszabb a helyzet a mozgásokat illetően — anyja szerint, mintha bémúltak volna tagjai —, napközben belejő a mozgásba, de akkor sem mozog úgy, mint azelőtt.

A lefolyásban jobb idők váltakoznak rosszabbakkal.

1921 január 10. Állva folyton düledezik, és pedig mindig hátra. Jobb alkaron vizsgálva a diadokokinesist, néhány mozgás után megáll az alkar és erős hypertonia áll be az alkarizomatban. Akaratlan mozgások a fejben, kezekben igen erősen jelentkező mozgás végzésekor E remegések miatt ¼ óráig is tart, míg fel tudják öltöztetni. Erősen fogy. Havibaj rendben.

Értelmiségi vizsgálat. Emlékezőtehetség gyengült. Felfogó képesség elég jó. Fogalomképzés hiányos; fogalomkülönítés nagyjából jó; fogalom- és szókincs nagyjából elégséges, néha késik. Új kapcsolások igen rosszul sikerülnek; gyengült combinatív képessége van. Reprodukciós képessége jó. Számítási tudása igen gyarló.

1921 február 26. Kórházi tartózkodása alatt gyakran elalszik napközben. Olykor nem tud beszélni, nem tudja mozgatni beszéd szerveit. Kérdezve, azt feleli: „Nem tudom miért nem mozognak az ajkaim.“ Rendkívül lassú, ezért megesik, hogy bevizel, mert nem tudja elég gyorsan megoldani ruháit.

Feltűnően soványodik az arcza és felső teste s ezzel szemben nő a csipője; utóbbit maga is észrevette, körülbelül két hó óta szűk lett a ruhája, s ki kellett azt eresztetni, a blouse-a nem lett szűk. Megtekintésre látjuk, hogy teljesen kifejlett női medencéje van, igen erős, nagy czombizomzata, erős zsirpárna fekszik mindkét csípőtaréj felett. Ezzel szemben soványodó arcz és mellkas. Utóbbit illetően anyja említi, hogy feltűnt neki s megijesztette őt e soványodás, mely miatt szép álló emlői leestek. Teljesen a Simons által leírt lipodystrophia képét adja.

Lehajlásból hirtelen kiegyenesedve hátraesik. Hátrahajláskor, ha nem fogjuk meg, elesik. Kérdezésre kis szédülést említ. A carotis-összeszorítást jól tűri. Arcza erősen congestionalódik. Az összeszorítást abbahagyva, erős hátradülöngés jelentkezik.

6. eset. M. Pál, 20 éves pincér. 1920 elején lázas lett, rángatózások jelentkeztek, beszéde romlott, nyelési nehézségek állottak be.

Első felvétele alkalmával: száját állandóan nyitva tartja; nyáladzik; nem tudja jól becsukni a száját, de azért felszólításra megteszi. Nyelv és légyszájpad mozgása lassú. Összes mozgások lassú. Orrhangzású beszéd.

Myastheniára gondolunk.

Majd aluszékony lesz; fejét mereven fixálva tartja, nyakizmok hypertoniában, nagy elesettség, úgy hogy táplálékát tartjuk életben. Tarkómerevség. Feltűnő a masseterék sorvadása. Majd láztalan lesz, mindinkább erősödik s 1920 április 15.-én gyógyulva távozik.

Augusztusban visszatér. Álmatlan lett. Megőrüléstől fél, egész teljességében kifejlődik a lencsemagmegbetegedés már ismert tünetcsoportozata.

Váltakozó viselkedés, hol jobban van, hol rosszabbul. Utóbbi esetben spontan nem eszik; a folyadék regurgitál, áll a leesik, folyton nyáladzik. Mesterségesen kell táplálni. Bőre száraz. Oldalfixáláskor szemrengés. Beszéde orrhangzású, gyenge hangú, monoton. Féltelme, hogy meghal, megszűnik. A változások hirtelen állnak be, egy napról a másira; sokszor van úgy, hogy azt hisszük, a végét járja, s másnapra felkel s járkál. Igen kifejezett retropulsio van jelen. Izmok hypertoniája is változik. Jelenleg néhány könyökhajlítás után a bicepsben, a diadokokinesis vizsgálatokor az alkarizomatban hypertonia áll be. Igen jellemző a járása; mindkét lábát térdben behajlítva tartja, felső teste előredűl. Rosszabb napokon ilyenkor dülöngve jár. Értelmisége jó, csak hamar fárad. A carotisok összeszorítását jól tűri. Egész testbőrre vonatkozó teljes zsirhiány. Szemek mélyen ülők. Az arc halottzerű. Mély temporalis- és masseter-árkok. Mindenütt magas ráncokba emelhető bőr. Külszínre semmi változás.²

(Folytatása következik.)

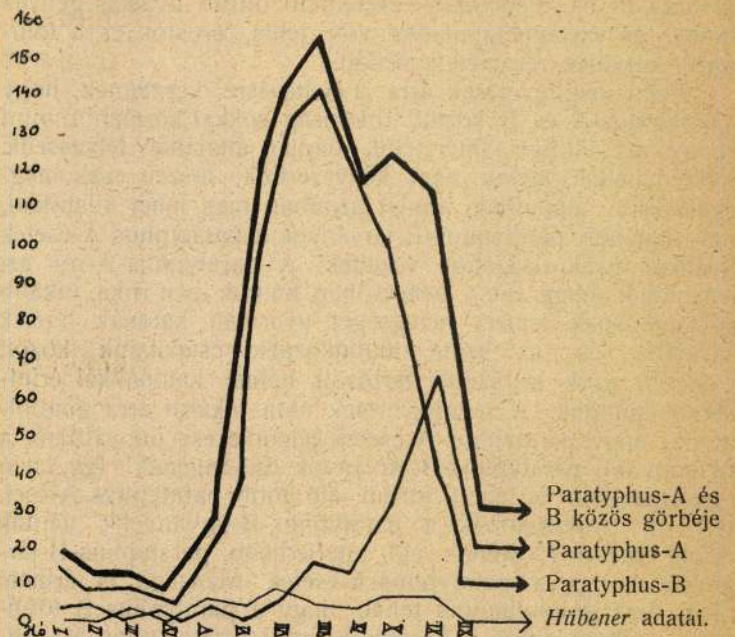
Egy paratyphus-járvány tanulságai.

Írta: Jeney Endre dr.

(Vége.)

Ha hónapok szerint rendezve ábrázoljuk az észlelt paratyphus-járvány lefolyását, a következő képet kapjuk, összehasonlításképpen Hübener adatait is feltüntetve.

² Bemutatása után néhány nap múlva hirtelen meghalt.



A járvány lassú kezdet (április-május) után hirtelen ért el nagy kiterjedést június-júliusban és tetőfokára augusztusban hágott, szeptember-októberben enyhült és körülbelül egyenletes intenzitású maradt, míg decemberben egész hirtelen megszűnt. Igen érdekes ezen görbével, mely az „A“ és „B“ esetek összeségét mutatja, külön-külön a paratyphus-A és B-görbéket összehasonlítani. A paratyphus-B-görbe majdnem a járvány tetőfokáig párhuzamosan halad a közös görbével és csak a tetőpontnál marad el tőle; leeső része azonban meredekebb, mint a közös görbe és különösen novemberben nagy az eltérés. A paratyphus-A-görbe tulajdonképpen augusztusban kezdődik és a paratyphus-B hirtelen eső görbéjével egészen ellenkezőleg rohamosan halad felfelé, azt keresztezve később felülmúlja a paratyphus-B magasságát és decemberben a közös görbével párhuzamosan, csaknem egybevágva esik alá.

Hasonló adatokat olvashatunk ki Galambos munkájából is, bár ő ez irányban nem értékeli megfigyeléseit. 1915 augusztus-szeptemberében az általa észlelt typhosus megbetegedések többsége paratyphus-B-eset volt. A paratyphus-B-járvány alábbhagyásával (novemberben) jelentkeznek az első paratyphus-A-esetek, melyek nemsokára (december, 1916 január, február) úgy relative — a többi typhosus betegségével szemben —, mint absolute erősen megsaporodtak. 1916-ban júliustól-novemberig ismét 50–60%-nyi a paratyphus-B a typhosus megbetegedések között, november után újól a paratyphus-A-esetek kerülnek vezető helyre (75%-kal).

A paratyphus-A-esetek megsaporodása a járvány vége felé nagy figyelmet érdemel. Hogy hogyan vette át a paratyphus-B szerepét a paratyphus-A, az egyes csapatrészeknél nagyon szépen volt megfigyelhető. Az „A“ esetekre jellemző volt, hogy szórványosan jelentkeztek és typhosus formát mutattak. Foudroyans paratyphus-A-esetre két példa volt (10., 11. sz.). A hirtelen jelentkező tünetek után elhalt egyének hullái ugyanazon jellegzetes kórboncztoni elváltozásokat mutatták, miket a paratyphus-B-fertőzések, illetve intoxicatiókra jellemzőnek találtunk. Ezen utóbbi eseteket a paratyphus-B-járványt követő év januárjában észleltem, mikor már csak szórványos paratyphus-A-esetek fordultak elő. A paratyphus-A foudroyans formájára vonatkozó irodalmi adatot egyet találtam, Galambos esetét, mely klinikailag cholera-képet, kórboncztonilag dysenteriaszerű elváltozásokat mutatott. Ugyancsak ő a nem túlhevény paratyphus-A-esetekben a következőket találta: vérzéseket a pleurán; a lép és mesenterialis nyirokcsomók duzzanatát, a bél hosszirányában fekvő, a Peyer-féle plaqueokból kiinduló, összefolyó infiltratumokat felületen erosiókkal, a fekélyek szélének velős duzzadása nélkül. Castellani és Birt egy-egy esetben typhusszerű fekélyeket észlelt az alsó ileumban, a lép és mesenterialis nyirokcsomók duzzanatával.

Baermann és *Eckersdorf* eseteiben diffus nyálkás-genyes vékony- és vastagbélgyulladás volt jelen, erosiók és a follicularis készülék résztvétele nélkül.

Ezen megfigyelések arra a feltevésre készítetnek, hogy a paratyphus-A és B közötti rokonság sokkal közelebbi, mint a hogy azt eddigi ismereteink alapján általában felvesszük. A bizonyítékok ugyan nem kényszerítőek, hiszen csak megfigyeléseken alapulnak, annyit azonban meg lehet állapítani, hogy nagyobb paratyphus-B-járványok a paratyphus-A-esetek szokatlan gyakoriságához vezettek. A paratyphus-A-ról azt olvashatjuk, hogy ezt a békeidőben nálunk igen ritka, inkább subtropikusnak ismert betegséget gyarmati katonák hozták Európába és az azóta mutatkozó német csapatok között is, mióta azok az előbb fertőzött német katonákkal érintkezésbe jutottak. A megfigyelések után inkább arra gondolhatunk, hogy paratyphus-A-esetek jelentkezése ott várható, a hol nagyobb paratyphus-B-járványok dühöngenek. Így talán a gyarmatokon is azért fordul elő több paratyphus-A-eset, mert ott gyakoribbak a paratyphus-B-járványok; nálunk viszont ritkán fordulnak elő kiterjedtebb paratyphus-B-járványok és így a paratyphus-A-esetek ritkasága is érthető volna. Arra gondolhatunk tehát, hogy a paratyphus-B többszörös emberpassage után eredményezi a paratyphus-A típusának létrejöttét.

Dolgozatom megfelelő részében megemlékszem a paratyphus-A és B közötti egyes, bár csekély alaki és biológiai különbségekről. Ez a megfigyelés még nem bizonyítaná feltevésünk helytelenségét, mert a bacteriumok mutatójáról tett észlelések és kísérletek (*Schmitz, Grote, Toenissen, Revis, Baertlein, Beyernick*) annak a megállapításához vezettek, hogy a bacteriumok életfeltételeik változásával biológiai (és talán, ha csekély mértékben is, morfológiai) tulajdonságaikban is változásokat szenvedhetnek. Ezen észlelések annál inkább alkalmazhatók a paratyphus-fajokra, mert ezek nagyfokú variabilitásukról nevezetesek. Itt lehet megemlíteni, hogy *Galambos* abban a körülményben, hogy a háború második évétől kezdődőleg a paratyphus-A- és B-megbetegedések számbelileg a typhus-esetek fölé kerekedtek, oly mutató jelenséget vél látni, mely — feltevése szerint — a typhus-ellenes védőoltással van kapcsolatban.

Alább fogok rámutatni, hogy a paratyphus-fajok igen fontos, állandó alaktani tulajdonsága a sarki festődés. Ez a sajátos egyfajta valószínűtlenné teszi az Ebert-Gaffky-féle typhus-bacillusal való rokonságot (mert a bacillus typhinél talált (*Buchner* és *Müller*) polaris szemcséknek megjelenése egészen más), másfelől bizonyítja a közeli kapcsolatot a paratyphus- és Gaertner-fajok között. Megengedi továbbá azt a következtetést is, hogy úgy a paratyphus-, mint a Gaertner-fajok nem, mint *Babes-Löffler* osztályozása szerint, a typhus-coli csoportba, hanem a *bact. septicaemiae haemorrhagicae* családjába tartoznak. Az alaktani és kulturális megegyezésen kívül, mint a foudroyans esetek példáin láttuk, kórhátásuk is ugyanezen meggyőződésre vezet. A paratyphus is a septicaemia haemorrhagica kórboncztni képében jelenik meg. Az irodalomban több emberfertőzés ismeretes, melyeket ezen csoportba tartozó bacteriumok idéztek elő (például *bacillus typhi murium* Löffler-rel történt fertőzések stb.). Hogy a paratyphus-fajok igen labilis kórokozóképességgel rendelkeznek, többek között *Hübener* is megállapította. Szerinte egyes törzsekről nem lehet megállapítani, hogy eredetileg állatokra patogének voltak, melyek emberre patogének lettek, avagy fordítva. A paratyphusfajok szerepét a bacillusok között összehasonlítja a streptococcusok szerepével a coccusok között. Egyesek közülök saprophyták, mások meg igen különbözően megnyilvánuló kórhátást fejtenek ki.

Felvehetjük, hogy a paratyphus-törzsek — más bacterium-csoportokhoz hasonlóan — egy nagy csoportba tartoznak, melynek egyes fajai különböző állatfajokra fejtenek ki fajlagos kórhátást. Az egyes törzsek azonban lassanként átmehetnek egymásba, hogy ha oly állatfajjal (emberrel) lépnek csereviszonyba, mely azelőtt fajlagos hatásukon kívül állott, de véletlenül — életviszonyainak megváltozása, le-

gyengülés stb. folytán — mégis a küzdelemben alulmaradt. A csereviszony eredményei lennének a bacteriumok részéről: az alaktani és élettani változások. Az előbbieket se nem jelentékenyek, se nem fajlagosak. Annál fajlagosabbak az élettani változások (kórhátás, agglutinálhatóság). Tapasztalataim szerint a paratyphus-A-törzsek nagy önállóságot mutatnak receptortartalmukkal (l. alább) Ez a körülmény csak azt mutatja, hogy a szerzett tulajdonságok fajlagosak és mint ilyenek fajlagos reakciókkal mutathatók ki.

Talán úgy képzelhetjük el, hogy a *bact. septicaemiae haem.* családjában a paratyphus- és Gaertner-fajok leginkább patogének emberre. Ezek alkotnák egy tágabb értelemben vett paratyphus-csoportban a „typus humanus“-t. A szűkebben vett paratyphus-csoportban viszont a paratyphus-A lenne a typus humanus valódi képviselője. Egyelőre nem rendelkezem erre vonatkozó végleges bizonyítékokkal. Egy paratyphus-B-törzsnak követése ismételt emberpassage folyamán nem lehetséges. Az egyes csapatoknál tett, görbékkel szemléltetett megfigyelések bár meglepők lehetnek, még sem nyújtják a kísérlet bizonyító erejét. Így a „humanizálási“ kísérletek helyett a paratyphus-A-törzsek „dehumanizálódását“ kellene kísérletekben megfigyelni: megtartja-e az „A“-typus többszörös állapot passage után is külön helyzetét, avagy van-e mód az „A“-typust a „B“-be átvinni, illetőleg ki lehet-e mutatni, hogy a paratyphus-fajok és a *bact. septicaemiae haem.* csoportjába tartozók között átmenet létezik? Ez irányú égerkísérleteimet — rajtam kívül álló okokból — nem folytathattam. Közlöm mégis munkámat abban az ismételt reményben, hogy mások alkalmat találnak ellenőrző adatokat szerezni, illetve kísérleti úton fognak bizonyítékokat keresni.

A immunizálási eljárás is mutatott megjegyezni valókat. A hirtelen beállott járvány gyors leküzdésére az úgynevezett „gyors-immunizálást“ kíséreltük meg, naponta 1 cm³-t oltva be három napon át az 56°-on 1/2 óráig tartott és 1/2%-nyi carbollal kezelt bacterium-emulsióból. Az így kezelték tekintélyes százaléka (körülbelül 50%) mutatott heves reakciót, mely magas (39° C) és 3—4 napig is tartó lázban, az oltás helyén fájdalmas duzzanatban és általános rosszullétben nyilvánult. Ezzel az eljárással hamar fel kellett hagynunk. Nem észleltünk ilyfokú tüneteket a rendes módon véghezvitt oltások után, a midőn egy heti időközben 1—1 cm³-t fecskendeztünk be. Ennél az eljárásnál csak az volt a feltűnő, hogy az oltást közvetlenül követő néhány óra alatt több esetben nagyobb helyi fájdalom volt észlelhető az oltás helyén, a nélkül azonban, hogy később egyéb tünetek követték volna.

Kutatva az erős reakciók okait, arra is gondoltunk, hogy az oltóanyag előállítás módja talán nem minden esetben volt alkalmas arra, hogy a különféle törzsekből készített oltóanyag összes törzseit életképtelenné tegye. Vannak irodalmi adatok a paratyphus-törzsek nagyobb hőálló-képességéről. Egyes törzsek 60—70°-ot állítólag 20—25 percig is kibírnak. Oltóanyagunkban azonban nem sikerült élő csírákat megállapítani és a járvány alatt kitenyészett törzsek közül is 25-öt megvizsgálva, úgy találtam, hogy 24 óras agartenyészetből 1/2%-ig carbollizált konyhasóoldattal frissen előállított emulsió fél óráig 56°-on tartva és utána rögtön Endo-lemezekre szélesztve, minden esetben sterilis maradt. Élőcsírák szerepét nem vehetjük fel tehát az erős reakciók azon eseteiben sem, melyek nyilvánulása több napra terjed ki. A bacillaris fertőzés létrejöttéhez különben is bizonyos lappangási időre volna szükség. Így úgy a rövid, mint a hosszabb ideig tartó erős reakciók okozójául egyedül a *paratyphus-endotoxinokat* tarthatjuk, melyeknek a gyomorbeli tractusra kifejtett intensív hatását éppen a jelen dolgozatban ismertettem. Ezek a toxinok nemcsak hőállóak, hanem igen nagy diffúziós erővel is rendelkeznek, a szöveteket gyorsan fellazítják, kocsonyás izzadmányt hoznak létre és különösen a felszívó és kiválasztó felületeken haemorrhagiás jelenségek kifejlődésére vezetnek.

A paratyphus-toxinoknak a veseparenchymára kifejtett korán mutatkozó intensív hatását láthatjuk az irodalomban található néhány *nephroparatyphus*-esetben (*Frenzel*,⁸ *Lepehne*,⁶ ide sorolhatjuk talán *Müller*¹ esetét is). Hasonló

kórjelenséget mi is jegyezhetünk fel. Egy esetben vizeletet kaptunk vizsgálat végett egy betegről, ki egyszerre nagyfokú haematuriát kapott, rákövetkező lázas állapottal. Nagy, keményebb lépduzzanat volt a második feltűnő kórjel. Úgy a vizeletben, mint később a vérben paratyphus-A-bacillusok voltak kimutathatók. A beteg meggyógyult.

A paratyphustoxinok ezen erős sejtkárosító hatásával számolnunk kell tehát az immunizáló eljárásnál. Bizonyos óvatosság e téren valóban helyénvaló.

Ha ezen járvány tapasztalatait áttekintjük, látjuk, hogy az *intoxicatio paratyphosa* esetei a *legsúlyosabbak*, az *infectio paratyphosa* alakjai ezeknél sokkal enyhébbek. Minthogy nagyobbára az utóbbi formáról gyűjtöttek eddig tapasztalatokat, megvan a hajlandóság a paratyphusos megbetegedéseket enyhe fertőzéseknek tartani. Megfigyeléseink más véleményre vezettek. Az észlelt paratyphus-A- és B-járvány halálozási százaléka 2.75% volt, az 1%-os békeátlaggal ellentétben. A háborúban Galambos szerint 3.6%, Sluka és Pollak szerint 5% volt a paratyphus-B és Galambos szerint 2.8% a paratyphus-A-halálozás. Legrosszabb prognoszt a cholericus formis esetek nyújtották, kifejezett tünetek eseteiben 90%-ot megközelítőnek becsülhetjük a halálozást. A súlyos, hirtelen halálra vezető esetek figyelemreméltó módon sohasem úgy fordultak elő, hogy egy nagy explosiószerű járvány alkalmával megbetegedettek közül egyesek ily módon hirtelen haltak volna el, hanem mindig csak szórványosak voltak, legfeljebb egy-két megbetegedés fordult elő egy társaságban levők között. A járvány leküzdésére ez igen fontos körülmény. Ha explosiószerűen jelentkezik a paratyphus-járvány, magas lázakkal, typhusos tünetekkel járó esetek mutatkoznak és ezeket azután szórványos esetek követik, mint typhusjárványnál; a leküzdés módjai is ugyanazok lesznek, mint typhusnál (környezetvizsgálat, oltások stb.); ha azonban egy-két ember foudroyans tünetek után meghal, fel kell vennünk, hogy csak az a néhány ember kebeleztet be valamely eledellel oly mennyiségű praeformált paratyphus-toxinokat, mely az esetleg egyidejűleg jelenlevő élő bacteriumok invasiójának bekövetkezése előtt halált idéz elő. Ha a betegek kikérdezhetők, esetleg a mérgezés forrását is megállapíthatjuk valamelyes eledelben, de különben sem kell bacillusgazdák után keresnünk, és a védőoltásnál nagyobb haszonnal jár a konyha, különösen a hússal való ellátás ellenőrzése. Azt kell kutatnunk, hogy egyeseket nem vezetett-e éhségük és kisebbfokú műveltségük romlott húsmezők elkészítésére és elfogyasztására. Ily esetben a diagnoszt vagy az egyidejűleg a szervezetbe jutott élő csírák kimutatása a beteg szervezetben vagy a hullában teszi lehetővé, vagy az is előfordulhat az ismertett példák szerint, hogy negatív bacteriologiai eredményt kapunk és egyedül a kórbonczani lelet értékesítésére vagyunk utalva.

A bacteriologiai diagnostikában a következő eljárásokat alkalmaztam:

A vér-epetenyészeteket 24 és 48 óra után Conradi-Drigalski-talajon szélesztettem. Rendesen már az első napon szintenyészeteket nyertem, ritkán csak 48 óra múltán, úgy hogy az öt napon át való feldolgozás, mint azt néhol gyakorolják, szükségtelennek bizonyult. A vizsgálatra küldött vérpróbák (960) 50%-ban adtak epetenyészet útján pozitív eredményt. Itt azonban tekintetbe kell vennünk, hogy a járvány alatt minden lázas betegről küldtek be vérpróbát és emiatt eredményünket nem lehet a 90%-os békeátlaggal összehasonlítani. Galambos 60%-nyi pozitív véreletet említ. A székpórbákat Endo-lemezekre kentem ki. A vizsgált székpórbák közül (1100) 12%-ban sikerült paratyphus-bacillusokat találni. Szervrészleteket 24—48 órán át tartottam epében. Kulturális vizsgálatához az úgynevezett tarka sorozatot (Rothberger-agar, tejczukros agar, lakmus-savó, leves) használtam. Úgy találtam, hogy a paratyphus-A nem minden esetben erjesztette a szőlőczukrot. A tarka sorozatot később úgy rövidítettem meg, hogy a tejczukros agar- és lakmus-savó-csőveket egyesítettem olyformán, hogy a Conradi-Drigalski-táptalajt csövekbe öntve, rázott vagy szűrt tenyészeteket készítettem, mikor is a színváltozás és gázképződés egy csö-

ben volt leolvasható. A levestenyészetet csak akkor hagytam el, ha a bacteriumok mozgékonyaságáról az első nap meggyőződhettem, a mi nem mindig sikerült.

A törzsek azonosítási vizsgálatokor úgy találtam, hogy a különböző eredetű serumok (Serotherapeutisches Institut, Wien; Institut Robert Koch; Sächsische Serumwerke) agglutináló képessége nem egyenlő természetű és terjedelmű. A különböző értékű polyvalentia itt bizonyos szerepet látszik vinni. (Ezért kívánja Rimpau⁹ is, hogy lehetőleg sok telepet különböző agglutináló serumokkal vizsgáljunk meg.) Egyes törzsek részére hiányzik a megfelelő agglutináló serum. A magam részéről körülbelül 2%-ra tehetem az inagglutinabilis törzsek számát. Gyenge indoltermelést 24 órás levestenyészetben (pepton nem állott akkor rendelkezésemre) három paratyphus-B-törzsről sikerült megállapítani.

A mint ismeretes, Hübener egyéni különbségeket lát a paratyphus-fajok kulturális, chemiai és biologiai tulajdonságaiban. Annak tartja az alak- és mozgásbeli különbségeket is és szerinte minden azonosítási vizsgálatnál elmosódik a paratyphus- és Gaertner-fajok közötti különbség, ha elég sok törzset vizsgálunk meg. Részemről többször sikerült a typhus-, paratyphus-A- és B-bacillusok között alakban és mozgékonyaságban nyilvánuló különbségeket megállapítani. A paratyphus-A-bacillusok a legkisebbek közöttük. Hosszátmérőjük olykor oly kevéssé haladja meg keresztátmérőjüket, hogy akár coccusokkal is összetéveszthetnők, ha nem észlelnők rövid, gyors ostorcsapászerű mozgásukat. A typhus-bacillus valamivel nagyobb, mozgása lassú, sétáló-kigyózó a többihez viszonyítva. A paratyphus-B-pálczikák a legnagyobbak közöttük, mozgásuk élénk, vibriószerű, hirtelen siklanak át a látótéren. Mindhárom bacillus-fajta Gram-negativ, a paratyphus-A- és B-fajok azonban, különösen a beteg szervezetből nyert kikent készítményekben, avagy a frissen tenyésztett törzsek egyedei szép poláris festődést mutatnak, ellentétben a typhus-bacillusokkal. (Fuchsinnal vagy alkális methylenkével festett készítményünket esetleg kevés hig ecetsavval enyhén differenzálhatjuk.) A bipoláris festődést találtam a paratyphusfajok legjellemzőbb alaktani tulajdonságának. Ha mozgó, Gram-negativ, bipolaris festődésű, szőlőczukrot erjesztő bacillusok szintenyészetét nyertem, az agglutinációs vizsgálat mindig arról győzött meg, hogy paratyphus-törzsszel van dolgom. Inagglutinabilis törzseknél is a bipolaris festődés igazított útba a kulturális vizsgálat mellett. Ugyancsak ez tette lehetővé, hogy a cholera-gyanus képpen beküldött székpórbákból készített fuchsin-, vagy Gram-fuchsin-készítményben a commabacillusok hiánya mellett látva a polaris festődésű, rövid Gram-negativ pálczikákat, paratyphus-gyanura tegyük a diagnoszt. Néha sikerül a sterilisen vett vérben, annak hígítása után, függő cseppben (sterilis tárgy- és fedőlemez!) a vérelemek között mozgó pálczikákat látni. Kihúzott vérkészítményben, melyet Gram szerint és fuchsinnal utánafestünk, a pálczikák festődési viszonyairól is meggyőződhetünk. Ezek a vizsgálatok gyakran teszik lehetővé, hogy igen rövid idő alatt valószínűségi diagnoszt szolgáljunk, addig is, míg a szabályszerű vizsgálatokat elvégeztük. Ennyire értékesíthető a paratyphusfajok ezen kevéssé ismert, vagy kevéssé méltatott, avagy talán egészen ismeretlen tulajdonsága: a poláris festődés. Ennek a tulajdonságnak a felismerése vezetett annak a megállapítására, hogy salmonellosisnak vett esetünkben is paratyphus-szerű fertőzéssel volt dolgunk.

Mindezek az észlelések igen jól megegyeztethetők Uhlenhuth, Hübener és mások azon egybehangzó véleményével, mely szerint a bacillus suipestifer sem kulturálisan, sem biologiailag nem különíthető el a paratyphus-B-bacillustól, mely mint a paratyphus-megbetegedés és húsmérgezés okozója ismeretes. Itt a helye továbbá felemlíteni, hogy ugyancsak Uhlenhuth és Hübener három esetben a sertésvészvirussal fertőzött malaczkok szerveiben oly bacteriumokat talált, melyek nemcsak tenyészeikben, hanem fajlagos agglutinációjukkal is (T = 1:2000) a paratyphus-A tulajdonságait mutatták.

Uhlenhuth és Hübener nagy változatosságot találtak az egyes törzsek receptor-tartalmában. Szerintük csak az egyes

csoportokat (paratyphus és Gaertner) lehet egymástól jól elkülöníteni, de nem az egyes fajokat. Ezirányú tapasztalataimat a következőkben foglalhatom össze: Csoportagglutinációt láttam úgy az „A“-, mint „B“-fajoknál körülbelül 5%-ban. Észlelni lehetett typhus—paratyphus-A és B; Gärtner—paratyphus-A—typhus; Gaertner-, paratyphus-B—typhus; Gaertner—paratyphus-A- és B-csoportagglutinációt (utóbbit igen ritkán). A paratyphus-B-törzsek saját serummal adott titerük $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{8}$ értékéig adtak typhusserummal csoportagglutinációt, a paratyphus-A-törzsek körülbelül háromszor kevesebb esetben adtak hasonló értékű reakciót. A legönállóbb viselkedést tehát a paratyphus-A-törzsek mutatják.

A beteg savó csoportagglutinatio eseteiben következő viselkedést tanúsított:

Positiv paratyphus-B vérepetenyészetben			Positiv paratyphus-A vérepetenyészetben		
Typhus	Paratyphus-A	Paratyphus-B	Typhus	Paratyphus-A	Paratyphus-B
1:160	—	1:320	—	1:1280	—
1:40	1:80	1:320	1:40	1:160	—
1:160	1:40	1:320	1:80	1:1280	—
1:40	—	1:160	1:320	1:640	—
1:80	—	1:160	1:200	1:400	1:50
1:160	—	1:320	—	1:400	1:50
1:80	—	1:80	—	—	—
1:80	1:40	1:160	—	—	—

Vagyis paratyphus-B-fertőzésnél vagy egyáltalában nincsenek „A“-agglutininek, vagy csak kisértékűek, és fordítva. Typhustörzsek $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ értékben adnak agglutinációt a paratyphus-A- és B-betegsavóval. Aránylag legmagasabb titerértékeket a paratyphus-A-betegsavó adott a megfelelő törzsekkel. Galambos ezzel szemben alacsony agglutinintértékekről számol be paratyphus-A-nál.

Úgy a paratyphus-B-, mint A-törzsek pathogének voltak háziégeknek. Hét napos és öt napos tenyészetből vett 0.1 kacsnyi bacteriummennyiség bőr alá oltva nem idézett elő halálos kimenetelű betegséget szürke háziégekben. 24 órás tenyészetből vett 0.1 kacsnyi mennyiség 7 nap után vezetett halálra. Az első passage után nyert tenyészet 24 óra alatt, a második után nyert törzs 6 óra alatt idézte elő az egér halálát megéző körülmények között.

Összefoglalás.

1. A paratyphus-bacillusok sarki festődést mutatnak, hasonló megjelenésűek, mint a *bacterium septicaemiae haemorrhagicae* csoportjába tartozó bacillusok (*bacillus bipolaris multisepticus*).

2. A paratyphus acut formáinak kórboncolástani megjelenése a *septicaemia haemorrhagica*, ugyanolyan, mint a milyen az állatokon kísérletes fertőzés után látott kórboncolástani kép. Néha a dysenteria kórboncolástani képét látjuk úgy a vékony-, mint a vastagbélben. A paratyphus-toxinok, a bélfalon áthaladva, a mesenterium lemezei között és a fali serosa alatt sajátságos kocsonyás izzadmányt hoznak létre.

3. Megkülönböztethetünk klinikai, kórtani és kórboncolástani szempontból *intoxicatio* és *infectio paratyphosát*. Egy explosioszerű járvány valószínű kiinduláspontja a használt víz volt. Ez alkalommal a paratyphus gastrointestinalis és typhosus formái voltak észlelhetők. A heveny *intoxicatiónak* szóróványosan jelentkeztek és minden valószínűség szerint romlott húsmenűek használatára voltak visszavezethetők.

4. A paratyphus-A ugyanolyan acut tüneteket idézhet elő, mint a paratyphus-B s talán csak a *typhus humanus* képviselője a paratyphusfajok között.

5. Diagnosisunk felállításakor a para-„typhus“ elnevezés ne vezessen félre bennünket. Ha a typhosus tünetek hiányzanak is, gondoljunk minden gastroenteritisnél, különösen choleriformis tünetek esetén, paratyphusra is. Ha több figyelemre méltatjuk ezeket a megbetegedéseket, a mindennapi életben valószínűleg gyakran fogjuk találni a gastrointestinalis formát. Ez egyaránt fontos úgy a klinikusra, mint a bakteriologusra.

6. A jellemzetes kórboncolástani elváltozások mellett,

ha a bakteriologiai lelet eredménytelen volt is, az *intoxicatio paratyphosa* valószínűségét nem zárhatjuk ki.

7. A bakteriologiai diagnosis megállapításakor ne hagyjuk el egy Gram-fuchsin-készítmény megsejmlését és tenyésztünk biologiai vizsgálatát.

8. Az *intoxicatiós* esetek *prognosisa felette rossz*.

9. A szerint, hogy elszórt *intoxicatiós* esetek, avagy nagyobb explosioszerű járványok rákövetkező szóróványos megbetegedésekkel fordulnak elő, a járvány leküzdése is különböző. Az első esetben csak az élelmezési viszonyokra (konyha, húsellátás) fordítsuk figyelmünket, az utóbbi esetben emellett minden intézkedést foganatosítsunk, melyet a typhus leküzdésére sikerrel szoktunk alkalmazni.

Irodalom. ¹ H. Müller: Deutsche med. Wochenschr., 1917, 50, 1563. — ² Novicky: Deutsche med. Wochenschr., 1917, 51, 1582; 52, 1613. — ³ Jochmann: Lehrbuch der Infektionskrankheiten. — ⁴ Hübener: Fleischvergiftungen und Paratyphusinfektionen. — ⁵ Mayer: Münchener med. Wochenschr., 1917, 3. Juli. — ⁶ Lepehne: Mediz. Klin., 1917, 50. — ⁷ Günther: Bakteriologie, 1906. — ⁸ Frenzel: Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 33, 1102. — ⁹ Rimpau: Münchener med. Wochenschr., 1917, 30. — ¹⁰ Kolle-Wassermann: Handb. d. path. Mikroorg., — ¹¹ Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path., 1913, 56. köt. — ¹² Stephan: Berliner klin. Wochenschr., 1916, 21, 569. — ¹³ Neukirch: Berliner klin. Wochenschrift, 1917, 15. — ¹⁴ Zeitschr. f. Bakt., inclusive 1917. — ¹⁵ Galambos: A háború járványkórtani tapasztalásai. 1917.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XVII. rendes tudományos ülés 1921 május 21.-én.)

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

Friedrich Vilmos: *Gastroenterostomia naturalis*.

Vándorló golyva érdekes esete.

Molnár Elek: 53 éves férfit mutat be, kinek intrathoracalis strumája van, mely erőltetett köhögéskor a nyakon egész terjedelmében megjelenik s az első légvételkor vagy nyeléskor a tág felső aperturán át visszaugrik. A daganat helyzetváltozása kopogtatással és Röntgennel is jól kimutatható.

A *tabes* és *lues* kórszövettani megvilágításban.

Richter Hugó: Az előadó beszámol a *tabes* pathogenesisére vonatkozó, több évre terjedő szövettani vizsgálatairól. Felemlíti az eddigi vizsgálatok eredményeit, a melyek még nem vezettek a kérdés teljes tisztázásához és úgynevezett kombinált alapon igyekeznek a *tabes* elváltozások létrejöttét megmagyarázni. Az előadó 24 *tabes*-esetet vizsgált meg; megállapításai több mint 10.000 szövettani készítmény adataiból alakultak ki. Ezek szerint a *tabes*re jellemző idegváltozások a környéki érző neuron azon szakaszának esődleges bántalmán alapszanak, melyet *Nageotte* gyökér-idegnek (nerf radicaire) nevezett el; itt az érző gyökér a ganglion intervertebraleba való belépése előtt a mozgató gyökérrel közösen a liquor tartalmú subarachnoidális ür tölcészerűen keskenyedő oldalrészén halad keresztül. A kórszövettani folyamat lényege lueses sarjszövet képződése, a mely a gyökér-ideg burkaiban az itt letelepedett spirochaeták helyi ingerének hatása alatt burjánzik és a nyirokereken útján előbb a subarachnoidális ür oldalzugait tölti ki, majd a gyökér-ideg egyes kötegeibe nyomul; az e helyen leirt lobos elváltozásokat, érkörűli lymphocytákból és plasmasejtekből álló érkörűli beszűrődéseket, az előadó csak taboparalysisek eseteiben látta, tiszta *tabes*-esetekben kizárólag az említett granulomás szövet volt kimutatható a gyökér-idegben, a melynek lueses természetét igazolja az, hogy 4 esetben sikerült benne a spirochaetát kimutatni. A granulomás folyamat rendszerint az ágyéki gyökerek körül indul meg és innen terjed lefelé a keresztcsonti és felfelé a háti gyökerek felé; a nyaki gyökerek bántalma már előrehaladott folyamatra vall. A gyökerek affectiójának ezen időbeli egymásutánja biztosítja a *tabes*nek mint egységes folyamatnak többé-kevésbé rendszeres progressióját. A csigolyaközötti dúcsejtek és a gerincvelői hátulsó kötelek bántalma másodlagos elváltozás, a melyet a gyökér-ideg bántalom idéz elő. A gerincvelői mozgató gyökerek affectiója

a tabes rendszeres elváltozásai közé tartozik; az, hogy ezek sokkal kisebb fokúak és később következnek be, mint az érző gyökér bántalma, teljesen megmagyarázható a mozgató gyökérnek a gyökéridegekben való anatómiai fekvéséből. Az agyidegek tabeses elváltozásai legnagyobb részben teljesen azonosak a gyökérideg affectiójával: itt az agyból kilépő idegek kezdeti részét, mely a subarachnoidalis ürön halad keresztül, támadja meg egy szövetileg azonos sarjadzások szövet és okoz benne góczos kieséseket. Egyedül az opticus tabeses elfajulása játszódik le más kórszövettani folyamatok képében, a mi ezen ideg sajátos szöveti szerkezetében leli magyarázatát. A tabes ezek szerint tertiaer lueses megnyilvánulás, a melynek alapja a liquor spirochaetosis. A liquor egyesíti az opticustól kezdve egészen az utolsó keresztcsonti gyökérig a tabeses folyamat összes góczait egy egységes támadási területté, ez közvetíti a folyamat áterjedését egyik gyökéridegről a másikra és biztosítja ilyenképpen a tabesnek mint egységes folyamatnak előhaladását. Valószínű, hogy a spirochaetának a keringő liquorból a gyökéridegekben való leülepedése, mely bizonyos gyökerekben előbb, másokban később szokott megtörténni s ezáltal a tabeses tünetek jelentkezésének bizonyos szabályszerű sorrendjéhez vezet, a kétségkívül szereplő mechanikai törvényeken kívül, még más, talán a spirochaeták activ mozgási képességével összefüggő okokra is vezethető vissza; csak így volna magyarázható, hogy a tabes nem is olyan ritkán a tünetek jelentkezésének sorrendjében nagy eltéréseket mutat.

Schuster Gyula: *A hűdéses elmezavar mint agyspirochaetosis és annak gyógyítása.*

Büchler Pál: A paralysis kifejlődésében számolnunk kell a constitutionalis tényezőkkel. Paralysis 3 esetében mellékvese-elváltozások voltak. Paralysisben positiv a Elmmum-Lucy-reactio, igen ritka az Ardnertünet, gyakori az adrenalin-glycaemia, a magas és tartós vérnyomás. A sympathicotoniás izgalom paralytikus insultus után szokott jelentkezni. A felszólaló valószínűnek tartja, hogy a paralytikus sympathicotoniás constitúcióval bírnak.

Sarbo Artur: Elismerve a táptalaj fontosságát, mert ilyenek kell tekinteni az emberi szervezetet a spirochaeta szempontjából, klinikai oldalról befejezettnek tekinteni az érvek láncolatát, melyvel bebizonyítottak vehető, hogy a tabes és paralysis kétségtelen syphilitis megbetegedés. A maga részéről szükségesnek tartja a spirochaeta palida biológiájának tanulmányozását. A spirochaeta a szervezetbe jutva, először érkörül infiltrációt hoz létre. Majd az ereket át elterjed a test összes szöveteiben; sokszor ezzel véget ér a spirochaeta-fertőzés, máskor a spirochaeta-család erősebb egyedei már nem a vérerekben, hanem a kötőszövetben szaporodnak el, a bőrben, a gerincvelőhártyán stb. egyaránt, gummosus folyamatot okozva, legtöbb esetben ezzel véget ér a spirochaeta activ szereplése. Bizonyos esetekben endogen és exogen, még ismeretlen okokból a spirochaeta-család legkisebb egyedei új támadásba kezdenek, de már nem a vérerek útján, sem a kötőszövetben, hanem a szervek parenchymájába fészkelik be magukat. A spirochaeta parenchymotropá lett s mint ilyen a sejteket és rostokat főnkreteszi, a mint azt legelőkeltebben paralysis progressivában látjuk. Utal *Schuster* meggyőző képeire. A spirochaeta parenchymotrop hatását egyéb szervekben is kutatni kell a jövőben. A parenchymotrop hatás teszi érthetővé, hogy paralysisben antilueses szereink hatástalanok kell hogy legyenek. Ezzel szemben a tabes a hozzászóló felfogása szerint mint kötőszövetes syphilitis részben befolyásolható.

Donáth Gyula: Hozzászóló már 1903-ban sikraszállott a paralysis kezdő szakainak activ kezelése érdekében és ugyanaz áll a tabesre is. A tabes és paralysis többé nem csupán metalueses megbetegedés, melyben csak a virus toxinjai vannak jelen a szervezetben; de azért mégis szem előtt kell tartanunk, hogy a paralysis izgalmi tünetei a spirochaeták toxinjaitól erednek. Ezen mérgek a paralysisben épp úgy okoznak maniakális állapotokat, mint az alkohol vagy egyéb narcotikumok. A spirochaeták ellen a salvarsan hatályosabb, mint a jod, és czélszerűbb, mint a gyengítő kénese, ámbar salvarsannal kombinálva ezek jó szolgálatokat tesznek. Jó szolgálatot tesz a hozzászóló által először ajánlott natrium nucleinicum a salvarsan előtt vagy közben alkalmazva, mert lázat és hyperleukocytosist okozó hatása a chronikus folyamatot acutabbá és gyógyulásra hajlamosabbá teszi. Érdekes megvilágítást nyert a natrium nucleinicum szerepe francia búvárok által. Tabes és paralysis eseteiben legalább 15 infusiót adjunk 4-6 napi időközökben, esetleg 10 infusio után két heti szünetet tartva. Ennyi infusio már azért is szükséges, mert a positiv Wassermann negativvá változása csak a 10-14. infusio között várható. Ezüstsalvarsanra 9 tabes eset közül 5 javult különösen a lancináló fájdalmak, a járás, a potentia tekintetében. 6 paralytikus közül pedig 5 teljesen munkabíróvá vált. Még zárt intézeti paralytikusok is a benuálás bekövetkezése előtt így kezelendők.

Szemorvosok gyűlése Bécsben.

A *Graefe Albert* által alapított Heidelbergi Szemésztársaság ez évben nem tartotta meg ülését, s e helyett a társaság tagjai Bécsben gyűltek össze. A háború kitörése óta első ízben vettek részt nagyobb számmal a neutralis államok képviselői is.

A német birodalom egyetemei igen nagyszámú képviselőin kívül Hollandia, Dánia, Norvégia, Svájc, Spanyolország szemorvosai vettek részt és néhány amerikai. Franciaország, Anglia, Olaszország ezúttal is távoltartotta magát. A kis entente is megjelent néhány képviselővel.

A tudományos tárgyalások központja a glaucomaellenes operálásokról szóló referatum volt, melyet *Uthoff* (Boroszló) és *Wessely* (Würzburg) terjesztett elő. A referatumokhoz hozzászólásra olyan sokan jelentkeztek, hogy sokan már nem is jutottak szóhoz. A vita megerősített azon meggyőződésben, melynek ezúttal is kifejezést adtam, hogy a glaucoma inflammatorium prodromalis és acut szakában az iridectomia, a chronikus szakban a trepanatio és cyclodialysis, az absolutban az enucleatio, a simplex ellen Lagrange sclerectomiája, a glaucoma juvenile ellen a sclerectomia javalt.

A 46 előadás közül legnagyobb érdeklődést *Barraquer*-nek (Barcelona) a phakoeresisről, *Igersheimer*-nek (Göttingen) a szem syphilitiséről és *Koppányi*-nak a szemátültetéséről tartott előadásai keltettek.

Barraquer be is mutatta műtétét, mely abban áll, hogy a hályogos lencsét nagy lebenyes seb ejtése s kis gyöki iris-kimetszés után villanyossággal hajtott szivattyú segítségével tokostól kihúzza. A műtétet nagy ügyességgel végzi, de kilencz műtete közül kettőben súlyos complicatiók mutatkoztak (egy ízben vérzés, a másikban nagy üvegtest-vesztés).

Bár e complicatiók keletkezéséhez a szokatlan környezet, a betegekkel való érintkezés hiánya, az előkészítés más irányú volta hozzájárult, mégis annyi megállapítható, hogy a tokostól extractio ezen módszere is kockázatos.

Koppányi kísérletei, melyeket a bécsi biologiai intézetben végzett, állatszemek átültetésének lehetőségét bebizonyították, sőt valószínű, hogy az átültetett szemnek fényérzése is van; ez utóbbit a felszólaló egy része kétségbe vonta, de *Kolmer* tanár histologiai vizsgálatai viszont megerősítették. Az kétségtelen, hogy a retina vagy annak egy része nem minden esetben hal el. A bemutatások között megérdemelt méltánylásban részesült *Braná* dr.-nak, a nemzeti hadsereg őrnagy orvosának szemhéjkifordítója és trachomakaparója.

A rendezés igen figyelmes, körültekintő volt.

Grösz Emil.

IRODALOM-SZEMLE

Könyvismertetés.

Fr. Voltz: *Die physikalischen und technischen Grundlagen der Messung und Dosierung der Röntgenstrahlen.* Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. Ára 48 m.

A Röntgen-sugarak czélszerű therapiás alkalmazásának alapkövetelménye az, hogy helyes minőségű és mennyiségű sugarat vegyünk igénybe. Sajnos, a módszerek, a melyek e czélból rendelkezésünkre állnak, még távolról sem tökéletesek, noha a haladás e téren igen nagy. Mindazt, a mit e téren tudunk, jól foglalja össze az előtünk levő munka s mint ilyen méltó arra, hogy helyet foglaljon mindenütt, a hol therapiás röntgenezéssel foglalkoznak. Nem dicsérhető eléggé, hogy az egyes módszerek használhatóságának határait élesen körvonalozza. A munka a „Strahlentherapie“ VI. különytete gyanánt jelent meg.

Új könyvek:

C. Cybichowski: *Die Technik und Anwendungsbreite der vaginalen Inzision von Entzündungsherden im Becken.* Leipzig, B. Koenig. 450 m. — *K. Uthoff:* *Ueber das Schicksal der Kriegsblinden und ihre Versorgung.* Halle, C. Marhold. 950 m. — *E. Bauer:* *Die Grundprin-*

zipien der rein naturwissenschaftlichen Biologie und ihre Anwendungen in der Physiologie und Pathologie. Berlin, J. Springer. 28 m. — *E. Haeckel*: Entwicklungsgeschichte einer Jugend. Leipzig, K. F. Köhler. 40 m. — *W. Frey*: Interne Diagnostik am Krankenbett. Berlin, S. Karger. 24 m. — *S. Bergel*: Die Lymphocytose. Ihre experimentelle Begründung und biologisch-klinische Bedeutung. Berlin, J. Springer. 45 m. — *A. Well*: Die innere Sekretion. Einführung für Studierende und Aerzte. Berlin, J. Springer.

Lapszemle.

Belorvostan.

A **Deycke-Much-féle partialantigenekkel** szerzett kedvező eredményeiről számol be *Landolt*. Kísérletei sanatoriumi anyagon történtek. Partigenekkel kezelt 122 beteg közül tetemesen javult 92, vagyis 75·4%, míg régi tuberculinnal kezelt 82 beteg közül csak 39-nek, vagyis 47·6%-nak javult tetemesen az állapota. Hogy a partigenekkel kezelt esetek nem voltak könnyebbek, mint a tuberculinnal kezelték, kiténik abból, hogy a tuberculinnal kezeltéknek átlagos súlygyarapodása a specifikus kezelés megindítása előtt 3·54 kilogramm volt, a partigenekkel kezeltéké ellenben csak 3·32 kilogramm. Ezzel szemben a specifikus kezelés után a súlygyarapodás a tuberculinnal kezeltékénél csak 1·08 kilogrammot tett, a partigenekkel kezeltékénél ellenben 1·23 kilogrammot. (Schweizer. mediz. Wochenschrift, 1921, 18. szám.)

Sebészet.

A **hydrokele kezeléséről** tartott előadást *Rumpel* a „Medizinische Gesellschaft zu Leipzig“ márczius 1.-i ülésén. A régebbi eljárások ismertetése után áttér *Wederhake* 1917-ben ajánlott módszereinek tárgyalására (a hydrokele-tömlő subcutan drainézése ablak vágásával mindkét tunicán), valamint az ugyanezen elven alapuló *Kirschner-féle* módszerre: helybeli érzéstelenítés mellett egy a külső lágyékgyűrű előtt ejtett hosszanti metszésbe beállítjuk a hydrokele alsó polusát, a melyen mindkét tunicán áthatoló keresztmetszést ejtve, az ily módon keletkező négy csücsköt befelé fordítjuk és serosát serosával összevarrunk; a keletkezett négyszögű nyíláson át a hydrokele-tömlő repositiója után az esetleg újonnan képződő folyadék mindaddig a laza bőralatti kötőszövetbe vezetetik, a míg a hydrokele-tömlő elsorvad. Az egész műtét 5–10 perczig tart, a beteg már néhány nap múlva felkelhet. Nagyobb tömlő esetén nehézséget okozhat az alsó polus beállítása; ilyenkor punctióval előbb kibocsátjuk a folyadék egy részét. Fontos, hogy az ablak a legmélyebb ponton legyen s továbbra is ott maradjon, tehát nem szabad felkötni a herezacskót. A lipcei egyetem sebészeti klinikáján eddig 22 esetben használták e módszert, 19 esetben tartós jó eredménnyel. Kezdetben operált 2 esetben nem volt a legmélyebb ponton az ablak s azért recidiva állott be; 1 esetben a here golyószelepszzerűen feküdt az ablak elé s megakadályozta ezzel a folyadék elvezetődését; ilyen esetben talán segíthet a gyakori helyzetváltoztatás. — Az előadáshoz fűződött eszmecserében *Kölliker* felemlítette, hogy vastagabb falzatú hydrokele eseteiben nem vezet eredményre a *Kirschner*-műtét. Ezzel szemben az előadó kifejtette, hogy nagyon vastag és merev falú eseteket eddig még nem operált e módon, 1/2 cm. vastag falzattal bírótak azonban igen, még pedig eredményesen.

Szülészeti és nőorvostan.

A **terhesek vesebetegségeiről** értekezik *Jaschke*, a giesseni női klinika tanára. Tanulmányában osztályozza a terhességi veseelváltozásokat. Alapul a *Leyden-féle* terhes vesét veszi, a melyet elfajulási folyamat eredményének tart. A klinikai kép és a veseműködési vizsgálatok alapján leg-helyesebbnek tartja, ha terhességi nephrosinak (nephrosis gravidarum sive ex graviditate) nevezzük ezt a kórformát.

E vesemegbetegedésre a nagyfokú oedema, a bő fehérje és mérsékelt számú cylinder jellemző; vérnyomás-fokozódás, szívtünet, szemfenéki változás és vérvezetés nincs.

A gyógykezelésben elveti a tejdiétát, sőt a szigorúan húsmentes étrendet sem tartatja be. Ezek helyett a lecsapoló, antihydropsos eljárást alkalmazza, melynek lényege ágynyugalomban a konyhasó és a víz megvonása *Volhard* szerint. Erre nemcsak hogy megáll a folyamat, de az eddig beteg vesék is gyorsan visszanyerik teljes munkaképességüket. Az alapalaktól elütők a különböző combinatiók; így a terhességi nephrosis vérvezetéssel, diffus subacut glomerulonephritissel súlyosbítva; itt már a vérnyomás fokozódása is kimutatható.

Ezt az alakot látjuk legtöbbször eklampsiánál és ez a vesebetegség az, a mely makacsul megmarad a gyermekágyban is. Ritkán szövődik a terhességi nephrosis jóindulatú vesesclerosissal; a zsugorvesébe való átmeneti alak felvételére minden bizonyíték hiányzik. (Archiv für Gynaekologie, 114. kötet, 2. füzet.) *Komássy dr.*

A **hátrahajlott méhnek műtéttel való kezeléséről** ír *Seitz*, a giesseni klinika assistense. Ha a szabad méh hátrahajlásához más belső genitális elváltozás nem szövődik és a betegnek kellemetlenséget nem okoz, nemcsak, hogy nem operál, de a beteg tudomására sem hozza a méh helyzetváltozását. Minden alkalommal kutat a panaszok hysteriás, neurastheniás, anaemiás, általános gyengeségi okai után, és azokat kezeli. Ha a kis medenczében a méh hátrahajlásán kívül műtétet követelő más elváltozások is vannak, mint adnexum-daganatok, adhaesiók, pericolicitis chronica adhaesiva, minden esetben megnyitja a hasat, és a műtéttel kapcsolatban a méh hátrahajlásán is segít.

Méhsülyedés, hüvely-előesés, régi gátrepedés plastikai műtétekor a műtét sikerét a méh fölvarrásával is biztosítja. Sterilitásnál discissiót is végez. Operál akkor is, ha nagy a hátrahajlott méh, és más therapiás eljárással (gyűrű stb.) a méh anteflexióis állásban nem tartható meg, továbbá ha adhaesiók rögzítik a hátrahajlott méhet. Számokban kifejezve az összes betegek 14·8%-a szenvedett a méh hátrahajlásában. Ezek közül műtetre került 29%. Mivel az *Alexander-Adams*-eljárás 60%-ban sikertelen eredményt adott, elvből minden alkalommal megnyitja a hasat, a méhet pedig a *Dolér*-*Schauta-féle* ventrosuspensió eljárással varrja előre. (Archiv für Gynaekologie, 114. kötet, 1. füzet.) *Komássy dr.*

Gyermekorvostan.

Tüdőcsúcs-affectio szokatlan esetét mutatta be *Grüneberg* az altonai orvosegyesület április 27.-i ülésén. A 6 éves gyermeket kisfokú nehézlégzéssel és csekély cyanosissal veték fel a gyermekkorházba. A kopogtatás jobboldalt hátul a csúcstól a 6. hátsigolyáig, elül pedig a 3. bordáig csaknem teljes tomputatot adott; ugyanitt részben bronchialis, részben érdes volt a légzés néhány nedves szörtyözéjjel. A *Pirquet*- és *Wassermann-reactio* negativ. A köpet ismételt vizsgálata *gümöbacillusra* és rugalmas rostra állandóan negativ eredményű. A hőmérsék eleinte subfebrilis volt, később afebrilis. A Röntgen-vizsgálat a jobb tüdő felső részén intenzív árnyékot mutatott, ezenkívül a hilus-árnyék erősen megszelesedett. Minthogy a gyermek két éves korában a kórházban syphilitis analízis írekélyek és erősen positiv *Wassermann-reactio* miatt eredményes syphilitis-ellenes kúrában részesült, a most negativ *Wassermann-reactio* daczára is kenőkrút indítottak meg és *neosalvarsant* adtak. Erre két hónap alatt a tüdők teljesen feltisztultak, a gyermek viruló külsejűvé lett. A legnagyobb valószínűséggel vehető fel tehát, hogy a tüdő beszűrődése lueses eredetű volt, a mi ebben a korban mindenestre nagy ritkaság.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Ischias egy súlyos, két éve tartó, minden kezeléssel daczolt esetében *Högler* feltűnő jó és gyors eredményt ért el antipyrin egyszeri peri- és intraneuralis befecskendezésével. A következő oldatot fecskendezte be: 5 gramm antipyrin, 10 gramm víz és 1/2 gramm 1%-os novocain-oldat. (Gesellschaft f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien 1921 márczius 3.-i ülése.)

Pollutio ellen **Donath** nagyon jó hatásúnak találta a lumnalt 0.1—0.2 grammos adagban a lefekvés előtt. Káros mellékhatást sohasem látott. (Münchener mediz. Wochenschr., 1921, 26. sz.)

Asthma bronchiale több esetében **Ascoli** és **Faginoli** jó eredménnyel használta a hypophysis röntgenezését. Azt hiszi, hogy a mellékveséknek egyidejű besugárzására még kedvezőbbek lesznek az eredmények. (Ref. Therap. Halbmonatsh., 1921, 11. füz., 348. old.)

Vegyes hírek.

Új egyetemi tanár. A kormányzó **Vidakovits Kamill** dr.-t a kolozsvári (szegedi) egyetemen a sebészet nyilvános rendes tanárává nevezte ki.

Meghalt. **Radimeczky Béla** dr. 30 éves korában Tiszaroffon. — **H. Krause** tanár, ismert laryngologus, 73 éves korában Wildungenben.

Személyi hírek külföldről. **G. Stertz** (München) elfogadta a meghívást a marburgi egyetem elmekörtani tanszékére. — **K. Elze** giesseni rendkívüli tanár meghívást kapott a rostocki egyetem anatómiai tanszékére. — **E. Schmitz** breslaueri rendkívüli tanárt (physiologia) rendes tanárrá, **F. Keysser** jenai docent (sebészet) pedig rendkívüli tanárrá nevezték ki. — **H. Walb** tanár, a hírneves fülorvos Bonnban, a napokban érte meg orvosdoctorrá felavattatásának 50. évfordulóját.

SVÁBHEGYI LIGET-SZANATÓRIUM

I., Eötvös-út 10—12.

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

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

Dr. Müller Vilmos, kir. tanácsos Sanatoriuma
Tátraháza
(Magas-Tátrában.)
Reichenhalli rendszerű **Inhalatorium**. Fekvésárnyok. Helio-quartzfény és specifikus terapia. Hízókúra.
Pensio (szoba, ötszöri elsőrangú étkezés) 70 cseh korona.
Prospektust küld, fővilágosítással szolgál, a cseh visumot vidékiek részére is megszerezni a sanatorium budapesti igazgatóság. Teréz-körút 5. (Telefon: 138—05.)

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

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrásai
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. Gépgyógyászat: **dr. Erdős Géza**.
Inhalatorium: **dr. Tóvölgyi Elemér**, egyet. m-tanár. Laboratorium: **dr. Berger Iván**.
Röntgen-laboratorium: **dr. Simonyi Béla**.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE
állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légekúrák. 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 és a Slovákfürdőiroda (Menetjegyiroda), Budapest, V., Vigadó-tér 1. szám.

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

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

PÁLYÁZATOK.

219/1921. szám.

A Csanád vármegyei Szent István-kórháznál lemondás folytán megüresedett orvosai állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmá a X. fizetési osztálynak megfelelő 2000 korona évi fizetés, az ezután illetékes háborús segély, havi drágasági segély,

kizárólag saját személyére egy szobából álló lakás, fűtés, világítás és I. osztályú étellemezés.

A kinevezés egy évre szól, a mely mindig egy évvel meghosszabbítható, magángyakorlat nincsen megengedve. Sebészeti képesítéssel bírók előnyben részesülnek.

Felhívom pályázni szándékozók, hogy képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Csanád vármegye főispánjához czimezve hozzám folyó évi szeptember hó 15.-éig adják be, mert a később érkezőket nem fogom figyelembe venni. A kinevezett állását folyó évi október hó 1.-én elfoglalni köteles.

M a k ó, 1921. évi augusztus hó 10.-én.

Uray Vilmos dr., igazgató-főorvos.

„LABOLTO“

a borjúgyomor enzimait tartalmazó tejoltó, eredeti 100 gr-os üvegekben. Indicatio: a gyermekgyógyászatban, reconvalescensek, tuberculotikusak táplálásában, gastritis, enteritis, hypaciditas, anaciditas eseteiben.

Kapható a gyógyszerárakban.

„LABOR“ gyógyszer és vegyészeti gyár részv.-társ.
Budapest, III., Bécsi-út 2128.

GARAY SAMU ÉS TÁRSA

BUDAPEST, IV., KOSSUTH LAJOS-UTCA 15. SZ.

Orvosi műszer-, kötszer- s művegtaggyár. Betegápolási cikkek, has- és sérvkötők, kórházi vasutórok s állatorvosi műszerek raktára.

A therapiában fontos és bevált gyógyszerek.

Arsorobin: Natr. methylarsen. (5% és 10%) subcut. inj. az arsenkezelés indicatioinál.
Argosol: isotonias kolloid ezüstoldat; intramusc. és intraven. inj. Septikus bántalmak és tbc.-nél.
Hydarsol: (Hydrarg. salicyl., arsen.)
Hyspargol: (Corrosiv) Lues.

Kalcinált calc. bromat. puriss. hypertoriás oldatai:
Optocalcil -haemostatic. haemoptoë, asthma, metrorrhagia, urticaria ellen. Pro inj. intrav.
Optocalcil -antidiarrhoic. Béhhurut, dysenteria, gümökóros hasmenések ellen. Pro inj. intrav.

MARBERGER GYULA orvostudományi laboratórium UJPEST

ROBOFERRIN

sine et cum arsen. ERÉNYI

(Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.)

a legtökéletesebben felszívódó, kellemes ízű **vaspepton**-készítmény. Feltűnő eredménnyel alkalmazva úgy felnőtteken, mint gyermekeken anaemia, neurasthenia, chlorosis stb. eseteiben. Kiváló stomachicum és roborans. Készíti:

ERÉNYI LÁSZLÓ „DIANA“ GYÓGYSZERTÁRA

Budapest, VII., Károly-körút 5. ☐ Telefon: József 115—55

Dr. PÁPAY

FÉLE OLTÓANYAG ÉS SZÉRUMINTÉZET R.T. VI., TERÉZ-KÖRUT 31. TELEFON 20-19

Himlőnyirok

Dysenteria-szérum

Orvosi diagnostikai laboratórium



Vas — fehérje — phosphor

Fersan-por.

(25, 50, 100 gr.)

Fersan-tabletták.

(0.25 és 0.5 gr.)

Brom-Fersan-tabletták.

(0.1 natr. brom.)

Jod-Fersan-tabletták.

(0.1 kal. jod.)

Arsenliquo-Fersan.

(Arsen és glycerophosphat.)

Fersan-cacao.

(20% Fersan.)

Magyarországi főraktár:

Dr. FILO JÁNOS gyógyszerháza

BUDAPEST, VIII., Mátyás-tér 3.

Kapható minden gyógyszerháznál.

Orvosi irodalom és minta kívánatra ingyen.

INTRASOL

egy arsen-kén-salicilat-készítmény vizes oldata, steril ampullákban, mely enyhe antilueses hatást fejt ki.

Legzélszerűbb a glutaecalis izmokba injiciálni, magas kén-salicilat-tartalma dacára helyileg nem izgat.

Különösen alkalmas nők és gyenge testalkatú betegek kezelésére.

Adagja: 1—2 cm³ két-három napos időközökben.

2 cm³-ben 0.02 g Hg és 0.012 g As van.

1 doboz = 10 ampulla à 2.2 cm³.

CHINOIN

gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r. t.

(Dr. Kereszty és Dr. Wolf)

UJPEST.

Dr. Egger Leó és Egger J.

gyógyszer-vegyészeti gyár új készítményei:

Hypophosphites comp. granul. Dr. Egger

Syr. hypophosphit. comp. Dr. Egger

szilárd alakban.

Egy kávéskanálnyi granula pontosan egy evőkanálnyi Eggersyrupnak felel meg.

Az orvos urak által kedvezően megbírált készítmény.

Dragées cotarnin. hydrochlor. Dr. Egger. 0.05

Kitünő hatású stypiticum.

Az Ergotina Stypiticát sikeresen pótolja.

Chloramin-Heyden

p-Toluolsulfonchloramid-Natrium.

Változatlan, tartós, vízben könnyen oldható szilárd anyag.

Intensív antiseptikus hatás.

A granulatiót erősen serkentő és epidermizáló hatással.

Alkalmazás: 1/2 % -os hideg vizes oldatban a kezek fertőtlenítésére és mint kötözővíz fertőzött sebek és torpid granulatiós területek kezelésére;

1/4 % -os meleg vizes oldatban seb- és testüregek kimosására, különösen gennyes genitális folyásoknál;

1/10—1/8 % -os meleg vizes oldatban hólyagmosásokhoz.

Papírlemez-dobozok à 100 és 1000 g.

Irodalom: Dobbertin, Münch. med. Woch., 1921, 14. sz., 428. old.
Dold, Münch. med. Woch., 1921, 14. sz., 431. old.

Caseosan

Steril caseinoldat „Heyden“.

A parenteralis proteintesttherápiához.

Subcutan, intramuscularisan és intravenásan alkalmazható.

Dobozok 10 ampullával à 1 ccm.

Dobozok 6 ampullával à 5 ccm.

Klinikai csomagolások: Dobozok 100 ampullával à 1 ccm.

Electrocollargol

Villamos porlasztás által előállított steril

kolloidális ezüstoldat

kiválik az ultramikroskopos fémrészecskék rendkívüli finomságával; innen a katalitikus erő, az adsorptiós képesség és a fejlődésgátló hatás fokozódása.

Intramuscularis és intravenosus befecskendezések alakjában a fertőző bajok chemotherapiás leküzdője.

Electrocollargol (0.06% Ag) és

Electrocollargol concentr., 10-szeres (0.6% Ag)

Dobozok 6 ampullával à 5 ccm.

Embarin

Használatra kész steril vizes oldata a mercurisalicylsulfon-savas natriumnak acoin hozzáátételével. 3% Hg.

Erősen ható

antisyphiliticum

intramuscularis és subcutan injectiók alakjában.

A befecskendezéseket jól tűrik, fájdalmakat nem okoznak.

Embarin acoin-hozzáátétel nélkül intravenás befecskendezések számára.

Mindkét készítmény

dobozokban 10 ampullával à 1 ccm.

és 6 ccm.-t tartalmazó üvegekben.

Klinikai csomagolások: Dobozokban 100 ampulla à 1 ccm.

Irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden.

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.

Schuster Gyula: Adat a hypophysis kórtanához. 309. lap.
 Sarbó Artur: A Szt.-István-kórház idegosztályából. Az encephalitis epidemicáról az 1920.-i járvány tanulmányai alapján. (Folytatás.) 310. lap.
 Grósz Emil: Helmholtz 100. születésnapja alkalmából. 313. lap.
 Közkórházi Orvostársulat. (VI. bemutató ülés 1921 április 13.-án.) 314. lap.
 Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Lobedank: Kurze praktische Anleitung zur Erkennung aller Formen des Kopfschmerzes. F. Kisch: Das Problem der Fruchtabtreibung.

— Új könyvek. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Löwenstein és Kassowitz: Az immunizálás két új módja. — Belorvosstan. Manoukhin: A Röntgen-kezelés hatásáról heveny fertőző betegségekben. — Seyderhelm: Az anaemia pernicioosa aetiologiája. — Szülészeti és nőorvosstan. Werner: A radium- és Röntgen-mélybesugárzás hatása a fogamzásra. — Gyermekorvosstan. Bosch: A Wildbolz-féle sajátvízelet-próba használhatóságáról. — Szemészet. Stidler-Huguenin: Átvihető-e a lues a nagyszülőköről az unokákra? — Ideg- és elmekórtan. Noguchi: Új liquor-fehérjemeghatározó eljárás. — Kiseb közlések az orvosgyakorlatra. 315–316. lap.
 Vegyes hírek. 316. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Adat a hypophysis kórtanához.

Írta: Schuster Gyula dr., az elme- és idegkórtani klinika volt I. tanár-segédje.

Gyermekágyi emboliás folyamatok következtében a hypophysis necrosis miatt kifejlődő cachexia klinikai és kórboncz-tani képét Simmonds ismertette; később Fraenkel, Fahr és Bostroem leírásából megtudjuk, hogy ez a klinikai kép nemcsak emboliás folyamatok révén, de a hypophysis elülső lebenyének daganat okozta elpusztulása folytán is létrejöhet. Schagenhauser esetében a hypophysises cachexiát tuberculum okozta, mely a hypophysis mirigylebenyét elpusztította.

Nonne-é az érdem, hogy a hypophysis lueses megbetegedéseire felhívta a figyelmet. Az élőben diagnoskált eddig ismert 7 lueses hypophysis megbetegedés közül 4-et Nonne írt le. Egy esetben szerzett, a többi 6 esetben veleszületett lueses bajról volt szó, s mind a hét megbetegedés nem cachexia, hanem dystrophia adiposogenitalis képében zajlott le. Reye 50 éves nőn felismerte a szerzett lueses hypophysises cachexiát és rövid idő alatt kénesóvel és neosalvarsannal meggyógyította a súlyos betegséget, melynek cardinalis tünetei voltak: nagyfokú erőbeli csökkenés, az összes szervek sorvadásos elaggása, a hajzat, a szemöldök, a hónalj- és fanszőrök kihullása, a fogak kiesése, a pajzsmirigy és nemi szervek sorvadása, szellemi tompaság és a mimika eltűnése.

A következőkben adandó megfigyeléseim azért érdemelnek feljegyzést, mivel, bár szintén septikus megbetegedés okozza a tünetcsoport kifejlődését fiatal embereken, de a sepsis a közvetlen környék megbetegedéséből származik, kevés tünettel alattomosan támadva meg a szervezetet, s főleg, hogy kezdetben az akromegaliás tünetcsoport van előtérben (az akrális részek megnövekedése és a lágyrészek gyarapodása) s csak később fejlődik ki a hypophysises cachexia kórképe.

K. Z., 28 éves tiszt, ki a háború első hónapjaiban (1914 október) esett orosz hadifogságba, állandóan egy táborban volt.

1916 június 14.-én történt felvétele előtt egyszer volt csak betegvizsgálaton fejfájás miatt; a gondos vizsgálat, mely az orra, a garatra, a fülekre és a melléküregekre is kiterjedt, semmi eltérést sem adott; a beteg, kinek fejfájásai elmúltak, később időközönként még szenvedett fejfájásban, de a fájdalmak nem voltak oly mérvűek, hogy ezekért orvosi vizsgálaton jelentkezni érdemesnek tartotta volna.

1 1/2 évvel eme első panasztevése után nagyon gyenge állapotban, nagyfokú fejfájások és kellemetlen panaszokat okozó lázak miatt utalták be a vezetésem alatt állott tisztikórházba.

Allapot 1916 június 14.-én: Mérsékelt táplált, feltűnően halvány és fakóbőrű beteg; feltűnő az orr relatív nagysága, az ornyílások keskeny volta, a szemöldökívek erősen kidomborodnak, a homlokcsont szemöldöki domborulata erősen megnagyobbodott, az állkapocs is előre áll, az alsó fogor a felső előtt; a mérsékelt fejtelt és táplált beteg kezei és lábai húsos, vaskos, bütykös alkatúak.

A hőmérsék 37.5°. A pulsus 85, rythmusos, elég telt.

A belső szervek kopogtatásra, hallgatódzásra eltérést nem mutatnak. A szívhangok kissé tompák. A has- és cremaster-reflexek kissé renyhék, míg a többi reflex jól kiváltható.

A koponyatető kopogtatásra mindenütt köröskörül érzékeny.

A mandulák nagyok, helyenként palaszürke pettyekkel. A torok és garat belővelt. A trigeminus ágai kilépésük helyén nyomásra kissé érzékenyek. A beteget fülészeti, orr, torok és gégeszeti megvizsgálva, a következő leletet kapjuk: Pharyngitis et laryngitis chronica. A Highmor-üreg szabad. Baloldali labyrinthus-izgalom (?).

A továbbiakban a beteg — a ki nagyon elesett, bágyadt, fáradt benyomást tesz, sokat alszik, olvasni azonban betegsége első idejében tud és érdeklődő — a következő tüneteket mutatja. A szájjal a nyelv alatti, kölesnyi, kerek vérzések keletkeznek; a megbetegedés 12. napján krajczárnyi szimmetriás vérzések mutatkoznak a subcutisban, úgy a két alkar feszítő, valamint a két lábszár elülső felszínén, melyek mintegy ütéstől eredő kékes-zöldes foltokként jelennek meg.

Ekkor a diagnosztika, mivel a beteg hőmérséke állandóan reggeli 37.2–37.3° C. és esti 37.6–37.7° között ingadozott, rejtett genyogó okozta sepsises megbetegedésre tesszük; feltűnő volt, hogy sem a belső szervek, sem a fül, sem az orr és melléküregek részéről semmiféle tünet, leszámítva a baloldali labyrinthus-tüneteket, sem volt észlelhető, de ez utóbbiakat a beteg bágyadt és elesett volta miatt nem mertem értékelni, bár a számításomból nem hagytam ki. Röntgen-berendezés hiánya miatt a koponyát nem lehetett átvizsgálni. A vérvizsgálat a serumagar-táptalajon a streptococcus lentus mitior tiszta tenyésztését eredményezte. A vérvétel helyén, a jobb vena cubitalisnál, másnapra gyermektenyérvényi kiemelkedő bőralatti vérzés fejlődött.

A beteg lázai nem múlnak s nem nyomhatók el. Reggel 37.3–37.5°, este 37.6–37.8° között ingadozik a hőmérsék, sokszor alacsonyabb, de antipyreticum nélkül sem megy 37.8° fölé. Subjectív panaszok: fejfájás, szédülés, gyengeség, álomosság. A hallás, látás kifogástalan.

A szemmozgások szabadok; az arcmozgató idegek körül eltérés nem észlelhető. A belső szervek épek, eltérést nem mutatnak. Ellenben a bőralatti vérzések a végtagokon, főleg a lábszáron, a sarkakon szaporodnak, egymásután keletkeznek lencsényi-babnyi körülrít intra- és subcutan vérzések. A vérvizsgálat okozta haematoma miatt a feltételezett és a vérvizsgálat folytán igazolt sepsises megbetegedés intravenás kezelését folytatni nem mertük.

A vérvizsgálat június 28.-án nagyfokú eosinophiliát mutatott.

A vizeletben sem cukor, sem fehérje, sem kóros alakelem a betegség egész lefolyása alatt nem volt kimutatható.

1916 július 16.-ától a beteg rohamosan soványodni kezd, a fogai meglazulnak, a szemöldökszőrök és fanszőrök nagy csomókban kihullanak, a beteg még elesettebb és bágyadtabb, állandóan lázas (37.3–37.8°).

1916 augusztus 28.-án a bal lágyzájpad szövetében diónagyságú haematoma keletkezik, mely a légzésben akadályozza; éjjel 1 órakor hirtelen eszméletlen és soporosus lesz, Cheyne-Stockes-légzés és három óra leforgása alatt meghal tág pupillák, lassú pulsus mellett, tonico-clonusos görcsök közt, a mely tünetek alapján a központi tekervény alatti vérzésre gondoltam.

A boncolás a felvett diagnosist (rejtett ikébli empyema, hypophysis-megbetegedés, akromegalia, majd cachexia kezdeti szakja) megerősítette.

A mód nélkül sovány hulla bőre feltűnően fakófehér, a haj világos-szőke, ritka, a szemöldök-, hónalj- és fanszőrök többnyire kihullottak. A bal felkaron, a könyökárokban, mákszemnyi, tüszúrástól eredő heg, alatta féltényérnyi, az egész könyökárokot elfoglaló, 2 cm. vastag bőralatti és kötőszöveti vérömleny. A hasfalán, az alkaron, a lábszárakon kölesnyi-lencsényi-krajczárnyi ecchymosisok és bőralatti vérzések, melyek éles határral végződnek.

A bőralatti kötőszövet nagyon zsírszegény, sorvadt. A hasüregben folyadék nincs, a hashártya sima, fénylő. A tüdőben nincs elváltozás, mely érdekelne. A szív üregeiben félig alvadt és folyékony vér. A szájadékok billentyűi hártásak, vékonyak. A szívizom szakadékonny, sárgás csokolatú sötétbarna alapon, szakadékonny, petyhüdt.

A nyelv tüszői nagyok, fejlettek, a mandulák kisdiónyiak, belőveltek, metszslaplajukon palaszürke tüszőkben egy-egy kis száraz genyecsap. A légeső belővelt, az epiglottis vizenyős, a bázislinga vérszegény. A pajzsmirigy két lebenye galambtojásnyi.

A fejbőr vékony, vérszegény. A koponyatető középvastag csontjainak bele mindenütt sűrű zöldes-sárga genynyel átitatott.

A homloköblök tiszták, nyálkahártyájuk halavány, vékony, ugyanilyen a Highmor-üreg nyálkahártyája. A cellulae ethmoidales halavány, ép nyálkahártyával borítottak, míg az iköblök, melyek közül a jobb nagyobb a balnál, tele vannak sűrű, szentes zöldes-sárga genynyel, az iköblök nyálkahártya sötét szentes zöldes-sárga, megvastagodott. Az iköblök falai vékonyak, maga az ikcsont a fűrészelési lapon sötét, szentes zöldes-sárgás, szúvas, a csonthártya és a kemény burok könnyen lehúzható. A hypophysis a genynyel átitatott, átmaradt török nyeregben fekszik, jóval nagyobb a rendesnél, a genynyel átitatott és szentes, zöldes szövetcszafatokból álló kemény burokból könnyen kivethető, 7 gr. súlyú. Hossza 14 mm., szélessége 6 mm. Szentes szürkés-rózsaszínű elülső mirigyállományában, mely feltűnő puha és mállekony, közepén és bal szélén teljesen törmelékeny, fakószínű borsonyi góccz látható, mely az elváltozott környező kevés mirigyszövetből jól megkülönböztethető. A mirigyvet formalinba helyeztem.

Az egész ikcsont úgyiszlóván genynyel átitatott, valamint az alsó állkapocs csontbele is. A dobüregek tiszták, mindkét labirintus látszólag ép, de a finom lombfűrészelés készített metszésekkel főleg a bal labirintus csontburkának zöldes-szentes elszíneződése látható.

A keményburok a török nyereg közvetlen közelében sötét, szentes-zöldes, szakadékonny. A sinus cavernosusokban kevés folyékony vér. Az összes sinusok épek. A kemény- és lágyburok közepes vastagságú, vérszegények. Az agy módnélkül vérszegény; a bal féltekében, a központi tekervénynek megfelelőleg, a fehérállományban majdnem ökölnyi, alig alvadt vörös vérből, kevés félig alvadt és még kevesebb alvadt vérből álló hatalmas vérömleny.

Diagnosis: Empyema antrorum sphenoidalium, caries ossis sphenoidalis. Sepsis. Ecchymoses nonnulli cutis et haemorrhagiae multae magnae subcutis, unus magnitudinis nucis juglandis palati molli sinistri, maximus unus haemisphaerae sinistrae. Mors suffocatoria. Degeneratio parenchymatosa et adiposa cordis renum hepatisque. Embolia et infarctus duo hypophysis, cum atrophia consecutiva et necrosi eiusdem. Cachexia maximi gradus. Akromegalia?

Esetünkben tehát iköblöngenedésből kiindult, az iköbl felső falának elpusztulása, a koponyatető és állkapocs csontbelének genynyel való átívódása közben, sepsises folyamat következtében a hypophysisben először izgalom és hypertrophia, később pedig infarctusok folytán az elülső lebenymirigy szövetének elroncsolódása következett be; ezek folyamánaként az első időben akromegaliás jelenségek mutatkoztak, később pedig kifejezett cachexia fejlődött.

Feltűnő, hogy a súlyos csontelváltozások sem az opticusok, sem a szemmozgató idegek, sem a trigeminus részéről nem okoztak észrevehető elváltozást. A lázak aránylag alacsony volta is szembeötlő. A vérömlenyeket inkább a vérnek, mint az érfalaknak elváltozásából kell magyaráznunk, bár az érfalak elváltozását is fel kell tételeznünk.

A hypophysis mikroskopi vizsgálatakor a mirigylebenypusztulásán kívül két nagy infarctust találtunk.

A második eset, mely 22 éves, 5 hónapja lázas önkéntest illet, a következő. A beteget egy másik belbetegosztályon vizsgáltam meg. Az illető a jobboldali csekélyfokú csücsururton és az állandó reggeli 37-8-38° C. lázokon kívül semmiféle tünet vagy elváltozás nincs. Feltűnő volt a beteg nagyfokú lesóványodása, elaggott külseje, szellemi tompasága, hajzatának és fogzatának rohamos pusztulása. Sem a szemfenéki, sem a fülészeti, sem az orr-gégészeti vizsgálat nem ad felvilágosítást. Nagyfokú elesettség. A belső szervek, kistokú csücsururton leszámítva, épek. Kistokú léptompulat. A vérvizsgálat tiszta staphylococcus pyogenes aureust eredményez.

A diagnoszt Röntgen nélkül is iköblö-empyemára és sepsisre teszem, hypophysis-megbetegedéssel kapcsolatban, mivel ez esetben is abortív akromegaliás jelenségek voltak észlelhetők úgy az arcon, valamint a végtagok akrális részein. Sajnos, ez az eset is halállal végződött. A boncolás igazolta a diagnoszt, a mennyiben ez esetben is súlyos iköblö-empyemát és ikcsont-carist találtam. A török nyeregben elhelyezkedett kis hypophysis a szentes-zöldes, czafatos, ellágyult duraburokban ült, szintén mállekony, elülső mirigyes szövetében borsónyinnál jóval nagyobb infarctus volt látható a szürkés metszslapon.

Kérdés, hogy az iköblök feltárása és a geny levezetése esetén, a fennálló sepsis daczára, hypophysiskészítmények használata mellett legalább az utóbbi beteget nem lehetett volna-e megmenteni? Véleményem szerint, ha megfelelő sebész állott volna rendelkezésre és a szükséges eszközök meglettek volna, igen. Sajnos, mindkét feltétel hiányzott.

Megjegyzés a correctura alkalmával: Az elme- és idegkörtani klinikán Büchler Pál dr. is észlelt egy szerzett luesses eredetű hypophysises cachexia-esetet egy nőn, kin az antilueses kúra és a hypophysis-injectiók teljes gyógyulást eredményeztek.

A Szt.-István kórház idegosztályából.

Az encephalitis epidemicáról az 1920.-i járvány tanulságai alapján.*

Irta: **Sarbo Artur** dr., egyetemi tanár, közkórházi főorvos.

(Folytatás.)

7. eset. **K. Ödön**, 17 éves tanuló. Két év előtt volt spanyol betegsége. 1920 januárban újra spanyol-lázás lett, nyugtalanság fogta el, félrebeszél, lethargiás volt. Azóta gyenge; mindig feküdni szeretne; ha járkál, elfárad, úgy hogy alig tud a lábán állni. A feje fáj, szédül. Nehezebben tanul, míg azelőtt jó tanuló volt. A fogait állandóan vicseriflja.

Status (1920 április 10): Anisocoria. A bal szem nem convergál. Kezdetben csekély tremor. A felső szemhéjak mélyebben ülnek. Bamba tekintet. Válaszai lassabban adódnak le, de adequatak. Egész viselkedésében kötöttség. Állandóan fáradt. Újra lethargiás lesz. Argosol intravenás alkalmazása után javulás kezdődik és május 17.-én gyógyultan távozik.

Távozása után két-három hét múlva remegni kezdett keze, lába. Maga is észrevette, hogy mindent lassabban csinál. Kifejődik a lencsemag-tünetcsoporthoz. Arcza merev, mimikanélküli. Pillacsapás alig látható. Homlokizomlengés. Arczbőre kenőcsös. A kiöltött nyelven nagyhullámú remegés. A jobb szem kissé kifelé tér. Összetéríteni nem tud. Minden mozgásában lassú. A jobb váll magasabban áll, az izmok ki-domborodtak. A cucullaris, sternocleidomastoideus hypertoniában. A bal karban hypertonia. A bal diadokokinesiskor néhány mozgás után a kilengések mind kisebbek lesznek a reszketés áll be, az alkarizmok hypertoniába kerülnek. Testtartása előrehajló. Egész testében, különösen a bal kezében nagyhullámú lengés. Retropulsio. Értelmisége kifogástalan. Utóbbi időben kényszernevetés tünete. A carotis-összeszorítást jól tűri; erősen congestionálódik. Kiegyenesedéskor nem szédül.

8. eset.² **R. Jánosné**, 27 éves, munkás neje. Családi terheltség nincs. 1920 januárban szülés után lázas lett, két hónapig feküdt. Szédülése, nehéz légzése volt, e miatt alig tudott járni. Szeptemberben újra rosszabbodás — ekkor felvették a C-pavilonba —, akkori vizsgálatom így szól: „Merev testtartás; fejét előrehajlva tartja. A tarkó és nyakizmok erős hypertoniában. Járása lassú. Arcza mimikanélküli. Arczbőre fénylő. Mozdulatai lassúak. A lábokban igen erős hypertonia. Semmi spasmosus tünet. Spanyol megbetegedést tagad.”

Osztályomra 1920 december 21.-én került. A beteg naphosszat egy tartásban fekszik. A kórterem társaséletében nem vesz részt. Semmi spontán megnyilatkozást tőle nem látunk. Székelési és vizeleti ingerét sem jelzi. Saját bemozdása szerint álmatlan. Kérdezve, hogy fáj-e a feje, azt feleli, hogy nem, csak szédül. Kérdezve, mit ért szédülés alatt, ráhagyja, hogy kóválygós a feje. Hanyatt fekvé, fejét kissé jobbra hajlítva tartja. A felső s alsó végtagokban nagyfokú hypertonia. A bal sarkon ötkoronányi haematoma, melynek eredetéről nem tud felvilágosítást adni. Babinski: 0. Rossolimo: 0. Gordon: 0. Kenőcs-arcz. Ritkán pislog. Bőre száraz, korpázó. Horizontalis nystagmus. Felszólitva, hogy mutassa nyelvét, ezt lassan hajlítja végre. A nyelvben, ajkakban nyugtalanság. Minden mozgást végre tud hajtani, csak igen lassan. Álláskor teljes paralysis agitans-tartás. Kifejezett retropulsio. Járása, egy oldalról támogatva, lassú, tipegő. Lassú, vontatott, monoton, halk beszéd; ajkait, nyelvét e közben alig mozgatja. Reflexek igen élénkek.

Fejét állandóan jobbra hajlítva tartja s ebből az állásból csak nagy erővel mozdítható ki, jobb oldalra nem fordítható. A nyakcsigolyák ütögetésre fájdalmasak, röntgenologic a csigolyákon eltérés nem mutatható ki. Az egész állapotot jellemzi a spontaneitás hiánya úgy a mozgás, mint a psyche terén. Minden mozgás kivitele lassú.

A kórházi megfigyelés alatt állapota fokozatosan romlik. Arczának bőre piros foltos a folyton nyitott száján át csurgó nyál hatása folytán. Nagyfokú, az egész testre kiterjedő soványodás. Spontan az ágyban már megmozdulni sem tud. Folytonosan erősen contracturált lábaira panaszkodik, hogy fájdalmasak. Székét, vizeletét maga alá ereszt. Nyelni már alig tud, az étel regurgitál. Márczius 2.-án kezdődő lázak. Decubitus.

9. eset.³ **K. Hajnal**, 27 éves hivatalnoknő. Két éves korában agyhártyagyuladása volt. Scarlatina. Himlő. 12 éves korban fültömirigylob. 1918-ban influenza.

1920 február 23.-án lázas lesz, choreás mozgások jelentkeznek, folyton énekel, hypomaniás. Majd állandóan alszik. Megszólításra felébred és válaszol. Anisocoria, semmi egyéb idegrengszeri tünet.

Kórházi tartózkodásának elején nyugodtan viselkedik, majd nyugtalanság fogja el, félrebeszél, helyről, időről tájékozatlan. Nyugtalansága alatt folyton el akarja hagyni az ágyat. A nyugtalanság lezajlása után aluszékonyság áll elő újra. Nyugtalanság napok váltakoznak nyugodtabbakkal; állandó zavart viselkedés. Április elején feltűnik merev arcz-kifejezése; pillarezgés, mimikai mozgások teljes hiánya; félig nyitott száj, teljes részvétlenség környezetével szemben. Jobb szemhéj lejjebb áll. Fejét állandóan jobb oldalra hajlítva tartja. Lethargiás állapot áll fenn. Állandó 37-8°-ig menő hőemelkedések. Feületes légzés. A tüdők szabadok. Szótlán, nehezen bírható szóra. A punctio állandóan tiszta

* Előadás a Budapesti Királyi Orvosegyesület 1921 márczius hó 5.-én tartott ülésén.

² Fekvő súlyos beteg, csak photographiája volt bemutatható. Májusban meghalt.

³ Távozott a kórházból, nem volt bemutatható.

liquort ad. Wassermann az egyik laboratorium szerint gyengén +, a másik szerint negatív. A vérben hasonlóképp.

Egész április havában egyformán demens viselkedés.

Feltűnik a gerincoszlopon egy jobboldali domborúttal bíró háti skoliosis. Időközben elvész a jobboldali térdtünet és a bal Achilles. A bal térdtünet kihagyó, nehezebben váltható ki. A lábfelek erős hypertoniában. Feltűnő arcizmáinak merevsége. Az összes activ mozgások lassúak, beszédre bírható, de várni kell, míg a phonatio megindul. Spontan még nem beszél, de adaequat válaszokat ad. Psychosisos tünetek megszűntek. Feltűnően száraz, korpázó a bőre. Aluszékonyság még fennáll. Lábszárizmok contracturában. Rendkívül erősen lefogyott. Júniusra lázalanodik. A nyakban a nyiláló fájdalmak változatlanok. Igen kifejezett retropulsioja van. A bal talpára még mindig nem tud fellépni, a bal lábszár contracturában. A térdtünetek elhalók. Nyakának merev oldaltartása okául végre kiderül, hogy a VII. nyakcsigolya szögleteszerűen elgörbült, teste összelapult s zavart csontstructurát mutat. Rögzítő készüléket kap. Spontan megnyilatkozásai még mindig hiányoznak, egész nap elfekszik érdeklődés nélkül, ha beszélünk hozzá, adaequat válaszokat ad. Július 26.-án távozik.

1921 január 27.-én látom újra. Mióta a kórházat elhagyta, hozzátartozói szerint önmagától alig szólalt meg. Ha szólnak hozzá, felel. Rohamosan soványodik, csak csont és bőr. Időközönként nehezebben megy a nyelése. Nyaka állandóan fáj, nyilal.

Merev arc, mimika nélkül. Mindkét kar könyökben behajlítva. Fejét előre hajtvá tartja (állandó rögzítőkészülék hord). *Térd-tünet rendes, Achilles rendes!* Kifejezett retropulsio. Egyenes állásakor stethoskopot téve mellkasára, hátradülöng. Nehezen bírható szóra. Kérdezve, hogy miért szótalan, mire gondol, mi jár fejében? azt feleli: szeretne Amerikába menni. (Megbetegedése előtt arról volt szó, hogy egy rokona pénzeli őt s kimegy Amerikába.) Thyreoidéja egyáltalán nem tapintható. Chwostek: 0. Magától nem eszik s nem kér enni. Szomja nem fokozott. Vizeletmennyiség rendes. Lépcsőn járás megy. Járásban hamar fárad. Mozgáskor hamar kimerül; így evés közben megáll: „görcsöt kap szájában” és nem tud tovább rágni s nyelni (myastheniás jelenség). Pupillái közül a bal tágabb, jól reagálnak. Olvasás rendben.

10. eset⁴ P. Erzsébet, 26 éves gyári munkásknő. 1920 januárban lázasan, a tüdőben diffúz bűgásokkal, fűtőhangokkal, zavart sensoriummal a Gellért-kórházba kerül. Tíz nap után ptosis, tarkómerevség; Kernig: +; Babinski: +; incontinencia urinae et alvi. Liquor viztiszta. Látóterenként 1—2 lymphocytá. Pándy, Ross-Jones: +. Somnolens.

Állapota heteken keresztül változatlan. Kérdésekre alig válaszol. Hypertonia. Hyperaesthesia. Spontan nem beszél; ha többször szólnak hozzá, vagy megérintik, különösen arcát, karmol, meg akarja ütni a hozzányúlót, gorombaságokat mond.

Április elején a kérdésekre lassan, de értelmesen válaszol.

Júniusban látom őt. Merev arc. Szemeit behunyva tartja. A cornealis reflexek hiányzanak. A pupillák nem reagálnak. Baloldali Babinski. A bal nasolabialis redő elsimult.

1920 július 15.-én átvesszük a Szent István-kórházba.

Csonttá lefogyott. Bőre száraz, korpázó. Mozdulatai lassúak, vontatottak. A karokban és lábakkban hypertonia. Tarkómerevség. A szemeit teljesen csukni nem tudja. A pupillák myotikusak, nem reagálnak. Hiányzanak a cornealis reflexek. Beszéde lassú, vontatott. A nyelvben nagyhullámú remegés. Adaequat válaszokat ad. Néhány lassú beállító nyistagmus. Concentrikus látótérszűküllet. A nyelvben nagyhullámú lengés. A vérben Wassermann: + + +, a liquorban negatív.

Egész nap behunyt szemmel fekszik, de felébredhet. A nyakát mereven tartja.

Itt-tartózkodása alatt mind izgatottabb lesz, káromkodik, aggressív, veszekszik; kénytelenek vagyunk a megfigyelőbe áthelyezni, a hol a *paralysis progressiva* képe bontakozik ki pozitív Wassermann-reactióval a vérben és a liquorban.

Mindezen esetekben a központi dűczok, nevezetesen a lencsemag megbetegedése domborodik ki.

Ezekekről fogok mai előadásomban részletesebben megemlékezni; de mielőtt ezt tenném, az encephalitis folyamánként más klinikai kórképet adó esetek bemutatására térek át.

11. eset. H. Tibor, 9 éves. 1920 januárban négy hétig magas láz, choreás mozgások, psychosisos viselkedés. Ezután orrhangú beszéd, éjjeli nyugtalanság, az alvástyus megváltozása, nappal-alvó lett. Főleg jellemváltozás. Szófogadatlan, udvariatlan, öltözködésében rendetlen, lusta lett, pajtásaival nem játszik többé. Nyáron két ízben roham (száján hab jött, egyik testfele rángatózott).

Status (1920 december 6): Két hét óta ágybavizel. Reggel felé mindenfelét elképzeli. Szekrényt lát, melyen halálfej van és két pácza. Ettől nagyon fél. Esténként beszél magában s fűtőürész, de minderről nem tud. Könnyen tanul, de hamar felejt. Jobb pupillája tágabb.

Kórházi tartózkodása alatt is szófogadatlan, feleselő, konfidenskedő.

Punctióra ágybavizelés megszűnt. Erre általában javulás indul meg. Értelmiségi vizsgálata kifogástalan eredményt ad.

12. eset. G. Lajos, 37 éves kárpos. 1920 februárban négy hétig tartó „spanyol”, lethargiás volt. Mindig korlátolt szellemi képességű volt.

Betegsége óta megváltozott, szótlanná vált; érdeklődése megcsappant, állandóan panaszkodik, hogy feje kábult; szédül. Munkára

⁴ Nem volt bemutatható.

kényszerítve (júniusban), nem tudott megfelelni, kárt okozott, ki kellett venni a munkából. Magától nem beszélt, nem is igen mosdott; idegenek közt nem szeretett lenni; ha valaki látogatába jött, kiment a konyhába, hogy ott egyedül legyen. Beszélni alig hallható halk hangon beszélt.

Status: Degenerált typosú. Kiesési tünet nincs.

Kórházi tartózkodása alatt is egész nap gyámoltalanul fekszik. Gyér mozdulatú. Betegtársaival alig érintkezik.

Értelmiségi vizsgálat: felfogási és megtartó képessége jó; fogalom-és szókinccse elég bő; optikai emlékezése hiányos; hatjegyű számot nem tud utána mondani, de ötjegyűt kifogástalanul; fogalomképzése jó, fogalomelkülönítése az abstract fogalmaknál teljesen felmondja a szolgálatot. A beteg a vizsgálat közben nagyon kifárad, úgy hogy azt abba kell hagyni. A carotis-összeszorítást jól tűri.

Mindkét esetet, ha nem tudnánk a keletkezését, psychoneurosisnak tartanók.

13. eset. D. István, 28 éves géplakatos. 1920 februárban spanyol influenza, lethargiás állapot, retentio urinae. Húsz heti tartam. Lábai is gyengült. Azóta: 1. bal kezét nem tudja jól használni, 2. zavaros a feje, 3. csurog a nyála.

Status: Bal kézben intentió tremor. Halvány. Beszéde dunnyogó, nyelve akadozik. Beszélni alig tud. Sorvadó nyelv. Baloldalt dysdiadokokinesis. Kifejezett bulbaris tünetcsoport. Syringomyeliának semmi jele.

Subjektiv: Fáj a feje s szédül. A carotisok összeszorítását, erős congestionalódás mellett, jól tűri. Kiegyenesedéskor nem szédül.

Az encephalitis a bulbusban lokalizálódott és innen származnak esetünkben a bulbaris tünetek; syringomyeliának és syringobulbiának semmi jele, a jövőben fog-e kifejlődni, nem tudjuk. Gondolni kell reá.

14. eset. St. Gyula, 33 éves középiskolai tanár. 1920 februárban influenza. Láz, psychosisos viselkedés; kétoldali facialis-bénulás. 4—5 héten át lethargiás állapot.

Azóta feje állandóan kábult, hamar fárad minden ténykedésekor, üléskor is, ilyenkor pár percze lefekszik s a fáradság megszűnik. Rágáskor myastheniás elfáradás. Kétoldali facialis-bénulás, elfajulási reactióval.

Erősítő kezelésre a myastheniás jelek megszűnnek, a facialis-hűdés javulóban.

A pons alsó s a medulla oblongata felső részében lokalizálható encephalitis maradványát mutatja ez az eset, melynek fontosságában áll, hogy múltban bár, de mutatta a myastheniás villamos reactiót is. Fényt vet ez az eset a myasthenia pseudoparalytica (*Erb-Goldflam*) keletkezési lehetőségére. Tudtommal már régebben is felvették a myastheniának influenzás eredését!

15. eset. B. János, 42 éves földműves. 1920 januárban typhus és spanyol, öt hét alatt meggyógyult.

1920 márcziusban román katonák lakásába törtek, rém mód megijedt, ettől kezdve bal testfele rángatózik, ez mindinkább fokozódik. Typusos baloldali choreoathetosis.

Ez az eset a thalamusba lokalizált encephalitisnek példája; később ismertetek még egy ily lokalizálódású esetet.

Általánosságban felemlítem, hogy a *családi terheltség* szempontjából huszonkét esetről van pontos feljegyzésünk, ezek közül két esetben találtunk terheltségi adatot. Az egyik esetben az anya s a testvérek idegesek voltak, a másik eset a kétoldali facialis-bénulásos eset, melyben súlyos terheltség forgott fenn. (Egy testvére idegyenge; egy unokatestvére a pubertás idejében meg volt zavarodva; anyjának öccse öngyilkos lett.) A terheltség 90%-nak felel meg, ez fedi azt a számot, melyet osztályomon mint átlag terheltségi adatot kaptunk.

Az összes esetekben megvizsgáltuk a vért és liquort a Wassermann-reactio szempontjából, számos esetben üledék-vizsgálat is történt; tenyésztés a vérből, liquorból. Vértfestés.

Mindezen vizsgálatok teljesen — két eset kivételével — negatív eredményt adtak. Az egyik esetben (P. Erzsébet esetében) eleinte csak a vérben, majd a liquorban is + + + Wassermann-t kaptunk s ebben az esetben ki is fejlődött a paralysis progressiva. A másik, K. Ödön esete, a liquorban + + Wassermann-t mutatott, + + volt a Nonne és Pándy is; egyelőre tovább észleljük az esetet, lehet, hogy hereditaer lueses egyénről van szó.

A Pándy-féle reactiót 13 esetben találtuk pozitívnak; négy esetben + +, 9 esetben +. A négy + + eset közül egy a fentemlített paralytica és K. Ödön; a harmadik egy elhalt esetre vonatkozik, a negyedik egy gyógyult esetben találtott.

Nonne-Appelt-reactiót csak 10 esetben végezhetünk (kifogyott a vegyszerünk), ezek közül a reactio ++ csak K. Ödön esetében volt, egy keresztes pedig két esetben; mindkettő igen súlyos eset volt.⁵

A bemutatott esetek egymástól elütő tüneteinek hátterét az agyban, központi duczokban, középagyban, hídban s nyúltvelőben lejátszódoott encephalitis góczok adják meg. Arra nem tudunk válaszolni, hogy adott esetben miért lokalizálódik a bántalom egyes helyeken. Talán a központi duczokban való lokalizálódást még meg tudjuk érteni a vérér-elosztódás alapján. Az arteria fossae Sylvii-ből származó lenticulostriatum arteria külön ágazódási területet képvisel a lenticulothalamusos arteriával szemben. Lehet gondolni arra, hogy annak az oka, hogy az esetek túlnyomó részében a lencsemag megbetegedését találjuk, abban keresendő, hogy a bántalom vírusa a carotisokon át legkönnyebben jut a lencsemag arteriájába. Lehetséges, hogy affinitással a lencsemaghoz a vírus. Erre nézve példa a Wilson-betegség, melyben valószínűnek kell tartanunk, hogy a májcirrhosis, illetve az abból származó toxin a lencsemagot támadja meg; ide tartozik a Kolisko által először leírt CO-mérgezés, melyben a kis arteriák thrombosisa észlelhető a lencsemagban.

Míg eddigelé a lencsemag szerepéről semmit sem tudunk, az utóbbi tíz évben mindinkább kidomborodik ezen agytájéék fontos szerepe. Wilson 1912-ben „Progressive lenticular degeneration, a familiar nervous disease associated with cirrhosis of the liver” cím alatt állította össze először az idevágó tünetcomplexumot: „dysarthria, dysphagia, általános remegés, izommerevség, contracturák pyramistünet nélkül, hypermimia, kisebbfokú intelligentia-gyengülés”.

Majd Oppenheim és C. Vogt: „Wesen und Lokalisation der congenitalen und infantilen Pseudobulbärparalyse” című dolgozatban utal arra, hogy e bántalomnak van egy formája, mely a basalis nagy duczok megbetegedésére vezethető vissza. Esetükben főleg a nucleus caudatus volt beteg. Úgy Wilson, mint C. Vogt szerint a corpus striatum a lenticulorubrospinalis vagy a thalamocorticalis pályák útján gyakorolja akadályozó hatását a corticospinalis pályákra.

Ujabb stadiumba lépett a kérdés azzal, hogy a Strümpell által leírt pseudosklerosisról mind valószínűbb lett, hogy az sem egyéb, mint striatum-megbetegedés. Kell, hogy tisztában legyünk azzal, hogy a corpus striatum elnevezés magában foglalja a nucleus lenticularis és nucleus caudatus. A nucleus lenticularisnak pedig két része van: 1. a lateralis = putamen, 2. a medialis = globus pallidus. Ezt azért kell rögzítenünk, mert az egyes, különösen régebbi közleményekben össze-vissza használják az elnevezéseket.

Az egész kérdést új megvilágításba helyezte Strümpell, a ki az addigi s főleg saját kutatásai alapján megvetette fundamentumát a corpus striatum-megbetegedés symptomatológiájának. Strümpell megállapításainak rövid foglalata a következő. Szerinte a myomotoros működés mellett, melyet a pyramispálya közvetít, van egy az egyizülethez tartozó izmotkat beidegző, beállító, tehát myostasisis működés is. E működést szabályozza, irányítja a nucleus lenticularis. Negatív irányban jellemzi e myostasisis működést az, hogy a pyramislaesio tünetei hiányzanak, daczára, hogy a tünetek hasonlóak a pyramislaesio által előidézettekhez. Strümpell e megállapításait azóta számos szerző megerősítette és erre különös alkalmat nyújtottak az encephalitisjárványok.

Strümpell munkáinak áttanulmányozása után jutottam én is abba a helyzetbe, hogy egy szövevényesebb esetben már az élőben felállíthattam a lencsemag-megbetegedés körjelzését s azt a sectióval be is tudtam igazolni. Az Orvosi Hetilap hasábjain megjelent dolgozatomban újólagosan csoportosítottam e tüneteket, melyeket az arczon észlelhető térsztás külsővel, valamint a Toby Cohn által először megállapított

⁵ Az előadáson a boncolásra került eset szövettani képei, melyeket Balló József dr. volt szíves elkészíteni, vetítve lettek, hogy így az encephalitisre jellegző szövettani elváltozások, mint: periaventricularis kereksejtes beszűrődés, neuronophagia, rostkiesés, duczejtpusztulás, corpora amylacea szaporodása demonstráltassanak.

kenőcsös voltával az arcz bőrének egészítettem ki. A bemutatott esetek bizonyos tekintetben photographusosan hasonlítanak egymáshoz, de egyes vonatkozásokban eltérést mutatnak. Egyeznek valamennyien a következőkben: heveny lázas kezdet, napokon, heteken át tartó lethargiás állapot, többnyire psychosisos componenssel. A heveny tünetek lezajlása után hetekkel, néha hónapokkal később kifejlődik a lencsemag-tünetcsoportozat, melynek jellegzetes tünetei közül minden esetben megtaláljuk a következőket: mimikanélküli arcz; merev testtartás előrehajló fejjel és felsőtesttel; hypertonia a nyakizmokban, a felkarokban és az alsó végtagokban; az összes akaratlagos mozgások lassúak; a beszéd monoton, modulatio nélküli. Mindez reflexeltérések nélkül. E tünetek többé-kevésbé kifejezetten minden esetben megtalálhatók.

Ezenkívül találunk egy sereg tünetet, melyek közül egyik-másik kifejezettebben mutatkozik az egyes esetekben. E tüneteket bizonyos csoportokba osztottan tárgyalom, megjegyezvén, hogy e beosztás teljesen hypothesis és csupán tájékoztatásul szolgál.

I. További lencsemagtünetek.

a) Több esetben észlelhettem azt (3., 5., 7. eset), hogy akaratlagos könyökhajlításoknak néhányszor végzése után a musculus bicepsben, a diadokokinesis végzésekor az alkarizmokban hypertonia áll be. Ez megfelel a Strümpell-Westphal-féle „Fixationsrigiditát”-nek. E tünet abban a karban észlelhető, melynek hypertoniája nagyobb, melyen többnyire remegés, lengés is észlelhető. Néha megtaláljuk a Schülder által leírt bradyteleokinesist is (5. eset), azaz ha felszólítjuk az egyént, hogy mutatóujjával érintse meg az orrát, az ujj közvetlen a cél elérése előtt megáll néhány pillanatra s aztán folytatja útját. A fenti tünet emlékeztet a katatonias jelenségre, de tulajdonképpen katatoniat, vagyis azt, hogy a végtag a passive neki adott helyzetben megmarad, kivéve legelső s már publikált esetemet, nem észleltem.

b) Gyakran, de nem minden esetben, látjuk a kéznek a lengését (Wackeln), erről a beteg sokszor abban a formában panaszkodik, hogy azt mondja, ügyetlen a keze, nem tud öltözködni. E tünet főleg felkelés után, a reggeli órákban mutatkozik. Megegyezik a Strümpell-féle pseudosclerosisban Wackeln néven leírt tünettől. A kezeken kívül ily lengésszerű remegéseket különösen a felső szemhéjakon észlelünk, behúnyt szem mellett. Az ismert Rosenbach-féle tünettől intenzitásában messze túlhaladó, nem apró, hanem clonusos remegés az, a mit ilyenkor látunk, sokszor együttremeg a homlokizom is. Ugyancsak ily remegést mutathat a nyelv is. (Lásd az 1., 2., 3., 4., 7., 8., 10. esetet.)

Megemlítem, hogy Levy szerint Wilson úgy véli, miszerint a rigiditas oka a lenticularis mag putamenjének megbetegedésében, a remegés a globus pallidus bántalmazottságában lelné magyarázatát.

Való az, hogy sectio által is lencsemagmegbetegedésnek igazolt első esetemben ily remegést nem észleltem, valamint a többi esetem közül sincs meg az valamennyiben. Jövő szövettani kutatások lesznek hivatva e kérdésben dönteni.

c) Az arczizmok akaratlagos mozgásainak hiányossága; gyakran igen feltűnő jelenség. Nincs arczidegbénulás jelen, az izmok s idegek villamos ingerlékenysége teljesen rendben van és daczára ennek, ha felszólítjuk az egyént, hogy rándolja homlokát — akár vízszintes, akár haránt rándzókba —, ennek csak minimalisan tud eleget tenni. Legkifejezettebb e tünet az ajak mozgásaiban. Ha felszólítjuk az egyént, hogy mutassa fogait, alig távolodnak el az ajkak egymástól!

Összefügg e tünet a myostasisis beidegzés fokozódásával, melynek kifejezője a merev arcz — a beidegzés megnehezíti a myomotoros innervatiót — s ezért lesznek Strümpell szerint az összes akaratlagos mozgások lassúbbak. Hozzáfüzi Strümpell, hogy szerepet kell tulajdonítanunk annak is, hogy a myostasisis izomtonus önkéntesen nehezebben szüntethető meg.

d) Ugyancsak lencsemagtünetnek mondja Wilson a hypermimiát is, melyet sectióra került esetemben, valamint a

harmadik és hetedik esetben észlelhettem. Utóbbi esetben kényszernevetés is volt jelen. (Thalamustünet?)

II. Áttérünk a tünetek egy más csoportjára, melyet összefoglalván, praejudikálás nélkül *myastheniás* tünetcomplexumnak neveznek.

Idetartoznak a *nagy fáradékonyság, a nyelési nehézségek, talán a retropulsio* is.

Nagyon gyakori panasza betegeinknek az, hogy minden tevékenységükben hamar elfáradnak. Talán ez is az egyik oka mozgás-szegénységüknek. A betegek subjective is érzik fáradékonyságukat. Gyakori panaszuk, hogy fáradtak.

Néhány mozgás, pár lépés megtevése után megállnak, letűnnek. *Yvonne*-nál előfordult az, hogy beszélőképtelenség állott be időnként múlóan.

Idetartozónak vélem a nyelési nehézséget is, melyet szintén mint fáradékonysági, myastheniás tünetet fogok fel. Csaknem minden esetben megeljük a retropulsiót, melynek legszembeötlőbb megnyilvánulása az, hogy a beteg álló helyzetben már egyszerű szembehúnyásra vagy a fejnek előrehajlásból való kiegyenesedésére vagy a felső testnek csak gyenge meglökésére kifejezett hátradőléssel felel. E tünetre egy betegem édesanyja figyelmeztetett, előadván, hogy teljesen érthetetlen módon gyenge az ő lánya, mert a mint reggel öltözteti, folyton hátradőlőng! E tünetet azóta is sok esetben láttam s ezért el is neveztem *hypstasia*-nak. Több esetben láttam bizonytalan, tántorgó járást, a mely teljesen a kisagyjárásnak felelt meg, csak abban tért el tőle, hogy az egyén felső teste erősen előrehajlott volt. Azt a benyomást nyerjük ez esetekben, hogy egyensúlyozási zavarok vannak jelen.

Arra gondolok, nem kisagyi componens szerepel-e e tünetek létrehozásában? Tudjuk, hogy a lenticularis mag a tractus lenticulo-rubralis útján összefügg a kisaggyal; e pálya lenticularis részének tönkrevése kisagyi beidegzéshiyant — izomastheniát — hozhat létre. De arra is kell gondolnunk, nem beteg-e maga a kisagy is? Erre utal az a körülmény, hogy őt esetben találtam nystagmust! A jövőben ki kell terjeszkednie a histopathologiai vizsgálatoknak a kisagyra is. Lehetséges, hogy úgy, mint a Wilson-betegségben és a Strümpell-féle pseudosclerosiban *Alzheimer* nyomán *Spielmeyer* megállapította, hogy a *nucleus dentatus* is bántalmazva van, mondom, lehetséges, hogy az encephalitis elváltozások ott is megelhetők. Az újabban észlelésem alá került esetek klinikailag is támogatják e felvételt. Így legutóbb *Hainiss* osztályán consultative láthattam a következő esetet, melyet *Hainiss* szívés engedelmével említek:

16. eset. Gábor, 10 éves, földmives gyermeke. Egy év előtt súlyos spanyol, magas lázzal, utána hónapokon át agylob tünete, „agyhártagyuladásnak“ mondták.

Jelenleg előrehajlott fej, a karok könyökben kissé hajlítva, a lábak csípőben, térdben kissé felhúzza tartatnak, nyakizmok hypertoniában, a végtagok inkább hypotoniában. Jobb alkarban, kézben typusos lengés, felső szempillalengés, nyelvlengés. Folyton nyáladzik. Felszólítva, hogy ráncolja homlokát, ennek eleget tenni nem tud, szemét be tudja húyni. Felszólítva, hogy fogait mutassa, ajkait csak kevéssé távolítja el egymástól.

Térd-, Achilles-reflexhiány. Semmi spasmusos tünet. Állni, járni egyáltalában nem tud. Kis nystagmus. Szemfenék ép. Másnapra alsó végtagban a hypotonia megszűnt. Térdtünetek kaphatók. Jobb Achilles rendes; bal csak olykor kapható. Nem tud állni s apró lépésekkel jár. Egyenesen állva fejét előrehajlítva tartja, a cucullaris izmok élesen kidomborodnak. Fejét az egyenesbe hajlítva, azonnal hátraesik! Járáskor mindkét lábát térdben behajlítva tartja.

Bal pupilla tágabb. Mindkettő jól reagál. Nehezített nyelés. Bőr száraz, korpádzó.

Kétségtelenül spanyol utáni encephalitisel van dolgunk. A szokott lencsemagtünet-csoportozatból megvan a fej s a végtagok flexiós állása, hypertonia a nyakizmokban és a jobb felső végtagokban, s a szempillákon lengés. Mimikahiány. Száraz, korpádzó bőr. Kisagyi tünetcsoportozat: nystagmus, hypotonia, areflexia. Kérdés már most, vajjon ezen kisagyvelő-tüneteket úgy, mint az eddigi esetekben, a cerebello-rubrolenticularis pályának lencsemagi részlete megbetegedésének kell-e betudnunk, vagy, mint fentebb kifejtettük, a kisagyi *nucleus dentatus*ban székel-e a bántalom. Eddigélé — tudunkkal — encephalitisben ezirányú vizsgálatok még

nem eszközöltettek. Mindenesetre szükséges, hogy a jövőben ez megtörténjék. Az eddig általam észlelt esetek közt is volt olyan (9. eset), a melyben a hypertonia megszűnése után úgy a térdtünet, mint az Achilles-reflex megszűnt, de csak múlólag; lehetséges, hogy a kisagy résztvételének volt ez a múló jele. Jelen esetben is, mint az eddigiekben, egy napról a másikra változtak a tünetek.

(Folytatása következik.)

Helmholtz 100. születésnapja alkalmából.

Helmholtz Hermann 1821 augusztus 31.-én Potsdamban született. Atyja főgymnasiumi tanár volt. 70 éves születésnapja alkalmából 1891-ben gyermekéveiről ő maga következőképp nyilatkozik: 7 éves koráig beteges volt; tudványa már akkor nyilvánult, de emlékezőtehetsége összefüggéstelen dolgok iránt nagyon rossz volt. Prózáat egyáltalában nem tudott könyv nélkül megtanulni, nagy költők verseit már könnyebben megjegyezte magának. Mialatt az osztályban Cicerót s Virgiliust olvasták, a pad alatt a teleskopban a fénysugarak útját tanulmányozta s e közben néhány optikai törvényszerűséget állapított meg, melyeknek a szemtükör constructiójánál nagy hasznát vette. Érettségijéről, melyet 1838 szeptember 12.-én tett le, a főgymnasium igazgatósága igen jellemző s rendkívül kedvező ítéletet mondott. 17 éves korában felvették a Pepiniérebe (a berlini katonarvosi intézetbe), hol *Johannes Müller* tanítványa és *du Bois-Reymond* meg *Brücke* barátja lett. 1842 november 2.-án „De fabrica systematis nervosi vertebratorum“ című inauguralis dissertatiója alapján doctorrá promoveálták. 1843-tól 1848-ig Potsdamban mint a gárda katonarvososa szolgált. Ezen szolgálata alatt 1847 július 23.-án a berlini physikai társulatban adta elő 26 éves korában az erő megmaradásának törvényét. A társulat fiatalabb tagjai lelkesedéssel fogadták a dolgozatot, de *Poggendorff* vonakodott az Annalesekben kiadni, úgy hogy az *Reimer* kiadásában mint önálló füzet jelent meg. 1848-ban *Brücke* helyére az anatomia tanárává nevezték ki a művészeti akadémián s egyúttal az anatómiai-zoologiai intézet segédjévé s már 1849-ben Königsbergbe a physiologia tanárává 800 tallér évi fizetéssel, a mi annak idején jelentékeny összeg volt. Hallgatóinak száma ugyan csak 7 volt, de ennek ellenére gondosan készült az előadásaira s e közben oldotta meg a pupilla feketeségének s vöröslésének problémáját s szerkesztette a szemtükört, mely a szemorvosok előtt új világot nyitott meg s mely *Helmholtz* hírnevét megalapította. Ezután tudományos munkálatainak szakadatlan láncolata következett. 1855-ben Bonnba, 1858-ban Heidelbergbe hívták meg a physiologia tanárává, az előbbi helyen írta meg physiologiai optikája első füzetét, az utóbbi helyen pedig az acustikába vágó alapvető munkáit. Tudományos kutatásai ezután mindinkább a physika felé fordultak s 1871-ben Berlinbe költözött mint a physika tanára, 1888-tól pedig mint a physikai-technikai birodalmi intézet elnöke működött haláláig.

1890-ben, mint a berlini egyetem képviselője, a montpellier-i egyetem 600 éves alapítási ünnepén vett részt, hol a legmelegebb fogadtatásban volt része s hol beszédét, melyben a tudományos munka kölcsönhatását fejtegette, nagy lelkesedéssel fogadták. 70 éves születésnapja alkalmával megjelent a francia tudományos világ képviselője is, hogy *Helmholtz* nagy érdemeit méltassa s ünnepelje, s a német császár a következő iratot intézte hozzá: „Őn egész életét az emberiség javának szentelte, nagynevű felfedezések egész sorát tette. A legtisztább és legmagasabb ideálok felé törekvő szellemen hatalmas repülésében messze maga mögött hagyta a politika s a vele összefüggő pártok sürgés-forgását. En és népem büszkének vagyunk, hogy ilyen jelentékeny embert a magunkénak mondhatunk.“

1894 szeptember 8.-án halt meg.

Helmholtz a múlt század egyik legnagyobb szelleme, a német tudományosság mai nehéz helyzetében is az egész művelt világ tiszteletét s becsülését biztosítja.

Grósz Emil.

Közkórházi Orvostársulat.

(VI. bemutató ülés 1921 április 13.-án.)

Elnök: Kubinyi Pál.

Jegyző: Torday Árpád.

Golyvaműtét után támadt és gyógyult tetania esete.

Hüttl Hümer: A kérdés, hogy a postoperatív tetania csakis epitheltest transzplantációjára gyógyul-e, még egyáltalán nem mondható tisztázottnak és a bemutatott eset klasszikus példája annak, hogy a post hoc propter hoc alapján támadt orvosi következtetés mily téves megállapításokra vezethet. Ha ugyanis a bemutató a tervezett, teljesen előkészített és az utolsó percben meg nem ejtett epitheltest-átültetést megcsinálta volna, akkor az eset kétségtelenül egygyel növelte volna a sikerült átültetések számát. 34 éves nőről van szó, a kin nagy golyva miatt 1920 augusztus 23.-án Kocher-Quervain szerint strumectomiát végzett. Három nap múlva súlyos tetania, mely ellen hasztalan kíséreltek meg epitheltest-kivonatot és calcium lacticumot. A mindinkább súlyosbodó tünetek a bemutatót arra készítették, hogy augusztus 31.-én epitheltest-átültetést kíséreljen meg. Egy 4500 grammos, perforatio útján világrahozott magzatból kikészítette a pajzsmirigyet, keresve az epitheltesteket, de ezeket biztossággal megállapítani nem tudta, a mi nem csoda, mert a foetalis élet utolsó hónapjában a parathyreoid-testek a lymphoid-szövetvel egységes testecskéket alkotnak és a pajzsmirigyvel oly bensőségesen vannak összenöve, hogy tőle makroszkopice nem különíthetők el. A bemutató tehát azt a szövetrészletet akarta átültetni, a melyet strumaműtét alkalmával gondosan kímélni szoktak. A nyert készítményeket langyos konyhasóoldatba helyezve, hozatta fel a műtőterembe a tetaniás betegét, a kin két óra óta lényeges javulást észlelt. 40^o-os láza csökkent, erősen izadt, subjective teljesen jól érzi magát, kezeiben, lábaiban, nyakában nincsenek görcsök. A transzplantációt tehát nem végezte el, de azért a betegnek mind a mai napig nem volt rohama. Sebe per primam meggyógyult. Paraesthesiái nem szüntek meg ugyan teljesen, de a Chvostek- és Trousseau-jel negatív. Haján, körmein elváltozás nincs, jókedvűen végzi házi teendőit és jól volt a téli hónapokban és a menstruatio alatt is.

Donáth Gyula: A tetaniás tünetek spontán lecsendesedését azzal lehet magyarázni, hogy a megmaradt epitheltestecskék túltengenek. Hogy eleinte az epithelfunctio elégtelensége jelen volt és latensen talán most is megvan, az kétségtelen. A mi a Vassale-féle parathyreoidális tablettákat illeti, melyeket különösen a szent István-kórházban idült tetania eseteiben szoptató nőknél és férfibetegeken alkalmazott, sajnos, ő is hatástalannak találta. Összehasonlíthatatlanul hatásosabb a chlorcalcium.

Scipiadés Elemér: A postoperatív tetaniák száma azóta nagyobb, a mióta a műtétek a strumához vezető nagyszámú ér lekötésével járnak. Ez analógiában áll amaz aetiologiai felfogással, hogy a terhességi tetaniák nem a hámtestecskéknek elsődleges insufficienciájából erednek, hanem úgy keletkeznek, hogy a terhesség alatt érgörcsöt okozó mérgek kerülnek az áramlásba, így a hámtestecskék táplálkozása az érszűkülés folytán csökken, azok insufficienssé lesznek. Ugyanilyen hatás fejlődhetik ki sebészi műtéteknél a hámtestecskéken az erek lekötsége folytán. Ez magyarázza a tetania kitérését epitheltestek eltávolítása nélkül is. De magyarázza a tetania meggyógyulását hámtest-beültetés nélkül, a collateralisoknak a műtét után való kifejlődése révén. Az *optocalcil* arra jó, hogy a reparatio kifejlődéséig elnyomva tartsa a tetaniát. Ezért alkalmazza ő is e szert terhességi tetania eseteiben.

Adenocarcinoma prostatae, teljes retentio, kő és infectio; másodlagos prostatectomia.

Sirovicza Mihály: 62 éves férfit mutat be, a ki teljes retentióval él 1 $\frac{1}{2}$ év óta. 3 hónapja munkaképtelen, lázas állapota, katheterezéssel járó fájdalmi és kínos hólyagtenes-musa miatt. Kórházba való felvételekor a végbélen át a prostata körvonalai jól kitapinthatók, a prostata mindkét lebenye megnagyobbodott, göbös, massagera coli-bacteriumokat bőven tartalmazó váladék ürül. A vizelet lúgos, fajsúlya 1026, genyet, fehérjét és sok trippelphosphatot tartalmaz. Cystoskopia: diffuse lobos hólyag, a prostata oldalsó lebenyei bedomborodnak, a hólyagban babnyi carbonat-phosphat-kő látható. Diagnosis: hypertrophia prostatae, prostatitis chronica. Therapia: elsődleges cystotomia, majd 4 hét múlva, a mikor a súlyosan felfertőzött beteg állapota állandó drainezésre és cystitisellenes kezelésre megjavult, másodlagos prostatectomia, melyet Freyer szerint transversalisan Rihmer végzett.

Az enukleáláskor a prostata deszkakemény összenövéssei és a válórétteg hiánya miatt carcinomára válik gyanússá, a mit a szövettani vizsgálat igazolt is. A prostata kihámozása éles úton, apró morcellementokban sikerült csak; maga a műtét parasacralis anaesthesiában folyt le. A műtét végén a beteg a hosszas (körülbelül 1 $\frac{1}{2}$ óra) Trendelenburg-helyzet miatt agyhyperaemia következtében cyanosisos lett és acut szívgyengeséget kapott, a mely ágyában felültetésre rövidesen elmúlt, de magas pulsusa és motoros aphasiája napokon át fennállott. A műtét után 3 héttel a beteg meggyógyult, vizelőképeségét visszanyerte. Érdemesnek tartja az eset közlését, mert a műtét parasacralis anaesthesiában történt, mint a mely a narcosissal szemben alkalmas arra, hogy a műtétet hosszabbra nyujthassuk a nélkül, hogy ez a betegre végzetessé váljon.

Sikeres hereimplantatio esete.

Elischer Ernő: Sikeres hereátültetésről számol be 22 éves betegen, a ki gümőkór miatt mindkét heréjét elvesztette. Az epigastrialis tájakra praepéritonealisan beültetett egy Hüttl tanár által fájdalom kriptorchismus miatt eltávolított herét ugyanolyan korú egészséges férfiből. A 4 hónapra terjedő megfigyelési idő alatt a már jelentkezett eunuchoidismus tünetei teljesen visszafejlődtek s a másodlagos nemi tünetek erősen mutatkoztak. A beteg potentiája visszatért, vele együtt munkakedve is megjött. A transzplantatum helyén objectiv elváltozás nincs, a beteg tapintásra érzékenynek mondja e helyet.

Rihmer Béla: Tekintettel a heregümőkór gyakori kétoldaliságára, ha csak nem nagyon elhanyagolt az eset, ajánlja a conservativ eljárást, az epididymectomiát; erre szorítkozott minden olyan esetben, a hol a herét magát a műtétkor épnek találta.

Elischer Ernő: Rihmer ajánlatára, hogy már az első here eltávolítása alkalmával lehetőleg hagyjunk benn egészséges darabot, a bemutató megjegyzi, hogy mindkét here gümőkórja annyira előrehaladott volt, hogy ez a feltétlenül igen ajánlatos eljárás nem volt kivihető.

A májcirrhosis következtében támadt hasvízkór sebészi gyógyítása.

Kenessey Albert: Hüttl tanár osztályán végzett 14 esetről számol be, melyből 4 meggyógyult. Tanulásként megállapítható, hogy a műtét eredményt csak jó állapotban levő betegek ad és ezeken minden körülmények között végzendő, mivel a betegség egyik legjellemetlenebb tünetének javulását remélhetjük tőle. A műtét technikájára vonatkozólag: ha az eredeti bemetszés a köldök és symphysis között történt és a metszés felfelé való meghosszabbítása válik a műtét folyamán szükségessé, ez mindig a köldöknek hídként való épségben tartásával végezlessék. A peritoneum megnyitása előtt punctióval bocsássuk le a folyadékot. A csepleszt a hasüreg jobb oldalán rögzítsük, hogy a későbbi punctiók alkalmával a bal Monroe-pont szabadon álljon rendelkezésre.

Göbl Albin: A szent István-kórháznak Hasenfeld főorvos vezetése alatt álló osztályán a cirrhosis hepatitis folytán beálló ascites ellen végzett Talma-műtét nem járt a kívánt eredménnyel, mert a betegek a műtét után 7-30 nap múlva meghaltak. Csak egy esetben élt a beteg a műtét után egy évnél tovább, de ez az eset nem volt Laennec-cirrhosis, hanem a bonczoláskor hepatitisnek bizonyult.

Kenessey Albert: Fenntartja ajánlatát, hogy jó erőben levő betegek javalt a műtét, annyival inkább, mert aránylag csekély beavatkozás jellegével bír.

Az alexinkötés reakciójának kvantitatív viszonyai.

Kiss Gyula: Alexinkötés alatt közönségesen egy specifikus reakciót értenek, akár a Bordet-Gengou-féle reakcióról, akár a Wassermann-féléről van szó. Az előbbiben egy antigen lép reakcióba egy specifikus ellenanyaggal; az utóbbiban a specifikus reactio eddig közelebről még mindig fel nem derített módon megy végbe. Alexinkötés azonban mindenkor bekövetkezik oly esetekben is, a mikor bacteriumok alexintartalmú serumokkal kevertetnek, de különösen olyankor, a mikor idegen állatfajok serumai kevertetnek egymással. Az utóbbi alexinkötést már Buchner észlelte, a mikor azt találta, hogy idegen serumok egymás hatását lerontják. A Buchner-féle alexinkötést a serumok antialexines hatásának eredményeképpen magyarázzák és csak mint az alexinkötéseket

zavaró körülményt vesznek tekintetbe. A valóságban azonban minden a mellett szól, hogy az összes alexinkötések egy és ugyanazon módon mennek végbe, nevezetesen úgy, hogy az alexin adsorbeáltatik és az adsorptio következtében tönkremegy. A Buchner-féle alexinkötés, ha egy és ugyanazon serumot változó alexinmennyiségekkel hozunk össze, olyan viszonyokat tüntet fel, melyek valóban egy adsorptió folyamatra jellemzők. Alkalmazható rájuk a Freundlich-féle adsorptió formula. De alkalmazható ez a formula a Bordet-Gengou- és a Wassermann-féle alexinkötésre is, sőt még arra az esetre is, ha az alexin egyszerű, nem sensibilizált bacteriumokkal hozatik össze. Szükséges ennél fogva, hogy az alexinkötésnek minden formáját egységes nézőpontból ítéljük meg, azt mindenkor adsorptió folyamatnak tekintjük és a specifikus alexinkötéses reakciónál is ezt az elvet vigyük keresztül.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Lobedank: Kurze praktische Anleitung zur Erkennung aller Formen des Kopfschmerzes. Leipzig, C. Kabitzsch. Ára 9 m.

A kis füzetnek az a célja, hogy fejfájás esetén megkönnyítse az alpbaj felismerését és ezzel helyes irányba terelje a kezelést. Célját ügyes táblázatos összeállításokkal éri el. Főleg fiatalabb orvosok vehetik hasznát.

F. Kisch: Das Problem der Fruchtabtreibung. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg.

A modern sociologia számos fattyúhajtásának egyike ez a könyv! Ügyszólván teljesen szabaddá akarja tenni a magzat-elhajtást; tisztán az anya (és némileg az apa) beleegyezésétől teszi azt függővé. Hogy hová vezetne az ilyen felfogásnak általánossá válása, még elgondolni is borzalmas!

Új könyvek:

L. Lichtwitz: Die Praxis der Nierenkrankheiten. Berlin, J. Springer. 45 m. — A. Blencke: Orthopädie des praktischen Arztes. Berlin, J. Springer. 36 m. — W. Gaza: Grundriss der Wundversorgung und Wundbehandlung, sowie der Behandlung geschlossener Infektionsherde. Berlin, J. Springer. 56 m. — A. Schmidt: Klinik der Darmkrankheiten. Zweite Auflage. Neubearbeitet und herausgegeben von C. Noorden. München, J. F. Bergmann. 180 m. — E. Baur, E. Fischer und F. Lenz: Grundriss der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene. I. Band: Menschliche Erblichkeitslehre. München, J. F. Lehmann. 50 m. — L. Knapp: Prophylaxe und Therapie der Enteroptose. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 21 m. — F. Kraus: Die Ischias. Leipzig, B. Konegen. 6 m. — H. V. Klein: Krankheit, Vererbung und Ehe. Leipzig-Wien, F. Deuticke. 25 m. — K. Sudhoff: Geschichte der Zahnheilkunde. Leipzig, J. A. Barth. 75 m. — H. Lundborg: Rassenbiologische Übersichten und Perspektiven. Jena, G. Fischer. 6 m. — F. Schlagintweit: Urologie des praktischen Arztes. München, J. F. Lehmann. 15 m. — A. Dollinger: Beiträge zur Actiologie und Klinik der schweren Formen angeborener und früh erworbener Schwachsinnszustände. Berlin, J. Springer. 56 m. — H. Strauss: Nachkrankheiten der Ruhr. Halle, C. Marhold. 7 m. — J. Arneht: Die qualitative Blutlehre. Band II. Leipzig, W. Klinkhardt. — M. Cohn: Die Lungentuberkulose im Röntgenbilde. Leipzig, J. A. Barth. 12 m.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az immunizálás két új módját ismertette Löwenstein és Kassowitz a „Gesellschaft der Aerzte in Wien“ június 17.-én tartott ülésén. Az egyik mód abban áll, hogy a bacterium-toxinokat olyan módon változtatjuk meg, hogy mérgező hatásuk megszűnik, immunizáló hatásuk ellenben megmarad; a tetanustoxinnal oly módon sikerül ez, ha formalinnal együtt testhőmérséknek tesszük ki egy ideig; az ilyen anyag 1 cm³-ével egerek és tengerimalacok a 10.000-szeres halálos adag ellen is biztosan ellentállóvá lesznek. A másik mód azon a kísérleti eredményen alapszik, hogy az olyan toxin-antitoxin-elegyekkel, a melyekben fölös mennyiségben van

antitoxin, szintén létesíthető immunitás, sőt az ilyen elegyeknek immunizáló ereje növekszik is, ha hosszabb ideig állanak. Az ilyen elegy egyszeri befecskendezésével tartós activ immunitás volt elérhető diphtheriában.

Belorvostan.

A Röntgen-kezelés hatásáról heveny fertőző betegségekben ír Manoukhin. Typhus abdominalisban osztályán a rendes kezelés mellett 19.1% volt a halálozás (253 eset); a lép röntgenezésével kezelt esetekben (351 eset) a halálozás 9.7%-ra csökkent; még kedvezőbb volt az eredmény azokban az esetekben (305 eset), a melyekben a lép röntgenzése mellett még autoserumot is használt (a vért 10 perczel a lép röntgenzése után bocsátották); a halálozás ezekben az esetekben csak 2.6% volt. Ugyanezt az eljárást tetanus súlyos (rövid incubatiójú) eseteiben is jó eredménnyel használta (27.3% halálozás). Nagyon erős tetanusellenes serumot tudott a szerző nagyon rövid idő alatt előállítani, ha a kísérleti állatok (lovak) lépét röntgenezte. (Lancet, 1921, április 2.)

Az anaemia pernicioosa aetiologiájára vet világot Seydlerhelm megfigyelése. Anaemia pernicioosa két esetében anus praeternaturalist készítettek a vakbél tájékán, úgy hogy a colon ki volt rekesztve; a colont azután felülről és alulról végzett rendszeres öblítésekkel csiramentessé tették. Erre subjectiv és objectiv nagyfokú javulás következett be, de az anus praeternaturalis megszüntetése után 5, illetőleg 7 hónappal ismét a régi állapotban volt a beteg. Ebből tehát az következik, hogy a bélben képződő, bacteriumos eredetű mérgező anyagoknak nagy jelentősége van az anaemia pernicioosa keletkezésében (a mint erre már régebben is gondoltak) és hogy a gyógyításban ezen mérgező anyagok ártalmatlanná tevésére kellene törekednünk. (Therapie der Gegenwart, 1921, 241. lap.)

Szülészet és nőorvostan.

A radium- és Röntgen-mélybesugárzás hatása a fogamzásra címmel közlemény jelent meg Werner-től a bécsi 2. számú női klinikáról. 1910 ben Stern azt mondta, hogy Röntgen- és radium-sugarak alkalmazása után történhetik fogamzás és normalis lehet a szülés lefolyása olyan esetekben is, a melyekben a sugarak amenorrhoeát okoztak. Döderlein és Krönig mutatott rá először annak a veszélyére, hogy ha Röntgen-sugaraktól kissé megtámadott pete kerül megtermékenyítésre, torz-magzatok származhatnak. 1911-től 1919-ig 900 asszonyt kezeltek a bécsi 2. számú női klinikán, részben essentialis metrorrhagia, részben myoma miatt. A 900 kezelt asszony közül 24 jutott teherbe. 13 rendes terhesség után rendes szülésen esett át. 1 négy héttel korábban szült, 9 elvetélt, 1 myomáson nagy fájdalmak miatt teljes méhkiirtást végeztek. A született gyermekek teljesen egészségesek, rajtuk semmi kóros elváltozás nem volt. Két asszony a terhessége alatt lett erélyes Röntgen-kezelésnek alávetve. Mindkettőnek szülése 4 héttel korábban következett be és 45 cm hosszú, 1950 gramm súlyú gyermeket eredményezett; a magzatok kifejezetten zsírszegények, testük lanugóval borított. Mindkét gyermek ma 6 éves, eléggé nagy. Az elsőnek testsúlya a megfelelő korban lévő gyermek testsúlyánál 3 kg.-mal kevesebb, a második fejlődésében egy évvel visszamaradottnak látszik. Az észlelt esetek alapján azt mondja Werner, hogy a Röntgen-kezelés után, még ha oly erős is, hogy amenorrhoeát okoz, terhesség beálltával ez zavartalanul folyhat le, s a szülés rendes lehet. Kétségtelen, hogy a Röntgen-kezelés némi hajlamot teremt a vetelésre. Az újszülött gyermekeken semmi káros hatást nem látunk, csupán a további fejlődésük marad némileg vissza. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 26. szám.)

Sztehló István dr.

Gyermekorvostan.

A Wildbolz-féle sajátvizelet-próba használhatóságáról értekezik Bosch. Az utolsó évek tapasztalatai reámutattak arra, hogy a gümőkóros egyén vizeletével antigeneket

ürít. Ezek mennyisége azonban túlkicsi, és innen van az, hogy *Wildbolz* első allergiás próbái, a melyeket a *Pirquet*-féle methodussal végeztet, nem voltak eredményesek. A midőn erre a körülményre reájött és a vizeletet besűrítette $\frac{1}{10}$ részére, igen értékes tapasztalatokat tett, s e tapasztalatokat más szerzők is megerősítették. *Bosch*, mint a zürichi sebészeti klinika segéde, 220 esetben végezte a reactiót, s eredményei igen biztató perspectivát nyújtanak. Sterilen felfogott reggeli vizeletnek 150 cm³-nyi mennyiségét 60—70° hőmérsékén vacuumban vízfürdőn való bepárlása után 15 cm³-re sűrítette és steril szűrőn átszűrte, hogy a kicsapódott sók eltávolításának. Ebből a szűrletből azután intracutan a kar külső oldalán annyit fecskend be, hogy körülbelül 5 mm. szélességű kis púpocská keletkezzék. Rendszerint két injectiót adott a vizelettel és kettőt (ugyanilyen nagyságút) *Mantoux* szerint $\frac{1}{1000}$ és $\frac{1}{10000}$ tuberculinnal. Ha 1—3 nap múlva a jellegzetes bőrpír mellett 5 mm. szélességű infiltratio is keletkezik, a próba positiv; ha az infiltratum szélessége csak 3—4 mm. átmérőjű, a próba gyengén positiv. Ha a beszűrődés még kisebb, a próba kétes, ha infiltratum nem jön létre, a próba negativ. A *Mantoux*-próbánál az infiltratióknak 10 mm.-es nagysága positivnak, 5 mm.-es nagysága gyengén positivnak volt jelezve. Ha a *Mantoux*-próba negativ s a vizelet-próba is negativ, a vizelettel egy más allergiás egyéneken kell a próbát megismételni, s ha ott positiv, akkor az egyén anergiás, s a gümőkórja hyperactivnak tekintendő.

220 esetéből levont végkövetkeztetései a következők: A *Wildbolz*-próba csak a *Mantoux*-félével együtt végezve ad biztos eredményt. Minden esetben, a midőn a sajátvizelet-próba positiv, activ gümős folyamattal állunk szemben. A próba a túlconcentrált sóoldat miatt esetleg bőrcrosist okozhat; ezt elkerülhetjük, ha a sókat alkohollal kicsapjuk. A gümőkór korai szakában a próba rendszerint erősen positiv, idült vagy nagy széteséssel járó folyamatoknál a próba többnyire gyengébben positiv. A vizelettel kiürített antigen mennyisége nem mutat a kór súlyosságára és nagy aktivitására. A próbát a prognosis szempontjából tehát csak annyiban értékesíthetjük, vajjon a gümőkóros folyamat activ-e még, avagy gyógyult. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 24. szám.) *Bókay Zoltán dr.*

Szemészet.

Átvihető-e a lues a nagyszülőkről az unokákra? Ebben a kérdésben foglal állást *Sidler-Huguenin*, a mikor 50 veleszületetten lueses családnak 65 gyermekén végzett vizsgálatairól számol be és kimondja, hogy a második nemzedéken *jellegzetes lueses tüneteket kimutatni nem lehet és a lues legfeljebb annyiban mutatja káros befolyását a második nemzedék fejlődésére, mint azt más alkati betegségekben is megtaláljuk.* Minden gyermekén Wassermann-vizsgálatot végeztek a vérsavóval, Röntgen-felvételt készítettek a térd- és láb-izületi epiphysisekről, minthogy a csontporcizogó-határ megváltozása veleszületett luesre jellemző, végül a részletes vizsgálatot az egész testre is kiterjesztették. Esetei megfelelnek *Finger* követelményeinek, hogy tudniillik 1. az első nemzedék luese biztosan örökölt, 2. az első nemzedék szerzett luese biztosan kizárható, 3. a második nemzedék luese biztosan veleszületett.

Közben érdekes tényeket állapít meg. Így a veleszületetten lueses szülők házassága 28%-ban gyermektelen, egyébként pedig gyermekekben igen szegény, főleg akkor, ha a férj az öröklötten terhelt (27 családban az anya örökölte a luest, itt az összes gyermekek száma 45, míg az apák öröklött luesének 23 esetében csak 15 gyermek született). A nők veleszületetten lueses férjük betegségétől mentesek maradnak, míg a férj szerzett luesét minden esetben megkapják, még ha maguknak tüneteik nincsenek is.

Ismerteti *Bernheim* és *Igersheimer* egy-egy idevágó esetét, melyek azonban nem felelnek meg kétséget kizáró módon *Finger* 2. követelményének. Részletesen kórajzot ad annak bizonyítására, hogy az örökölt lues is fertőzhet. (Klin. Monatsblätt. f. Augenheilk., 1921 január, 44—61. old.) Sz. L.

Ideg- és elmekórtan.

Új liquor-fehérjemeghatározó eljárást közöl *Noguchi*.

Az eljárás lényege jégecettel és pikrinsavval való kicsapás, melyet lipidok hozzátételével fokoz. Két reagens kell. Az I. oldat készítési módja: 100 gr. marhaszív öt napon át szobahőmérsékleten rázás közben 1 liter acetonban extrahál-tatik. Az aceton leszívása és elpárologtatása után ugyanezt a műveletet 1 liter abszolút alkohollal megismételjük. A II. sz. oldathoz 1.5 gr. KH₂PO₄ és 4 gr. NaCl-t feloldunk 0.5 cm³ jégecetet tartalmazó 990 cm³ destillált vízben, ehhez pikrinsavnak abszolút alkoholos telített (körülbelül 3.5%) oldatából 10 cm³-t adunk. Használat előtt a II. sz. oldat 9 cm³-éhez lassú rázás közben az I. oldat 1 cm³-ét adjuk, mikor is átlátszó oldatnak kell keletkezni. A reactio végzésekor ebből a reagensből egy cm³-t adunk 0.1 cm³ liquorhoz, mikor is a globulinok és albuminok megszorodása esetén menin-gitisben több, tabesben és paralysisben kevesebb, de sűrűbb csapadékot látunk előállni. (Journ. of the Americ. med. assoc., 1921, 76. kötet, 10. szám.) *Kluge dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Hólyagképződéssel járó bőrbajokban *Arning* (Hamburg) nagyon ajánlja a trypaflavint, mint a mely kifejezett bacteriumölő hatása miatt megakadályozza a másodlagos fertőzést. Nagyon jó eredményeket látott pemphigus eseteiben; 1%-os oldattal (Rp. Trypaflavini 2.0, Spir. vini, Aquae aa 100.0) reggel és este nagy ecsettel végigecseteli az egész testet. (Dermatol. Wochenschrift, 1921, 359. old.)

A bőr fertőtlenítésére *A. Wolff* a flavicid 1%-os alkoholos oldatát ajánlja; a mélybe való hatása lényegesen nagyobb, mint a jodtincturáé. Pyodermiák ellen is nagyon jól használható ecsetelés alakjában. (Zentralblatt für Chirurgie, 1921, 26. szám.)

Vegyes hírek.

Orvosi továbbképző tanfolyam. A szeptember hó 5.-étől 17.-éig tartandó kéthetes s az október hóban tartandó négyhetes orvosi továbbképző tanfolyamokra augusztus hó 31.-éig lehet jelentkezni az orvosi továbbképzés központi bizottságának irodájában (VIII., Mária-utca 39, I. számú egyetemi szemklinika). A népjóléti és munkaügyi ministerium tiz, egyenkint 2000 koronás segélyt helyezett kilátásba a vármegyei alispánok által kijelölt tiz községi és körorvos számára.

„Nemzetközi” szemészeti congressus Washingtonban. A tizenkettedik nemzetközi szemészeti congressus 1914 augusztusában lett volna Szentpétervárott. A munkálatok első kötete meg is jelent. A congressust a háború kitérése megakadályozta. Ez idő óta az állandó bizottság nem adott magáról életjelet. E helyett az amerikai szemorvosok 1922 április havára „nemzetközi” szemészeti congressust terveznek. A francia szemorvosok egyesületének közbelépésére az amerikai congressus végrehajtó bizottsága kijelentette, hogy egyetlen német s egyetlen osztrák szemorvost sem hívtak meg. *G. E.*

Meghalt. *Keresztény Gyula dr.*, nyugalmazott körorvos, 78 éves korában augusztus 20.-án. — *H. Eichhorst* tanár, a hirneves belklinikus, július 26.-án rövid betegség után. — *M. Chotzen*, a sexualis hygiene lectora a breslauer egyetemen, 63 éves korában augusztus 3.-án.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

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

Istvánuti Szanatórium

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

és vizgyógyintézet részv.-társ. Budapest, VII., István-út és Hungária-körut sarok. — Ig.-főorvos: *Dr. Schuster Gyula v. c. I. tanár.* Sebészeti, szülészeti, nőgyógyászati. — Bel- és idegyógyászat, Orthopaedia, Röntgen.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos börgyő-gyógyító és kozmetikai intézete

IV., Ferencz József rakpart 26.

Telefon József 56-76

SVÁBHEGYI LIGET-SZANATÓRIUM

I., Eötvös-út 10—12.

Klimatikus gyógyintézet bel-, ideg-betetegek és fűzők részére. — Diéta kúrák. — Nap- és légfürdők.



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

Pöstyén