

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága:

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK:

Schaffler József: Klinikai adatok Gerlőczy plasma-colloidlabilitási reakciójához. (85—87. oldal.)

Engel Sándor: Complementumkötési reactio a spanyolbetegségben. (87—89. oldal.)

Horváth Béla: Influenza után jelentkezett lencsehomály. (89—90. o.)

Gerlőczy Zsigmond: Laboratoriumi és klinikai kutatások alap-

ján formált elméletek a fertőző betegségek mibenlétéről és a mindennapi jelenségek megfigyelése. (90—92. oldal.)

A Bpesti Kir. Orvosegyesület 1923 febr. 24-én tartott XV. rendes tudományos üléséről. (92. oldal.)

A „Charité” Poliklinika február 16-iki II. orvosi szakülése. (93. o.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Bőr- és nemikórtan. (94—95. oldal.) — Vegyes hírek. (95—96. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tud. egyet. II. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: br. Kétly László dr. egy. ny. r. tanár.)

Klinikai adatok Gerlőczy plasma-colloidlabilitási reakciójához.

Irta: Schaffler József dr.

Az újabb irodalmi adatok között ismét sűrűn találkozunk a savó-, illetve plasmafehérjék egymás közötti arányának kérdésével. Alkalmos eljárásokkal a fehérjearány eltolódásai felismerhetőkké válnak és klinikai szempontból is értékesíthetőkké lehetnek. Így főleg a tüdőgümőkör aktivitásának a kérdése az, ami ismételt volt ily eljárásokkal való kutatások tárgya, egyrészt mert — mint az irodalmi adatok mutatják — a tüdőgümőkör aktivitása érzékenyen tükröződik vissza a colloidlabilitási reakciókban, másrészt mert éppen a tuberculosis aktivitásának klinikai megítélése sokszor nagy nehézségekbe ütközik.

A használatos eljárások közül klinikai célokra Starlinger és Frisch telített NaCl-oldattal történő fibrinogen kisőzése és Darányi hígított alkohol, Na Cl és hőcombinációjával történő reakciója látszott legalkalmasabbnak. Ez eljárások tüdőgümőkörnél könnyen kicsapódó — tehát labilis — fehérjék túlsúlyáról tesznek tanúságot. A pozitív reakciót pelyhes csapadék megjelenése jelzi s míg Starlinger eljárásánál a csapadék tömegének felbecsülése enged fokozati különbségek megismerésére, addig a Darányi-reakciót aszerint jelöljük egy vagy több keresztlettel, amint a reactio befejezte és a csapadék megjelenése között hosszabb vagy rövidebb idő telt el. A negatív eredményt mindkét próbánál az jellemzi, hogy a plasma, illetve a serum csapadékmentes marad.

E reakciók azonban korántsem nevezhetők specificus tbc.-próbáknak, miután gyulladásos izzadmánnyal járó lobbolyamatok, nagykiterjedésű, széteső rosszindulatú daganatok, florid lues, vesemegbetegedések, számos heveny fertőzőbetegség stb. kísérői is lehetnek. Elég arra emlékeztetnünk, hogy maga a Wa. R. is, ha az activ savóval történik, elveszti luesre jellemző specificitását, és, mint Oettingen kiemeli, ilyenkor éppen azokra a betegségekre is pozitív eredménnyel jár, melyek egyéb plasma-, illetve serumlabilitási próbákkal is reagálnak. Nem érdektelen az először Calmette által tbc.-re jellemzőnek leírt reakciónak carcinomával, graviditással stb. párhuzamos lefolyása. A jelzett állapotok eseteiben tehát feltételezhető, hogy közös vonásuk a labilis fehérjék felszaporodása. Ennek elméleti megítélése addig, míg a vérfehérjék eredetének és hovatarozásának útját homály fedi, sok nehézségbe ütközik. Sok valószínűség szól azon felfogás helyes-

sége mellett, amely a globulintermesztető fehérjék túlsúlyát a szervezet saját szöveti bomlásával, e bomlás által a sejtekből kiszabaduló nagytömegű fehérjének az intermediár anyagcserébe kerülésével hajlandó magyarázni, bár bizonyonnyal számításba veendő Schmiedt régi felfogása a leukocyták és globulinok közti kapcsolatra vonatkozóan, valamint esetleg azok a tényezők, melyek a szervezetre idegen szöveti burjánzás, parazita növekedés és szétesés componenseiből adódnak. Ha kellő elméleti alap megteremtése nélkül nem is jogosult az ily reakciók értékéről határozott bírálatot mondanunk, azok gyakorlati jelentősége a klinikai tapasztalatok alapján el nem vitatható.

Igy kétségtelennek látszik, hogy messzemenő párhuzamosság áll fenn a labilis fehérjék felszaporodásának foka és a destructiv folyamatok kiterjedése, lefolyása, progressiv vagy regressiv hajlama közt. A széteső sejtek belsejéből kikerülő fehérje első lépcsője Herzfeld és Klinger vizsgálatai szerint a fibrinogen, vagyis a legnagyobb molekulájú, tehát a leglabilisabb fehérje-fraction. Ez tenné érthetővé részben azon régi tapasztalatot, hogy a jelzett bántalmak eseteiben többnyire hyperinosis konstataálható, másrészt a telített NaCl-kisőzások erősen pozitív eredményeit éppen azon esetekben, ahol a gyors szövetbomlásra való hajlam dominál. A plasma-kisőzások eredményeivel párhuzamosan lefolyó savoreakciók kétségtelen bizonyítékot szolgáltatnak viszont arra, hogy ilyenkor nemcsak fibrinogen felszaporodásról lehet szó, hanem általában a plasmafehérjék normális aránya lépcsőszerűleg mozdul el a labilisabb fractionok irányába (Gerlőczy).

Ha phisico-chemiai szempontból fogjuk fel a jelzett kóros állapotokban bekövetkező fehérje-eltolódásokat, úgy annál előnyösebbnek kell tartanunk egy ezek kimutatására alkalmas reakciót, minél finomabban érzékelteti az a phisico-chemiai szerkezet elmozdulását. A fehérje tömegének felbecsülése pontos leolvasást alig engedélyezhet és ezért a NaCl-al való fibrinogen kisőzés — bármily könnyen keresztülvihető is — klinikai jelentőségében alig tud többet mutatni, mint azt, hogy van-e egyáltalán elmozdulás a fehérjearányban vagy sem? A Winternitz módjára történő refractiós fibrinogenmeghatározás — mely a plasma és a serum törési indexéből kiszámítja a fehérjetartalmat és azok értékeinek különbségeiből következtet a fibrinogen mennyiségére — hosszadalmas eljárás és így gyakorlatilag alig jöhet számításba. Az eljárásoknak különben is hátránya, hogy abból kizárólag a fibrinogen quotáját ismerjük fel. Darányi reakciója érzékeny és könnyen keresztülvihető próba, de ha technikai szempontból előnye is, hogy savóval történik, viszont hátránya, hogy éppen a fibrinogen-fractiont nélkülözi. Ezek alapján tetszetősnek látszott a Gerlőczy által ajánlott plasmalabilitási reakciót használnunk fel abból a célból,

hogy bizonyos kóros állapotoknál bekövetkező szerkezeti eltolódásokról a vérben tájékozódást szerezzünk.

A reactio azon az elven alapszik, hogy különböző kicsapó aktivitású sóoldatok a Hofmeister anion sorrendben melyik tagig elég erősek még arra, hogy a fehérjék differens hydrophiliáját legyőzve, pelyhes csapadékot provokáljanak. A dehidratáló sóhatást Darányi elvei szerint hőhatással támogatja.

Technika: 1 cm³ 5%-os natrium citricumhoz 4 cm³ vért bocsátunk a könyökvénából. Elkeverés után a vért lecentrifugáljuk; esetleg megvárjuk, míg 2—3 órai állás után a vörösvérsejtek leülepednek; a tiszta plasmát leszívjuk. Ezután hat kémcsőbe lemérünk egyenként 0,3 cm³ plasmát és a Hofmeister anion sorrendű physiologiás NaCl-oldattal az isotoniás sóoldatok egyikéből ugyancsak 0,3 cm³-t. A használt oldatok: K₂SO₄ (2,53%), KCl (1,07%), KBr (1,73%), KNO₃ (1,47%), KJ (2,41%), KSCN (1,41%). Összerázás után 50°-os vízfürdőre helyezzük és a hőfokot 1—2 percenként 1°-kal emeljük. Pelyhes csapadék jelentkezésekor a reactio positiv. Opaleskalás, nyálkaszerű fonalak figyelembe nem veendő. Ha 60°-ig emelkedőleg pelyheket nem kapunk, a reactio negativ.

Tekintve, hogy Gerlóczy reactiójában nem szükséges a pelyhek tömegének, nagyságának felbecsülése — amennyiben csak az döntendő el, hogy van-e egyáltalán csapadék, vagy sem, s ha van, mely aktivitású sóoldat hozta azt létre — a leolvasások sokkal objectivebben történhetnek. Miután hat sóoldatot használunk, hatféle combinatio lehetőség adódik, míg hetedik gyanánt az ép ember plasmáját jellemző, teljesen csapadékmentesen maradó sorozatot tekinthetjük.

A vizsgált 10 ép szervezetű egyén plasmái közül nyolc esetben a sor valamennyi tagjával csapadékmentes maradt a reactio, két esetben a sor két első tagjával (SO₄, Cl) positiv. E két eset oly egyénekre vonatkozott, akik erős sporttréningben állottak.¹

A vizsgált 62 eset zömét (23 eset) **tüdögümőkóros** beteganyag képezte. A reactióval ez esetek lefolyását is ellenőriztük avégből, hogy meggyőződhesünk, vajjon a folyamat súlyosbodása vagy javuló hajlama mennyiben tükröződik vissza a plasma physico-chemiai szerkezetében. Ennek jellemzéséül szolgáljon az alábbi eset:

Sz. P. 28 éves nőbeteg. 1921 június óta beteg; lázas, köhög, öt kg-ot fogyott. Éjjel erősen izzad; háta-melle fáj. Kop. te habos-nyákos. Koch negativ. Felvétetik a klinikára 1921 október 3.

Felvételekor a b. kulcsfont feletti és alatti árokban a lapoc feletti területen III. b.-ig tompult k. h. B. csúcson érdes légzés, hangos kilégzés, kilégzés végén néhány ropogás. **Röntgen:** a b. csúcs erősen árnyékolt, a j. alig homályos. **Hőmérsék:** 37,5°—38,0°.

1922 I. 30: a b. kulcsfont feletti és alatti árokban IV. b.-ig, j. kulcsfont feletti és alatti árokban II. b.-ig tompult k. h. Mindkét csúcs felett érdes légzés, belégzés végén kis, közép-hólyagú — részben csengő — szörccsülés. Koch positiv. **Hőmérsék:** 37,5°—38,9°.

1922 II. 13: A folyamat terjedése állapítható meg. **Röntgen:** b. oldalt a lapoc csúcán megfelelően diónyi kaverna.

Jelen esetben a folyamat súlyosbodását a plasma physico-chemiai szerkezetében lefolyó eltolódás jól demonstrálja.

A következő eset szolgáljon jellemzésül a folyamat javulását illetőleg:

N. M. 17 éves nőbeteg. 1922 májusától éjjeli izzadás, gyengeség; hátszúrások, köhécseles, két kg testsúlycsökkenés és 1922 V. 20-án kiskökü vérkőpés panaszával keresi fel a klinikát.

1922 VI. 1. Tüdők feletti biztos kopogtatási eltérés nincs; j. csúcson érdes légzés, hangos kilégzéssel. Köpet, hőemelkedés nincs. **Röntgen:** j. csúcs áttűnősége csökkent.

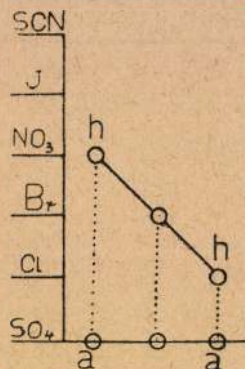
1922 VI. 10. Hátszúrásai nincsenek. Ló közérzet, egy kg-ot hizott. Éjjel nem izzad; nem köhög. Jobb csúcson kissé érdes légzés. 1922 VI. 15. Újabb 0,5 kg-ot hizott. Pulmostatus idem. 1922 VI. 20. Teljesen jól érzi magát; 0,60 kg-ot hizott.

Rendkívül jellegzetes volt egy sero-pneumothorax lefolyása.

¹ Ily irányú vizsgálataink folyamatban vannak.

K. A. 29 éves férfibeteg. 1921 okt. közepén betegegett meg borzongással, magas lázzal, oldalszúrásokkal. Mellhártya-izzadmány miatt két hónap leforgása alatt öt ízben csapólták.

Az első csapolás óta (1921 XI. 8) mellkasában mozgásnál lötyögést érez. 1922 I. 23-ikán járóbeteg-rendelésünkön jelentkezett; j. oldali sero-pneumothorax diagnossal punctiót végeztünk, a nyert folyadék exsudatumnak bizonyult. Klinikára való felvétele csak 1922 apr. 24-én történt meg. Felvételekor tüdőlelet: b. o. elől, oldalt, hátul V. bordánál egyenes felszínű tompulat, mi oldalfordulásnál feltisztul; III. IV. bordáknak megfelelően dobos színezetű kop. hang (légzés nem hallható), hypokratesi loccsanás. Jobb mellkasfél tágabb, légzéskor visszamarad. **Röntgen:** A j. o. rekeszt két bordaköz vastagon hullámzó folyadék borítja; e fölött II. bordáig erő pneumothorax; a tüdő összenyomva, a szív minimálisan balra helyezett. Láztalan; köpete nincsen. Klinikai megfigyelése alatt két ízben punctióval összesen 1000 cm³ exsudatumot bocsátottunk le.



1922 VI/1 VI/10 VI/15
VI/20-tól végig negativ sor (6 taggal.)
a-h = jelzi a positiv tagsort.
2. ábra.

1922 V. 1. 500 cm³ exsudatumot punctióval lebocsátottunk.

" " 10.
" " 13-án elhagyja a klinikát: pulmostatus: "hátul j. o. IX. b.-ből tompulát, egyebütt t. é. n. d. Hypokratesi loccsanás nincs. Láztalan, nem köhög.

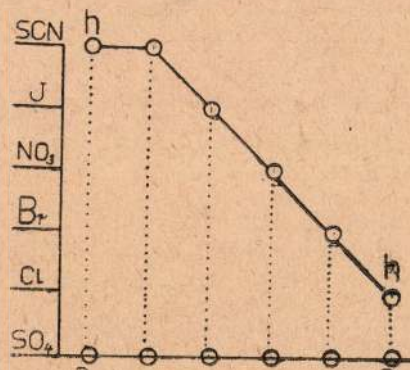
Kísérleteket végeztünk Grafe nyomán annak megállapítására, vajjon latens gümőkór alapos gyanuja esetén adott minimális tuberculin-injectiót követi-e a plasmafehérjék arányának eltolódása? Bár a Gerlóczy-reactio érzékenysége ilyen eltolódás felismerésére alkalmas lett volna, öt esetben 0,01—0,05 mgr altuberculin injiciálása után is változatlan maradt a reactio.

Ezen esetekből korántsem érezzük magunkat jogosultaknak arra, hogy a Grafe ajánlotta eljárás klinikai jelentőségét kétségbevonjuk, mert hiszen kérdéses, vajjon a fenti hat esetben gümőkóros folyamat fennállott-e?

Mint az irodalmi adatokból ismeretes, különösen labilis vérszerkezettel járnak a *malignus tumorok* esetei, még pedig bizonyos annál kifejezettebben, minél nagyobb kiterjedésű, minél inkább szétesésre hajlamos a daganat. Solid tumornál a fehérje-quotiens egyensúlyzavara többnyire alig kifejezett; ily értelemben véve akár tüdőtuberculosisban, úgy tumorok eseteiben is a labilitásra való hajlam a plasmalabilitási reactióban nyerhet kifejezést, ami talán az operabilitás szempontjából is értékesíthető volna. Az extirpált daganat után helyreálló plasmaszerveket viszont a gyógyulás, a kifejezett reactio pedig az áttételek szempontjából volna értékesíthető.

Nyolc vizsgált esetünk közül közöljük az alábbi:

M. K. 56 éves férfibeteg. 1919 IX. 25-én ulcus ventriculi diagnossisa mellett gastroenteroanastomosis történt. A műtét után két éven át teljesen jól érezte magát, 1921 nyarán újból jelentkeztek gyomorpanaszai, s állapota gyorsan romlott. Klinikára való felvételekor 1922 I. 10. testsúly: 54 kg, Hmgb: 88%, v. v. s. = 4,250.000; f. v. s. = 8700, HCl = 0. ac. 24; tejsav = +. Ép mellkasi szervek. A bal hypochondriumban kis ökölnyi, síma, a légzést alig követő fixálható tumor. **Röntgen:** a gyomor legmélyebb pontjáról jól működő széles anastomosis nyílik. Gyorsan ürül. A pylorust kirekesztették. Az antrum csonkja szakadozott, kirágott szélű, itt resistentia (kis ökölnyi) és fájdalommasság. Öt óra múlva a gyomor üres (cc pylori).



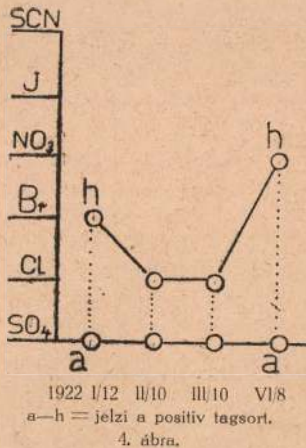
1922 II/10 III/26 IV/30 V/2 V/8 V/12
a-h = jelzi a positiv tagsort.
3. ábra.

1922 I. 14. műtét.
1922 II. 10—III. 10-ig kontrollvizsgálat. Közérzete jó, négy kg-ot hizott, étvágya, táplálkozása jó.

1922 IV. óta voluminosus hányások, leromlás és a fokozódó kachexia mellett 1922 VI. 6-án a klinikára felvétetik. Cson-tig sovány, testsúly: 40. Hmgb: 65%, v. v. s. = 3,500.000 f. v. s. = 5.300 HCl = ö. ac. 78, tejsav ++++. Röntgen: a gyomor mind-össze egyharmada eredeti térfogatának, zsákszerű csonk, alul a kis görbület felől kissé csipkézett szélekkel. Passaget nem látni. Ot óra múlva változatlan a telődés.

A görbe jól tünteti fel a resectio utáni gyógyulást és egy hónappal később a metastasisképződést.

Florid luesnél (3 eset), miként általában a colloid stabilitási reakciók, a Gerlóczy-reactio is végig positiv (6 taggal). Vesebajok, különösen ha azok kiterjedtebb szövetdegenerációval járnak (nephrosis, zsugorvесе), többnyire a sor valamennyi tagjával erős reakciót adnak. Egy gyógyuló diffus glomerulonephritis 3 taggal: NO₃-ig + eredményt adott. Egy második esetben, amelynél a nagy oedemák és az 1%-ot meghaladó albumintartalom parenchima degeneratio mellett szóltak, a sor végig positiv, hasonlóképen végig positiv eredményt kaptunk két zsugorvесе esetünkben.



Míg a vázolt folyamatoknál a sor teljessé válásában az előrehaladó jeleget ismerhetjük fel, addig nagy kiterjedésű ex-

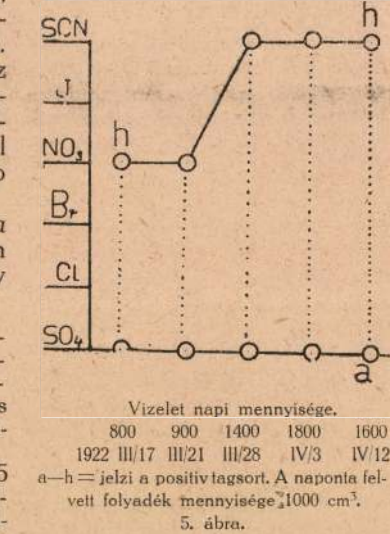
sudatióval járó lóbfolyamatoknál, az egyre teljesebbé váló sorban kedvező prognosticumot állapíthattunk meg. A fibrin-gazdag izzadmány felszívódásával u. i. nagy tömegű fehérje kerül a véráramba, ami a fehérje-quotiens eltolódásában jut kifejezésre. Igen szépen érzékeltette ez állapotot a vizsgált 6 exsudatum pleuriticum eseteink közül az, amelynél a plasmalabilitási reactio görbét itt közöljük:

Agyógyszertheraphia hatásának ellenőrzésében mint jellemzőt közöljük egy 29 éves férfibeteg esetét.

1922 III. 14. óta másodnaponkinti rázóhidegek. Klinikára felvétel: 1922 III. 21. Vérképben plasmodiumok gyűrűs alakjai és degenerált chininalakok találhatók.

III. 24-én a chinin 3x0.5 gr-os adagokban való rendszeres adagolását rendeljük el. III. 27-től láztalan.

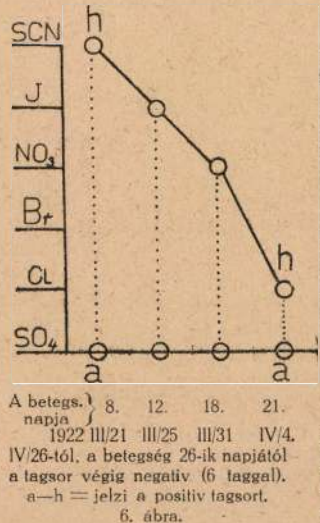
A malária úgy a pusztuló parazita, mint a széteső v. v. s. belsejéből kikerülő fehérjével a plasma-fehérjearány eltolódásának lehetőségét nyújtja.



A colloid-chemiai problémák bonyolult természete folytán a colloid-labilitási reakciók pontos theoretikus megítélése ma még alig lehetséges. Elektromos befolyások, a dispersitás, hidratációs fok stb. mindmegannyi különböző nézőpont, amelyek nem képezhetik egységes bírálat tárgyát. A halmozódó klinikai tapasztalatok feladata lesz kiépíteni azon utat, amelyen haladva e kérdések megfeythetők lesznek.

Összefoglalás.

1. Úgy látszik, hogy mindazon folyamatok, melyek mélyreható szövetroncsolással, nagy-kiterjedésű lóbfolyamatokkal, a szervezetre idegen sejtburján-



zással, élősdiék szétesésével járnak, a vérplasmában a fehérjearány elmozdulását okozzák a labilisebb tényezők irányában.

2. A labilitásban fokozati különbségek állapíthatók meg, amelyek érzékeny kísérői a vázolt folyamatok folyásának.

3. A Gerlóczy-féle reactio ezen fokozati különbségek felismerésére úgy könnyű kiviteli lehetősége, mint megbízhatósága folytán igen alkalmas.

Irodalom. Starlinger-Frisch: Med. Klinik., 1922., 8. sz. Darányi: D. med. Wochenschr., 1922., 18. sz. Oettingen: Bioch. Zeitschr., 1921., 118. k. Calmette: D. med. Wochenschr., 1908., 40. sz. Herzfeld-Klinger: Bioch. Zeitschr., 1917., 83. sz. Winter-nitz: Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 100. sz., 227. o. Gerlóczy: Klin. Wochenschr., 1922., 43. sz. Orvosképzés, 1922. okt. E. Graefe: Klin. Wochenschr., 1922., 19. sz.

A budapesti magy. tudományegyetem III. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr. ny. r. tanár.)

Complementumkötési reactio a spanyol-betegségben.*

Írta: Engel Sándor dr.

Miután Fejes¹ vizsgálatai kiderítették, hogy a spanyol-influenza kórokozója valószínűleg a filtrálható vírusok közé tartozik és így egyelőre még bakteriologialag nem jellemezhető, tudományos szempontból érdekesnek, praktice pedig eléggé fontosnak véltük, hogy azt kutassuk, vajjon a spanyolinfluenzások beteg vére serologialag bir-e specifus tulajdonságokkal?

Kaufmann² volt az első, aki spanyolinfluenzában a vér serologiai tulajdonságait vizsgálta. Ő a Meinicke-féle reactiót alkalmazta és 25 esetében kivétel nélkül positiv reactiót kapott, amikor az ellenőrzésképpen beállított Wassermann-reactio ugyanazon esetekben negativ volt.

Scheer³ a complementumkötési reactiót próbálta alkalmazni a spanyol influenzánál; a reactio végzése igen hasonló a Wassermann-reactióéhoz; antigenül spanyol-influenzában elhalt egyén szívmának alkoholos kivonatát használta. Scheer azt találta, hogy esetei (kb. 20) nagy részében a reactio positiv volt és így a reactiót diagnostikailag a spanyolbetegségre jellemzőnek, felhasználhatónak tartja.

Az 1920. évi február—március havában Budapesten lezajlott spanyoljárvány módot nyújtott nekünk, hogy ez-irányban kísérleteket végezhessünk. Az esetek a III. sz. belklinikai spanyolbeteg-osztályáról valók, részben a klinika járóbeteg-rendeléséről, és az I. sz. sebészeti klinikáról.

Antigenül L. J. 44 éves hivatalszolgá szívét és tüdejét használtuk fel. Az illető 1920 febr. 6-án halt meg influenzás bronchopneumoniában. A másnap végzett boncolás alkalmával a szívet és infiltrált tüdőrészteket felretettünk és ezekből készítettük az I. sz. antigen: 20 gm szívizom 100 gm 96%-os alkoholra, a II. sz. antigen: 20 gm bronchopneumoniás tüdő 100 gm 96%-os alkoholra és a III. sz. antigen: 15 gm bronchopneumoniás tüdő 75 gm physiologiás konyhasóoldatra; 24 órai rázás után 12 óráig állás, majd leszűrés és titermegállapítás.

I. antigenünk haemolysises titere 0.45 cm³-ig, anti-complementaer titere pedig 0.05—0.20 cm³-ig terjedt, ennél-fogva dosisaként az 1:4 hígításból 0.5 cm³-t használtunk.

II. antigenünk haemolysises titere 0.45 cm³, anti-complementaer titere 0.05—0.10 cm³ lévén, dosisaként az 1:9 hígításából használtunk 0.5 cm³-t.

A III. antigen anticomplementaer titere 0.05 cm³-nél is alacsonyabb volt, így tehát ezt az antigenet nem használhattuk.

Legerősebben positiv reactiókat rendszerint az I. antigen adott.

Vizsgáltuk azután azt, vajjon reagenseink concentratioja mennyiben befolyásolja a reactio érzékenységét. E

* Beküldetett 1920 júniusban.

szempontból számbajöhet a) a vizsgálandó serum, b) a complementum és végül c) az antigen koncentrációja.*

a) Scheer 0'20 savóval végezte kísérleteit. Mi 0'05, 0'10 és 0'20 cm³ savót használtunk néhány sorozatban és azt találtuk, hogy a 0'10 cm³ savómennyiség épp olyan megbízható eredményt ad, mint 0'20 cm³ és ezért e dosis mellett maradtunk.

b) Megpróbáltuk a complementumot Kaup³ szerint kititrálni és így beállítani a kísérletet. Eredményünk az volt, hogy a complementum mennyiségének megkevesbítése sem vezetett jobb eredményekre; sőt a rendes 1:10 hígítású tengerimalacsavó-complementum 1/2 cm³-ével jobb eredményeket kaptam, mint pl. a titer 0'3 cm³-ével.

c) Legfontosabbnak találtuk azt, hogy az antigen koncentrációját emeljük, természetesen a titer értékén belül. Ez a mód csakugyan befolyásolja a reactio eltolását a pozitívítás irányában.

Az általunk „spanyolreactio“-nak nevezett complementumkötést a főreactióban következőképpen állítottuk be: A kérdéses serumot jól centrifugálva félóráig vízfürdőn inaktiváltuk, majd 0'10 cm³ mennyiségekkel úgy az I., mint a II. antigen fenti dosisaival, illetőleg az 1:10 complementum 1/2 cm³-ével összehozva, 1 óráig hagytuk thermostatban; ezután a mindenkor frissen kititrált haemolysinrel elkészített haemolysines systema hozzáadása után újból 1/2 óra thermostat után (a negatív kontrollok teljes oldása befejeztével) leolvastuk az eredményt.

Kontrollképen beállítottunk

a) serum-kontrollt, hogy a serum nem önkötő-e, antigen nélkül;

b) biztos pozitív spanyol- és biztos negatív spanyol-serumokat;

c) minden esetben elvégeztük parallel a Wassermann-reactiót is a szokott módon, a szokásos kontrollokkal.

A specifikus complementumkötési reactiót 33 spanyol-betegben volt alkalmunk végezni 47 esetben.

Pozitív reactiót adott 20 beteg (60%) 32 esetben
negatív „ „ 13 „ (40%) 15 „

A positive reagáló 20 spanyolbeteg 32 esetében:
a vérvételkor lázas 13 beteg (64%) 19 esetben
a vérvételkor lázmentes 7 „ (36%) 13 „

A negative reagáló 13 spanyolbeteg 15 esetében:
a vérvételkor lázas 9 beteg (69%) 9 esetben
a vérvételkor lázmentes 4 „ (31%) 6 „

A pozitív spanyol-reactiók betegek között pneumoniája van 4 betegnek (9 esetben), a negatív spanyol-reactiók betegek között pneumoniás complicatio nem fordult elő.

Három esetben az agglutinációra és bakteriologiai vizsgálatra beküldött vér spanyol-reactiója pozitív volt:

a) Pál. Diagn.: Endocarditis recens. Bakt. vérvizsgálat negatív.

A spanyol-reactio: az I. antigennel +, a II. antigennel +.

Utánajárára kiderült, hogy a betegnek a klinikai felvétele előtt négy héttel volt spanyolbetegsége!

b) Dudog. Paratyphus gyanuja miatt agglutinációra küldenek vért. Agglutinatio (Ty; Paraty. A és B, X 19) negatív, bakt. székvizsgálat negatív.

Spanyol-reactiója: III/2-án: az I. antigennel pos. (+), a II. antigennel negatív. III/5-én: az I. antigennel pos. (++), a II. antigennel pos. (++).

A beteg február 6-án „spanyolbetegség“ diagnosissal hagyta el a klinikát.

c) Krompecher: Typhusgyanu miatt küldték be a vért; az agglutinatio negatív; spanyol-reactiója az I. antigennel pozitív (+).

A beteg pár nap mulva deferveskált. Klinikai diagnózis a távozásakor: morbus Hispanicus.

Érdemes még felemlíteni R. betegünk esetét, kit encephalitis lethargica-val vettek fel a klinikára. A Wassermann-reactio a vérben és liquorban negatív. A spanyol-reactio a vérben pozitív (++), a liquorban is pozitív (+++).

* A kísérletek eredményeinek tabellaris melléklését nyomda-technikai okokból mellőznünk kellett.

A spanyol-reactio leggyakrabban a lázas időszakban pozitív. Hogy a lázas szak hányadik napján válik pozitívá, arra szabályt nem lehet felállítani; voltak esetek, hogy már a betegség harmadik napján pozitív volt a complementumkötés, de pozitív reactiót kaptunk elvéve még a 36-ik napon is. Viszont fordítva, negatív reactiót is kaptunk a harmadik naptól egészen a 42-ig!

Rendesen úgy szokott lenni, hogy a lázas időszakban pozitív spanyol-reactio az előrehaladó gyógyulással fokozatosan veszi a pozitívításából, míg végre a reconvalescentia lázmentes periodusában negatívvá válik.

Előfordult, hogy a betegől a reconvalescentia első napjaiban kaptunk csak savót és az ekkor még pozitív reactio néhány nap mulva már negatívvá, illetőleg gyengébben pozitívvá vált.

Égészen kivételesen fordult csak elő az, hogy a lázas időszak alatti gyengén pozitív reactio a reconvalescentiában vált erősebben pozitívvá. Azonban ilyenkor is az előrehaladó reconvalescentia alatt a reactio fokozatosan gyengült.

Hogy a lázas időszak alatti pozitív reactio, mely a lázmentes időszak első napjaiban is még fennáll, a reconvalescentia hányadik napjáig marad meg pozitívnak, szintén nem határozható meg pontosan. A legtöbb esetben a 2—5-ik lázmentes napon még pozitív, de voltak esetek, amelyek még a 8—10-ik napon, sőt talán még később is pozitív reactiót adtak.

Pozitív volt a spanyol-reactio 7 lázmentes betegen (12 esetben), és pedig a lázmentes időszak

1. napján	4 esetben
2. „	4 „
3. „	1 „
5. „	1 „
8. „	1 „
10. „	1 „

Érdekes és fontos tudni, hogyan viselkedik a Wassermann-reactio a spanyolinfluenzában?

Hogy a Wassermann-reactio nem egészen specifikus-reactiója a luesnek, azt mindinkább tudjuk. Atmenetileg pozitív lehet maláriában, főleg a rohamok alatt (Schoo,⁶ J. de Haan,⁷ Meyerstein,⁸ Hirsch⁹ stb.). Bittor¹⁰ beszámolt exanthematicus-esetekről, melyek pozitív Wassermann-reactióval jártak (természetesen lues nélkül!), Jakobovics¹¹ scarlatinában talált pozitív reactiót; legrégebben a lepráról tudjuk, hogy sok esetben adja a complementumkötési reactiót (Merkurjew,¹² Montesato-Soteriades,¹³ Ehlers-Bourret¹⁴); közöltek pozitív Wa. R.-t már malignus tumor (Spiess,¹⁵ Lassen¹⁶), pemphigus (Hesse¹⁷), tuberculid (Klausner,¹⁸) és ólommérgezés eseteiben (Dreyer¹⁹).

Mi 33 kontrollképen végzett Wa. R. közül három esetben kaptunk pozitív reactiót; lues ki volt zárható ez esetekben. A spanyol-reactio szintén pozitív volt. Megismételve a Wassermann-reactiót a lázas időszak elmúltával: az negatívvá vált! A spanyol-reactio pedig ugyanakkor még mindig pozitív volt!

Nem erősíthetjük meg ellenben Spielmann és Lamy²⁰ észleletét, akik fennálló lues mellett a Wassermann-reactiót időlegesen negatívnak találták az influenza alatt.

Szl. betegünknek aneurysma aortae-ja volt; Wa. R. ++++. A klinikai tartózkodás alatt megbetegszik spanyolban és spanyol-reactiója éppen úgy mint a Wa. R.-ja ++++.

Hogyluetikusokon, kiknek a Wa. R.-ja pozitív, a spanyol-reactio is pozitív lehet, az a fenti esetből látható. Annak eldöntésére, hogy a nem spanyolos lueses savók hogyan viselkednek, ismétellen beállítottunk biztosan Wa. R. ++++ savókat is a spanyol antigenjeinkkel és a reactio — főleg az I. antigennel — positive végződött. E szerint luesre a pozitív spanyol-reactio értékelésekor mindig gondolni kell és már csak ezért is okvetlenül szükséges a spanyol-reactióval párhuzamosan a Wa. R.-t is elvégezni.

Annak eldöntésére, hogy miképen viselkedik a spanyol-reactio nem spanyolbetegeken, 20 nem spanyol-betegben végeztünk 21 esetben vizsgálatot.

Ezek szerint pozitív spanyol-reactiót adott nyolc nem spanyolbeteg kilenc esetben, még pedig a tüdőbc. exsu-

dativ pneumoniás alakjánál három beteg négy esetben; *a tüdőbc. gócosan disseminált alakjánál* egy beteg; *bronchopneumoniánál* egy beteg; *tályogképződésre vezető perforáló bélcarcinománál* egy beteg; *gümőkóros térdizületi genyessedésnél* egy beteg; *thorax-empyemánál* egy beteg.

Negatív volt a spanyol-reactio 12 nem spanyolbetegben, és pedig kettő *paratyphus B.*-nél, egy *peritonitis perforativa circumscripta*-nál, egy *sepsis*-nél, egy *pyaemiánál*, egy *granuloma venereum*-nél, egy *appendicitis suppur.* perforativa-nál, egy *elgenyedt májehinococcus*-nál, egy *miliaris tbc.*-nél, három *cirrhotikus tüdőbc.*-nél.

Feltűnő ezen adatokból elsősorban az, hogy a nem spanyolinfluenzás tüdőgyulladás szintén pozitív spanyol-reactiót ad.

Hogy pneumoniában a specifikus complementkötési reactio pozitív lehet, arról *Isabolinsky* és *Dychno*⁵ számolt be. E szerzők croupos-pneumoniás tüdőkből (a vörös hepatitiso szakából) állítottak elő vizes kivonatokat és használták fel antigenül s azt találták, hogy fibrinosus pneumonia 18 esetéből 12-ben a reactio pozitív volt, éppen úgy négy „Grippe“-pneumoniában is. Észlelték azt is, hogy a reactio a krízis előtt rendszeren pozitív, míg a krízis után negatívvá válik.

Azt, hogy a spanyol-reactiónál inkább a tüdőgyulladás, illetőleg a másodlagos infectio által létrehozott immunitások serologiai componensek talán a döntők, részben támogatja az is, hogy megpróbáltuk antigenjeinkkel a Pápay-féle polyvalens „Grippe“-serummal (különféle másodlagos fertőző bakteriumok: pneumococcus, streptococcus stb. ellen immunisált ló savója) beállítani a complementumkötést, és a reactio gyengén pozitív volt. Ugyanakkor a kontrollképpen beállított normál löserum negative reagált.

Támogatja fenti feltevésünket továbbá az is, hogy a tuberculosisnak másodlagos infectiókkal járó genyedéses alakjaiban és egyéb, genyedésekkel járó betegségekben is a spanyol-reactio néha pozitív volt.

Más heveny lázas betegségek — leszámítva a fenti kivételeket — e reactiót nem adták. Így ha a tuberculosis egyes alakjait, vagy esetleges sebészi természetű genyedéseket ki tudunk zárni, a pozitív spanyol-reactio diagnosztikailag felhasználható.

Összefoglalás.

1. A spanyolbetegek az esetek jórésztében specifikus antigennel pozitív complementumkötési reactiót adnak. E reactio az esetek mintegy 60%-ában pozitív. A positive reagáló betegek túlnyomó része a betegség lázas szakában van, a másik — lázmentes csoport — a reconvalescentia első napjaiban. *Pneumoniás complicatio* eseteiben a reactio rendszerint pozitív.

2. A reactio kb. 40%-ban negatív. Ezek fele lázas, másik fele lázmentes. Közöttük pneumoniás nem volt.

3. A lázas szakban pozitív spanyol-reactio a defervescencia után lassankint ismét negatívvá válik.

4. A spanyol-antigennel más, nem spanyolbetegségek is adnak pozitív reactiót, főleg a genyedésekkel járó folyamatok. (Pneumoniák, főképen bronchopneumoniák, a tüdőtuberculosis gócosan disseminált és exsudatív pneumoniás formái, a gümőkóros izületi genyedések, abscessusok képződésére vezető egyéb megbetegedések egyes esetei.) A spanyol-antigennel a „polyvalens Grippe-serum“ is gyengén positive reagál. Egyéb acut lázas betegségek (pl. typhus, sepsis, pyaemia, appendicitis, miliaris tbc.) e reactiót nem adják. A Wassermann-reactiójú luesses savók szintén adják a reactiót.

5. A pozitív spanyol-reactióval egyidejűleg az esetek kb. 10%-ában a Wassermann-reactio is pozitívvá válik. Ez azonban csak időleges. A Wa. R. a reconvalescentiában csakhamar ismét negatívvá lesz, sőt még hamarabb, mint a spanyol-reactio.

6. A pozitív spanyol-reactio, ha egyéb pneumoniás, gümőkóros, suppuriációs és pozitív Wa. R.-s luesses megbetegedéseket ki tudunk zárni, heveny lázas megbetegedésekben egy a spanyolbetegség mellett szóló argumentum. A negatív spanyol-reactio természetesen nem szól a spanyolbetegség ellen.

7. A spanyol-reactiót valószínűleg nem a spanyolbetegség eddigé ismeretlen kórokozója által létesített serologiai elváltozások okozzák, hanem talán a betegséghez szegődő társinfectiók, főleg a pyogen-csírától feltételezett fertőzések. Talán ez adja a magyarázatát annak is, hogy nem spanyolbetegek, kik egyéb genyedéses megbetegedésekben szenvednek, szintén adhatják a spanyol-reactiót.

Irodalom. ¹ Fejes: O. H., 1918., 8. sz. D. m. W., 1919., 24. sz. — ² Kaufmann: M. Kl., 1918., 33. sz. — ³ Scheer: M. m. W., 1919., 3. sz. — ⁴ Kaup: M. m. W., 1917., 5. sz. Arch. f. Hyg., 1917., 87. kötet. — ⁵ Isabolinsky-Dychno: Russky Wratsch, 1912., 3. sz., M. m. W. 1912., 2527. old. — ⁶ Schoo: Nederl. Tyd. v. Genes. 1910., 1. sz. — ⁷ J. de Haan: Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1913., 1. sz. — ⁸ Meyerstein: M. m. W. Feldärztl. Beilage., 1917., 2. sz. — ⁹ S. Hirsch: Zeitschrift f. Hyg. u. Inf. Kr., 1917., 84. kötet. — ¹⁰ Bittorf: M. m. W., 1916., 46. sz. — ¹¹ Jakobovics: Jb. f. Kinderheilk., 1916., 8. sz., 12. kötet. — ¹² Merkurjew: Russky Wratsch, 1910., 27. sz. — ¹³ Montesato-Soliriades: Presse médicale, 1910., 70. sz. — ¹⁴ Ehlers-Bourret: Hospitalstid., 1909., 49. sz. — ¹⁵ Spiess: M. m. W., 1913., 28. sz. — ¹⁶ Lassen: Hospitalstid., 1912., 49. sz. — ¹⁷ Hesse: W. kl. W., 1915., 3. sz. — ¹⁸ Klausner: Derm. W., 1916., 8. sz. — ¹⁹ Dreyer: D. m. W., 1911., 17. sz. — ²⁰ Spielmann és Lamy: Compt. Rendu, 1908., I. 561. old.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tud. egyetem II. sz. szemklinikájának közleménye. (Igazgató: dr. Hoor Károly egyet. ny. rendes tanár.)

Influenza után jelentkezett lencsehomály.

Írta: Horváth Béla dr. tanársegéd.

Nagy influenzajárványok, így az 1918–19. évben lefolyt „spanyol betegség“ után is sűrűn jelentek meg közlések az influenza következményeképpen fellépő szemmegbetegedésekről. Hogy ezeket csakugyan az influenza okozza, mutatják a járványmentes időben, járvány alatt és utána készített statisztikák, melyek szerint egyes szemmegbetegedések járványmentes időben sokkal kisebb számban jelentkeztek, mint a járvány alatt. Így volt ez pl. a herpes corneae-val és Schmidt-Rimpler statisztikája szerint az iritissel. Az influenzával kapcsolatban leggyakrabban kötőhártya- és szaruhártya-megbetegedéseket láttak, ritkábban betegednek meg a szemizmok, az uvea és látóideg, míg a többi szövetek megbetegedése elenyészően ritka. Groenouw által Badal, Fage, Braunstein, Hillemann, Rimpoldi, Ehrlich, Ringier eseteiből összeállított statisztika szerint 186 eset közül az üvegest háromszor, azaz 1/60-ban, a lencse négyszer, azaz 2/20-ban betegedett meg influenza következtében. Groenouw a lencsehomályokról megjegyzi, hogy ezeknek okozati összefüggése az influenzával még kétséges. Schmidt-Rimpler esetében egy fiatal leánynál a már meglevő részleges lencsehomály az influenza után hirtelen terjedni kezd, amit a szerző a betegség okozta általános gyengeség következményének tart.

Hogy az influenza csakugyan okozhat lencsehomályt, arra bizonyítékul szolgálhat következő esetünk: Egy 24 éves, jól fejlett, jól táplált leánybetegünk 1921 márciusában betegedett meg influenzában, az ú. n. „spanyol betegség“ tünetei között. Az általános tünetekhez betegsége második napján ophthalmia csatlakozott, kislókú exophthalmussal, mely kb. egy hélig tartott. A spanyol betegség második hetében arról kezdett panaszkodni, hogy zavarosnak lát. Panaszait mindaddig a gyengeség következményének tartották, amíg később próbálkozott mindkét szemével külön-külön nézni, amikor is észrevette, hogy a jobb szemével rosszabbul lát. Az I. sz. szemklinikán vizsgálatra jelentkezett, s ekkor visusa a jobb szemén 5/10, diagnosisa katarakta partialis volt. Később, kb. három hó múlva visusa már 5/20 és 1922 májusában, mikor klinikánkon jelentkezett, már csak 5/30-ból. Ugyanakkor a beteg arról panaszkodott, hogy a lencsehomályt most már ő is szürkés folt alakjában látja. Megvizsgálva a szemet, a lencsében, a pupilla területének megfelelően szürkés, szabálytalan alakú homály van, tágított pupillánál a homálynak középső része sűrűbbnek látszik és e homály körül apróbb, tűszúrásnyi homá-

lyok láthatók, melyek az előbbi koralakban veszik körül és hegyével a halánték felé fordított gyertyaláng alakot hoznak létre, s csaknem a lencse aequatoráig nyúlnak. Szemtükörrel az apróbb homályok csaknem teljesen átvilágíthatók, ellentétben a központban levő vastkosabb homállyal. Azonkívül a központi homálytól a periphéria felé elmosódott, küllőszerű képletek vonulnak. A szemfenék tükrözhető, normális, kissé elmosódottan látható. A másik szem lencséjében homály nincs.

Ha a homályt a Köppe-féle szemmikroskoppal nézzük, azt találjuk, hogy a lencsetoknak megfelelően erős chagrinezettség van és finom ráncokképződések a tokon, melyek a lencse közepe felé irányulnak. Közvetlen a tok alatt és a kéregben, különösen a közép felé, szabálytalan alakú és különböző sűrűségű homályok. Ezeknek egy része sugárirányban helyezkedik el, másik része egészen a peripherián van, s ezeknek részei a periphéria felületi rétegeiből kiindulva ívalakban hátrahajlanak és ugyan-csak a peripheriára, de a mélyebb rétegekbe térnek vissza. A lencse közepén a homály szabálytalan, négyszögletes, tömött és színe asbesthez hasonló. A toknak ráncai ehhez a homályhoz látszanak futni s ez a ráncosodás halványan még a homály felett is észrevehető. A lencse chagrinje itt is csaknem teljesen épen látható. Ha ezt a compactnak látszó homályt visszavert (reflectált) fényben vizsgáljuk, akkor, eltekintve az egészen központi, kissé előbb fekvő, tömöttebb részlettől, a homályt tulajdonképpen kisebb-nagyobb, részben a tok alatt, részben a kéreg felületi rétegeiben elhelyezkedett vacuolák alkotják. A lencse embryonalis magfelszínének hátulsó, λ -alakú varrata jól látható, körülötte krétafehér, pontszerű, hátulsó embryonalis varrati katarakta, azonkívül a hátulsó embryonalis varratól kissé az orri oldal felé, a hátulsó lencsetokon csavarodott, itt-ott hurkot alkotó fehéres vonal, mely hyaloidea-maradvány. Az üvegtest elülső részében durva rostozat, melynek közei optikailag üresnek látszanak s melyek a szem mozgásaikor egészen kis kilengésű, hullámos mozgásokat végeznek.

A katarakta létrejöttében az influenza toxin-hatásának lehet szerepe. Hasonló talán ez a toxin-hatás a naphthalin-okoza kataraktánál supponált méreg hatásához, amennyiben feltehető, hogy a toxinok a conjunctiváról felszívódnak, vagy máshonnan a véráramba kerülve, a szem belsejében a sugártesti nyujtványok által is kiválasztva, a lencsét az aequatornál érik legtömörebben, az elülső csarnok felől felszívódva pedig legerősebb a hatásuk a pupilla területén. Ilyenkor a lencse sérülése is ezeken a helyeken lesz a legkifejezettebb, amint ezt esetünkénél is látjuk. A toxin-hatásnak vérzés vagy, degeneratio lehet következménye a sugártestben, ami miatt azután a lencse táplálkozása szenved. Utthoff pl. egy eseténél az üvegtesti homályokat származtatja ilyen toxin-hatás következtében létrejött sugártesti vérzésből. Hogy lencsehomályok különböző mérgek hatására létrejöhetnek, bizonyítja a méhcsípés után észlelt lencsehomály is. Kunde, Deutschmann, Heubel koncentrált sóoldatokkal kataraktát hoztak létre, aminek magyarázatául a sugártesti nyujtványok által történt kiválasztást és a pupilla területén keresztül való koncentráltabb hatást adják.

Súlyt helyeztem arra, hogy a leírt homályt a veleszületett lencsehomályoktól differentáljam, amire a következő támpontokat találtam: Schirmer szerint a veleszületett hályogok apró, kerek, egymással csaknem egyenlő, éles-szélű pontokból alkotottak. Ezt szemmikroszkopiai leleteik alapján megerősítik Erggelet, Vogt, Krenger, Gyessing, sőt Krenger azert állítja, hogy ilyeneket haladó folyamatoknál egyáltalán nem is lehet látni. Köppe egymással csaknem egyenlő, ovalis, krétafehér pontokból alkotott, élesszélű, esetleg csipkézett képleteknek írja le a veleszületett homályokat, melyeknek ez a pontokból való összetétele ha nem teljes is, de legalább a székkel felé jól észrevehető. A veleszületett lencsehomályok leggyakrabban a lencse központja körül található. Vogt szerint pedig, eltekintve a katarakta capsularistól és a szigorúan a tok alatt levő homályoktól, csak az a katarakta lehet veleszületett, mely az embryonalis magon belül van, mert a többi réteg a születéskor még meg sem volt. Ha ellenben a homályok szürkésbarna színűek, szélük diffuse megy át a környezetbe és

a corticalis rétegben fekszenek, még inkább akkor, ha rés, vagy vacuola-képződés is látható bennük, a hályog szerzett és haladó jellegű.

Irodalom. Groenouw: Graefe-Saemisch: Handbuch der gesamten Augenheilkunde. Aufl. 3. Abt. I. — Köppe: Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde. 1921. I. — Löwenstein: Graefe's Archiv f. Augenheilkunde. Bd. 103. — Gyessing: Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde. 1920. II. — Vogt: Zeitschrift f. Augenheilkunde. 1919. Bd. 41. és 1920. Bd. 43.

Laboratoriumi és klinikai kutatások alapján formált elméletek a fertőző betegségek mibenlétéről és a mindennapi jelenségek megfigyelése.

(Semmelweis-előadás.)

Írta és a Közkórházi Orvostársulat 1922. évi december hó 27-én megtartott évrzáró közgyűlésén elmondotta: *Gerlóczy Zsigmond dr.* eg. főtanácsos, egy. tanár, a szfv. Sz. László közkórház ig. főorvosa.

Amikor Semmelweis emlékének, az ő nagy szellemének hódolok, előadásomat közvetlenül abba a gondolatkörbe kapcsolom, amely a gyermekágyi láz okának fölismerése révén elvisz bennünket a betegségek ama nagy birodalmába, amelyet a bakteriologia tett az orvosi tudomány számára hozzáférhetővé s amelynek java részét még most is a rejtélyesség sűrű fátyola takarja el a fürkésző emberi elme elől.

A hevenyes fertőző betegségekkel kívánok foglalkozni, és pedig úgy, amint nekem alkalmam nyílt azokat tapasztalásaim rengeteg halmazában emlékezetemben megrögzíteni.

Hangsúlyozom, hogy megfigyeléseim alapján kialakult fel-fogásom úgy az aetiologiában, mint a diagnostikában, valamint a praeventiv intézkedések mérlegelésében nem számíthatnak olyan értékelésre, mint amilyen jár a laboratoriumi tudósnak, akinek sikerül megtalálnia a betegség okozóját s aki kutatása eredményét állatkísérletekkel meg tudja erősíteni, sőt aki a specifikus vírus toxinja ellen megtalálja az antitoxint és védőojszáinak sikerességével minden kételkedő érvelést le tud szállítani a maga értékére.

Az én elgondolásaim csupán olyan megjegyzések, amiket a nagy gyakorlati ismeretekkel rendelkező — működjék az akár-milyen szakon — szokott megtenni a theoretikus alapon szépen fölépített elméletekre avagy föltevésekre.

Ha valahol, úgy a hevenyes fertőző betegségek nagy területén tömörkedek alkalom kínálkozni arra, hogy amit tudományos okoskodások alapján nemcsak elfogadhatónak, de sőt bebizonyítottak tartottak, azt gyakorlati ismeretekben bővelkedő orvos nem tudja elfogadni, következtetésként kénytelen a csak tekintélyek megállapításai alapján szerzett hitelétől megfosztani.

Annak, aki nagy észlelési anyag fölött rendelkezik, kötelessége egyet-mást elmondani. Olyan óriási területen, mint amelyet a hevenyes fertőző megbetegedések foglalnak el s olyan területen, amely még manapság is sok föltevessel, hypothesisissal kénytelen foglalkoztatni a gondolkodót, jogosult lehet a föltevésekkel szemben, sőt talán egynémely elfogadott tétellel szemben is a kritikai megjegyzés.

Foglalkozunk csak elsősorban magával azzal a magyarázattal, hogy a fertőzőknek tartott hevenyes megbetegedéseket csakugyan apró élő organismusok, mikrobák okozzák-e?

Egyes fertőző betegségekre nézve ez a magyarázat véglegesen tisztázottnak tekinthető. Így a diphtériára, a typhus abdominalisra, a cholérára, a pestisre, nemkülönben az esetek egy részében a dysenteriára is. És mert mindezek a betegségek bizonyos meghatározott incubatióval folynak le, meg tudjuk érteni azt is, hogy eme fertőző mikroorganismusoknak szükségük van bizonyos időre, hogy elszaporodhassanak, s hogy anyagcsere-productumaikkal, toxinjaikkal különleges reactiót provokálhassanak, amelynek eredményeként jelentkező symptomák adják meg a betegség prodromális jeleit s végezetül kialakítják a betegség

diagnostikai szempontból jellegzetes képét. Minthogy pedig azoknál a fertőző betegségeknek is, amelyeknek az okozói mindezekig nem sikerült a kutatásokkal fölfedezni, szintén látunk az egyes betegségekre jellemző incubációs időszakot, ma még e betegségek támadásának oka felől se tudunk jobb magyarázatot adni, mint hogy azokat is élő organismusok idézik elő. Ilyen a variola, ilyen a varicella és ilyen a morbilli, de sőt a rubeola is, amelyek megannyian a reájuk nézve jellemző meghatározott incubációs időszakkal köszöntenek be.

A skarlátról is úgy véljük, hogy mikrobáknak a szervezetbe jutása okozza, vagyis, hogy infectiosus betegség; de nem lehet egészen jogosulatlanul nevezni azokat a kétkedéseket, amelyek az ellen a szinte általánosan elfogadott felfogás ellen merülnek fel, hogy a skarlát is egy ma még ismeretlen specifikus mikrobának a szervezetbe jutásától s abban való elszaporodásától támad.

Szontágh Félix szerint a skarlát nem specifikus fertőző betegség, hanem olyanféle angina, amelyhez a bőrnek sensibilizálódása folytán az ismeretes skarlát exanthea társul. Sőt Szontágh egészen új felfogást hangoztat, amikor azt mondja, hogy az, amit a mikrobiológia a betegségek okának tart, az voltaképpen nem tekinthető azok föltétlen okozójának, mert azok a mikrobák csak úgy okozhatnak betegséget, ha előzően a szervezet már a kellő dispositio állapotába jutott, és szerinte még a betegség karakterét sem a betegséget okozó mikroba adja meg, hanem a dispositio, amit viszont anyagcsere-kérdésnek tekint.

Az az orvos, akinek gyakorlatában nagy számban voltak és vannak skarlátos betegek, még inkább a fertőzőbetegek kórházában, vagy gyermekkórházban működő orvos, csodálkozással fogadja Szontághnak a skarlát felől vallott fejtegetéseit, de némi nyugtalansággal is, mert hiszen Szontágh professor a gyermekorvoslás tudományának régi, elismert és nagy tudású művelője. Az ő elméletével nem tudjuk megmagyarázni a skarlátjárványokat, de viszont sok esetben, amikor a skarlát a beteg izolálása nélkül avagy hiányos izolálása mellett sem terjed, mi is kénytelenek vagyunk a dispositiót hangoztatni, mint a fertőző betegségek támadásának egyik okát, Szontágh szerint fő okát. Egyébként a dispositio régen szerepel a fertőző betegségek támadása felől vallott elméletekben és újabb mintha megint a kelleténél több súlyt adnának neki; pedig a dispositio voltaképpen olyan jó takaróféle, amely alatt szegyenkezés nélkül elrejtethetjük bizonyos kérdésekben való tudatlanságunkat. *Germain Sée* szellemesen így definiálja: „La disposition est un mot pour masquer notre ignorance”.

Kijelentem, hogy sem Szontágh Félixnek, sem másnak, aki a még ismeretlen okból támadó fertőző betegségek mibenlétéről a mai felfogással ellentétes elméleteket formál és terjeszt, ily irányú munkálkodását nem tartom negligálandónak, ha mindjárt ezidőszere nem is tudok azokkal egyetérteni. Az ő munkájuk mindenesetre gondolkodásra készítet, élesebb megfigyelésre és kutatásokra ösztönöz és csak haszonnal járhat.

Különösebben ki akarom emelni annak a szükségét, hogy a fertőző betegségek mibenlétéről kialakult mai felfogás mellett a mindennapi jelenségeket gondosabban kell megfigyelni és a talán mai tudásunkkal nem is eléggé egyeztethető észrevételeket, fejtegetéseket és véleményeket nem kell minden esetben mosolyogva fogadni, mert, bár helytelen volna ilyenekhez nagy reményeket fűzni, ne feledjük el, hogy *Jenner* és *Semmelweis* nagy fölfedezései sem a laboratóriumban születtek meg, hanem az éles megfigyelés és logikus következtetés szüleményei voltak.

Ahogy a fertőző betegségek okozói felől még sok a földeríteni való, éppúgy az ellenük való védekezés kérdésében sem lehetünk megelégedve az eredményekkel, sőt a fölfogásunkhoz mért és megtett óvintézkedések sikeressége avagy eredménytelensége, valamint az, hogy az óvintézkedések meglazulásával és elhanyagolásával nem mindig jár karöltve a járvány terjedése, e téren is gondolkodásra készítet.

Köztudatba ment, hogy a fertőző betegségek ellen való védekezésnek legerősebb fegyverei a betegnek minél előbb elkülönítése és mindennek, amivel érintkezésbe jöhetett, deszinficiálása.

Ennek szükségességéről, sőt eredményességéről meg vagyunk győződve és a törvénynek idevonatkozó rendelkezéseit az orvosok pontosan végrehajtják meggyőződésből és mindenféle apostolokként hirdetik is betegek környezetében, hogy a védekezés sikeressége a fertőző betegnek minél gyorsabban és minél szigorúbban alkalmazott elkülönítésén épül föl.

Én is ezt a fölfogást vallom; erre tanítottak mestereim, ezt tanultam a könyvekből és ezt tanítom immár három évtized óta előadásaimban és írásaimban. És amikor így egészen véremmé vált az a fölfogás, hogy a hevenyes fertőző beteg elkülönítése a legfontosabb része a fertőző betegségek ellen való védekezésünknek, akkor meg kellett érnem egy olyan időszakot, amelyben fölborult a rend, fölborult a fegyelem, s amelyben eme bevált védekező eljárásunknak nem lehetett érvényt szerezni, amelyben tehát e betegségek szaporodását kellett várni. És mi történt? Éppen az a két betegség, amely ellen az izolálást a legszigorúbban megköveteli és végrehajtja a hatóság, t. i. a skarlát és a *diphtheria* régen nem észlelt alacsony betegszámával mintegy gúnyosan vigyorogva reakényszeríti a gyakorlati embert arra a kétkedésre, hogy a laboratóriumokban lesűrődött igazságok egymagukban nem elégségesek arra, hogy mégoly biztosaknak tartott fölfogások mellett is ne kelljen gondolni olyan okokra, amiket ezideig még nem ismerünk, avagy kellően nem méltányolunk.

Hogy ezt a tépelődésemet megokoljam, főlemlitem a székesfőváros Szent László közkórházában szerzett tapasztalataimat. Csupán két betegségre vonatkoztatva néztem át 1906-tól—1921-ig, 16 esztendőre terjedő forgalmat, és pedig a scarlatinára és a diphtheriára, mint amely két betegségben legkifejezettebben hangsúlyozzuk az elkülönítés szükségességét. A Szent László közkórháznak, mint a hevenyes fertőző betegek községi kórházának az adatai hű tükrét adják az egyes hevenyes fertőző betegségek mindenkor időbeli elterjedtségének Budapesten.

Ez adatok között feltűnik az 1919-ik esztendőnek úgy a scarlatinára, mint a diphtheriára vonatkozó és az előbbi évekhez viszonyított tetemesen alacsonyabb száma. Ebben az időben a szigorú izolálást a kórházi házirenddel nem lehetett megvédeni. Ebben az időben a skarlátos és diphtheriás gyermekekhez a népbiztosoktól beküldött elvtársak jártak be, hogy őket kórházi izoláltságukban az ő szellemükben nevelő mesékkel, oktatásokkal szórakoztassák, s hogy az internacionale zengzetes dallamaira megtanítsák. Ebben az időszakban a különböző fertőzőpavilonokban szolgálatot teljesítő ápolónők és szolgák a kórház területén labdáztek, harmonika vagy hegedű hangjaira táncoltak, és bizonyára közelebről is érintkeztek. Én, aki a vezetéstől elmozdítva csak csöndes szemlélője voltam a dolgoknak, elszörnyűködtem annak elgondolásán, hogy mennyi vegyes házi fertőzés fog ebből a nagy proletárszabadságból kisarjadzani!

Utólag restelkednem kellett magam előtt azért a több mint negyedszázadon át kifejtett szigorúságomért, hogy számos alkalmazottat megbüntettem, sőt szolgálatából is elbocsátottam, ha pavillonját elhagyta és olyan alkalmazottal érintkezett, aki másfajta fertőző beteg kórtermében teljesített szolgálatot; restelkednem kellett, mert házi fertőzések ebből a rendetlenségből nem származtak.

Ne méltóztassanak egy percre se félreérteni ezt a megjegyzésemet, mert ebből korántsem akarnék olyan következtetést levonni, hogy tehát a szigorú elkülönítés nem szükséges. Ez a megfigyelés csak arra való, hogy elgondolkozzunk olyankor, amikor többgyermekes családokban hiányos elkülönítés mellett sem terjed a skarlát, másutt pedig az alkalmazott elkülönítés ellenére is többen betegszenek meg. Arra is való ez a megfigyelés, hogy ne mosolyogjunk azon, ha valaki a skarlát fertőző volta szempontjából az eddigi fölfogásoktól eltérő okoskodással ma még úgyszólván teljesen izolált magyarázatokkal áll elő. Mi megmaradunk eddigi fölfogásunk mellett és védekező eljárásainkat is ahhoz szabjuk, de jogosulatlanul más magyarázatok keresését nem állíthatjuk.

E helyütt idézem emlékezetükbe azt az eredménytelen küzdelmet, amit az úgynevezett *spanyoljárvány* ellen folytatott

a hatóság. A küzdelem eredménytelenségének legfőbb oka az volt, hogy nem ismertük minden részletében a járvány okát és a betegség okozóját s hogy mindaz, amit terjedése módjairól hangzottak, csak feltevés volt.

A védekezés érdekében sok oly rendeletet adott ki a hatóság, amelynek végrehajtásától én — tájékozva lévén aziránt, hogy a külföldön sem váltak be — semmi eredményt sem vártam, s e fölfogásomnak még a járványbizottság megalakulása előtt a székesfőváros közegészségügyi bizottságában kifejezést is adtam. Felszólaltam mindannyiszor az iskolák általános zárvaratása ellen, a színházak, mozik, hangversenytermek, mulatóhelyek bezárása ellen, mint komolyan meg nem okolható intézkedés ellen. Érvelem az október közepe táján tartott egyik járványbizottsági ülésben nem győzte meg a járványbizottságot s október utolsó hetében csakugyan bezáratták a mozikat, mulatóhelyeket, sőt a színházakat is. Jött az őszirózsás forradalmi átalakulás. A népkormány azonnal hatályon kívül helyezte e rendeletet, a kávéházak és vendéglők záróórát meghosszabbította és ezenfelül a villamos közlekedési eszközökön az állóhely nélkül való utazást felváltotta a legnagyobbfokú tolongás, amikor is az emberek szinte egymás szájába lehettek.

És mi volt az eredménye mindennek? Nem az, amitől féltek, hanem véletlenül az, hogy a járvány csökkenni kezdett fokozatosan annyira, hogy már-már megszűnését lehetett remélni.

A járványnak ez a szeszélyes magatartása mindennél jobban bizonyította azt, hogy a járványbizottság javaslatai túlzottak voltak, s hogy azok megtartása mellett nem csökkent a járvány, azok nélkül pedig csökkent, mert az influenzajárványok természetrajzához tartozik az, hogy a járvány — eddig ismeretlen okokból — hol fellobban, hol pedig enged. Így észlelték ezt a spanyolnak nevezett világjárványban is mindenütt.

Korántsem akarom lekicsinyelni azokat az intézkedéseket, amelyek a közegészségügy érdekében hozatnak, sőt az én álláspontom is az, hogy inkább többet tegyünk, mintsem hogy valamit elmulassunk. Ámde mikor minden kétségen felül megállapítható volt az, hogy nem az iskola a fészke a spanyolbetegségnek, s hogy a színház, a hangversenyterem, de sőt a mozi is teljesen ártatlan ennek a betegségnek a terjedésében, úgy vélem, hogy bátran ki lehet mondani, hogy ennek a betegségnek terjedését sablonos rendeletekkel meggátolni hatalmunkban nem áll, s jövőben a közönséget sok molesztálástól, a hatóságot a védekezéssel járó nagy költségtől, a tanuló ifjúságot pedig az iskolák bezárásának mérhetetlen paedagogiai kárától meg lehet kímélni. A hatósági védekezés legyen céltudatos, ne igazodjék laikusok, újságírók hangos követeléseire. Higgyék és feszült figyelemmel kell észlelni a mindennapi jelenségeket, azok minden fázisát. A magam megfigyelése pl. az volt, hogy amikor a szép napos időt esős, ködös, lucskos időjárás váltotta föl, amikor tehát az ilyen idő a járvány terjedésére, mint mondani szokás, dispositiót teremtett, rohamosan csökkent a spanyoljárvány, sőt csaknem meg is szűnt, s amikor ismét derűsebb volt az idő, növekedett.

Kiragadtam a spanyoljárványt megfigyeléseimből, mint példáját annak, hogy megcsontosodott felfogások mennyire nem vihetik előbbre az egyes járványok ellen való küzdelem sikerességét. A spanyolbetegségről esvén szó, megemlékezem itt arról, hogy viszont az élesszemű megfigyelő mi mindent lát meg és meglátásával hogyan viszi előbbre a pusztító betegségben magát a gyógyítást is. Véletlenül az éles megfigyelő, úgy mint Semmelweis, ugyancsak szülész.

Bársony János professor az „Orvosi Hetilap” 1918-iki évfolyamában „Az úgynevezett spanyolbetegségről” írja, hogy prophylaxis és therapia teljesen fejvesztett, zűrzavaros, kapkodó, és gyakran következtelen is. Bársony prof. sok hasonlatosságot látott a spanyolbetegség és a gyermekági láz között. „Vannak a betegek között, akik egészen az intoxicatio képét mutatják, ezek a könnyű alakok, ezekben a Pfeifer bacillusa az uralkodó alak. Vannak súlyosabbak, akikben már a Pfeifer-bacillus kevesebb, de sok a streptococcus, és vannak foudroyansan pusztító alakok, amelyeken nem segíthet senki.” Fölhívta ezen az alapon

az orvosok figyelmét arra, hogy kísérjék meg a spanyolbetegség súlyosabb eseteiben a sublimatnak intravenás adagolását, amellyel a gyermekági fertőzésekben számottevő eredményt ért el.

Már az ő figyelemzeteése előtt is, de Bársonynak a gyermekági láz kezeléséről régebben megjelent közleménye hatása alatt Leitner Fülöp és magam is alkalmaztuk az intravenás sublimatkezelést a spanyolbetegségben, és pedig kitünő eredménnyel. Alkalmaztuk azon az alapon, hogy a súlyos sepsis képében lefolyt spanyolbetegség esetei sepsis ellen való kezelést tettek kívánatossá és mert a Bacelli-Bársony-féle intravenás sublimatkezelés gyermekági fertőzésben bevált, sikere itt is remélhető volt. (Folyt, köv.)

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 február 24-én tartott XV. rendes tudományos üléséről.

Elnök: Sarbó Artur.

Jegyző: Lehoczky-Semmelweis K.

Bemutatók:

1. **Elischer Ernő:** *Emberfejnyi hepaticus-cysta műtéttel gyógyult esete.* A 20 éves munkásasszonyon szülés utáni trauma következtében emberfejnyi daganat a jobb hypochondrium alatt. A cystának diagnosztisált daganat hepaticus-cysta volt, amely a két hepaticus közül a baloldaliól indult ki. Egyébként normalis anatómiai viszonyok mellett kettős volt a hepaticus, a jobboldali rendes helyén feküdt, a baloldali a lig. teres hepaticus alól indult ki. Ez utóbbi volt működésben, míg a jobboldali, úgyszintén az epehólyag összeesett volt. Kóroktanát illetőleg az icterus kivételével a choledochus-cystákhoz hasonló. Teljes ellárolításával a beteg gyógyult.

2. **Ranschburg Pál:** *Dystrophia adiposogenitalis sellaronscolással járt, 27 hónap előtt röntgennel kezelt esete.* Ma 21 éves fiú, lues nélküli családból. Három testvére egészséges, 6—7 éves korukban feltűnően kövérek voltak, majd lefogytak, szellemileg épek. 12 éves korban vörheny, egy év múlva hörgőhurut. 14 éves kora óta nem nőtt. 1915—1918-ig évente több kilót hízott, 1917-ben szédülések, 1918 ősze óta csökkenő látás, 1920 tavasza óta fokozódó fogyás. 1920 végén jelentkezett a poliklinika rendelésén. Bal szem atr. nervi optici totalis; visus: 0; jobb szem papillitis, typosus temporalis hemianopsia; visus $\frac{3}{10}$. Jobb oldalon facialis paresis. Arc- és kézparaesthesiák. Mérsékelt adipositas a mellen, csípőn s köldöktájon. Csontfejlődés némileg visszamaradt. Testmagasság 150.2 (—16—17) cm. Súly: 45 kg. Egész kicsi thyreoidea. A röntgenvizsgálat kb. diónyi sellát mutat, a dorsum teljes pusztulásával, kihegyezett proc. clin. ant.-al. Halovány, száraz bőr: rekedt, gyermekes faltetthang; mérsékeltan infantilis genitáliák. Szeméremtájon csekély szörzet, teli hólyagra néha erectio pollutio nélküli; semmi erotika. Féléve hajhullás; bajusz- s szakáll-szörzetnek semmi nyoma. Állandó frontalis, gyakran megsemmisítő fejfájás, szédülések, hányások, fázások és borzongások rohamok. Vérkép, vérnyomás normalis. Wa. negativ. Vizelet mennyisége normalis, nyomokban albumen. Pulsus 62—90 közt. Hőmérsék 37.3—37.8. Böbeszédű; tréfára, játékra hajló s dacára láthatólag súlyos állapotának, mindvégig infantilis derűs hangulatú. Szellemileg — az emlékezet kivételével — jó. A környezetben éjjeli visiók, két-három óráig tartó deliriosus böbeszédűség. Ájulásszerű szédülések, cerebrales hányások, fakó szín, fokozódó gyengeség. 1920 november 25-től nyolc egymásutáni napon nyolc sectorban a koponya a 30—40 perces besugárzása; december 20-án 20 perces besugárzás a kemény szájpadon át. A kezelés első hetének vége felé a fejfájások csökkennek s 1921 januárjában az agy nyomás egyéb tünetei is megszűntek. Szemlelet február 1-én: szemfenéki exsudatum visszafejlődésben, látás $\frac{5}{10}$ -re javult. Február 25-én: Exsudatum felszívódása fokozódik, papilla temporalis fele normalis határát már elérte. Márciusban a papillitis tovább javult, de a jobb papilla temporalis felének decoloratioja meg nem szűnt. Visus $\frac{5}{10}$; a bal teljesen decolorált, visus 0. 1922 október 27-én: Szemfenéki kép változatlan, visus jobb szemén $\frac{5}{7}$, bal szemén: $\frac{1}{2}$ méterről olvas excentrikusan ujjakat. A bal szem részleges látását először az 1922 június 2-iki vizsgálatnál tapasztalták, mely a jobb szem visusát $\frac{5}{7}$ — $\frac{5}{5}$ -re becsülte. Az infantilis kedélyállapot 1921 nyarán nyomtalanul megszűnt. Ez év őszén a fiú tanoncnak állott be csemegetületbe, hol azóta egész nap dolgozik. A röntgenkép változatlan, a szörzetben sem állott be változás; testhossza kb. 20 mm-rel, súlya 4 kg-mal gyarapodott. Panaszai nincsenek. Szellemi állapotát a röntgenkezelés nem befolyásolta károsan.

Előadások:

1. **Buday Kálmán:** *A hypophysis eredetű cachexiáról.* Simmonds állította fel a hypophysis-cachexia kórképét. Ő egy

nőt boncolt, aki régebben gyermekágyi fertőzést szenvedett s attól fogva havi vérzése többé nem jelentkezett s állandóan gyenge volt. A boncoláskor feltűnt az összes belső szervek nagyfokú sorvadása, amelyre más magyarázatot nem lehetett találni, mint a hypophysis mirigyek lebenyének majdnem teljes tönkremenését. Később ő még négy más esetet vizsgált s ezek alapján a hypophysis-cachexia tüneteit a következőkben foglalja össze: lassankint fokozódó lesóványodás és kimerülés, a nemi képesség megszűnése, szőrzetkihullás, időelőtti öregség. Ezekhez a belső szervek nagyfokú sorvadása (splanchnomikria) s a hypophysis mellső lebenyében nagyfokú pusztulás járul. Utána többben észleltek ily eseteket: Schlagenhauser esetében a cachexiát a hypophysis tuberculuma idézte elő; Reinhardt pedig koponyatörés esetében látott a trauma által roncsolt hypophysis-hegedés miatt cachexiát bekövetkezni.

Előadó két hypophysis-cachexia esetről számol be. Az egyikben a fokozódó kimerülés vérszegénység jeleivel járt együtt. A vérvizsgálat s a boncolás adatai nem vallottak elsődleges vérszegénységre s mivel a belső szervekben csak egyszerű sorvadás mutatkozott, nem látva magyarázatot ezekben a körtünetekre, megvizsgáltatott a hypophysis s abban egy közepes gesztenye nagyságú gummát lehetett találni, mely a hypophysis mirigyek szövetét majdnem teljesen elpusztította. Egy másik esetben, amelyet Baló József boncolt a Szt. István-kórházban, a kórelőzményi adatok szintén fokozódó gyengülésből és diabetes insipidus jelenségeiből álltak; boncoláskor az összes belső szerv egyszerű sorvadása mellett erős heresorvadást lehetett megállapítani, a hypophysisben pedig egy mogyorónyi gümme ült, amelynek sarjadzások szövege a mirigyek állományát legnagyobb-részt tönkretette.

Analysálja ezután a hypophysis-cachexia tüneteit; a senectus praecox-ot, a hypotrichosist; az esetek nagyrésztében jelentkező vérszegénységet, amely szintén okozati összefüggésben állhat a hypophysis változásaival. Szól a dystrophia adiposogenitalis és a pluriglandularis sclerosis elkülönítéséről a hypophysis-cachexiával szemben, majd a betegség klinikai felismerhetőségét tárgyalja. A hypophysis-cachexia kórképe még csak durvább körvonalaiiban van megalkotva s annak tökéletesítésére kell törekednünk nemcsak a boncolt esetek pontos leközlésével, hanem klinikai észlelésekkel, anyagcserevizsgálatokkal és állatkísérletekkel.

2. Baló József: A hypophysis mellső lebenyének elhalásáról és ennek következményeiről. A hypophysis eredetű cachexia eddig ismertett eseteiben a megbetegedés leggyakrabban pueralis sepsis után keletkezett. Már Simmonds első esetében arra gondolt, hogy a hypophysis eredetű cachexia alapját tevő mellső lebenypusztulás emboliás folyamatok eredménye. Később Simmonds, Merkel, Fraenkel és Fehr kimutatták, hogy a hypophysis mellső lebenyében anaemiás infarctusok keletkezhetnek.

Előadó négy esetben találta a hypophysis mellső lebenyének elhalását. Első és második esetben cukorbetegségben szenvedő egyének kaptak infarctusokat a hypophysis mellső lebenyében. Az infarctust okozó embolus az első esetben nem volt megtalálható. A mellső lebeny elhalása mindkét esetben nagy kiterjedésű volt. Bár a hypophysis megbetegedései diabetes mellitushoz vezethetnek, előadó az infarctust inkább a diabetes mellitus következményének, mint okának tekinti. Harmadik és negyedik esetben a hypophysis mellső lebenyének kisebb necrosisai fordultak elő. Állatkísérletek eredményeivel való összehasonlítás után a hypophysis mellső lebenyének necrosisait három csoportba sorozza. Kis necrosisok következményekkel nem járnak. Közepes nagyságú necrosisok elhagyása után a mellső lebeny zsugorodásához vezetnek és ilyenkor lassankint kifejlődik a hypophysis eredetű cachexia. Igen nagy necrosisok gyors leromlással hamarosan halált okoznak s ilyenkor a hypophysis eredetű cachexia ismert tüneteinek nincs idejük kifejlődni.

Hozzászólások: Szondi Lipót: 49 éves, hajadon nőbeteg demonstrálja a cachexia hypophysipriva (Simonds) tüneteit. Főérdeklődése, hogy a jellemző tünetek fellépése előtt és után a sella turcicáról készített radiogram segítségével sikerült élőben

igazolni, hogy e tünetcsoport valóban hypophysis eredetű. A tünetek kialakulása előtt ugyanis a töröknyereg normalisnak és meszfoltoktól teljesen mentesnek bizonyult; a tünetek teljes kialakulása után a sella röntgenképe borsónyi mérszögöknek megfelelő árnyékokat mutat, jelölül annak, hogy az agyfüggelék elmeszesedéses elhalásnak indult. A hyposomiás beteg egyébként a következő tüneteket mutatta: 1. pubertas retardata és súlyos dysmenorrhoea után 43 éves korban beállott climax; 2. egy évvel utána: súlyos súlycsökkenés, polyuria, polydipsia, polyphagia (glycosuria nélkül és normalis vértükör mellett); 3. csakhamar körömhullás, fan-, hónalj-, szemöldök-, szempillaszőrzet-kiesés, majd teljes alopecia; 4. marasmus senilis, somnolens; 5. pajzsmirigy és nemiszervek senilisen sorvadtak; 6. apathia; 7. Abderhalden-bontás: pajzsmirigy, mellékvese, ovarium, pancreas és hypophysis bontást mutatott. Wa. R.: neg. Vérnyomás: 140 mm Hg. Adrenalin-tűrés. Organotherapia: eredménytelen.

Büchler Pál: Bailey, Percival és Bremer vizsgálataiból kiderül, hogy a regio sublamina, tuber cinereum és parainfundibularis regio sértésére cachexia hypophysaria támadhat kutyánál. Egy esetben adenoma pusztította el a hypophysis mellső lebenyét és cachexia nem fejlődött. Úgy látszik, hogy a hypophysis, az infundibulum és a diencephalon cachexia szempontjából is egységes szervet képez.

Gerlóczy Géza: Egy 18 éves hypophysaer törpénél, aki az infantilismus tüneteit leszámítva különben ép, a hypophysis daganatának röntgenbesugárzása után feltűnő elesettséget, nagy lesóványodást, jelentős vérszegénységet stb., egyszóval cachexiára jellemző tünetcsoport kifejlődését észlelte. A beteg távozván a klinikáról, további sorsáról nincs módjában beszámolni. Ez eset annyiban is tanúságos, hogy, bár jelentős halálozási arányszám mellett érhető idegenkedés nyilvánul meg a hypophysistumorkok chirurg. v. rhynolog. beavatkozásával szemben, a röntgentherapia sem tekinthető teljesen veszélytelennek.

Bálint Rezső: Jungmann hypophysaer tünetként izolált sókiválasztási zavart ír le, melyet kísérletileg is létre tudott hozni. Egy esetében, mely polyglandularis sclerosis tüneteit mutatta, ilyen izolált sókiválasztási zavart észlelt. A boncolás az összes belső secretiók mirigy sclerosisát mutatta, csak éppen a hypophysisét nem.

Zárószó. Buday Kálmán: A Szondy tagtárs által bemutatott esetre nézve, amelyben a röntgenkép elmeszesedéseket derített ki a hypophysis területében, megjegyzi, hogy Fahr esetében a mikroszkopice látszólag ép hypophysis szöveti vizsgálatakor nemcsak erősen sorvadt volt, hanem nagyszámú mérszemes tartalmazott. Büchlernek azt válaszolja, hogy a hypophysis-cachexiát nem tüntette fel a mellső lebeny-sorvadás szükségszerű következményének; annál kevésbé tehetette ezt, mert tudomása van olyan dystrophia adiposogenitalis-esetekről, amelyekben csupán a mellső hypophysislebenyben találtak majdnem teljes pusztulást. Ezen kérdésben még a jövő vizsgálatok kell hogy tisztázzák hozzanak, éppúgy a tekintetben is, hogy a hypophysisen kívül elhelyezkedő s csupán az agyalapra nyomást gyakoroló kórfolyamatok is előidézhetik-e a hypophysis-cachexia kifejezett kórképét.

A „Charité” Poliklinika február 16-iki II. orvosi szakülése.

Elnök: Engel Gusztáv.

Jegyző: Szemző György.

Bemutatás. 1. Fried Dezső: Pollakisuria intravenás Ca-therapiával gyógyított esete. 55 éves nőnek 8 év óta gyakran van vizeleti ingere, incontinentiája cystitis nélkül, ami minden kezelésnek ellentállt. Három ízbeni intravenás afeinil, egy ízbeni intravenás CaCl₂ hatására 2 hónap óta panaszmentes. Az utolsó injectióval kapcsolatos gangraenája néhány hét alatt gyógyult.

2. Fleischner Gyula: Cataracta cortic. post. stellata esete, mely retinitis pigmentosához társult. Focalis világítás mellett szépen látható.

3. Baneth Aladár: Lumbaltáji fájdalmak egy ritka okáról. 35 éves férfi a háború alatt maláriás volt. Azóta lumbalis fájdalmak főleg lehajoláskor, kocskikázás vagy obstipatiók kapcsán. Kisfokú léptumor, bal hypochondriummal nyomási érzékenység. Hernia inguin. Röntgen szerint (irrigoscopia) a flexura lienalisnál kifejezett spasmus, mellette a colon transversum felső szakaszán széles vízszintes folyadékniveau, felette légbolyag. Mindezek szerint periplenitis okozta adhaesiákat diagnosztisált, amit a műtét igazolt. Azóta fájdalmai megszűntek.

4. Preisach Izidor és Lénárd Vilmos: Dibotriocephalus esete (demonstratióval). 58 éves férfi bélsarabban, aki 4 évvel ezelőtt hosszabb időt töltött Stockholmban és Kopenhágában, ahol sok halat evett, botriocephalus-peték találtak. Főpanasza az állandó fáradtság és álmoság, anaemiája nincs. Féregelhajtás filix mas extractumával teljes sikerrel járt, gyógyulás tökéletes. A féreg és peték bemutatása.

5. Szemző György: A ductus Wirsungianus izolált elzáródásának esete. 44 éves nőnek hetek óta, 3—4 naponként, étkezéstől független baloldali epigastralis fájdalomrohamai vannak. Bőre normális, szervek rendesek, mulólag tipikus zsírszéké van; ugyanekkor a duodenális nyelven a pancreas fermentumok hiányzanak. A vizeletben a diastase megszaporodása a steatorrhea megszűnése után is kimutatható. A Röntgen-felvétel az I. és II. ágyékcsigolyaközti cartilago intervertebr. magasságában, a gerincoszloptól kissé jobbra, homályos árnyékot mutat. Próbareggeli: Hypersecretio, HCl 60, Ó A 70. Glycosuria 200 gr krumplícukor elfogyasztása után sem lép fel. Vércukor (égyomorra) 0.16%. Vénnyomás 140 mm Hg RR. Diagnosis: Duct. Wirsung. muló, valószínűleg lythiasishoz kapcsolódó, spasmus okozta obstructiója. Therapia: Antispasticumokkal preventív kezelés, az operatiót illetőleg expectativ álláspont; 2 hét óta tünetmentes.

6. Kövesi Géza: Kryptorchismusos here primaer tumorából kiinduló tüdőmetastasis. Az eset tárgyalása és Röntgen-felvétel bemutatása.

Előadás.

1. Kövesi Géza: A szívbántalmak therapiája. A digitalisnak minden insufficientia, arhythmia perpetua esetén indicált alkalmazásának határt szabnak az intoxicatiós jelenségek és szívbigeminia, bár a cumulatio veszedelme nem túlságosan nagy. Adagolásmód: systoles hatás elérésére intravenás, diastoles hatásra peroralis. A fertőző betegségekhez kapcsolódó szívgyengeségek, vasomotorbénulások esetén inkább az intravenás adrenalin-kezelés részesítendő előnyben. A pitvarcsillóság kezelésében gyakran jól beválik a chinin, bár ennek a pitvarcontractiók normális rhythmusát visszaállító hatása csak muló. Rendszeres használata előtti este 0.20-as dosis probativ alkalmazása ajánlatos. Angina pectorisnál a Budingen ajánlotta intravenás szőlőcukor-therapiától egyes esetekben eredmény várható. Peroralis cukoradagolás kevésbé frappáns, de szintén jól hat.

Hozzászólás. Leinhardt Alfréd: Egy izben digipuratum-tabletták adagolása után urticariát figyelt meg; mivel magyarázható ez? Kérde továbbá, hogy a glycose-infúziók okozta lázak nem hozhatók-e összefüggésbe a hőcentrum direct izalmával? Adrenalinot vasomotorbénulásnál subcutan és intramuscularis alkalmazás mellett is több izben jó hatást látott, miért is az intravenás alkalmazást nem tartja föltétlenül szükségesnek. Megemlíti még, hogy egy esetben novasurol egyszeri injectiója után colitis haemorrhagica fejlődött ki, miért is ezzel a szerrel szemben óvatosságra int.

Körmöczy Emil: Nem fogadhatja el azon megállapítást, hogy a digitalis az infectiosus bajokhoz csatlakozó acut szívgyengeségeknél hatástalan. Régi orvosok tanításai, a saját tapasztalata, de meg az elméleti megfontolás is ezen megállapítás ellen szól. A szóban levő acut szívgyengeségeknél a szív izomzatának működése gyengült a toxinhatás folytán és a vér jó része edénybénulás folytán a splanchnicus területeiben van elhelyezkedve. A digitalis erősíti a szívizom erejét — a vagus-hatás folytán hosszabb lesz a dyastole —, a splanchnicus terület véredényeire pedig szűkítőleg hat és a pangó vér a nagy vérpályába terelődik. A baj csak az, hogy a digitalis hatása lassabban következik be, azért prophylactice, vagy intravenásan kell adni. Az adrenalin erős segítőnk a heveny szívgyengeségek elleni küzdelemben, de vigyáznunk kell, hogy mindig tiszta és friss oldatot adagoljunk. Az a tapasztalata, hogy az adrenalin intramuscularisan is hat, de hatása csak 1—2 óráig tart, ekkor újból kell adagolni (0.2—0.4); csak sürgős esetben adna intravenásan (0.1—0.4), és akkor is physiologiás konyhasóoldattal keverve. Ha a collapsus javult, jó áttérni az intramuscularis injectiókra (naponta többször).

Kövesi Géza: A digipuratabletták következtében fellépő urticaria talán a tablettákat szennyező anyagoktól eredhetett. A glycose-injectiók hőcentrumot közvetlenül izgató hatása nem zárható ki. A novasurol alkalmazásánál a kis dosisokkal való dolgozás és egyéni kezelés szükséges, ily cautelák mellett jó therapiás eszköz. Ha fertőző betegek keringési insufficientiájánál szívgyengeség és vasomotorbénulás nem választhatók teljesen szét, a digitalis és adrenalin-therapia combinatiója indokolt.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A bronchus betegségeinek kezelése a beteg ferde fektetésével. Schaefer. (Klin. Wochenschrift. 1923., 6. sz.)

A szerző bronchiectasiás betegeket kezelt a Quincke által ajánlott ferde fektetéssel: a beteget az ép oldalára fektetik, az ágy végét 30—40 cm-re felemelik, hogy így elősegítsék a köpet kiürülését. Eleinte csak félórát marad így a beteg, később azonban könnyen elviseli két óra hosszat is, s a kezelést heteken át lehet folytatni. Hypertoniás és szívbeteg nem alkalmasak az ilyen kezelésre. A nyolc bronchiectasiás beteg egynek kivételével

mind nagyon szépen javult a kezelés alatt. A köpet mennyisége mindig kevesebb lett, a láz, a köhögés megszűnt, a közérzet javult. A betegek még menthol-eucalyptolinjectiókat is kaptak intramuscularisan. Két tüdőtályogot is kezelte így a szerző: az egyik hatheti kezelés után meggyógyult, a másik semmit sem javult. Ez utóbbinak azonban a tályogja a felső lebenyben volt, s már Quincke azt tapasztalta, hogy ha a bronchiectasia a felső lebenyben van, a kezelés semmit sem használ. Egy fiatal nőnek négy éve tartó súlyos bronchitis foetidáját gyógyította meg a szerző ezzel a kezeléssel. Sarvay dr.

Újabb adatok a herpes és enkephalitis epidemica virusának azonosságához (Doerr—Schnabel-elmélet). Schnabel A. (Wiener klinische Wochenschrift. 1923., 5. sz.)

Különböző kutatók által (Levaditi, Hervier, Doerr, Schnabel) enkephalitisések gerinccsatorna folyadékából vagy agyállományából nyert vírusok közös sajátága, hogy ugyanúgy viselkednek, mint a herpes febrilis kórokozója és így ehhez vagy nagyon közel állanak, vagy azonosak vele. A különböző eredetű vírusokkal végzett kísérletek eltérő eredményeinek magyarázatát a passage különbözőségében gondolja. Ennek igazolására a következő kísérleteket végezte: különben egészséges egyének beszáradt ajakherpes-hólyagának tartalmával nyulakat cornealisan oltott; 5 nap mulva localis reactio a nyúl corneáján, mely 8 nap mulva gyógyul. 20 nappal az oltás után a nyúl általános tünetek között betegszik meg és néhány nappal azután aluszékonyság, nyálfolys és paraplegia tünetei között elpusztul. A szövettani vizsgálat a nagyagyban, de különösen a középsőgyanban majdnem kizárólag monocytalemekekből álló sejtszaporulatot mutat az erek körül, ezenkívül glia- és polyblasttermesztett burjánzásokat. Az ilyen körülmények között elpusztult nyulak agyállományával cornealisan fertőzött állatok heves herpes kerato-conjunctivitis lezajlása után teljesen egészségesek maradnak, ezzel szemben ugyanezen anyaggal intraduráisan oltott állatok általános izalmi tünetek között meglehetősen hamar pusztulnak el polymorphmagv leukocytákból álló meningealis infiltratiók kíséretében; az elpusztult állatok agyvelőjéből nyert vírus tovább oltva mindig hasonló tüneteket idéz elő és a passage folyamán csak az incubatiós idő rövidül meg. Az ajakherpesvírussal fertőzött és elpusztult állatok agyállományát 7 napi glycerinben való conserválás után oltva tovább, corneális oltás localis reactiót nem vált ki, viszont úgy a cornealisan, mint a cerebráisan oltott állatok hosszabb incubatio után hasonló tünetek között pusztulnak el és a boncolásnál hasonló szövettani képet mutatnak, mint az eredetileg oltott állatok. Ilyen módon a passage folyamán a vírusnak egy „lethargiás” és „myokloniás” alakja nyerhető. A vírusok azonosságának igazolására saját ajkára egy cerebráisan fertőzött és az általános tünetek idejében leölt nyúl agyemulsióját oltotta és 3 nap mulva ott typosus herpes hólyagok keletkeztek. A folyamat egy hét alatt, láz és általános tünetek nélkül gyógyult. Ugyanezen herpes hólyag tartalma nyulak corneájára oltva, heves kerato-conjunctivitis lezajlása után typosus általános tünetek között az állatok halálához vezetett. Különösen érdekes észlelése, hogy nyála, mely a herpesfertőzés előtt nyulak corneáján elváltozást nem okozott, egy héttel az ajakherpes lezajlása után oltva még mindig teljesen a typosus megbetegedést váltotta ki. Ezekkel a kísérletekkel a két vírus azonosságát igazolták látja.

Sebészet.

Hasnyálmirigykörüli zsirelhalás a diverticulum Vateribe beékelődött epekő miatt. Schottmüller. (D. m. W., 1923., 4. sz.)

Negyvenéves asszony epekőrohamok után súlyos tünetek között műtetre került, mikor is nála kezdődő hasnyálmirigykörüli zsirelhalást találtak, melyet a Vater-szemölcsbe beékelődött három, borsónagyságú epekő idézett elő. A kövek eltávolítása után a beteg meggyógyult; a zsirelhalás bizonyosságul az elhalt szövetekben, vegyileg hasnyálmirigyfermentum volt megállapítható. Borsos.

Adatok az izegerek tanához. Hartwich A. (Archiv für klin. Chir. 1922., 120. k., 4. f.)

Az ellentmondó irodalom rövid méltatása három eset kapcsán. Kiemeli König álláspontjának a helyességét, aki az izegerek keletkezését részben eróművi behatásra, részben osteochondritis dissecansra vezeti vissza. Az izegerek eredetét biztosan sem a röntgen-, sem a görcsövi vizsgálat nem deríti ki; ezért fontosnak tartja a vizsgálatot keletkezésük kezdeti szakában. Neuber.

Vaccinotherapiával gyógyult bac. pyocyaneus okozta urethritis. A. Grimberg és M. Uzan. (Journ. d'Urol., XIV., 4. sz., 283. oldal.)

Több izben kiújuló urethritis szövődményes jobb térdizületi gyulladással, melynek okozója gonococcuson kívül staphylococcus és bac. pyocyaneus. Hat lipogen befecskendezésre a folyás gonococcusmentes lett és az arthritis javult, autovaccinakezelésre (6 injectio) mindkét folyamat gyógyult, bizonyítékul a

vaccinotheraphia fajlagos voltára és egyben arra a körülményre, hogy az izületi gyulladásban a járulékos fertőzésnek is része volt.

Adler-Rác.

A hólyag allantois eredetű vegyes daganata. *Ch. Lencermant.* (Journ. d'Urol., XIV., 47. sz., 273. o.)

55 éves nőbetegnél 8 évi szünet után újból metrorrhagia lépett fel; hólyagpanaszok hiányoztak, 570 gm súlyú, kívülről méhfibromának látszó, részben szolid, részben cystosus tumor, műtéti eltávolítása után gyógyult. A daganat a hólyag felső pólusának submucosájából indult ki, a nyálkahártya fölötté ép; szöveti szerkezete részben orsósejtű sarkoma, részben epithelioma tubulare képét mutatja, helyenként a két typos teljes keveredésével. A daganat kiindulási helye, typusa és az idevágó irodalom szerint az allantoisvezeték visszamaradt részeiből származhatott és egyéb a hólyagból kiinduló daganatokkal szemben kevésbé rosszindulatú.

Adler-Rác.

A gyomorsülyedés műtéti kezelésének és az általa elért eredményeknek áttekintése. *E. Wehner dr. és H. Böker.* (Münch. med. Wochenschrift, 1923., 2. sz.)

Gyomorsülyedésnél gastroenteroanastomosis készítését szerző csak a retentióval társult esetekben tartja megengedhetőnek. Az irodalomból összeállított statisztika szerint a gyógyulás 34%-ra tehető. Jobb eredményeket adnak azok a módszerek, melyek a gyomor felfüggesztőszalagait igyekeznek megrövidíteni vagy egyszerű redőzéssel (Beya-Bier), vagy szabad bonyecsikoknak a lig. hepatogastricumba való beültetésével (Havlicsek-v. Rothe). A gyomor indirect emelését célzó módszerekhez átmenetet képez Douglas eljárása, melynél a ligamentum hepatogastricum megrövidítése után a lig. gastrocolicumot az elülső hasfalhoz rögzíti. 10 esete közül 9-nél javulást látott. Hasonló Coffey omentopexiája, melynél a lig. gastrocolicumot nagy kiterjedésben az elülső hasfalhoz varrja, miáltal kifeszíti a mesocolont, amelyen a gyomor mint egy rajta fekszik. Rowsing gastropexijánál 64%-ra teszi a gyógyulást. Bircher ez eljárást úgy módosította, hogy a gyomor hátsó falát hosszirányú redőzéssel megrövidítette s csak ezután rögzítette az elülső gyomorfallal. Tíz esetben jó eredményt ért el. Duret egy selyemfonállal a gyomor serosáját és muscularisát három öltéssel a fali hashártyához rögzíti. Szerző 14 esetben alkalmazta az eljárást, ezek közül három gyógyult, hat javult. Perthes a lig. teres hep-t használja fel a gyomor emelésére, amennyiben azt a pylorustól kezdve a kis görbület mentén a serosa alá fűrt legelőn átvesszi és a bal hátsó ret. pharynxhoz rögzíti. Vogel eljárása ettől csak annyiban különbözik, hogy a lig. teres hep-t a gyomor kis görbületére helyezve, a serosavarratokkal sülyesztette és rögzítette. Pagenstecher a lig. teres és a lig. suspensor hep-et a gyomor elülső falához varrta és így igyekezett azt emelni. Klapp kilenc esetben a gyomrot a bal bordaívhez rögzítette, jó eredménnyel. Gelpke az elülső gyomorfallal annak közepén, a nagy görbülettel párhuzamosan a bordaívhez vagy az elülső hasfalhoz rögzítette, hét esetben mindig jó eredménnyel. Hartmann egy esetben a gyomrot baloldalt a rekeszkúp alatt a fali hashártyához varrta jó eredménnyel. Kameron a gyomrot katgutöltéssel a máj állományához rögzítette eredménytelenül. Schlesinger ék alakú gyomorresectiót ajánl annak középső részében, egy esetben jó eredményt ért el. Szerző hasonlóan jó eredményt látott a resectiótól egy, a kis görbületen ülő, callosus, két fekélyvel szövődött esetben, ami bizonyítja, hogy ezen műtéti eljárással gyógyítható a gyomorsülyedés.

Sailer.

Bőr- és nemikórtan.

Myelitis transversa gonorrhoeica. *Dr. A. Polony.* (Dermat. Wochenschr. 1923., 3. sz.)

A myelitis transversa acut fertőző betegségek után (typhus, influenza, orbánc stb.) ritkán fel szokott lépni. Szerző szerint az irodalomban gonorrhoea után myel. transversa még nincs feljegyezve. Egy betegénél complicált és alig kezelt akut gonorrhoeával kapcsolatban négy hónap múlva jelentkezett a kórkép, amikor is beteg a baj első tünetét úgy észlelte, hogy forró lábvíz vételekor nem érezte a vizet melegnek, majd alszárfaidalmak és nehéz járás jelentkeztek, amelyek két hónap múlva teljesen megbénították. Így került szerzőhöz kórházi kezelésbe. Az összes izom- és inreflexek teljesen hiányoztak; a detrusor, valamint a hólyag- és végbélsphincter bénultak; a keresztlájon levő, tenyéryi, igen mély decubitus teljesen érzéstelen; a vizelet centrifugumában igen sok tipikus gonococcus. Beteg hat napon belül három intravenás, erős reakcióktól kísért arthiginjectiót kapott, mire állapota javult és a decubitus fájdalomassága visszatért. A továbbra várható javulás (a decubitus következtében beállt sepsishalál miatt) nem volt észlelhető. *Polony* a leírt esetben bizonyosnak tekinti a gonorrhoeás aetiologiát.

Steiger-Kazal.

Támasztókészülék psychikus impotentia eseteiben. *Dr. L. Pollmer.* (Dermat. Wochenschr. 1923., 1. sz.)

Az organikus és psychikus impotentia határai sokszor egymásbafolyóak. Az esetek legnagyobb százalékában azonban psychikus gátlással van dolgunk. A gyógyszerelés, a faradizálás,

az organo-therapia és az orvos suggeráló ereje azonban nagyon sokszor elégteleneknek bizonyulnak és ilyenkor kísérlet teendő oly támasztókészülékkel, mely lehetővé teszi a penis imissióját. Az imissio utáni természetes, peripher izgalmak többnyire erectióhoz és végül ejaculatiohoz vezetnek. A betegnél, miután így meggyőződik, hogy impotentiaja csak psychogen természetű, az önbizalom lassan-lassan visszatér és jól alkalmazott psychotherapia mellett normalis viszonyok állhatnak be. *Pollmer* az általa megszerkesztett készüléket leírja és elért eredményei alapján ajánlja.

Steiger-Kazal.

Az ornyálkahártya lupus vulgarisának kezelése. *Dr. Eschweiler.* (Derm. Wochenschr. 1923., 2. sz.)

Szerző az éles kanállal való kaparást, a cauterral és chemikáliákkal (tejsav, pyrogallus stb.) való roncsolást elvetendőnek véli, miután a recidivák miatt gyakran kell megismételni a beavatkozásokat, és fájdalmas voltak miatt a beteg nem tűri őket. A nyálkahártya kívülről való röntgenezésénél az ép nyálkahártya nem kerülhető el és így az is ki van téve az atrophia veszélyének. *Eschweiler* ultraviolet sugárakat alkalmaz endonasalisán, és pedig úgy, hogy arra alkalmas (a fogászati praxisban használatos) kvarccsővet helyez el az ornyílásban, melyenél a beteg nyálkahártyaterületre illesztve, majd a Kromayer-féle kvarclámpa foglalatát a cső másik végéhez illeszti. 5—30 percig is lehet működtetni a lámpát, anélkül, hogy a betegre kellemetlen vagy ártalmas volna. A garatnyálkahártyát vattatamponnal kell óvni. Szerző igen szép eredményekről számol be.

Steiger-Kazal.

Védekezés a congenitalis syphilis ellen. *G. A. Wagner.* (Med. Klin. 1923., 1. sz., 18. l.)

Szerző tagadja a paternális fertőzés lehetőségét és a magzat fejlődését az intrauterin fejlődés idejére teszi. Hangsúlyozza a higany- és salvarsan-kuráknak a magzat életére való kedvező hatását. Tehát nagy súlyt helyez a lues serologiai vizsgálatára. Gravidáknál 10% pozitív Wassermann- és még nagyobb százalék Sachs-Georgi- és Meinicke-reactio észlelhető. Ugyanis a graviditás második felében gyakori a nem specifikus pozitív reactio, valószínűleg a gravidák vérének megnövekedett cholesterol tartalma miatt. Ezért azt ajánlja, hogy ne csak a szülésre való jelentkezéskor, hanem a graviditás harmadik hónapjában, amikor tapasztalás szerint a legtöbb nő jelentkezik, végezzenek vérvizsgálatot, hogy az idejekorán alkalmazott antilueses kezeléssel a magzat még megmenthető legyen.

Somogyi.

Rögzítés magas hő behatására. *H. Schridde.* (Klin. Woch. 1922., 52. sz., 2563. l.)

Magasfeszültségű (220 Volt felett) elektromos áramok okozta égéseknél a bőrön kis kraterszerű behúzódások körül barnás-sárga udvar keletkezik. A mikroskopi képet centralisan structura nélküli sejttörmelék, peripheriásan az epithelben, néha az epithel és kötőszövet között számtalan üreg, mely az epithel hálószerűvé teszi, jellemzi. A szemcsés rétegben a magvak sűrűn egymás mellett vannak. Ezt a képet az elektromos sérülésekre sokáig specifikusnak tartották (Jellinek, Kawamura), míg végre a szerzőnek sikerült galvanocauterrel, később izzó platin-, acéttüvel emberen és állatkísérlettel hasonló pathologiai képet mutató laesiót létrehozni. Szerző szerint a jellegzetes képet az elektromos áram okozta bőregések, égési sérülések s a rendkívül magas hő hozza létre.

Somogyi.

VEGYES HÍREK

Bud. kir. Orvosegyesület március 3-iki ülésének napirendje: Bemutatás: 1. *Erdélyi József:* „A nyelési tünet” értékelése a tüdőcsúcs Röntgen-vizsgálatában. 2. *Hedry Miklós:* Újabb adatok a járulékos hasnyálmirigy klinikai képéhez. 3. *Némái József:* Egy érdekes orvosi könyv. **Előadás:** *Frigyesi József és Láng Adolf:* Belső desinfectiós kísérletek a nőgyógyászati megbetegedések kezelésében és operálásában.

Tellyesniczky Kálmán, az anatomia tudós professora házasságra lépett nemes *Biró Júlia* úrnóval. Avval az örömmel adjuk közre ezt a kedves hírt, ami mindenkit el kell hogy töltsön, mikor látja, hogy egy sokat és eredményesen küzdő kiváló ember megtalálja a magához méltó asszonyban az élet nagy harmoniáját. (Szerk.)

John James Pringle dermatologus december 18-án halt meg 67 éves korában New-Zelandban, hová gyógyulni ment. Nagyobb dermatologiai munkát nem írt, de ennek dacára jelentékeny befolyást gyakorolt dermatologiai tudásunk fejlődésére.

Orvosok továbbképzése. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága február 22-én *Tóth Lajos* h. államtitkár elnöklésével ülést tartott. Az ülésen a ministeriumok, az orvosi fakultások, az országos közegészségi tanács és az igazságügyi orvosi tanács, a közkórházak, a poliklinika képviselői vettek részt. A legközelebbi tanfolyamot a honvédelmi ministerium által vezényelt katonarvosok számára 1923 április hó 9-től május hó 19-ig fogják tartani. Június hóban Budapest, Debrecenben,

Szegeden lesznek kéthetes tanfolyamok. Az Orvosképzés folyóirat megjelenése ez évre is biztosítva van. A bizottság egyhangúan elhatározta, hogy gróf Klebelsberg Kunó vall. és közokt. miniszternek feliratban hálás köszönetét fejezi ki azon hathatós támogatásért, melyben a bizottságot részesítette.

A német orvosi tanulmányi rend reformja. A német birodalom belügyministeriuma az orvosi tanulmányi rend reformjára vonatkozó hivatalos tárgyalásokat összeállította. Az eisenachi orvosi ülésen Schwalbe és Fischer referatumaik szolgálták alapul. A 22 német birodalmi orvosi fakultás delegáltjai Halleban, Schieck egyetemi tanár elnöklésével részletesen foglalkoztak a javaslatokkal, Meiningenben a német birodalom főiskolai referensei tanácskoztak.

A fontosabb kérdések, melyek tanácskozás tárgyai voltak, a következők: a tanulmányi idő meghosszabbítását minden tényező szükségesnek tartja. Az előtanulmányokra öt félévet szánnak, a klinikai tanulmányokra hat félévet. Az ápolás elsajátítását az elővizsgálat előtt a szünidőkben tervezik. Az első szigorlatnak kettéosztása tekintetében a nézetek még eltérők; akik a ketté osztást kívánják, a természettudományi tárgyak vizsgálatát a második félévre, az anatómia- és physiologiaét az ötödik félévre tervezik. Nagyon élénk megbeszélés tárgyát képezte, hogy a socialis orvosok, a socialis hygiene, az általános kórtan, orthopaedia, psychologia, a kóréletlen hallgatása kötelezővé tétessék-e?

Ugyancsak behatóan megvitaták a kórházi gyakorlati év fenntartásának kérdését.

Az összes forumok nyilatkozatai után most már a döntésre kerül a sor. Annyi azonban már most is bizonyos, hogy gyökeres átalakításról nem lehet szó. Igen tanulságos, hogy a kötelező gyakorlati év ellenzői kisebbségben maradtak. Lehetséges, hogy a magyar szigorlati rendnek a gyakorlati évre vonatkozó intézkedése követendő például fog szolgálni. G. E.

Öngyilkosság az amerikai orvosok körében. A Knopf. New-York Medic. Journ., 1923 jan.) Amerikában a szellemi munkások közül az orvosok körében van a legtöbb öngyilkosság. Statistikailag kimutatta 1921-ben 69 halálos végű. Az előző évhez képest 100% emelkedés mutatkozott. Szerző véleménye szerint ennek oka nemcsak az orvos működésének kimerítő voltában keresendő; oka az is, hogy sokan csak üzleti szempontból, minden magasabb ethikai cél nélkül lépnek az orvosi pályára. Leggyakoribb az öngyilkosság a 30. életév körül.

A nőket, családai útján nélkül elvet, a racionális társadalmi életnek hiánya, ami sokszor a hivatás következménye, a születési praxissal járó álmatlan éjszakák szintén okai a lelki összeroppanásnak. Ha az orvos több állást tölt be, ez önmagának is és a köznek is hátrányára van. A foglalkozás okozta kimerülés álmatlanná teszi az orvost, ez pedig gyakran narcoticumokkal való visszaélésre, végül pedig öngyilkosságra vezet. (1700 morphinista és hasonló beteg közül 405 orvos szerepel.) Ha az orvos túlságosan beleéli magát betegeinek sokszor reménytelen állapotába, ez szintén megrendítheti lelki egyensúlyát. Tanácsolja a szerző, hogy legyen az orvosnak hite, mert minden vallás kivétel nélkül lelki megnyugvást hirtet. A fiatalabb generáció kötelessége volna az arra szoruló, munkaképtelenné vált kártársakon segíteni, mint azt Freudenthal és Morris stb. New-Yorkban egy megfelelő intézmény létesítésével meg is tették. Ezt az intézményt sok hálás patiens is támogatná, ami nem menne könyöradomány számba, hanem csak méltányosság és igazság volna, melyet minden orvos, ki életét embertársainak szentelte, meg is érdemel.

Az Országos Balneologiai Egyesület március hó 16. 17 és 18-án tartja XXVIII-ik kongresszusát és évi közgyűlését, melyekre az érdeklődőket tisztelettel meghívja. Az ülések helye a Budapesti kir. Orvosegyesület Semmelweis-terme. Napirend: A kongresszus I. ülése március 16-án, pénteken d. u. 5 órakor. Vámosy Zoltán: Elnöki megnyitó. Szontagh Tamás: Ásványvizek hydrogeologiai kutatása. Nékám Lajos: A fürdők hatása az egészségre és a beteg bőrre. Keller Kálmán: A vér víz tartalmának változása thermalis behatásokra. Sümegi József: Újabb elméletek a balneologiai és physikai beavatkozások hatásáról. A kongresszus II. ülése március 17-én, szombaton d. u. 5 órakor. Tausz Béla: A balneoterapia mai állása Csonka-Magyarországon. Farkas Márton: Psychoneurosis és hydrotherapia. Scharl Pál: A napfürdők alkalmazása a tüdőtuberculosis gyógyításában. Benczur Gyula: Az ivókúrákra vonatkozó modern ismereteink. Berger Iván: A gyógyiszapok physikai tulajdonságai. A kongresszus III. ülése március 18-án, vasárnap d. e. 10 órakor. Dalmady Zoltán: Adatok Budapest éghajlatának orvosi ismeretéhez. Ováry Ferenc: A Balaton gazdasági üzemei. Közgyűlés március 18-án d. e. 11 órakor. Napirend: Elnöki megnyitó. Titkári jelentés. Pénztáros jelentése. Az igazgatótanács előterjesztése a fürdő-törvényjavaslat tárgyában. Az igazgatótanács előterjesztése az alapszabályok módosítása tárgyában. Esetleges indítványok.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

M. TUD. TARS. SAJTÓVÁLLALATA RT. BUDAPEST. — SZABÓ T. ISTVÁN.

MEGJELENT!

MAGYARORSZÁG ORVOSAINAK ÉVKÖNYVE ÉS GIMTÁRA

33. évfolyam 1923. évre.

Az összes megrendelt és kifizetett példányok már elküldettek.

Bolti ára 2000 korona

„PETŐFI” IRODALMI VÁLLALAT
Budapest VII. Kertész-u. 16. Telefon: József 106-47

Dr. Doctor ORVOSI LABORATORIUMA BUDAPEST
IV. KOSSUTH LAJOS-UTCA 3. TELEFON: 697.

DAJKA INTÉZET, VI. SZIV-U. 69. — Wassermannra vizsgált szoptatók dadák felett állandóan rendelkezik. — Telefon: 93-22

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos
kezelésekre.
Budapest V, Vilmos' császáru-út 18. I. emelet. Telefon: 13-98.
Diathermia. Quarz. Spectrosol. Ivlámpa. Négyrekeszes fürdő. Fényszekrény. Hűvelő-
fény- és hőlámpa. Elektrotherapia. Franklinisatio. Fön. Vibratios massage. Zander-
stb. kezelések. Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő, Dr. Kovács József.

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma
VI. Teréz-körút 22. • Telefonszám: 121-02.

Dr. GRUNWALD SZANATORIUMA
BUDAPEST, VILMA KIRÁLYNÉ-ÚT 11-15. Telefon: József 52-29
Sebészeti, nőgyógyászati és szülészeti osztályokkal. Legmodernebbül berendezett Röntgen-
és vegyi laboratóriumok. Belgyógyászati, diagnosztikai és diétás osztály, valamint vizsgy-
intézete ez évben nyílt meg. MÉRSEKELT ÁRAK. SZABAD ORVOSVÁLASZTÁS.

Physicalis, Röntgen-, se-
rologiai és bakteriologiai
vizsgálatok. Specifikus
oltások, quarz és művi-
pneumothorax - kezelés.
DR. RAJNIK PÁL Budapest VII.
Vilma királyné-út
11. szám (Fasor).
Tüdőbetegségek diagnosztikai rendelője
Telefon: József 14-51.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratóriuma. Budapest
V, Nagykorona-u. 52. Telefon 87-73.

RÖNTGEN-ODELGA

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

Budapesti medico-mechanikai Zander- és physikai gyógyintézetben
(IV., Semmelweis-utca 2. — Telefon: József 4-12.)

Orthopaedia: eredeti teljes Zander-gépsorozat; svéd torna; hőlég, diathermia, elektro-
therapia, ultra-omnes- és bergonie-készülék; oxigén-, ozon-, vas, villany-
fény- és négyrekeszes fürdők; orvosi massage; quarzfény; Röntgen.

Nyilatkozat.

Az ORVOSI HETILAP 6-ik számában megjelent Ponndorf-féle nyilatkozattal szemben teljes objektivitással meg kell állapítanunk, hogy az lényegében valótlanúságot tartalmaz, miután mi sehol, soha sem állítottuk, hogy a mi

SKARI-PERTUBIN

készítményünk a Ponndorf-féle készítménnyel azonos volna. Sehol sem céloztunk összetévesztéseket a két-féle készítmény között, abban semmi érdekünk sem volna, sőt ellenkezőleg ez alkalommal is hangsúlyoznunk kell, hogy a mi

SKARI-PERTUBIN

készítményünk, amely a complex tbc.-s antigen összes ható faktorait (tuberkulin, előlt intakt és viasztala-nított tbc. bacillusegyedek, lipid-szerű anyagok stb.) egészen jellegzetes módon tartalmazza, ezen specifikus összetételénél fogva egészen jellegzetes hatástani effektusokat vált ki.

Fel kell tehát hívnunk az igen tisztelt orvos urak figyelmét arra, hogy a Ponndorf-féle nyilatkozat, amelyre semmi szükség sem volt, nem egyebet célzott, mint egy — bár tagadhatatlan kereskedelmi ügyességgel —, de nem túlságos előkelőséggel elhelyezett reklámot.

Budapest, 1923 február hó 25-én.

**Dr. Pápay-féle oltóanyag-
és szérumintézet Rt.**

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága:

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK:

Fuchs Dénes és Fekete Sándor: Adatok a terhességi fehérjevizelés ismeretéhez. (97—98. oldal.)

Thurn-Rumbach István: Chronicus emlőeccema Hormon-therápiája. (98—99. oldal.)

Erdélyi Jenő: Nyelöcsőben fennakadt idegen test két tanulságos esete. (99—100. oldal.)

Gerlőczy Zsigmond: Laboratoriumi és klinikai kutatások alap-

ján formált elméletek a fertőző betegségek mibenlétéről és a mindennapi jelenségek megfigyelése. (100—102. oldal.)

A Bpesti Kir. Orvosegyesület 1923 márc. 3-iki ülése. (102—104. o.)

A Közkórházi Orvostársulat 1923 febr. 28-iki ülése. (104. oldal.)

Kir. Magyar Orvosegyesület otológiai szakosztályának 1923 febr. 28-iki ülése. (104—105. oldal.)

Lapszemle. Belorvosian. — Sebészet. — Bőr- és nemikórtan.

— Fülgyógyászat. — Szemészet. (105—107. oldal.)

Könyvismertetés. (107. oldal.) — Vegyes hírek. (108. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti Egyetem III. sz. belgyógyászati (igazgató: báró Korányi Sándor dr. egy. ny. r. tanár) és II. sz. nőgyógyászati (igazgató: Tóth István dr. ny. r. tanár) klinikájának közleménye.

Adatok a terhességi fehérjevizelés ismeretéhez.

Írták: Fuchs Dénes dr. és Fekete Sándor dr.

A terhességi vesemegbetegedéseket vizsgálva¹ felmerült az a kérdés, mennyiben szerepel a fehérjevizelés előidézésében a terhes nőknek megváltozó testtartása. Ismeretes, hogy bizonyos constitutio mellett a vesék súlyosabb kóros elváltozása nélkül is mutatkozik fehérje a vizeletben, amely a testtartás változtatására eltűnik (orthostaticus vagy helyesebben lordoticus albuminuria). Feltételezhető volt, hogy a terhesség alatt egyéb tényezők mellett a testtartás megváltozása is előidézheti a terhességi albuminuriát, vagy legalább is egyes esetekben ez is szerepet játszhatik. Ezzel kapcsolatban ezen kérdés vizsgálatánál ki kellett terjeszkednünk az orthostaticus albuminuriánál kimutatható, ecetsavra kicsapódó fehérje (Essigsäurekörper: E. K.), valamint a chondroitinuria jelenlétének megállapítására és fokára vonatkozólag is.

Az orthostaticus albuminuria jelenlétéről meggyőződhetünk egyrészt a vizelet vizsgálata, másrészt a testtartás változásának a fehérjevizelésre gyakorolt hatása alapján. Régóta ismeretes, hogy az orthostaticus albuminuriánál ecetsavra kicsapódó fehérje van a vizeletben. Mörner volt az, aki kimutatta, hogy ez a fehérje serumalbumin, amely chondroitin-kénsav hatására kicsapódik, ha az utóbbi ecetsav hozzáadásával felszabadítjuk vegyületeitől. Pollitzer vizsgálatai alapján tudjuk, hogy az orthostaticus albuminuriánál, annak különösen laesionalis typusánál a vizeletben erős chondroitin-reactio van. Ha az ecetsavval megsavanyított vizelethez 1%-os serumalbuminoldatot adunk, chondroitin kénsavas fehérjéből álló csapadék képződik. A chondroitinuriát Pollitzer a különben fehérjementes éjjeli vizeletben is megtalálta az orthostaticus albuminuria laesionalis typusánál.

Straus a vesebajokról írt könyvében azt mondja, hogy nemcsak az orthostaticus albuminuriánál találjuk meg az E. K.-t, hanem más egyéb hosszantartó vagy állandósult albuminuriáknál is a reconvascentia időszakában. Eppen ezért az E. K. jelenléte nem használható fel meg-

¹ Fekete Sándor, Fuchs Dénes, ifj. Molnár Béla: A terhességi vesemegbetegedésekről. Orvosképzés 1922 Wiener Archiv f. klin. Medizin. 1922.

különböztető diagnostikai jel gyanánt a nephritises és nem-nephritises albuminuriák között. Szerinte az E. K. jelenléte egy tubularis laesionnak a jele. Egyébként Straus a saját tapasztalatai alapján megerősíti Pollitzernek azon adatait, hogy a chondroitin kénsavat az E. K. eltűnése után még hetekkel és hónapokkal is ki lehet mutatni, úgyhogy szerinte a chondroitinuriát ezidőszereint a veselaesio legérzékenyebb jelének tekintik, és pedig főképpen tubularis elváltozásokra. Mindezek alapján érdekesnek ígérkezett a terhesek vizsgálata a következő három kérdés tisztázása céljából:

1. összefüggésben van-e a terhességi albuminuria a terhesség alatt megváltozott testtartással;
2. milyen szerepet játszik a terhességi albuminuriánál kimutatható fehérjében az ecetsavra kicsapódó fehérje;
3. mennyiben mutatható ki a terhesség alatta chondroitinuria, mint a vesék laesiójának egyik legfinomabb tünete.

Vizsgálatainkat a II. sz. női-klinika háziterhes anyagán végeztük. Elsősorban annak a megállapítására törekedtünk, milyen változást szenved a testtartás a terhesség utolsó hónapjában, illetőleg mutat-e valami különbséget a gerincoszlop görbülete a szülés előtt és a szülés után. Ha a lordosis a terhesség alatt fokozódna, a gyermekágyban ismét visszanyeri a törzs rendes tartását és így módunkban van a változást megmérni. E célból vizsgáltuk a szülőnők lordosisának fokát a terhesség alatt és a szülés után 10 nappal. Az ágyéki gerincoszlop görbületét úgy állapítottuk meg, hogy a háti görbület legkiemelkedőbb pontját vonalzó segítségével összekötöttük a keresztcsont legkiemelkedőbb pontjával és derékszögű háromszög segítségével meghatároztuk ezen vonalnak az ágyéki gerincoszloptól való legnagyobb távolságát. Kiténik ilyen mérésekből, hogy a lordosis a terhesség alatt nem változik és az ilyen módon mért ivmagasság lényegesebb különbséget nem mutat. Az ivmagasság az egyes esetekben igen különböző, 12—46 mm között ingadozott, de a gyermekágy után is ugyanezen értékeket mutatta és lényegtelen változás is alig egypár esetben volt. Utánanévezve az irodalmi adatoknak, feltűnő, hogy míg a szülészeti tankönyvek gyakran említik a büszke tartást, a lordosist, addig az orthopaediai művekben csak egy helyen találtunk utalást erre. Schultess² a zürichi női-klinikán végzett mérések alapján megállapítja, hogy a terhesség alatt a lordosis nem fokozódik, a testtartás általánosan ismert megváltozása abban áll, hogy a test súlypontját megtartandó, a törzs hátradől. Ez a hátradőlés történhetik a boka- és a térdizületben, vagy a csípőizületben. Eszerint két typus

² Schultess: Zur normalen Anatomie und Physiologie der Wirbelsäule. (Joachimsthal: Handb. d. Orthopädie I. 536. (1905—7.)

különböztet meg. A terhes nők testtartása tehát csak a súlypont helyzetének megváltoztatása által jön létre, anélkül azonban, hogy magának a gerincoszlopnak görbületi viszonyai megváltoznának. Első kérdésünk feleletet nyert ezen megállapítással: a terhesség alatt a lordosis nem fokozódik, tehát a terhességi fehérjevizelés nincs összefüggésben a gerincoszlop megváltozott görbületével.

Ezen vizsgálatokkal párhuzamosan történt a vizeletek vizsgálata. Havonta egyszer az összes háztiterheseket a kora reggeli órákban felkelés előtt az ágyban megcsapoltuk, majd 2—3 órai járás és házimunka után a csapolást megismételtük. Az így nyert vizeleteket azután a következők vizsgáltuk. Minden vizeletpróbához 4 kémcsövet készítettünk elő. Az elsőbe 5 cm³ vizeletet adtunk, mely kontrollképpen szolgált, a második kémcsőben 5 cm³ vizelethez 5 csepp 20%-os sulfosalicylsavat cseppentettünk; a harmadik kémcsőbe 10 cm³ vizeletet adtunk s ehhez 8 csepp tömény ecetsavat adva összeráztuk, felét a negyedik kémcsőbe öntöttük és az így már ecetsavval meg-savanyított vizelethez (4-ik kémcső) 5 csepp 1%-os serum-albumin-oldatot adtunk. A leolvasás, a zavarodás fokának megállapítása, összerázás és kb. 1/4 órai állás után történt. Ily módon az 1. kémcső tartalma összehasonlításra, a 2-ik az összes fehérje, a 3-ik az ecetsavra kicsapódó fehérje (serumalbumin), a 4-ik a chondroitin-kénsav kimutatására szolgált. A zavarodás fokát keresztekkel jelöltük. Ilyen módon 120 terhesnél (V—IX. hónap) 172 vizeletvizsgálatot végeztünk. A részletes jegyzőkönyveket nem közölhetjük, az alábbi táblázatban a havonta megvizsgált anyag van tabellárisan összefoglalva.

Vizsgálati idő:	VIII. 30	IX. 10	X. 4	XI. 6	XII. 7	I. 10	II. 3	Ösz-szesen	0/0
Esetek száma	26	23	24	18	31	26	24	172	
Albuminuria									
{ fekvés után	12	13	17	15	28	19	19	123	71.5
{ járás után	7	15	19	15	27	21	19	123	71.5
E. K., ecetsavval kicsapható									
{ fekvés után	8	7	7	5	20	16	17	80	46.5
{ járás után	9	10	12	5	22	17	16	91	52.3
Chondroitin-uria									
{ fekvés után	22	20	11	8	31	19	18	129	75.0
{ járás után	23	20	16	5	31	19	18	132	76.1

A vizsgálatokból a következőket állapíthatjuk meg: ad 1. Az albuminuria kimutathatóságára a fekvés, illetve a járás (vízszintes és függőleges testtartás) általában nem gyakorolhat észrevehető befolyást. Úgy a fekvés után, mint a járás után teljesen egyformán 71.5%-ban lehetett kimutatni fehérjét.

ad 2. Ecetsavra kicsapható fehérjét fekvés után 46.5%-ban, járás után 52.3%-ban találtunk. Ebből következik, hogy a) a testtartásnak van valami, bár csak csekély, befolyása ezen albuminuria fokára, b) továbbá, hogy a terhességi albuminuria anyagát részben az ecetsavval kicsapható fehérje teszi ki.

Különösen kitűnik az utóbbi a sulfosalicylsavas és ecetsavas fehérjereactio erősségének összehasonlításából. Járás után erősebb E. K.-reactio volt 49 esetben (61%); továbbá az E. K.-reactio a sulfosalicyl-próbával egyforma erősségű volt 48 esetben. Olyan eset, amikor a járás után erősödött az E. K.-reactio és egyenlővé vált a sulfosalicylsavas próbával, 26 volt.

ad 3. Chondroitinuriát fekvés és járás után egyforma mértékben találtunk 75, illetve 76%-ban, tehát kb. olyan, vagy valamivel nagyobb mértékben, mint ahogy albuminuriát tudtunk kimutatni.

Mindezek alapján felvetett kérdéseinkre vonatkozólag a következőket állapíthatjuk meg:

1. A terhesség alatt a lordosis fokozódását nem észleltük. A megváltozott testtartás a terhességi fehérjevizeléssel alig hozható kapcsolatba, legfeljebb a már amúgy is meglévő fehérjevizelést kifejezettebbé teheti. Mechanikai ok híján kénytelenek vagyunk a terhességi fehérjevizelést korábbi felfogásunknak megfelelően toxicus tényezőkre visszavezetni.

2. A terhességi albuminuriánál talált fehérje egy részét az esetek 2/3 részében (74%) ecetsavra kicsapódó fehérje képezi. Az esetek 1/3 részében (36%) ennek mennyisége egyenlő a vizeletben egyáltalán kimutatható fehérje mennyiségével. Természetes, hogy ezen megállapítás nem

quantitativ vizsgálat eredménye, hanem a szokásos qualitativ összehasonlításnak értékevel bír.

3. A chondroitinuria, mint a vesék működési zavarának legfinomabb reagense, a terhességi albuminuria minden esetében fennáll, sőt olyankor is, amikor még albuminuriát kimutatni nem is lehet.

Meg kell jegyeznünk, hogy az általunk észlelt háztiterhes anyag (8 hónap alatt 120 terhes) egyetlenegy nephropathiát (nephritis vagy nephrosisos typusú nephropathiát) nem észleltünk. Fel kell hívni továbbá a figyelmet a fehérjetartalom vizsgálatának mikéntjére is. Vizsgálataink alapján az ecetsav ferrocyanium-próbáját kell ajánlalnunk — amint azt *Lichtwitz* időközben megjelent könyvében is mondja —, mint olyan próbát a fehérje kimutatására, amely nem csupán érzékeny, hanem egyszersmind az E. K.-t is kimutatja, ha úgy hajtjuk végre, hogy az ecetsav hozzáadása után a vizeletporciót két kémcsőre elosztjuk s a második részlethez adunk csak ferrocyaniumot. A próba illetően való kivételből, illetőleg az E. K. mennyiségéből prognosticai következtetéseket is vonhatunk. Másféleképpen fogjuk u. i. megítélni azt a terhességi fehérjevizelést, amelyiket részben vagy egészben az E. K. hoz létre, mint azt, ahol az E. K. nem mutatható ki. Amikor az albuminuria csak egyedül a serumalbuminnak (E. K.) tulajdonítható, ez enyhébb megítélés alá fog esni, mint ha más fehérje is van a vizeletben, éppúgy, mint az orthostaticus albuminuriának is más a jelentősége, mint egyéb valódi albuminuriáknak.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tud. egyet. I. sz. női klinikájának közleménye (igazgató: Bársony János egy. ny. r. tanár).

Chronicus emlőecema Hormon-therapiája.

Írta: Thurn-Rumbach István dr.

A kültakaró egy igen érdekes, mindaddig nem eléggé méltatott konstitutív tényező, mely gyakran meglepő bepillantást enged az endocrin-mirigyek titokzatos világába.

A bőr színe, a pigment-elosztás, a consistentia, a rugalmasság, a desquammatio stb. — szem előtt tartva a faggyú- és verejtékmirigyek működését is — mindannyi támpont, ha a belső secretio zavarait kutatjuk. Míg a mellékvese afunciójánál bronzkórt, az atherosinál myxoedemát, diabetesnél pedig torpid sebgyógyulást, furunculosis látunk a bőrön, addig *Brock* kis Röntgen-dosisokkal serkenti működésre a thymust, hogy psoriasis gyógyíttson.

A női élet egyes időszakai, mint pubertas, menstruatio, graviditas, klimax és az ezzel kapcsolatos belső secretio változások dispositív teremtenek dermatosisok létrejöttében; másrészt — *Bloch* észlelései szerint — favus, trichophytiasis gyógyulnak a pubertas beköszönteivel. Szerinte hormonok befolyása tűnik itt ki, a természetes immunitás kialakulásánál.

Havibajkor fellépő exanthemákat már *Matzenauer*-től ismerünk, ki ezen jelenséget dermatosis dysmenorrhoeica symmetrica néven írta le. Az ovariumok által producált, menses alatt a vérben keringő anyagok — amellet, hogy a menstruatio létrejöttében mint kiváltó momentum szerepelnek — edénytagító (*Keiffer*) és toxicus hatásuak (*Ricca-Bartheni*). Ezen exanthemákat tehát toxicus eredetűeknek tartjuk. Hogy a praemenstruum és a havi vérdíje praedilectiót teremt különféle bőraffectiók létrejöttében, azt *Gans* kísérletei nyomán feltételezhetjük, aki ezen időben fölfokozott bőrzékenységet észlelt.

Magáról a terhességi toxicodermiákról röviden csak annyit, hogy sikerült járóbetegrendelésünk egyik, harmadik hóban terhes betegét, kinek úgyszólván egész testét kellemetlenül viszkető, exfoliativ kiütés borította, ezen bajától tiz Glanduovin-injectióval meggyógyítani. A prompt hatás ezúttal specifikusnak mondható, miután egyéb kiváltó momentumot minden bizonyossággal kizárhattunk.

Ovariumkiesés befolyása látható a klimaxba jutott asszony bőrén, mely a senium pluriglandularis sclerosi-

sába megy át. Az ovariumkiesést az öregedés ismert bőreljárásai s a gyakran ezen időben fellépő, substitúciós terapiával sokszor jól gyógyítható pruritus vulvae et universalis kísérik.

Ezeket előrebocsátva közlöm a chronicus emlőeccemának két gyógyult esetét:

I. B. B. Virgo. I. mensese 15 éves korban. Havibaja 2—3 havonként jelentkezik; hasgörcsök és általános rosszullét közepette 3—4 napig tart, kevés vérzéssel. A jól táplált nőbeteg általános vizsgálatánál kitűnik, hogy mindkét emlőjét, a bimbók körül localisált, részben crustákkal fedett, részben nedvedző eczema borítja. Saját bevallása szerint jelen folyamat egy éve immár, hogy különböző bőrgyógyászok által eredménytelenül lett kezelve. Congestionált arc, az emlőkben, hasfalakban és csípőkön fokozott zsírappositio egészítik ki betegünk exteriurejét. Érdekes jelenség a sternum egyenletes, kemény megvastagodása, mely, mint későbbi észlelésünkből kitűnik, a menstruatív kapcsolatos fluxióknak van alávetve. Wassermann negatív. Vizeletben nincs kóros elem. Vérvomás 99 mm Riva-Rocci. A különben normális kvantitatív és kvalitatív vérképben megszáporodott mononuclearis elemek. Röntgen-oldalvilágításban az erősen ívelt sternum manubriumma és corpora fölött keskeny árnyék látható (rachitis nem mutatható ki). Külső és belső genitáliák hypoplasziája infantilis tyusnak felel meg. Ovariumtherapiát kezdünk, másodnaponként 1 cm³ glanduovin intramuscularis adagolásával. Harmadik injectiót a három hónapja cessáló havivérzés követi, erős angioneuroticus tünetekkel. További kezelés alatt egyre javuló közérzet, az indifferens kötéssel fedett emlőeccema pedig feltűnő gyorsasággal szárad, majd az ötödik héten teljesen gyógyult. További kezelés a menstruatív zavarokat is megszüntette.

II. Sch. B.-né, 27 éves. I. havibaja 15 éves korban. Egy abortusa volt hat éves házasságátban. Menstruatív anomáliája: proö-olygomenorrhoea. Natura frigida. Uterus puerilis, ovariumok mogorónyiak. A bal emlőn erősen nedvedző és viszkető eczema, ami a bimbót gyerekenyérnyi nagyságban övezi. Allitása szerint ez borogatásokkal kezelt mastitis következménye, 1 1/2 éve viseli s az eddigi gyógyeljárások csak időlegesen és részlegesen javítottak rajta. Henning-f. Thelygan-injectiót kap másodnaponként a combizomatba. Már az ötödik Thelygan után észrevehető javulás áll be az eczemában, mely innét kezdve rohamosan gyógyult, hogy a 15. injectióra teljesen eltűnjék. Továbbiakban sikerült betegünk havivérzésének pontos beálltát elérnünk, közérzetét jelenlétekenyen javítanunk, míg a vérvesztés mennyisége továbbra is kevés marad.

Mindkét esetünkben a chronicus, minden egyéb kezeléssel dacoló eczema rohamos gyógyulása a szembe-tűnő. Az adott hormonok jótékony hatása kétségtelen, tekintve betegeink évekre menő, szakszerű és mégis eredménytelen gyógyeljárásait, valamint azon körülményt, hogy nálunk az említettek kivül más kezelésben nem részesültek. Specificus hatást nem vitatunk, amennyiben terapiánk mindenkor a belső secretiós mirigyek felbomlott összműködésének helyreállítását célozza a kiesett, vagy nem kielégítő módon producált hormon adagolásával. Úgyszintén nem tagadhatjuk az általános és roboráló hatást sem, valamint az endocrin mirigyek által istápoltt természetes immunitást bőrbántalmakkal szemben.

Irodalom: Matzenauer: Derm. Zeitschr., 32., 1821.; Bloch: Diathesen in d. Dermatologie. Congress f. Int. Med., 1911.; Gans: Zur Biologie d. Haut. D. m. W., 49., 1921.; Falta: Erkrankungen d. Blutdrüsen, 1920.; Hofbauer: Ovarialtherapie klimacterischer Toxicodermien. Ztrl. Bl. f. Gyn. No. 14., 1922.; Luithlen: (Wien) Monographie. Med. Klin. No. 8., 1922.

A szegedi városi közkórház fül-, orr- és gégerendelőjének közleménye (igazgató: Boros József dr.).

Nyelőcsőben fennakadt idegen test két tanulságos esete.

Közli: Erdélyi Jenő dr. rendelőorvos.

A nyelvcsőben fennakadt idegen testek pathológiája és terapiája ma már köteteket kitevő, részleteiben is megvitattott és kidolgozott. Hogy e két alantli esetet közöljük, tesszük ezt különleges érdekességük alapján, melyek egyike a gyakorlóorvosok számára, másika az eset sajátosságában rejtlő megítélésénél fogva a szakorvosra bír jelentőséggel.

Az első a ma már általánosan műhibának jelzett szondaletolási kísérlet szerencsétlenül végződött esete. E sötétben való letolási kísérletek káros, már oly sok szerencsétlenséget okozott következményeit nem lehet elégszer ismételni és hangsúlyozni, hogy az teljesen a köztudatba menjen, hogy a gyakorlóorvos az adott esetben mégis ez elvetendő módhoz ne nyúljon, hanem azonnal, minden kísérlet mellőzésével a kellő gyakorlattal és felszereléssel rendelkező szakorvoshoz továbbítsa a nyelvcsőben fennakadt idegen test, vagy annak gyanújában szenvedő és előre soha nem tudható veszélyben forgó beteget.

A második, lúgmérgezés utáni szűkülettel komplikált eset azzáltal vált érdekessé, hogy világosan mutatta modern felszerelésünk mellett is teljesítőképeségünk véges voltát, hol a forcierozott beavatkozás helyett a nyugodt, expectatív eljárás, nem mindig csak a magunk, hanem a természet bölcsességében és erejében való bizalom vezetett a sikeres eredményre.

1. 1921 július 17. Kovács Ilona, 8 éves. Ringlottsilyamag a nyelvcsőben. Eredménytelen többszöri szondaletolási kísérlet. Következmenyes mediastinitis. Oesophagoskopia. Exitus.

Anamnesis. Július 14-én délután ringlottsilyamag akadt meg nyelvcsőjében. Másnap egy vidéki orvoshoz fordultak, ki többszöri eredménytelen szondaletolási kísérletet végzett nála, mely után nyelési fájdalma még erősbödött. Nyelni semmit nem tud. Előremment lúgmérgezésre anamnestikai adatot nem kapunk. Kocsin hozták be 35 km távrolól.

St. pr. Elecsent, sápadt, szenvedő, nehéz beteg benyomását tevő leánygyermek. Alig jár a lábán. Fájdalom a szegycsont közepe táján, hát és jobb mellkasfelé kisugárzólag. Felületes légvétel percenként 36. Mély légvételnél jobb mellkasfélben szűrő fájdalmak, ugyanitt a VIII. borda felső szélétől kezdődő abszolút tomputat, mely mély légvételnél nem tisztul fel, gyengült légzéssel és erősbödött pectoral-fremittussal. (Pleuritis!) Abszolút szív-tomputat megnagyobbodott. Pulsus 120, filiformis, könnyen elnyomható. Hőmérsék 38°2.

Felvétel napján (július 17) üzemzavar miatt villámáram nincs. Th. abszolút ágynyugalom, tápcsőrék, törzsborogatás. Coffein, digalen subcutan.

Július 18. Oesophagoskopia local anasthesiában, ülő helyzetben. A felső fogsortól 22 cm-re, a bifurcatio magasságában a nyelvcső egy szűkebb, oedemás, részben hámtól fosztott, illetőleg nyálkahártyaciatokkal borított részletre akadunk, melyen előzetes 20% cocain-tonogen alkalmazása után sikerül áthaladnunk s e szűkült részletben körülbelül 1 1/2 cm-rel lejjebb a ferden keresztben fekvő, mindkét végével beékelt, egyik végével felfelé fekvő maghoz jutunk. Az idegen testfogó többszöri kísérletnél mindig lecsúszik, a mag helyéből nem mozdul. Tompa horoggal óvatosan mögéje illetőleg alája kerülve, beékelt helyzetéből kiemeljük. Így hegyére felállítva a magot, a kihúzási kísérletnél eltűnik. Utána a nyelvcső teljes hosszában szabad.

Th. Abszolút nyugalom. Jéglabdac. Törzsborogatások, tápcsőrék. Coffein, digalen subcutan.

Július 19. Beteg elesettsége fokozódott. Légzése szapora, felületes. Cyanoticus. Tomputat úgy a szív, mint a jobb mellkas fölött nagyobbodott. Hőmérsék 38°9. Th. mint fenn. Éjjel exitus.

Sectio idevonatközo része (dr. Engel prosector): „Szívburok körülbelül 100 cm³ zavaros savót tartalmaz. Fali lemeze a hátsó falon vérzésekkel telezört, vérbő, fénytelen. Szív rendes nagy, izomzata petyhüdt, billentyűi epek. A jobb mellüregben körülbelül 400 cm³ hig sárgás geny van, a vérbő mellhártyát mindenütt laza, bőséges fibrinlepedék fedi. A tüdők vérbőek, légtartók.

Nyelv bevont, torok és garat belővelt. A bárzsing elülső falán, körülbelül a bifurcatio magasságában, húszfilléresnyi fekély látható, mely körül körülbelül kétkoronásnyi területen a nyálkahártya erősen duzzadt, a fekély fölött részben cafatokban leválatott. A fekély közepén körülbelül 7—8 mm átmérőjű, szabálytalan, zezgűgös szélű rés látható, melyen át egy tályogüregebe jutunk. Ez a tályog a hátsó gátorürben fekszik, jobbra galambtojásnyi, hátsó falát a nyelvcső fekélyes átfürödött része, elülső falát a szívburok hátsó vérzésekkel telezört falilemeze alkotja. Jobbfelé a tályog közvellenül a tüdő gyökere mögött kisuujat befogadó nyíláson át a jobb mellüregbe nyílt. A tályog hig sárgás genyet és egy ringlottsilyamagot tartalmaz. A tályog fala gyenyesen infiltrált kötőszövetből áll, belfelületét erősen tapadó, 3—4 mm vastag, le nem vonható sárgás genyes hártva béleli.

Diagnosis: Perforatio oesophagi propter corpus alienum. Abscessus mediastini posterioris in cavum pleurae dextrae irumpens. Pleuritis dextra fibrinosa-purulenta. Pericarditis sero-purulenta haemorrhagica.

Kórszövettani lelet: „A nyelöcső fekélyes részéből készült metszetekben a hám kifoszlása és erős reactiolobtól eltekintve, más kóros szöveti eltérést nem találtunk, hegesedésnek, vagy idültbb gyulladásnak nyoma sincs.”

Epicrisis: A jelen esetben a szondaletolási kísérlet tipicusan szerencsétlenül végződött esetével állunk szemben, milyen az életben bizonyára nagy számban fordul még mindig elő.

A modern vizsgálati és therapeutikus eszközök mellett a szonda és más ily „sötétben dolgozó”, az idegen test eltávolítására való eszközök elvetendők, instrumentariumunkból kiküszöbölendők, használatuk valóságos műhiba. A jelen eset közlése is e célt: a fenti tétel mennél szélesebb körben való propagálását szolgálja. Sajnos, a gyakorló orvos, kihez a beteg rendszeren első segélynyújtás végett fordul, szívesen nyúl e sok esetben szerencsétlenséget hozó letolási kísérlethez anélkül, hogy az idegen test alakjáról, nagyságáról, helyzetéről, elhelyezkedéséről tudomása volna, gyakorlat és tapasztalat híján a kelleténél nagyobb erőt is kifejt az ellenálló, beekelt idegen testtel szemben s mint a jelen esetben is, segítségé, beavatkozása egy irreparabilis complicatio forrása lesz!

Az oesophagoskopiai lelet világosan mutatta a letolási kísérlet okozta nyelöcsőszerűséget. A kifejlődött reactiolob miatt a beekelt szilvماغ nehezen volt helyéből kimozdítható. A mag eltűnése után egészen biztosra vettük, hogy a beekelt helyzetéből kimozdítva a gyomorba került, miután az oesophagus további részét átvizsgálva szabadnak találtuk.

A prognosist mindenesetre már eleve rossznak ítéltük, hisz a gyermek elesett, súlyos beteg voltát a st. pr.-ben kiemeltük, az ott leírt tünetek már mellhártyagyulladásal társult mediastinitis határozott jeleit mutatták.

Az oesophagoskopia kivitele mindamellett abszolút indicatiót képezett. A local anaesthesiában óvatosan végrehajtott műveletet a beteg elég jól tűrte. A mediastinitis nyilvánvaló tünetei a jelen esetben az oesophagoskopiát nem ellenjavallhatták. A magot és a gyulladásba került mediastinalis területet oesophagotomia útján helyzeténél fogva (bifurcatio) elérni nem lehetett, csak a thoracotomia adhatta volna meg az idegen test és az iniciált terület feltárási lehetőségét. Már pedig e súlyos nagy műtét, melyet hasonló esetben eredménnyel végrehajtani eddig még nem sikerült, a jelen esetben is teljesen kilátástalan volt. Ha összetett kezekkel nem akartunk a beteg mellett állani, az oesophagoskopia maradt mint egyedüli lehetőség, hogy az idegen testet eltávolítva, a gyulladással folyamat talán még megáll és visszafejlődik, mint azt már hasonló — habár nem ily előrehaladott — esetben ismételt tapasztaltuk.

Hogy a kifejlődött mediastinitis és tályog nem az oesophagoskopiai művelettel áll összefüggésben, hanem előbbre, a szondaletolási kísérletre vezeterdő vissza, azt világosan igazolja a st. pr.-ben foglalt, a szövödményt már jelző tünetek mellett a sectio leletében leírt fekély és tályog minősége, fali viszonyai stb. A beekelt mag helyén a nyomás és sérülés okozta átfuródásos fekély már készen állott s csak a mag helyzetén kellett változtatni, hogy a reactiolob miatt szűkült nyelöcső helyett a már kész, kifejlődött tályogüregbe jusson.

Az eset előzetes letolási kísérletek s ez okozta szövödmények nélkül oesophagoskopia útján föltétlenül simán, minden nehézség nélkül megmenthető lett volna.

2. 1921 július 4. Strauch Katalin, 15 éves. *Meggyomag a nyelöcsőben. Nyelöcsősűkület lügmérgezés után. Sikertelen oesophagoskopiai eltávolítási kísérletek. Gastrostomia táplálás céljából. A mag 4 hét után per vias naturales spontan távozik.*

Anamnesis. 8 év előtt véletlenségből marólúgoidot ivott. A kifejlődött szűkület miatt pár hét múlva gastrostomiát végeztek nála, majd megerősödve, egy éven át szondázták. Azóta enni tud ugyan, de mindent jól meg kell rágnia. 4 év előtt egy darab hús akadt meg a nyelöcsőben, melyet narcosisban oesophagoskopia útján távolítottak el. (Stephania gyermekkórház Budapest.) Ezután 3 hónapon át szondázták és tollvastagságú szondáig tágitották nyelöcsősűkületét. Azóta kellemetlensége a jelen ideig nem volt.

Tegnap (július 3.) délben véletlenségből egy meggyomagot nyelt, mely nyelöcsőben megakadt, azóta semmit, még folyadékot sem tud nyelni.

St. pr. Közepesen fejlett, kissé lesoványodott, vérszegény leánygyermek. Nyelni semmit nem tud. Nyelési kísérletnél tompa fájdalom a szegycsont közepének magasságában. Tüdők fölött diffus hurut. Láztalan.

I. Oesophagoskopia (július 4.) local anaesthesiában. A felső fogsortól 24 cm-re körkörös, kemény, heges falú szűkületre akadunk, mely nagy gombostűfej nagyságú. Az oesophagoskop csövén a szűkületbe levezetett szonda mintegy 2 1/2 cm-nyi mélységben kemény akadályba ütközik. Erős köhögési inger és bőséges váladékképződés miatt a vizsgálatot csakhamar abba kell hagynunk. Táplálás végbelen át.

II. Oesophagoskopiai kísérlet július 5-én, másnap, 1'5 cgr morphium és 0'0005 atropin előzetes injectioja után. Köhögési inger és váladékképződés nincsen. A művelet kivitele zavartalan. Lelet mint tenetebb. Az idegen testhez hozzájutni, helyzetéből kiemelni nem tudjuk. Így várakozó álláspontot vagyunk kénytelenek elfoglalni.

Július 10. Miután az idegen test nem távozik, a nyelöcső abszolút zárt, az oesophagoskopiával való eltávolítás lehetősége kizárt, a beteg a végbelen át való táplálás mellett gyengül: gastrostomiát végzünk nála (dr. Feuer hórházi sebész orvos). A régi, középvonalban végzett műtét hegét figyelmen kívül hagyjuk és a typicus helyen a bal pararectais vonalon hajtjuk végre a műtétet. A régi műteti heg helyén a gyomorfal már levalott, szabad. A gyomrot erősen lehúzza varruk ki. A sipolynyláson át bőségesen táplálhatjuk a beteget, ereje napról-napra gyarapszik. Nyelni néha kis mennyiségű folyadékot képes.

Július 22. III. Oesophagoskopiai kísérlet előzetes morphium-atropin-injectio után. Lelet és eredmény mint a másik két kísérletnél, a mag a szűkület ugyanoly mélységében érezhető.

További exspectativ eljárás. Beteget a gastrostomia nyílásán át tápláljuk. Közérzet jó. Erősödik.

Augusztus 2. Dél előtt folyamán a magot lecsúszni érzi egy nyelési kísérlet alkalmával. A mellkasban érzett tompa nyomás érzés elől felszabadul. Folyadék nyelése e pillanattól akadálytalan. Gyomorsipolyt zárjuk. Nyelöcsősűkület liliformis szondák számára átjárható.

Augusztus 13. Gyomorsipoly begyógyult. Tollvastagságú szondával a nyelöcső átjárható. További ambulans kezelésre a kórhazból távozik.

Epicrisis. A fenti, végeredményében szerencsésen végződött esetet a szokásos módokon: oesophagoskopia, vagy véres úton megoldani nem lehetett. Az ismételt oesophagoskopia eredményre nem vezetett, műszereinkkel az idegen testig eljutni nem tudtunk.

Oesophagotomiával már, gastrostomiával még az idegen test fekvésénél fogva (bifurcatio) elérhető nem volt. A gastrostomia csak táplálás céljából hajtatott végre. A gyomornyíláson át végzett retrograd szondázás gondolata éppúgy elvetendő volt, mint a szájon át keresztülvitt szonda letolási kísérlete. Ismételt oesophagoskopiai vizsgálatunknál meggyőződünk, hogy az idegen test a szűkületben erősen beszorulva tekszik. Hogy a szűkület további szakasza milyen, vajjon még szűkebb, esetleg még egy másik szűkület nincs-e jelen, milyen a nyelöcső falának elváltozása a beekelőds helyén: mind nyitott kérdések voltak, melyek a szonda le- vagy retrograd úton feltolási kísérletét mindenesetre ellenjavallták. A thoracotomia, mely a maghoz való jutás egyedüli lehetőségét nyitotta volna meg, súlyosságánál fogva biztosan a legyengült beteg életébe került volna. Szóba jöhetnek volna talán még a thiosinamin-injectiók, mi azonban ily régi hegeknél eddigél semmi eredményt nem láttunk tőlük.

Igy nem maradt más számunkra, dacára a beteg és hozzátartozói nagyfokú türelmellenségének, mint a várakozás. Tekintettel az idegen test alakjára, nagyságára, mégis remélhető volt, hogy a szűkületen csak átdolgozza magát. Az idegen test okozta perforatiós mediastinitis eshetősége ugyan fennállott, tapasztalatunk szerint azonban kerek, sima felületű idegen testek hosszú ideig a nyelöcsőben fekdühetnek anélkül, hogy ottlétük a betegre végzetes volna.

Feltevésünk és eljárásunk helyességét a lefolyás igazolta. Passiv, exspectativ viselkedésür ket és türelmünket siker koronázta. A természet segített, a mag 4 hét alatt a szűkületen tényleg átdolgozta magát s a beteg szerencsésen megmenekült.

Laboratoriumi és klinikai kutatások alapján formált elméletek a fertőző betegségek mibenlétéről és a mindennapi jelenségek megfigyelése.

(Semmelweis-előadás.)

(Befejező közlemény.)

Írta és a Közkórházi Orvostársulat 1922. évi december hó 27-én megtartott évszázó közgyűlésén elmondotta: *Gerlóczy Zsigmond dr.* eg. főtanácsos, egy. tanár, a szfv. Sz. László közkórház ig. főorvosa.

A hevenyes fertőző betegségek diagnosisa valójában csak a bakteriologia fejlődésével kapcsolatban vált mind tökéletesebbé, de természetesen az empiria, sok beteg látása és észlése, már a bakteriologia korszakát jóval megelőzően is sok zavaros fogalmat tisztázott.

A régi járványok történetében olvassuk, hogy különösen a kiütéssel járó fertőző betegségek diagnosisában nagy volt a bizonytalanság. Skarlát, kanyaró, typhus exanthematicus, rubeola stb. csak lassan tisztázódtak és ismertettek el mint megannyi más-más eredésű specifikus fertőző megbetegedések. Helyes volt, hogy a fogalmak tisztázására közreműködtek azok, akiknek bőséges alkalmuk nyílt megfigyelésre. Sikerült is a scarlatinát a morbillitól, mind a kettőt a rubeolától a symptomák pontos leírásával különválasztani; hasonlóképpen sikerült a variola és varicella különvalóságát bizonyítani. De ebben a tisztázási törekvésben is egyesek fölöslegesen tovább mentek.

Itt van pl. az 1886-ban *Filatow*tól *rubeola scarlatina* néven leírt, majd *Dukestól* *fourth disease*-nek, *negyedik betegségnek* nevezett kiütéses fertőző betegség, amelyet nézetem szerint csak az a tekintély tudott elfogadtatni, amit leíróik tudományos munkásságukkal szereztek meg.

Én a magam részéről, annak ellenére, hogy az általam különösen elismert magyar tekintély: *Bókey János* professor is elfogadja a *negyedik betegséget* és azt *Filatow-Dukes*-féle betegségnak nevezi, *nem ismerem el a Dukes-féle negyedik betegség főlvételének jogosultságát*, és az e néven leírt megbetegedések javarészét rubeolának tartom, más részét pedig a scarlatina legenyhébb alakjának.

Ennek a *negyedik betegségnek* a symptomáit *Filatow*, *Dukes*, *Weawers* és mindazok, akik elfogadják, úgy írják le, hogy abból én csak rubeolát vagy igen enyhe scarlatinát tudok fölismerni. A kiütés szerintük is olyan, mint a rubeola, vagy olyan, mint a legenyhébb skarlát; a tarkómirigyek duzzadtak, csakhogy kisebb mértékben, mint rubeolánál, hámlás nem szokott jelentkezni, vagy csak csekély korpázás alakjában, exanthema nincs, néha egy kis catarrhalis angina és catarrhalis conjunctivitis észlelhető. A kiütés egy, két, három nap alatt eltűnik. Hőemelkedés mérsékelt, avagy nincsen, és ha van, 1—3 nap alatt normálissá lesz; hányás vagy émelygés nem észlelhető, a pulsus nem feltűnően szapora stb. *Mindezek teljesen a rubeolára illő symptomák*, különösen ha még azt is kiemelem, hogy — *Weawers* szerint ellentétben a skarláttal, ahol mint ismeretes a száj körül exanthema nincs — a *negyedik betegségben* exanthema van. Ez a leírás — akinek rubeola-eseteket alkalmá volt észlelni — ugyebár teljesen reállik a rubeolára; még az is, hogy a *negyedik betegség* nem szokott szövődményekkel járni. Azok az esetek pedig, amelyekben a kiütés sűrűbben pontozott és skarlátszerű, de halványabb s ahol a száj körül nincsen exanthema, miért ne lennének enyhe vörhenyesetek? Talán azért, mert a gyermek nem hányt, nem émelygett, avagy mert a pulsus nem szapora, vagy mert láz alig van?

A *negyedik betegség* megállapítóinak egyik érvelése az, hogy ennek a skarlátszerű kiütéssel járó betegségnek hosszabb az incubatioja, mint a skarlátnak, t. i. 9—21 napig tartó. Hogy a rubeoláé is ilyen, azt nem veszik tekintetbe. Kórházi tömeges észlelésem alapján a rubeola incubatioja leggyakrabban 16—18 nap, de elég gyakori a 14 napos, sőt ennél rövidebb: a 10—12 napos is.

Azt az érvelést sem tudom elfogadni a *negyedik betegség* főlvételére, amivel *Filatow* argumentál, amikor a *rubeola scarlatina* diagnosist állítja fel, hogy föl kell venni ezt az úgynevezett *negyedik betegséget*, mert voltak esetei, mikor egy család több tagja betegedett meg enyhe skarlátnak tartott betegségben és a következő évben újból megbetegedtek ugyanazok skarlátban, tehát az előző évi megbetegedés nem lehetett skarlát. *Filatow*nak és követőinek ez az érvelése nem elég erős arra, hogy ez alapon elfogadjuk mint külön megbetegedést a *rubeola scarlatina*st, a *negyedik betegséget*, mert *igaz ugyan, hogy skarlátban újból megbetegedés nem gyakori, de mégsem annyira ritka, hogy ilyen eseteket bizonyítékul lehessen elfogadni*. Nékem, aki több mint 30 év óta óriási skarlátészleléssel rendelkezem, elég szép számmal vannak már eseteim, ahol a skarlát rövid egy-két év leforgása alatt megismétlődött, sőt harmadszor is jelentkezett egy és ugyanazon egyénben.

Amikor tehát én nem ismerem az úgynevezett *negyedik betegséget*-et, számolok azzal az esetleges ellenvetéssel, hogy hiszen régente a kanyarót, a vörhenyt sem ismerték mint más-más betegséget, hanem csak mint azonosat, amely az esetek némelyikében ilyen, másikában amolyan symptomákkal folyik le, míg nem a figyelmesebb észlelők jól körülírták a symptomákat és két specifikus, egymással semmiféle vonatkozásban nem álló fertőző betegséget különböztettek meg „*morbilli*” és „*scarlatina*” elnevezéssel, amihez később a *rubeola* is járult, és ma már senki sem kételkedik azon, hogy más a *morbilli* és más a *scarlatina*. Ennek a kettőnek azonban már prodromalis symptomái is annyira élesen különböznek egymástól és az incubatio időszakuk is annyira eltérő, hogy éles elkülönítésük — eltekintve a kivételes esetektől — csak kevésbé gyakorlottaknak okozhat nehézséget. Ahol nehézség merül fel, ott legtöbbször a *rubeola* lehetősége okozza azt. Azt mondhatnák tehát, hogy íme, ma már a rubeolát mindenki elismeri mint olyat, melynek habár a symptomái majd a kanyaróra, majd pedig a skarlátra emlékeztetnek, semmi köze sincs sem a *morbilli*hez, sem a *scarlatinához*.

Föl lehetne hozni tagadó álláspontom megdöntésére azt is, hogy a rubeolát sem akarták külön betegségnek elismerni akkor, amikor az 1881-iki londoni orvoscongressuson vita volt afőlről, hogy a *german measles* (rubeolát) elkülönítsék az *english measles*től (a kanyarótól). *Hebra* és *Kaposi* vitatták, hogy a rubeola főlvétele nem jogosult, mert az, amit rubeolának diagnostizálnak, vagy enyhe kanyaró, vagy enyhe skarlát. *Henoch* „*Vorlesungen über Kinderkrankheiten*” c. művében rubeoláról nincs is szó.

Egyébként azok, akik a rubeolát mint különálló betegséget elismerték, azzal a helytelen megokolással tették ezt, hogy ennek kiállása immunissá teszi az illetőt újabb rubeolára, ellenben kanyaróra vagy scarlatinára nem. Ilyen érvelésre azonban nem szorul a rubeola, mert az sokféle tekintetben jól karakterizálható betegség. Hogy pedig egyszeri kiállása nem immunizál, azt nékem és bizonyára másoknak is gyakran volt alkalmunk tapasztalni.

A *negyedik betegséget* tehát, miután több mint 30 éven át nagy tömegben észlelt *scarlatina*, *morbilli* és *rubeola* között egyet sem láttam olyat, amelyet az említett három betegség valamelyikének ne tudtam volna fölismerni és diagnostizálni, a *kitűnő tekintélyek ellenére sem fogadom el*.

Az *immunitás* tanának térfoglalásával az utóbbi időben mind erősebben ostromolják azokat, akik nagyobb beteganyag fölött rendelkeznek, oly kísérletek végzésére, amelyek az *immunitás*ra vonatkoznak.

Érthető az a törekvés, amely immunizáló anyagoknak a szervezetbe juttatásával akarja a prophylaxist szolgálni; érthető, hogy reconvalescensek vérsavójának befecskendezésével, részben pedig a már megtörtént fertőzéssel szemben specifikus kuratív hatást szándékoznak elérni. A teoria szerint ily eljárások igénybevétele jogosult, a gyakorlat azonban számos példával szolgál arra, hogy ezekkel a próbálkozásokkal szemben óvatosság legyünk. Itt nem csupán azok érdekét kell szemünk előtt

tartanunk, akiket meg akarunk védeni a fertőzéstől, vagy a már megtörtént fertőzés súlyos következményeitől, hanem valamelyest azokét is, akiket kiszemelünk arra, hogy immunizáló avagy gyógyító hatásának supponált vérüket odaadják embertársaik javára a kísérletezőnek. Mert nem lehet közömbösnek tartanunk akármilyen fertőző betegségből gyógyultra nézve sem azt, hogy a kiállott betegségben amúgy is legyöngült szervezetét vérvétel-ekkel még jobban meggyöngítsük, nem különösen oly betegség lefolyása után, amelyekben a bakteriumok okozta haemolysis következtében a vörösvérsejteknek és a vérfestenynek mintegy 50%-a elpusztul.

A közlemények, amelyek kanyaróból gyógyult gyermekek vérsavójával zárt intézetekben végzett vedőoltásokról számolnak be, kedvező perspektívát nyújtanak arra nézve, hogy a kanyaró behurcolása esetén annak továbbterjedése ellen minden olyan intézetben, ahol sok gyermek van együtt, az eddig eredmény nélkül folytatott küzdelem a vedőoltásokkal sikerrel fog járni.

Óva intek azonban attól, hogy ezeket a vedőoltásokat válogatás nélkül olyanokon alkalmazzák, akik más fertőző betegségben szenvednek, illetőleg más fertőző betegségből éppen reconvaleszkálnak. Kanyaróval fertőzött egyik skarlátos osztályon próbáltam ki hét lábbadozó skarlátosnál a veszélytelennek tartott morbilli reconvalescens serumot. Ezek közül öt láztalanul és minden baj nélkül tűrte az oltást, kettő ellenben több napig tartó magas lázzal, igen szapora pulussal és scarlatiniform exanthemával, tehát komoly anaphylaxiás jelenségekkel reagált. A parenterális fehérje-therapia kockázataival tehát mindenesetre számolnunk kell. *Stintzing* hangsúlyozza, hogy a proteinterapia megfejtése tekintetében ma még bizonytalan talajon mozgunk és még azt sem tudjuk, hogy a parenterálisan bevitt fehérjéből lehasadt vagy ezek által a szervezetből lehasított termékek-e a hatás hordozói? („Therapie der Gegenwart“ 1922 áprilisi füzet.)

Fertőző betegek között a mindennapi jelenségek megfigyelése alapján raktározódtak el emlékezetemben az itt elmondottak. S ha ezek elmondása után gondolataimat tovább fűzöm, kell hogy valamelyes conclusiót vezessek le azokból.

Az első, amit bátran ki merek mondani, az, hogy a fiatal orvosi generációt tanítani kell, nevelni kell arra, hogy a maga szemével nézzen s hogy a mindennapi élet jelenségeit figyelve, azokat iparkodják orvosi gondolkodásába bekapcsolni úgy kóroktani mint diagnostikai mérlegelés céljából, valamint különösen a prophylaxis sikere érdekében.

Hogy éppen fertőző természetű betegségekben mekkora jelentősége van a gyakorlati megfigyelésnek, csak a védőhimlő-oltást és *Semmelweis* nagy fölfedezését kell megemlítenem.

Tud-e fölmutatni az orvosi tudomány csak egyetlenegy olyan laboratóriumban megszületett fölfedezést, amely akkora áldást hozott volna az emberiségre, mint amekkorával az egyszerű angol falusi doktornak, *Jenner Edward*nak az uradalmi tehenészetben tett megfigyeléseiből megszületett *vaccinatio* árasztotta el az emberiséget? A himlő okozóját máig sem ismerjük, de a himlő ellen immár közel másfélszáz esztendeje sikeresen tudunk védekezni!

A fiatal magyar kórházi segédorvos, *Semmelweis* sem laboratóriumban fedezte föl a gyermekági láz okát, hanem éles megfigyelésével annak, ami körülötte történt.

Érdekes, hogy e két nagy ember sorsában mennyi közös vonás van. Mindkettőt fiatalon, *Jennert* 26 éves korában, *Semmelweist* 28 éves korában izgatja a vágy, hogy az előbbi a himlő, az utóbbi a gyermekági láz ellen fölvegye a harcot. *Jennert* éppen úgy lenézték, éppen úgy kinevelték, mint *Semmelweist*, amikor fölfedezését a himlő ellen való védekezésben itt ott közölgette, sőt az Orvosegyesületből való kizárással is megfenyegették, ha nevelséges rögeszméjével föl nem hagy. A *vaccinatio* megérdemelt gyors elterjedését is megakasztotta a vas-keletesség, az alantas irigység, akárcsak a *Semmelweis* fölfedezésének áldását.

Amikor e két nagy fölfedezőnek gyakorlati érzékét emelem ki, természetesen távol áll tőlem akár a veszettség, akár a

diphtheria ellen való vedőoltásokat, amelyek szorgos laboratóriumi kutatások és tanulmányok eredményei voltak, áldásos hatásuk mérlegelésében meggyöngíteni.

Ma éppen a fertőző betegségek kutatása terén aetiologiai, diagnostikai, therapeutikus és prophylactikus irányban oly intesiv munkálkodás folyik, hogy az életbe kilépő fiatal orvos a tanultak nagy tömege mellett nem lát tisztán és sokszor a gyakorlatban elveszti önállóságát. A betegség diagnostizálásának magán a betegen való gyakorlati módszereitől elszokik, sőt azokat meg sem szokja, különösen itt a fővárosban, ahol rendelkezésére állnak a laboratóriumok mindenféle váladék megvizsgálására, ahol vérvizsgálat alapján voltaképpen nem is ő maga iparkodik a diagnosist megállapítani, hanem azt a laboratóriumban dolgozó kartársától várja. Az az irány kezd a keltetésnél erősebben terjedni, amivel annak idején *Semmelweis* annyira elégedetlen volt, hogy t. i. a fő a diagnosis, a többi alárendeltebb jelentőségű. Csakhogy míg *Semmelweis* idejében a kórbonctani irány volt túltengésben, ma a laboratórium vette át az uralmat, és bizony sok fiatal kartársnak az éppen a legnagyobb hibája, hogy a laboratóriumi kutatások eredményei és az azok alapján formált elméletek mellett a mindennapi jelenségekkel nemcsak hogy nem foglalkozik, de sőt azokat észre sem veszi.

Már pedig a fertőző betegségek ellen való küzdelemben az emberiségnek nemcsak tudós vezérkarra van szüksége, hanem közkatonákra is, akik adott esetben künn a falun, a puszán csak úgy fogják hasznát venni azoknak a laboratóriumokban lesűrődött igazságoknak és elméleteknek, ha mindent meglátanak és esetről-esetre cselekszenek. Sem a phagocytosis, sem a bakteriolysis ismerete, sem az Ehrlich-féle oldallánctheoria tudása, amelyek egyébként hozzátartoznak a mai értelemben vett tanult orvos kellékeihez, nem fog a gondjaira bízottaknak semmi hasznót sem hajtani, ha hiányosak praktikus ismeretei, ha idejében nem ismeri fel a fertőző betegséget és meg nem teszi azok továbbterjedése ellen mindazokat az óvintézkedéseket, amelyeket a laboratórium és a mindennapi gyakorlat együttesen állapított meg, mint ezidőszerint legjobbakat.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 március 3-án tartott ülése.

Elnök: Bókay János.

Jegyző: Fekete Sándor.

Elnöki megemlékezés.

A mai napra esik néhai *Hirschler Ignác*nak, a kiváló magyar szemésznek századik születési évfordulója s nekem mint elnöknek mulaszthatatlan, kedves kötelességem, hogy *Hirschler Ignácról* megemlékezzem.

Néhai *Balassa János* szűkebb baráti köréhez tartozott; annak a kis gárdának volt tagja, amely a mai magyar orvostudomány fejlődését biztos kezekkel megalapozta. Egyesületünknek 1862—1868-ig volt alelnöke, majd 1874—80-ig az elnöki tisztséget viselte. Egyesületünkben utolsó ténykedése az volt, midőn 1885-ben elhalt barátja és elnök-elődje, idős Bókay János felett emlékbeszédet tartott. Mellszobra évek óta díszíti *Semmelweis*-termünk s mi utódok ma mély tisztelettel és hálás kegyelettel adózunk emlékének.

*Hirschler Ignác*nak érdemeit és nagyjelentőségű működését hazai orvostudományunk terén évek előtt néhai *Vidor Zsigmond* méltatta klasszikusan megírt emlékbeszédében.

Bemutatás:

1. *Erdélyi József*: „A nyelési tünet” értékelése a tüdőcsúcs Röntgen-vizsgálatában. Az új tünetet alkalmasnak tartja a tüdőcsúcs vetületén látható körülírt árnyékok eredetének tisztázására. Átvilágítás közben abban nyilvánul, hogy nyeléskor az extrapulmonalis foltok kimozdulnak, míg magában a csúcban levők helyzetüket nem változtatják. Ismerteti az anatómiai viszonyokat, melyek lehetővé teszik, hogy nyeléskor a kulcs-csont feletti lágyrészek kimozduljanak. Demonstrálására képeket vetít. Fontosnak tartja, hogy a foltosan árnyékolt tüdőcsúcsot a mozgásjelenségek vizsgálása végett minden esetben átvilágítsuk.

2. **Hedry Miklós:** Újabb adat a járulékos hasnyálmirigy klinikai képehez. 47 éves férfi, 10 év óta gyomorpanaszai vannak. Görcszerű fájdalmak az epigastrium táján; étkezés után másfél óra múlva tűrhetetlenek. Több ízben hányt, néha kávéaljszerűt. Hyperacid. Röntgen-lelet: rosszabb tonusú gyomor alsó polusa három ujjnyira a köldök alatt. Négy és fél óra múlva a töltés csaknem változatlan. **Diagnosis:** ptosis ventriculi et stenosis pylori. **Műtét:** median laparotomia. A pyloricus részen ezüstkoronányi ulcus. Gastro-jejunostomia. A flexura duodeni jejunalistól 10 cm-re aboralisan egy kétkoronásnyi, gömbölyded, sárgás-vöröses, subserosusan ülő tumor, mely a mesenterium tapadásával szemben foglal helyet. A tumor exstirpációjára. Ezt a területet, mely különben is az anastomosisra alkalmas volt, használta fel Kuzmik professor a gastro-jejunostomia elvégzéséhez. Kórszövettanilag a daganat typosus járulékos hasnyálmirigynek bizonyult, számos kivezetőcsővel és Langerhans-szigetekkel.

A pancreas néha morphologiai anomaliákat mutathat, melyek nemcsak fejlődéstani és constitutionalis szempontból, hanem klinikailag is érdekesek. Pancreas-csirok az egész vékonybélben és a gyomorfalban fordulhatnak elő. Ugyanazon szöveti szerkezettel bírnak, mint a főszerv és minden valószínűség szerint képesek vicariálólóg ennek funkcióját átvenni. Kérdéses az ulcus keletkezésében való szerepük. A gyomorfelekélyt illetőleg irodalmi adatok nincsenek. A nyombélfelekélyek kóroktanában azonban Skagliosi szerint számottevő tényezők lehetnek, mert adenomáson elfajulva a környező szövetekre nyomást gyakorolnak s ezáltal helybelileg ulcusdispositiót támaszthatnak. A járulékos pancreas-csirok állandó mechanikai és chemiai izgalmat gyakorolnak a bélre, miért is a daganat kiirtása mindenképp indokolt.

3. **Némái József:** Egy érdekes orvosi könyv. Az orvos-egyesület könyvtárában egy könyvre bukkant: Morel Mackenzie „Essay on Growths in the larynx”, London 1871, melyet a szerző kezeirása szerint ő maga küldött az egyesületnek. A hírneves szerző könyve közelebről is, s főleg azért érdekes, mert a következő szavakkal dedálja Csermáknak, a budapesti élet-tani tanszék akkori tanárának: „Dr. Csermák tanárnak, kinek kitartása és genialitása vilte tökéletességre a gégetükrözést, aki legelsőnek látott a gége belsejében újképződményt gégetükrörrel és akinek munkálatai nélkül a jelen dolgozat nem iratható volna meg. Ajánlja könyvét lekötelezett híve és tanítványa, a szerző.” A világhírű szakorvos tehát Csermák, budapesti egyetemi tanár tanítványának vallja magát, akitől a laryngoscopiát tanulta.

Csermák voltaképpen cseh volt, aki a Bach-korszakban került a budapesti egyetemre, azonban tanártársaival szoros barátságot és tudományos érintkezést tartott fenn és szívbenlélekben a magyarsághoz idomult. Könyve is magyar nyelven jelent meg, 1859-ben ezen egyesületben demonstrálta a gégetükrör használatát, tehát ez az egyesület volt az első testület, ahonnan a gégetükrör fénye az egész kultúrvilágba kiáradt.

Előadás:

Frigyesi József és Láng Adolf: Belső desinfectió kísérletek a nőgyógyászati megbetegedések kezelésében és operálásában.

Láng Adolf: Helyesebb szöveti mélydesinfectióról beszélni. A fokozott prophylaxis elérésére a vusín, mint azt a vizsgálatok kimutatták, elégtelen, mert nem minden genykeltevel, sőt nem is minden streptococcus-törzsszel szemben parasitotrop. Ismerteti a „pantherapiás” Rivanolt, amely minden streptococcustörzsrre egyformán hatásos.

Előbb azt vizsgálták, hogy tud-e a Rivanol elhatárolt genyedő folyamat esetén végleg, vagy tartósabban, esetleg csak átmenetileg csirtalanítani, vagy a bakteriumvirulentiát csökkenteni. Azt találták, hogy a kezelés után hat órával a genyből a genykeltek eltűntek; 24–30 óra múlva, néha csak átmenetileg, a sterilitás beállott. Viszont voltak staphylococcusok, melyek a rivanel ellenére is életképesek maradtak, azonban vitalitásuk annyira csökkent, hogy műtét beavatkozása nélkül az általuk okozott tályog meggyógyult. Végül volt eset, mikor a genykeltek 24 óra után elpusztultak, de az anaerobok és saprophyták életben maradtak.

A bakteriologiai leletből és a klinikai lefolyásból azt kell következtetni, hogy az acut perimetriticus genygyülemek egy része akár a baktericid anyag közvetlen hatására, akár a szer által fokozott védekezési készség folytán előbb hideg tályoggá alakul és így gyógyul; a chronicus, de exacerbáló adnexák genyes gyulladása „a froid” állapotba jut, hogy esetleg végleg

gyógyuljon. A betegekből műtét útján nyert szövettani képek erre felvilágosítást nem adnak.

Frigyesi József: A háború óta a női nemiszervek genyes megbetegedése a gonorrhoea elterjedése és a mesterséges vetélések nagy száma miatt erősen szaporodott. Műtét kezelésre csak a hosszas intézeti kezeléssel dacoló, gyakran kiújuló megbetegedések vagy az életet veszélyeztető genygyülemek kerülnek. Ezek legnagyobb része nem gonorrhoeás, hanem septicus és sapricus fertőzés következménye. A hevenylobos megbetegedések túlnyomólag conservatív és lobellenes kezelésre gyógyulnak; zárt üregekben a bakteriumok, különösen a gonococcusok 3–6 hónap alatt elpusztulnak.

A genygyülemeket a hüvelyboltozaton át punctio útján kiürítették és 1/∞ Rivanol-oldattal előbb átöblítették, majd megtöltötték. Úgy találták, hogy ily módon sikerül a genygyülemek tartalmát sokszor csak átmenetileg, de sokszor véglegesen egy vagy több Rivanol-öblítés és töltés után sterillé tenni.

I. Így gyógyítottak meg több peri- és parametriticus tályogot, valamint genyes méhfüggelék-duzzanatot (pyosalpinx, petefészek-tályog). Ez esetekben a kezelés sokszor eredményesen pótolja a tályogok megnyitását és nyitva kezelését (colpotomia, drainage).

II. Radicalis műtetre kerülő genyes daganatokat a műtét előtt 1–2 nappal hasonló módon sterillé vagy legalább csiraszegényné tettek és így kevesebb veszéllyel végezheték a gyökeres műtétet (három eset).

III. Virulens, fertőző csirokat tartalmazó és előzetes kezelés számára hozzá nem férhető genyes daganatokat (6 esetben) sikeresen operáltak, körülfeccskendezvén azokat a műtét alkalmával Rivanol-oldattal, saját módszerük szerint; tapasztalásaik igen biztatók.

Hozzászólások: Singer Hugó: Az előadottak kilátást nyújtanak arra, hogy az ivarélet delezőjén nem szorulunk a belső nemi szervek teljes kiirtására és nem következik be adnexcachexia.

Tóth István: Bár észlelései nincsenek, mégis hozzászól, mert a genyes adnexumok kezelésében nagy tapasztalattal rendelkezik. A Douglas-tályogok punctiója s e szerek befecskendezése nem haladás; egyszerűbb, biztosabb az alapos feltárás s drainezés; gyógyulása sem tart tovább; ezt mutatják Frigyesi adatai is. Ami a genyes daganatok operálásánál vagy az előtt a Rivanollal való sterilizálást illeti, Frigyesi 7 esete ennek előnyéről meg nem győzte; minden ilyen szer adagolása nélkül sikeresen operált nagyobb sorozatokat is. Elmond gyakorlatából két ily súlyos adnexum megbetegedést, ahol 6–16 hónap óta fekvő, teljesen leromlott beteget operált, magas lázak között radicalisan a hasfal felől, illetőleg hüvelyi úton.

Nagyobb tapasztalat lehet csak bizonyító ezen eljárás értékének megítélésére s örömmel fogja látni, ha Frigyesi a kísérletet közokrházi osztályán, ahol erre tág tér nyílik, folytatni fogja s erről majd beszámol.

Manninger Vilmos: Az előadás sűrűpontját elméleti téren látja, mert ez is hozzájárult egy régi dogma megdöntéséhez. Kovács József professor állította fel a belső antisepsis kivihetetlen voltának tanát, mondva, hogy az ember finoman alkotott sejte bármely méreg hatására gyorsabban pusztul, mint az ellenálló alacsonyabbrendű bakterium. Az előadás újabb adatokat nyújt arról, hogy igenis sikerül a szövetsdesinfectio. De gyakorlati téren is van a ma hallottaknak jelentősége, mert ha Frigyesi csekélyszámú eredményei nagyobb anyagon beigazolódnak, az adnexum megbetegedéseket lehető lesz gyógyítani oly stadiumban, amelyben eddig a nőgyógyászok hozzá nem nyúltak. Ez pedig sok asszonynak hónapokig, évekig tartó kínlását rövidíti meg.

Sem a Vusín, sem a Rivanol nem panacea. A megkezdett irányban azonban feltétlenül érdemes a kísérletek folytatása.

Lehoczky-Semmelweis Kálmán: A méhfüggelék gyulladós daganatainak kezelésében az I. sz. női klinika kipróbált néhány protein- és chemotherapiás eljárást s arra a meggyőződésre jutott, mint Heynemann, hogy t. i. ugyanolyan eredmények nyugodt fektetéssel is elérhetők, legfeljebb időbeli különbségről lehet szó. Mindig jönnek divatba új szerek s ahány szerző, annyi jó eredmény. A Rivanolt antistreptococcus kombinálva legújában Bumm a gyermekági láz kezelésében ajánlja, de szerinte súlyos esetekben ez sem ér semmit. A hüvely- vagy a Pouparszalag felől megközelíthető genyes daganatok kezelése nem utközik nehézségbe, csupán azoké, amelyekhez nem lehet hozzáférni. De kísérletek bizonyították, hogy eltolt genyzsákban a bakteriumok saját toxinjaik hatása alatt is elpusztulnak. Ennek

időtartama azonban igen különböző. Az I. sz. női klinikán a felszívódásra nem hajlamos gaganatok operációjával 6 hétig várnak, hogy a hőmérsék 37° fölé ne emelkedjen és az érverés is rendes legyen. Sociális okokból kívánatos volna ugyan a munkaképesség mielőbbi visszaadása, de egypár heti idődifferencia miatt, amikor emberletről van szó, a peritonitist nem szabad kockáztatni.

Mansfeld Ottó: Felmerül a kérdés, vajon az adnexitisek műtétjéből származó veszélyekkel szemben miképen védhetjük meg jobban a szervezetet: az ajánlott szövetközli antisepsissel, avagy oly módon, hogy a műtét után oly kémiai anyagokat viszünk a szervezetbe, melyek a kifejlődhető fertőzés elleni védekezést támogatják. *Kaczvinczky* nagy chininadagoktól, hozzájáruló intravenás argochrom-injectióktól lát évek óta jó eredményeket. Mások nem sajátlagos protein-kezeléssel (caseosan stb.) mozgósítják a védőerőket. Az infectiók elleni harcban nagyobb jövőt jósol a szervezet erőit támogató szereknek, mint a vírus ellen küzdő eljárásoknak.

A második kérdés a folytonosan kiújuló súlyos adnexitisek megelőzése általános kezelése. A kiújulásokat az ovulációkkal járó vér- és nyirokbőség okozza. Az erlangeni klinikán e megismerés alapján ily betegeknek az ovulatiót 1—2 évre Röntgennel megszüntetik. Ezt hozzájáruló is több esetben megkísérelte és eredményeivel meg van elégedve. A heveny állapot lezajlása után az izzadmányok, összenövészek felszívódását diathermiával támogatja. E szempontok figyelembevételével a heveny lobos bántalmak műtétje ritkán lesz szükséges.

Fekete Sándor: Amíg a virulentia foka biztosan meg nem állapítható, csak tapasztalati úton dönthető el valamely desinfectio szernak a használhatósága. Hét kedvezően operált eset nem ad elegendő alapot a Rivanol értékének megállapítására. Csak impressióról lehet tehát szó. A Kubinyi által ajánlott hydrogen hyperoxydot alkalmazva poliklinikai osztályán 16 genyes adnexitisek műtétjénél, amelyek közül 5 subcut volt, szintén kedvező impressiót nyert, amennyiben mortalitás nem volt, a morbiditás is nagyon kedvező volt, jóllehet csak a beteg oldali adnexitist távolította el az egyes esetekben.

Zárószó: Frigyes József: Heveny gonorrhoeás betegségeket ezután sem tart operálandónak. Colpomiával, incisióval csak az egyszerű Douglas-tályogok gyógyulnak gyorsan. A pefészek és petevezetőkben lévő genygyülemek gyógyulását a retentio, a kiújulás, a genyedésnek több hónapon át való fenntartása jellemzi s ezért a szerzők nagy része csak szükségből, jobb eljárás híján végezte. Itt nagy előnye van a belső desinfectiónak és zárt kezelésnek. Fertőző csirokat tartalmazó, drainezés és teljes kiirtás mellőzésével végleg gyógyított hat esetről van szó, ami e csoportban már szép szám. Eljárásával hozzá nem férhető genygyülemek is megoperálhatók; a zárt üregekben nem minden csir veszt el a virulentiáját. Hydrogen hyperoxyddal és aetherrel végzett kísérletei nem váltak be. Eljárásának nagy jövőt jósol genyes adnexitisegek, lázas méhenkívüli terhesség, méhrák, méhürben lévő myomagókok operálásában; a szülészetben pedig császármetszés eseteiben, ha inficiált, vagy infectióra gyanus szülőnőket kell operálni és esetleg némely gyermekágyi fertőzés műtétekor.

Láng Adolf: (Zárószavának kéziratát nem küldte be.)

A Közkórházi Orvostársulat 1923 február 28-iki ülése.

Elnök: Donáth Gyula.

Jegyző: Toldy Loránt.

Bemutatás. 1. Pfannerwald Mátyás: Magzat előtt megszületett lepény. 30 éves, VIII. szülő cigányasszonynál trauma miatt a lueses placenta idő előtt levált s erőlyes összehúzódások folytán a magzat előtt született meg. A szülés koponyaperforációval fejeztetett be. A korai leválás az intervillusos ürök decidualis öbleiben fellépő elhalások, thrombosisok és fibrin-felrakódások folytán áll elő, főleg vesegyulladásban, luesben, typhusban és scarlatinában szenvedő terhes nőknél.

2. Sirovics Mihály: a) *Perinealis prostatomia* útján eltávolított prostatákövek. 49 éves huszárezredes nem gyógyuló pyelocystitistről, prostatafájdalmokról és húgycsőégésről panaszkodik. A panaszok alapokat prostatákövek képeztek, amelyek a prostatát a végbél felé erősen ledomborították, a felületén már érezhető ellágyulással. *Rihmer* prienealis prostatomia útján a köveket eltávolította; a beteg a műtét óta teljesen jól van.

b) Az alsó vesefél *pyonephrosisa*. Az eset nem annyira klinikai, mint inkább kóronctani jelentőségű. 31 éves nő a fennléttől függetlenül tompajlegű baloldali vesefájdalmokról panaszkodik. A bal vese alsó pólusában megnagyobbodott, puha tapintatú, nyomásra érzékeny. A funkciós vizsgálatok baloldalt nagy kiesést mutattak. A vizsgálati eredmények alapján baloldali nephrectomiát végeztek s az eltávolított veséről *Buday* tanár

lelete a következő volt: Hosszabb a rendesnél, alsó felét hydro-pyonephrosis tette tönkre. Az alsó kitágult vesekelyhekbe sonda-val nem lehet bejutni, csupán az obliterált vezeték látható, mely egy rendezetlen ureternek felel meg. Ugy látszik tehát, hogy itt az ureter két ágra oszlott és az az ága, amelyhez alsó calix major és másodlagos kelyhei tartoztak, fejlődésben visszamaradt, atresias lett és emiatt tágultak ki a neki megfelelő vesekelyhek. A genyedés azután utólagosan, haematogen úton következett be.

3. Hasenfeld Artur: Traumás eredésű aneurysma aortae mutat be. Az esetet érdekessé az teszi, hogy az anamnesis és a status minden előző betegséget kizár és így azon kérdés tisztázására alkalmas, hogy a mellkas falát ért tompa ütés, illetve rázkódás egészséges aortán is okozhat-e valódi aneurysmát. A 23 éves leányt 1922 nyarán baleset érte, amidőn egy hajóhíntárról leröpülő leány fejével mellkasának esett. A sternumtól balfelé, a 2—4. bordának megfelelőleg gyermekenyérnyi tompulat van, felette systolés zöreje. Röntgen-átvilágításnál férfikölnyi az aorta descendenshez tartozó lüktető tumor. *Wassermann-reactio* negatív.

Hozzászól. Sarbó Artur: A lueses mesaortitis kizárására a liquor *Wassermann-vizsgálatát* tartja még szükségesnek, annál inkább, mert a betegnek a bal szemén strabismus divergens és amaurosisa van, amelynek eredete homályos. Kizárandó a lues congenita.

4. Campian Aladár: *Orrfurunculus* következtében fellépett orbita phlegmone és általános sepsis. A 21 éves gépmunkás orrfurunculusa betört a vena angularisba, amely a vena ophthalmicával anastomizál. A fertőző csirok a vena ophthalmica közvetítésével a sinus cavernosusba jutottak és itt thrombophlebitist, majd meningitist és sepsist idéztek elő. Diagnózisunk helyességét a kóronctól teljesen igazolta, amely *staphylococcus-fertőzést* állapított meg (Entz B.)

Hozzászól. Zimányi Vidor: Néhány kiegészítő adatot sorol fel s ezek alapján hangsúlyozza a speciális szakok harmonikus együttműködését az ú. n. határkérdésekben. Tekintettel a betegség elején megállapított teljesen negatív orreletre, annak idején meg lehetett volna kísérteni a retrobulbaris phlegmonenak próba-punctio vagy incisio útján való felkeresését.

5. Tóth Tibor: *Stomatitis ulcerosa angina Vincenti*vel complicált esetét mutatja be. A 3 éves fiúgyermeknél stomatitis ulcerosa és a bal tonsillát, a szájpadívet az uvulág beborító szennyes szürkés lepedék látható, amelyben fusiformis bacillusok és spirillumok találhatók. A pofa nyálkahártyájából vett váladékban a lelet hasonló, 0'10 gr „Joha” intramuscularis adagolására s hyperolos szájbőlítésre 9 nap alatt a stomatitis és angina *Vincenti* teljesen meggyógyult.

Hozzászól. Campian: *Stomatitis ulcerosánál* és *Vincent-anginánál* ¹⁰/₁₀ tripaflavin-ecsetelést és szájbőlítést ajánl.

Sulle József: A bemutatott készítmény alapján az esetet gyenge fertőzésnek tartja, mert rendszeren sokkal több fusiformis bacillus és spirillum látható egy-egy látótérben.

Tóth Tibor: A bemutatott készítmény a beoltás után véte-tett. A tripaflavinon kívül újabban e bántalomnál a chromsav-és az eucupin-ecsetelést is ajánlják.

Előadás:

Szecsény Lajos: *Tapasztalatok az empyema kezelésében.* A heveny empyemák helyes kezelésével lehet legjobban megakadályozni azok idősülését. A tapasztalatok alapján a következő eljárást ajánlja: 1. érzéstelenítés ^{1/2}/₁₀ os novocainnal, 2. nagy-kiterjedésű empyemáknál 2 borda resectiója, 3. pleura-ür megnyitása *Schoemaker*-féle készülék túlnyomásában, a tüdő kitágítása, 4. a pleura-üreg alapos kitörölése, a fibrin lehető eltávolítása maradékürök és bakteriumok szaporodására szolgáló tasak-falak felszabadítása, 5. az üreg *Dakin*-oldattal való kiöblítése, 6. a sebvonal nyitvahagyása, szélén hosszának megfelelő lapos gaze, drainage, légmentes *Billroth*-batsitztal fődött kötés, 7. utókezelésnél a kötésváltás túlnyomás alatt, öblítés, láztalan állapotnál 3—4 naponkénti 6—7 kötés után a pleura-üreg zárul. A teljes gyógyulás kb. 6 hetet igényel. Jó prognosziúak a rövid idő óta fennálló, fiatal korban fellépett empyemák.

Kir. Magyar Orvosegyesület otologiai szakosztályának 1923 február 15-iki ülése.

Elnök: Krepuska Géza.

Jegyző: Szász Tibor.

1. Germán Tibor: *Objectiv fülvöréj.* 40 éves férfiú bal-fülén évek óta élénk, ritmikus, intenzitásában változó fülvöréjt hall. Belgyógyászati lelet: aorta II. hangja ékeltebb. Pulsus feszes, arhythmias (extrasystolék). Röntgen: aorta kissé elongált. Vérnyomás: 185—140. WaR negatív. Koponya-röntgen negatív. Füllelet: *Objective* ép viszonyok, hallás normális, csontvezetés baloldalt némileg rövidült. A zöreje nemcsak a beteg hallójára-

tába illesztett otoscopyon át, hanem az egész bal koponyafélen stethoscoppal jól lehet hallani, egyidejű a systoleval, néhány erős, szinte dobbanó hangot mind halkabb és halkabb követ, majd néhány másodperces szünet után újból kezdődik. A fej jobbraforgatásakor a zörejt erősödik, balraforgatáskor és hátrahajlításkor csökken, sőt meg is szűnik, úgyszintén megszűnik a carotisra gyakorolt nyomás alkalmával is. Kétségtelen, hogy érzőrejtől, s nem odavezetett szívzörejről van szó. Valószínű, hogy aneurysma van a carotis felsőbb, talán intracranialis szakaszán, emellett szól a peripheriás arteriosclerosis, valamint a zörejt periódicitása.

Hozzászólások: Váli Ernő: Az izmok által létrehozott objectív zörejeket ajánlja figyelembe, főleg a garatizmok mozgását kell megfigyelni.

Rejtő Sándor: Felvilágosítást kér arra nézve, hogy a pathologia milyen gyakran talál az agyalaapon aneurysmákat. Valószínűbbnek tartja a szűkület jelenlétét, amelyet anatómiai praeparatumokon gyakran látott.

Liebermann Tódor: Nézete szerint a periostitis luetica diagnosisa valószínűbb, mint az aneurysma, ami igen ritka, mert a beteg juvenilis arteriosclerosisra még a negatív W.-reactio mellett is valószínűvé teszi a luetist. A periostitis szűkítheti a carotis és a vertebralis csatornáját, szűkületük zörejt okozhat.

Pogány Ödön: Nem tartja oly egyszerűnek a sziklacsontritisnek a klinikai diagnosist, mint hozzászóló.

Holländer (vendég): Az agyi erek aneurysmái nem tartoznak a ritkaságok közé; főleg az agyalapi erek és a fossa Sylvii fordulnak elő. Tünetet csak azon kivételes esetben okoznak, ha compressiósymptomákat hoznak létre. Különben legtöbbször csak sectionál találhatók meg. Az ily módon létrejött hallható koponyazörejt elég ritka; Hoffmann bécsi kórboncnok statisztikája szerint 76 esetben egyenél sem volt található. A zörejt intensitásának változása nem magyarázható a szív-működés arhythmiajából, mely tisztán extrasystolék által feltételezett. A fej elfordításakor észlelhető hangváltozás nem szól az aneurysma ellen, de a carotis csatornájának megszükülése mellett sem.

Germán Tibor: A garat vizsgálata alkalmával garatizommozgásokat nem észlelt. A zörejt jellege és megjelenési módjának egyéb körülményei az izomzörejt kizárják. Carotis-szűkület mint lehetőséget bemutatás is megemlítette, de sok körülmény szól ellene. Az aneurysmát is lueses alapon fejlődőnek tartja. A zörejt periódicitását olyan aneurysmáknál tételezi fel, melyek két oldalról vannak nyomásnak kitéve.

2. Pogány Ödön: Labyrinthmegbetegedés. 25 éves férfi 4 hónap előtt hirtelen szédülés és hányás tünetei között megbetegszik. Legfőbb subjectív panasz, hogy a fejét nem tudja hátrahajítani, mert erősen szédül. Egyenes fejtartás mellett nystagmus nincs, fejét hátrahajtva részben verticalis, részben jobbfelé tendáló III. fokú rotatoricus nystagmus erős szédüléssel. Caloricus izgatásra mindkétoldalt typicus nystagmus és félremutatás. A fejet jobbra hajtva, jobbfelétekintéskor verticalis, balfelétekintéskor rotatoricus nystagmus lép fel, balra hajtva balfelé verticalis, jobbfelé rotatoricus nystagmus lép fel. Hallás- és hangvillávizsgálat a hangfelfogó készülék megbetegedésére mutat. W. negatív, szemfenék negatív. A gyomorban szabad sósav nincs. Pilocarpin-kúrára lényeges javulás áll be. A diagnosist illetőleg gondolni kellett az otholithapparátus megbetegedésére: bizonyos, hogy olyan labyrinthmegbetegedéssel állunk szemben, hol fokozott liquornyomás van. Az aetiologiát illetőleg az ideggyógyász botulismust jelölt meg.

Hozzászólások: Rejtő Sándor: Az esetet láttam, amikor nystagmusa kifejezettebb volt. Miután a lassú fejmozgások után nystagmus nem jelentkezett, vagyis nystagmus csak fejmozgás után állott elő, az esetet nem tartottam otholith-megbetegedésnek, hanem a labyrinth folyadékrendszer megzavart nyomási egyensúlyának, amely toxicus alapon lépett fel. A pilocarpin-injectiók után, mint látjuk, nystagmusa megszűnt.

3. Szász Tibor: Trochlearis bénulást okozott otogen kisagyú tályog. 18 éves leány, idült genyes középfülgulladás, genyes labyrinthitis, kisagyú tályog. Az utóbbi jellegzetes tüneten kívül a trochlearis hűdésnek megfelelő kettős látás, melynek az abducens hűdéstől való megkülönböztetése a tályog helyének a műtét szempontjából szükséges megállapítása miatt fontos. Az esetet Richterrel együtt észlelte és az irodalomban nem találtak hasonlót.

Hozzászólások: Török Béla: A bemutatóval szemben a bemetszés helyett az előzetes próbapunctiót tartja helyesebbnek, mert ezzel minden esetben meg lehet találni a tályogot s az infectio veszélye csekélyebb.

Révész: Érdekes, hogy labyrinthfunctio volt jelen, dacára, hogy a labyrinthban geny volt.

Rejtő Sándor: Kérdezi, hogy bemutató elvégezte-e műtét előtt a félremutatási reactiót, mert ez mindenesetre jelezte volna a tályog jelenlétét.

Krepuska Géza: Agytályogoknál, ha keresni vagyunk kénytelenek, punctio van helyén, és pedig leghelyesebbnek tartja az osztályán gyakorlott eljárást, mely szerint a punctio előtt a durát felmetszik a vérzés elkerülése végett.

Szász Tibor: Azért hatol be az agyba szikével, mert a negatív eredményű, tüvel végzett próbapunctio nem zárja ki a tályogot, a tű az agyállományon keresztülhaladva törmelékkel eldugulhat. A Bárány-féle félremutatást műtét előtt az ataxia miatt nem vizsgálhatta. Később csakugyan megjelent a homolateralis spontán félremutatás.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az extracardialis zörejekről. Arnstein. (Med. Klinik. 1923., 3. sz., 85. o.)

A szívotpulat területén kívül hallható szívhangok és szívzörejek kétfélek: pseudoextracardialisak, ha a szíven belül keletkeztek, s valami rendellenesség (fokozott szív-működés, rendellenes tovavezetődési viszonyok, a melkas nagyobb resonáló-képessége) következtében hallhatók a szíven kívül is és valódi extracardialis zörejek, ha a szíven kívül a nagyerekben, tüdőben, vagy a bronchusokban jöttek létre, de megis a szív-működés ritmusát mutatják. A valódi extracardialis zörejek extrapulmonalisak és intrapulmonalisak lehetnek. Előbbiek a nagy vérkör ereiben keletkeznek; ilyen az aortának és ágainak aneurismája fölött hallható zörejt, a subclaviaris zörejt, a dorombzörejt, a struma vasculosum zörejt. Az intrapulmonalis zörejek közé tartozik egyrészt a szív, vagy nagyerek okozta ritmusos compressio és decompressio következtében megváltozott lélegzési zörejt, végül a tüdőerekben létrejövő zörejek, melyek a pulmonalis ágának zsugorodó szövet, hegek, daganatok okozta összenyomása, illetve szűkülete, vagy a pulmonalisnak, illetve ágának zsugorodó és szétéssel járó tüdőfolyamatokban elég gyakori aneurismája következtében keletkeznek; utóbbiak intenzitására a lélegzés fázisa is befolyással lehet.

Jobboldali rekesz alatti tályog esetét ismerteli még Arnstein, mely a bronchusokba áttörve, spontán gyógyult a jobb tüdő alapi részének zsugorodása és a bronchiectasiák keletkezése kíséretében; a jobb ötödik bordaközben a bimbóvonalban és elülső hónaljvonalban körülírtan zenei jellegű systolében erősödő zörejt észlelt, amely a belélegzés alatt hangosabbá, a kilélegzés alatt halkabbá vált. Véleménye szerint a zörejt a pulmonalis valamelyik ágának egy bronchiectasiás cavernában létrejött kisebb aneurismája okozta. Pákozdy Károly dr.

Mészmetastasis, érlemeszesedés és veseműködés. Rabl. (Klin. Wochenschrift. 1923., 5. sz., 202. o.)

Újabb vizsgálatok kiderítették, hogy a vér és a szövetnedv meszoldóképessége első sorban a H.-ionconcentrációtól függ, melyet egészen pontosan szabályoz. A beteg vese elveszté ezt a képességet és így a vér H.-ionconcentrációja és ezzel együtt meszoldóképessége a rendesnél ingadozóbbá válik. Ha a szervezetnek nagy meszmenyiség áll rendelkezésére, ez a változó meszoldóképesség elősegítheti a mészlerakódások keletkezését és a mészmetastasis sajátságos körképeknek (lerakódások a tüdőben, vesében és gyomorban, egyidejű csont- és vesebetegség mellett) létrejövését. Hogy a H.-ionconcentráció ingadozásának szerepét mészmetastasisok keletkezésében bebizonyítsa, Rabl egereknek sok meszet tartalmazó táplálékához főlváltva foszfor-savat és lúgos foszfátokat adott és így sikerült is az említett szervekben kiterjedt mészlerakódásokat előidéznie. Lerakódásokat észlelt a kis vérkör vénáiban és a nagy vérkör nagyobb verőereiben is, amit a tüdőben történő szénsavleadás következtében létrejövő H.-ionconcentratio és így a meszoldóképesség csökkenésével magyaráz. Ebből arra következtet, hogy az erek atheromatosisa és a mészlerakódás alapján két különböző folyamat, s az érrendszer megbetegedése és a nagyobb vérnyomás csak elősegítik a mészlerakódások keletkezését.

Pákozdy Károly dr.

Az arteriás vér oxigénszegénységének (hypoxämia) felismerése egyszerű módszerrel. Kauders és Porges. (Klin. Wochenschrift. 1923., 7. sz.)

Oxygen belélegeztetése csak ott használ, ahol a rossz légcsere következtében az alveolusok levegőjének oxigenconcentrációja nem elég ahhoz, hogy a vér tökéletesen telődjék az oxigennel; e telődést pedig csak az arteriás vér megvizsgálásával lehet felismerni. A bőr oxigenfogyasztása igen kevés, ezért a fülcimpa vért használják fel a szerzők módszerükben az arteriás vér helyett: a fülcimpából sebész után vért szívnak egy 2 mm átmérőjű üvegpipettába és e vér színét egészen ember vérével hasonlítják össze. A módszert igen megbízhatónak tartják és ezzel a módszerrel megállapították, hogy cardialis

pangásnál, ha nincs tüdőcomplicatio, soha sincs hypoxämia; ellenben hypoxämiát találtak súlyosabb emphymásokon, nagy mellüri izzadmányok következtében, tüdőgyulladásos, tuberculosos betegekben, Cheyne-Stokes-légzésben. A módszer igazolja a belélegztetés hasznosságát a felsorolt betegségekben: a vér világosabb színű lett. Az ú. n. pulmonalis dispnoében nagy hypoxämia van, ezeken a betegekben a morphia csak ront, a hypoxämia az injectio után fokozódik; ilyen betegeknek nem szabad morphiomot adni, s ennek az eldöntésére is felhasználható az egyszerű módszer. Sarvay

Sebészet.

Az állkapocs és az áll bőrének pótlásáról. A. Eiseberg és H. Pichler. (Archiv f. kl. Ch. 1922., II. füz.)

Az Eiseberg-klinikának nagy anyagán gyűjtött tapasztalatokat összegezik, részletekben utalva az ezen körből megjelent előző közleményeikre. Az állcsont-pótlásra, hacsak lehet, Pichler „csonteltolásos” módszerét alkalmazzák, mely elenyészően kevés esetet leszámítva, mindenkor kifogastalan eredményre vezetett. A sérülés mellett az állkapocs testének alsó darabját olyan hosszúságban fűrészeli le, amekkorára a csonthiány pótlására elég. Ezt a csontlécezt nemcsak a csonthátyával, hanem a rajta tapadó izomzattal is összefüggésben hagyva, a csonthiány helyére tolja és a két csontvégbe ékeli. Ha eközben az állalatti izomzat nagyon feszülne, úgy azt átmetszi. 66 esetben végezte ezt a műtétet, köztük daganat miatt, mikrognatia miatt, akromegalia miatt történt resectióból származó állkapocs hiányok pótlására is, 62 esetben tökéletes eredménnyel. Véletlen folytán egyik esetben a műtét utáni végleges állapotot bonctani készítményen is láthatta, amennyiben a beteg 2 évvel a műtét után öngyilkos lett. A készítményen a beültetett csontléce az állkapocssal teljesen egybeolvadt, alakja is ezen másodlagos helyének megfelelően idomult.

Csak ritkábban alkalmazzák a szabad csontátültetést, melyre a csipőtarajt tartják legalkalmasabbnak. Nagy hasznát látták az Ertl-féle „táplálólebensnyek”. Nagy súlyt helyeznek a fogakra alkalmazott sinnek lehető korai föltételére, hogy a fogsorokat a rendes helyükön tartva, ne fejlődjen rendellenes állás, melyet később igen nehéz helyrehozni. A sinezésnél általános elvekül állítják fel, hogy 1. pontosan a kívánt helyen rögzítsen, 2. a két fog sor pontosan zárjon, 3. pontos gipszlenyomat után készüljön, mely a felső fog sorhoz igazodik. 4. Készülékek közül azok érdemelnek különös figyelmet, melyek a fogakat a rendes mozgási síkjukban tartják. 5. Idegen testekként kivendők azok az egyébként épnek látszó fogak, melyeknek pulpája elhalt. A prothesist mint állandó pótlást is alkalmazzák, általában a lehetőségig conservativ állásponton vannak. Az állkapocs bőrének pótlására a fejbőrt használják, melyet összefüggő, egyik halántéktól a másikig terjedő haránt bőrlebeny alakjában, sisakív módjára csavarnak a hiány helyére. Herresbacher dr.

A „fekélyrekesztés” gyomor szövettanához. Moszkovics L. A. (Arch. f. klin. Chir. 1922., 122. kötet, 2. füz.)

Műtét útján eltávolított fekélyes gyomrokat vizsgált a legkülönbözőbb helyekről vett metszetekben, a legnagyobb pontossággal, s a következő eredményekre jutott:

A fekélyrekesztéses gyomrokban az esetek feltűnő nagy százalékában fordulnak elő fedősejtek a typosus helyen: a pars pyloricában és a duodenumban. Oka ennek alkati rendellenesség, vagy az élet folyamán szerzett működési alkalmazkodás.

A fekélyrekesztéses gyomorban előforduló idegen szövetelemek közül a pancreas-szigetek járulékos hasnyálmirigynek felelnek meg, míg a bélnyálkahártya-szigetek újdonszerű folyamatoknak eredményei. Lényegileg a valami okból pusztult gyomrhámsejtek helyét kitöltő „pótló szövetnek” felelnek meg, amely gyorsan növekvő, fiatal, nem differentiált, a bélnyálkahártya sejtjeihez hasonló sejtkekből áll.

A gyomorfekély általános alkati alapon nyugvó betegségnek egyik megnyilvánulása, amely kiterjed a gyomor kisebb-nagyobb részére, legfőképpen a pylorustájra. A heveny időszakban a gyomor nyálkahártyáján elsősorban számos gőrcsövi fekély (erosio), a későbbi szakban ezeknek következményei: a gyomor nyálkahártyájának számos mélyebb bevágásai, bélnyálkahártya-szigetek és kis gombsejtes beszűrődések láthatók. A elütetes fekélyek hámujdonszerű újdonszerűségeknek ekár úgy, hogy a bélnyálkahártyához hasonló szigetek pótolják a hiányt, akár úgy, hogy az újdonszerűség (a legjobb esetben) az eredeti gyomormirigyek helyreállításához vezet, de csak abban az esetben, ha a sérülés folyamata csak a nyálkahártyára terjed. Ha a hámsérülés a musc. mucosae-ra is ráterjed, fekély képződik, mert az izomzat rostjai a sérülés helyétől minden irányba visszahúzódva, a nyálkahártyahiányt is nagyobbítják és ezáltal a sebgógyulás és újdonszerűség alapfeltételét: a sebszélek összefekvésését és a seb nyugalmát megakadályozzák. A nyálkahártyahiányon behatólag gyomornedv pedig megfelelő sarj- és hegszövetképződést megakadályoz.

A gyomormirigyek elpusztulása megkisebbiti a gyomor váladékválasztó felszínét, de a sérült nyálkahártya sebes felszínéről egyidejűleg több szívódhatik fel abból az anyagból, amely a váladékképződést előmozdítja. Így lehetséges, hogy a leggyakoribb pylorustáji nyálkahártyasérüléseknek fokozottabb és hatóságosabb gyomornedvvelválasztás a következménye. Ha a nyálkahártya újdonszerű ereje kimerül, az újdonszerű hám megáll a bélnyálkahártya fokán, vagy sorvadás útján ez is elpusztul (anadenia). Ha pedig az újdonszerűség átjárja tulajdonképeni célját, létrejöhet a túlságbanújdonszerűség (carcinoma.) Czirer.

Bőr- és nemikórtan.

Herepunctio hullán és az eredmények kórbonctani ellenőrzése. E. Mühsam. (Klin. Woch. 1922., 52. sz., 2572. l.)

Miután a herepunctio fontos diagnosztikai segédeszköz annak eldöntésére, hogy egy leginkább gonorrhoeás onócsatornaelzáródás okozta azoospermia műtét útján gyógyítható-e, szerző hullán herepunctiót végzett és az eredményeket metszeten kontrollálta. Működő herének punctatumában több rétegben spermogomiumokat, spermacytákat, spermatozoonokat tunicával együtt talált, míg, hol a metszetből a here működésképtelensége volt megállapítható, nagy, a lument kitöltő, esetleg hyalin- vagy zsíros elfajulást mutató sejteket talált. Tehát a herepunctio hű képet nyújt a here működőképességéről. A here interstitialis sejtjeinek vizsgálatára ez a módszer szerző szerint nem alkalmas. Somogyi.

A syphilis bismut-kezelése. L. Görl és L. Voigt. (Münch. med. Woch. 1923., 5. sz., 143. l.)

A bismut-kezelés ártalmaira hívják fel a figyelmet, melyek 0'4—0'6 ccm bismogenol után jelentkeztek. Szerzők eseteiben fejfájás, tarkófájdalmak, kedélypressio, álmatlanság, zsidbadás érzése a kezekben tünetei jelentek. Szerzők e jelenségeket a központi idegrendszer izgalmai jelenségeinek tekintik és analogiába hozzák az ólommérgezés centralis tüneteivel (encephalopathia saturnena). Somogyi.

Nyirokmirigypunctio syphilisnél. F. W. Delze. (Deutsche med. Woch. 1923., 3. sz., 86. l.)

Spirochaeta kimutatása a regionarius nyirokmirigyekben különösen már desinficiensekkel kezelt initialis affectióknál bír nagy diagnosztikai fontossággal. Szerző a következő technikát ajánlja: 1. A bőrterület desinficiálása — alkohol, jódtinctura — után bal kezünkkel fixáljuk a mirigyet. 2. Vastag és rövidhegyű tűt használódó. 3. 2 ccm-es fecskendőbe 0'25—0'5 physiol. konyhasó szivunk. 4. Fecskendőt a tűvel a fixált mirigybe szúrjuk. 5. A tűt a mirigyben néhányszor megforgatjuk. 6. A folyadékot injiciáljuk. 7. A fecskendőt le vesszük a tűről és a tűt a mirigyben hagyjuk 2—5 percig. 8. A fecskendőt a tűre helyezzük és aspirálunk. 9. A tűt a fecskendővel együtt kihúzzuk, tartalmát tárgylemezre tesszük. A folyadékban lehetőleg kevés vörösvérsejtnek és több lymphocitának kell lenni, azután a vizsgálatot ultracandensorral végezzük. Téglassy.

Az ureterostomiának, mint a hólyagot kiiktató eljárásnak előnyeiről. Dr. E. Huc. (Paris Médical. 1922., 41. sz.)

A húgyhólyagnak a vizeletpassageból való kiiktatásáról értekeznek Huc, mely igen komoly műtét, kétségbeesítő és legvégső esetekben az utóbbi években különösen Angliában alkalmaztatott. A műtét indicatiói fájdalomiak és mechanikaiak. Előbbiek-nél a hólyagot a vizelet irritáló hatásától, vagy a contracturától (a vérzés miatt is) kell kímélnünk (hólyag-tuberculosis, hólyag-daganatok, fekélyes prostatadaganat), utóbbiaknál a medencét kitöltő (méh-, ritkábban prostata-) daganat mechanikus anuriát okoz és ez teszi a műtétet szükségessé. Műteti módok: A) az ureterek implantálása a bélbe vagy a vaginába. Mindkét beszajaztatásnál, különösen az utóbbinál, nagy az ascendáló pyelonephritis veszedelme. B) Nephrostomiánál a vesemedencék, C) ureterostomiánál pedig az ureterek praeternaturális kiszajaztatása által iktattatik ki a hólyag. Szerző az utolsó eljárást ajánlja, mert a műtét kevésbé csonkító, a veséket épen hagyja, kivitelem könnyebb és az ascendáló infectio is ritkább, mint a többinél. A műtét többnyire tuberculosus vagy kachexiás egyénnél történvén, súlyos beavatkozásszámba megy, és a vele teremtett új állapot (a vizelet praeternaturális, állandó csorgása) a betegre nézve hamarosan majdnem tűrhetetlenné lesz. Referáló megjegyzése: Meidl már régen ajánlotta az uretereknek olyatén való beszajaztatását, hogy a trigonum urogenitale azon részét is, ahol az ureter a hólyagba szárazik, kivágjuk és az implantálásnál felhasználjuk, miáltal a felsszálló fertőzés veszedelme jóval kisebb lesz. Steiger-Kazal.

A syphilis lefolyása és a Jarisch-Herxheimer-reactio; salvarsan- és higanykiválasztás ezeknél. M. Oppenheim. (Wien. klin. Woch. 1923., 1. sz., 7. l.)

Tűlerős Herxheimer-reactiót — a syphiles kiütések oedemája, hámlása, pustulaképződés, a kiütések persistálása — nem szabad kedvező jelenségnek tekinteni, mert szerző tapasztalatai szerint ilyen esetekben a belső szervekben, agyidegekben, vér-

edényekben jelentkeznek recidivák. Szerinte a higany- és salvarsan-dermatitist több esetben ilyen tülerős reactio előzte meg. Kimutatja, hogy tülerős Herxheimer-reactióknál a szervezet a higanyt és salvarsant szokottnál a későbbben választja ki. Szerző ezért az abortív kúrák kivételével a tülerős reactiók elkerülését ajánlja és a kezelést kenőkrával vagy valamilyen enyhe higany-készítménnyel vezeti be. *Somogyi.*

Fülgyógyászat.

Lymphatikus mirigyek „atypusos” reaktiójáról fül- és orrmegbetegedéseknél. *Wojatschek W.* (Zeitschrift für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, IV. 1922. 56.)

A háború előtt meglehetősen ritka volt az az eset, amikor otitis media purulentához valamelyes reaktio járult a nyirok-mirigyek részéről. Ilyen esetek halmozódása Szentpétervárot a közelmúltban óriási mértékű öltött. Egyenesen járványnak volt nevezhető az ilyen megbetegedések tömege, amely időben összeesett az Oroszországban dúló nagy táplálkozás-krisisokkal. A test egyéb részein is megfigyelt hasonló elváltozásokkal együtt el is nevezték ezt a betegséget „alimentáris lymphadenitis” vagy „inaniós lymphadenitis”-nek. Kezdetben ez a szokatlan tünet mindenféle tévedést okozott: néha közönséges, néha Bezold-féle mastoiditissal, máskor parotitissal cserélték össze. Előfordult, hogy egy ténylegesen fennálló mastoiditis vagy parotitis mellett kifejlődött lymphadenitist csak nagy nehezen lehetett a két folyamatot egymástól kellően elkülöníteni. Sokféle szövődésmény lehetséges, aszerint, hogy a lymphadenitises mirigyeknek mi a sorsa: felszívódás, többé-kevésbé chronikus duzzanat vagy elgyenyedés. Számolni kell a beszűródött területbe eső idegek részéről való tünetekkel: a vagus, accessorius, glossopharyngeus, hypoglossus, facialisról lehet szó. Megesett, hogy koponyacsontok caries volt a következmény, egyszer egy nyaki csigolya caries a gerincvelő reakciója folytán végtárgparalysist váltott ki. Majdnem állandó a pyaemiás jellegű lázmenet. Maradandó elváltozás csak igen kiterjedt lymphadenitis után, igen ritkán állott be. A kezelés próbapunctio utáni széles feltárásból állott. Jódot is adtak, külsőleg, belsőleg. Egynehány esetben megpróbálták a Röntgen-kezeléssel is, minden eredmény nélkül. *Kelemen Gy.*

A nem specifikus acusticus-bántalom vaccina-kezelése. *E. Stansky és R. Leider.* (Wiener med. Wochenschrift. 1923. 2. sz.)

A bécsi orvosegyesület tudományos gyűlésén megtartott előadás keretében beszámoltak a különféle vaccinával (tiphus-vaccina, neurovaccina stb.) kezelt nem specifikus hallóideg-megbetegedésekről. Összesen 15 esetet kezeltek: nagyothallás, szédülés és subjectiv fülzöreje miatt. A szédülés a legtöbb esetben befolyásolható volt; — a subjectiv fülzörejek kevésbé; a hallóképesség pedig csak minimális arányszámban és egész kis fokban javult.

Rosszabbodást a kezelés következtében nem tapasztaltak. *Zimányi dr.*

A sükettség aethiologiája és pathogenesis. *G. Panel.* (Rev. de laryngol. d'otol. et de rhinol. 1923. 43. évf., 19. sz.)

Szerző megkülönböztet hereditaer (nem congenitális) és acquirált alakot.

I. Hereditaer süketnemaság aethiologiai faktorai lues hereditaria, vérrokonság, családi sükettség, a szülők idegdegeneratiós jelei, psychikai vagy physikai traumák a terhesség alatt.

1. Hereditaer lues az esetek csaknem 50%-a.

a) Apoplektikus alak, melynél kétoldali teljes sükettség szerepel ép dobüreg mellett, a statikai készülék megbetegedéssel tartós egyensúlyi zavarok nélkül; kórbonctanilag haemorrhagiák szerepelnek;

b) progressiv alak a hártás labyrinth degenerativ folyamatával; kórbonctani alapja csontnövekedések, a labyrinthsejtek és a Corti-féle szerv atrophiaja, a labyrinth diffus gummái, felszálló és leszálló neuritis, a belső hallójárat hyperostosisa a 4. agygyomor tetejének elpusztulása, az agyhártyák és a cochlearismagvak gummái.

2. Vérrokonság (7–10%) rokonok közti házasság esetén, családi vonások superpositioja révén vezethet süketnemaságra.

3. Családi sükettség (5%). Klinikailag otosclorosis, neuro-labyrinthae zavarok, a hallószerv constitutiós gyöngesége.

4. A szülőknél fennálló ideg-degeneratiós jelek. Az ösők között gyakran könnyebb intelligentiabeli zavarok és ethikai defektusok.

5. Terhesség alatt fellépő traumák az idegrendszer vagy a foetalis vérkeringés zavarait idézhetik elő és ezáltal a labyrinth vagy az idegpályák fejlődési akadályai gyanánt szerepelnek.

II. Acquirált süketnemaság.

1. Trauma által előidézve elég ritkán, szülés alatt vagy gyermekkorban jön létre.

2. Infekciós alak:

a) intrauterin életben is keletkezhetik, vagy szülés közben;

b) szülés után: csecsemőkori otitis, meningitis cerebrospinalis, influenza, skarlát, typhoidmegbetegedések, későbbi középfülgyulladások.

3. Compressió alak: az acusticus compressioja frontocerebellaris tumorok, gliomák, solitaer tuberculomok által; polyoencephalitis az acusticusmag területén. *Dr. Germán.*

Szemészet.

Influenzánál előforduló szemizombénulások értékelése.

M. Meyerhof. (Zeitschr. f. Augenheilk., 49. kötet, 4. sz.)

A nemrég lezajlott influenzajárvány alkalmával 28 szemizombénulást észlelt; a bénulások rendszerint a láz alatt léptek fel, inkább csak paresisek és 1–8 hét alatt meggyógyulnak. Leggyakoribb az abducens bénulás, majd kisebb számban az oculomotorius, trochleáris és ezek kombinálva. Nem tehető fel, hogy ezen futólagos paresiseknek súlyosabb anatómiai elváltozások felelnek meg, a szerző inkább encephalitisre, a szemidegmagvak toxicus ártalmára és szemidegek neuritisére gondol. Ezen okok eseteinek nagyobb számában kimutathatók voltak. Mivel az encephalitis lethargica és az influenza legutóbb egy időben keletkezett, arra is gondol, hogy az influenzának encephalitis-szemizombénulások alakja tulajdonképpen átmenet az encephalitis lethargicába, annál is inkább, mert e két kórkép elkülönítése sokszor majdnem lehetetlen. *Horay G. dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Schwalbe: Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. 2. kiad.

Augenheilkunde. 4. füzet. Bielschowszky: Stellungsanomalien und Beweglichkeitsstörungen der Augen, Nystagmus, Störungen der Pupillenreaktion etc. 40 Abbild. (Leipzig, 1922. Verlag von G. Thieme.)

A főleg gyakorlóorvosnak szánt könyvsorozat legújabb megjelenő füzeté a szemészetnek azon ágával foglalkozik, melyben már a tárgy természeténél fogva is igen sokszor nehéz az eligazodás és ahol leginkább fordulhatnak elő diagnosztikus tévedések. A szerző célja, hogy rövid legyen, de felölelje a könyve magában mindazt, ami a gyakorlóorvosnak fontos, de nem túlsok és viszont a szemorvosnak nem felesleges; mindig szem előtt kell tartani azt, hogy a szemem található lokális elváltozások az általános szervezettel vannak összefüggésben. Ez különösen erre a füzetre vonatkozik, amely a központi idegrendszerrel való kapcsolatos tárgya miatt általánosabb használatra számíthat. A szerző első sorban a szem rendellenes állását és mozgási zavarait tárgyalja; a kancsalság és szemizombénulások tüneteinek éles elhatárolása, a kritikai szemmel ismertetett egyszerű vizsgálati módszerrel való könnyű felismerése és a szemidegbénulások jelentőségének az általános és speciális idegkórtan, főleg az agydiagnostika szempontjából való kiemelése után röviden ezen bénulások terápiájára is kiterjeszkedik.

A *Nystagmus* különböző fajának aetiologiai elválasztása után a füzet legérdekesebb fejezetét olvassuk: a *pupillareactio zavarairól*.

Itt téves diagnoszt okozhat a hibás vizsgálati mód vagy a lelet hibás értékelése. Az *exophthalmus* és *enophthalmus tárgyalásánál* inkább az aetiologióra terjeszkedik ki. Utolsó fejezetében a szerző a látótér vizsgálati módszereit, a különböző látótérkiesések helyes értékelését, a scotomákat és hemianopsiakat tárgyalja. Befejezésül röviden megemlíti a cerebralis és psychogen eredetű látászavarokat. Sok jó ábra a könyv értékét növeli.

Horay G. dr.

E. Krassmann: Säuglings- und Kleinkinderpflege. (3–4. Aufl. Leipzig, G. Thieme, 1922.)

II. kiadását, mely 1922 elején hagyta el a sajtót, az O. H. annakidején ismertette s alig néhány hó után már a 3–4. kiadást látjuk, ami magában véve is előnyös színben tünteti fel a könyvecskét, mely kathekismus alakjában, 84 oldalon, 623 kérdésben és feleletben tárgyalja, csecsemő- és kisgyermek-gondozónők számára a tárgykört. A könyvecske, melynek előszavát *Brüning* (Rostock) írta s amely az ő aegise alatt készült, a legnagyobb alaposággal íródott. Néha a tanulók előképzettségének határára túlmegegy (pl. a tej biorisálása) de ezek a jól és világosan megírt könyvecskének jelentéktelen szépséghibái. Inkább kifogásolnánk, hogy a tejnek kezelésénél nem említi, hogy az forralás előtt átszűrendő, s hogy a köldökellátásnál a pólya mellett a sokkal racionálisabb, rögzíthető *Flick*-féle kötényt nem említi.

Bókay János.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 10-iki ülésének napirendje: Bemutatás: 1. Zimányi Vidor: Nagyfokú gégegörcsrel társult csillapíthatatlan csuklás ritka esete. 2. Vas J. Jenő: Bőrsoor esete csecsemőn (erythema mycot. infant.). Előadás: Scipiadés Elemér: A helybelileg érzéstelenítő eljárások s azokkal szerzett tapasztalásaim kivált nagyobb nőgyógyászati műtétek kapcsán.

Kopernikus 450-ik születésnapja február 19-ére esett. A nagy csillagászról, kit a thorni szoborfelirat „terrae motor, solis coelique stator”-nak nevez, kevesen tudják, hogy gyakorló orvos volt. Thornban született 1473 febr. 19-én és két évvel Paracelsus után meghalt 1543 május 24-én. 1503-tól 1506-ig Páduában az orvostudományt tanulta és szülőhelyén praktizált. Főmunkájában „De revolutionibus orbium coelestium” megalkotta a heliocentrikus világregyszer tanát. Allensteini szobrán ez a felirat áll: Astronomus, Medicus, Clericus.

Alkoholtilalom Törökországban. 1923 március 1-én életbe lépett rendelkezéssel nemcsak Kisáziában, mint eddig is, hanem egész Törökország területén szigorú alkoholtilalom van. Mindenemű előállítás, behozatal és eladás megszűnt. A tilalom át-hágását kilogrammonként 50 török font pénzbüntetéssel sújtják. Mindenki, akire szeszélvezet rábizonyítható, vagy pláne, akin részegség konstatalható, 50-től 200 fontig terjedő pénz- vagy pedig börtönbüntetés alá esik. Így vétköző államhivatalnok állását azonnal elveszti. Alkohol előállítására szolgáló minden eszköz és edény használhatatlanná tétetett, a meglévő alkoholkészlet külföldre szállított. Orvosi célokra szükséges alkohol pontos ellenőrzés alatt áll. Egyúttal elrendelték a syphilis kényszerkezelését és törvényt hoztak a lakodalmak szertelenségei ellen is.

A Deutsche Dermatologische Gesellschaft XIII. kongressusa Münchenben május 19—24-re van kitűzve. Idegen ország-ból résztvenni óhajtok küldjenek Prof. v. Zumbusch, Pettenkofer-strasse 8/a, München, címére egy a müncheni Polizeidirektionhoz fogalmazott bélyegmentes kérvényt beutazási és ottartózkodási engedélyért. Válaszbélyegilleték melléklendő. Megjelölendő vezeték- és keresztnév, lakóhely, cím, születési hely és idő. Csak ezzel az engedéllyel lehet visumot kiváltani. A visumilletékek leszállítása még kétséges.

Orvosi lélektani előadássorozat a jellembefolyásolá-sról kezd magyar nyelven az Angol Medico-Psychological and Pedagogical Laboratory (VII., Rákóczi-út 60., I. 20.), melyre fő-iskolai műveltségű komoly érdeklődők minden szerdán d. u. 5 órakor kizárólag díjmentesen jelentkezhetnek a Föv. Könyvtár (IV., Gróf Károlyi-u. 8.) földszinti előadótermében. Első előadás március 7-én.

A SZERKESZTŐ szerdán és szombaton 1/212—1/212 óráig fogad.

Kéziratokat fél iv papiros csupán egyik oldalára 15 cm. sorszálességben, kétszeres sorközökben hibátlan gépirással kérjük beküldeni, hogy a bíráló és szerkesztő munkája megkönnyíthessék. A dolgozatok terjedelme két folyt. közlést (összesen 8 hasáb = 20 gépiroff oldal) meg nem haladhat. Táblázatok és klisék költsége a szerzőt terheli.

Az egyetemek székhelyén készült dolgozatokat az ottani egyetemi sajtóbizottság képviselőihez kell beküldeni; a szerkesztőség csak az ó véleményük alapján fogad el közlésre kéziratokat.

Figyelmeztetjük előfizetőinket, hogy pénzzel bélelt levelek gyakran üresen érkeznek hozzánk!

Külföldi előfizetések a Magy. Orsz. Közp. Takarékpénztár Kálmán-téri fiókjában nyitott chequeszámlákra átutalással küldhetők be. Ezek egy évre a következők: Ausztriában 84.000 o. K.; Németországban 10.000 M.; Jugoszláviában 150 din.; Cseh-Szlovákiában 50 cs. K.; Romániában 250 lei; Amerikában 2 dol.; Hollandiában 3 frt; Angliában 6 sh; Franciaországban 20 fr; Schweizban 7 fr; Olaszországban 25 lira; egyebütt 3500 magyar korona.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

M. TUD. TÁRS. SAJTÓVÁLLALATA RT. BUDAPEST. — SZABÓ T. ISTVÁN

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest.

A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrásal. Termális és fisiko-therapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diétás konyha belső bajokban szenvedők számára. Nőgyógyászat. Gégészet. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: dr. Benczúr Gyula, egyetemi magánáner.

Dr. Doctor ORVOSI LABORATORIUMA BUDAPEST IV., KOSSUTH LAJOS-UTCA 3. TELEFON: 697.

DAJKA-INTÉZET, VI, Sziv-u. 69. — Wassermannra vizsgált szop-tatás dadák felett állandóan rendelkezik. — Telefon: 93-22

RÖNTGEN-ODELGA

Hüvösvölgyi Park-sanatorium Klimatikus, physicalis és diatésis gyógyintézet Budapest I, Hidegkúti-út 78. Telefon: 50-37 és 145-90. Bel-idegbetegek és üdülők részére hízó- és fogyókúra. Vizgyógyintézet, elektrotherapia, orvosi labororium. Bejárók részére vizgyógyintézet is.

Diétás kúrák cukor- és gyomor- és vesebetegség, elhízás, lesoványodásnál legjobban végezhető Dr. PAJOR-SANATORIUM diétás éttermében BUDAPEST VIII., VAS-UTCA 17. SZÁM Bejáró betegek részére is

Budapesti medico-mechanikai Zander- és physikal gyógyintézetben (IV., Semmelweis-utca 2. — Telefon: József 4—12.) Orthopaedia; eredeti teljes Zander-gépsorozat; svéd torna, hőlég, diathermia, elektrotherapia, elektromágnes- és Bergonié-készülék; oxigén, szénsavas, villanyos fény- és négyrekeszes fürdők; orvosi massage; kvarzfény; Röntgen

PÁLYAZATOK.

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

Kezelőorvosi állások:

- I. Az I. kerületben az Andor-út és Fehérvári-út közötti terület és a Kelenvölgyre évi 66.800 K.
- II. A II. kerületben az Alkotás-utca, Budaörsi-út, Sashegy-dűlő, Sashegy, Sashegyi-út, Farkasrét, Németvölgyi-út, Márton-hegyi-út, Orbánhegyi-út, Királyhágó-utca, Márvány-utca és az Alkotás-utca túlsó oldala által határolt területre évi 53.800 K.
- III. Az V. kerület Süllő-utca, Árbóc-utca, Zsilip-utca és Váci-út által határolt területre évi 70.000 K.
- IV. A külső VI. kerületben a Babér-utcai telep, továbbá a Váci-út 160-tól 203-ig terjedő részére évi 60.000 K.
- V. A VII. kerületben (Zugló) évi 70.000 K.
- VI. Pilis és Nyáregyháza községek területére évi 30.000 K.
- VII. Soroksáron évi 37.500 K.
- VIII. Etyek községben évi 30.000 K.
- IX. Solymár községben évi 60.000 K.
- X. Rákoscsabán évi 30.000 K.

Szülészorvosi állás:

- XI. Az V. kerületnek Fürdő-utca, Duna-utca, Kádár-utca és Vilmos császár-út által határolt területére évi 30.000 K díj-szabással.

A feltüntetett illetményekhez 240/100-os pótlék jár.

A pályázati kérvények, melyek oklevélmásolat, curriculum vitae, születési bizonyítvány, az eddigi orvosi szolgálatot bizonyító iratokkal és a személyazonosságot bizonyító okmányokkal felszerelendő, március hó 20-áig bezárólag ezen pénztár elnöki osztályában, VIII. Köztemető-út 19/b. I. em. 34. nyújtandók be. A megválasztott orvosnak a kijelölt körzetben állandó lakással kell bírnia és az állás az alkalmazást követőleg nyomban elfoglalandó.

Budapest, 1923 február hó 27-én.

Dr. Angyal Kálmán s. k.
a m. kir. népjóléti és munkügyi miniszter által a pénztár vezetésével megbízott miniszteri tanácsos.

A vezetésem alatt álló városi kórházban üresedőben lévő **segédorvosi** állásra, mely évi 2000 (Kettőezer) korona fizetés, megfelelő háborús és drágasági pótlékkal, egy bútorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és I. osztályú élemezéssel jár, pályázatot hirdetek. Az állásra való kinevezés 3 évi időtartamra szól, mely idő elteltével alkalmazása pályázat mellőzésével meghosszabbítható. Felhívom azon nőtlen orvosdoktor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt és Szeged szab. kir. város Főispánjához címzett folyamodásukat Szeged szab. kir. város polgármesteri hivatalához folyó évi március hó 19-ik napjának déli 12 órájáig nyujtsák be. Szegeden, 1923. évi március hó 5-én. Dr. Boros László m. kir. egészségügyi főtanácsos, kórházi igazgató-főorvos.

A vezetésem alatt álló kecskeméti m. kir. állami gyermekmenhelyben **megüresedett másodorvosi** állásra pályázatot hirdetek. Javaldalma a X. fizetési osztály illetményeinek megfelelő

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága:

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK:

- Lesskó Jenő: Meinicke és Sachs-Georgi csapadékos reakcióinak szerepe a syphilis diagnostikájában. (109. old.)
Nagy Géza: A léppunctio technikájáról és diagnostikai értékéről. (111. old.)
Schilling Béla: Kritikai és kísérleti megjegyzések a terhesség korai felismerésének glycosuriás methodusairól. (113. old.)

- A Bpesti Kir. Orvosegyesület 1923 márc. 10-ikén tartott ülése. (115. oldal.)
A debreceni orvosegyesület ülései 1923 febr. 17. és 1923 febr. 24. (116—117. old.)
Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Bőr- és nemikórtan. (117—119. old.)
Könyvismertetés. (119. oldal.)
Vegyes hírek. (119—120. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tud. egyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye (igazgató: Nékám Lajos egyet. ny. rendes tanár).

Meinicke és Sachs-Georgi csapadékos reakcióinak szerepe a syphilis diagnostikájában.

Írta: Lesskó Jenő egyetemi I. tanársegéd.

A syphilis serologiai diagnosízására vonatkozó törekvések között a Wassermann-reactio után a Sachs-Georgi (SGR) és a Meinicke-reactio (MR). (DM) tűnnek ki leginkább. Ez utóbbi reakciókkal foglalkozó vizsgálok kivétel nélkül nagy jelentőséget tulajdonítanak nekik és többen egy vonalba állítják a WR-val, sőt egyesek még a jól bevált WR-nál is előnyösebbnek tartják.

Mindkét reactio, — melyeknél főreagensül a WR-hoz hasonlóan emberi, illetőleg állatszervek lipoidtartalmú kivonatai szerepelnek — azon alapszik, hogy a syphilises vérsavó lipoidtartalmú szervkivonattal csapadékot ad. A csapadék keletkezését számos teoria igyekszik megmagyarázni. E magyarázatok nagy száma is azt mutatja, hogy ma még egy olyan sem rendelkezünk, mely teljesen kielégítő és elfogadható lenne. E reakciók lényegének megmagyarázását, éppen úgy, mint a WR-ét, az a körülmény nehezíti meg, hogy a reakciókban szereplő tényezőknél, nevezetesen a vérsavónak és szervkivonatnak, valamint egymásra való hatásuknak chemismusa — főleg colloidchemiai szempontból — még nincs eléggé tisztázva. És nézetem szerint e kérdésben lényeges haladás csak a colloidchemia haladásával várható. Az új reakciók ismertetésére nem térek ki. A SGR technikájának leírása a M. K. 1918. évf. 33. számában, a Meinicke-reactiók közül általánosan elfogadott harmadik módosítás (DM) pedig a M. m. W. 1919. évf. 33. számában lehetősé fel.

A következőkben 25.738 parallel végzett vizsgálatomról óhajtok beszámolni. Céloom volt annak vizsgálata:

1. mennyiben használhatók az új reakciók a syphilis diagnostikájában;

2. mennyiben specifikusak a syphilise nézve és

3. helyettesíthetik-e a Wassermann-reactiót?

WR és SGR-val (9612 eset) 92%-ban, WR és DM-val (8230 eset) 92.6%-ban kaptam egyező eredményt. SGR és DM-val (7896 eset) 97.1%-ban egyezett az eredmény. A régi MR-val nem óhajtok részletesebben foglalkozni, mivel egyrészt teljesen fedik eredményeim a már közölt

statisztikák eredményeit, másrészt mivel a DM javára eljuttam a kétfázisú MR-t.

A részletes összehasonlító vizsgálatok eredményeit úgy igyekszem legjobban szemléltetni, hogy előbb a WR és SGR, azután a WR, SGR és DM-val egyidejűleg végzett vizsgálatokról számolok be.¹ Positívnak vettem minden olyan reakciót, melynél kifejezett szemcsékből álló pelyhes csapadék látható, tekintet nélkül a szemcsék nagyságára és sűrűségére.

A WR és SGR-val végzett parallel vizsgálatok a syphilis különböző megnyilvánulásainál.

1. Primaer sclerosis. 120 eset közül a WR 64%, a SGR 70%-ban adott positiv eredményt. Az eseteket a sclerosis korára való tekintet nélkül vizsgáltam. A háromhetes initialsclerosisok majdnem kivétel nélkül positiv reakciót adtak SGR szerint. Azt hiszem, nem szükséges bővebben foglalkoznom ennek diagnostikai, therapiái és prognostikus jelentőségével.

2. Bőr- és nyálkahártyaelváltozások a syphilis ú. n. secundaer szakában (460 eset). Az összes Wassermann-statisztikák megegyeznek abban, hogy a syphilis úgynevezett secundaer szakában ad a WR legtöbbször és legerősebb positiv eredményt. Blumenthal és Roscher 90%-a és Boas, Stern 100%-a közt ingadozik itt a positiv reactio. En WR szerint 94%-ban, SGR szerint 97%-ban kaptam positiv eredményt. Két torokplaquesnál SGR szerint negativ volt az eredmény, míg WR és DM közepesen erős (++) positiv eredményt adott.

3. Bőr-, csont- és kötőszöveti gummák (192 eset). A WR-statisztikák 64—100%-ban jelzik a positiv reakciót. Ez a kétségtelenül nagy eltolódás onnan származhatik, hogy egyesek csak a klinikailag is teljesen biztos bőr-, csont- és csonthártyagummáknál talált serologiai eredményeket közölték, mások pedig nem válogattak, hanem más, késői syphilises elváltozásokat is, mint pl. a szem- és véredényelváltozásokat is ide sorolták és nem voltak tekintettel arra sem, hogy legyengült gummás egyénnel vagy malignus syphilissel van-e dolguk. Ezeknél pedig a WR igen sokszor negativ. 192 gummás esetemnél a WR 95.5%-ban adott positiv eredményt, SGR pedig 87%-ban. Ez az egyik syphilises elváltozás, ahol a WR érzékenyebbnek mutatkozott.

4. Cerebralis syphilisnél (236 eset) WR szerint 66.1%-ban, SGR szerint 67.7%-ban mutatkozott positiv eredmény.

5. Tabes dorsalis (352 eset) és paralysis progressiva (60 eset). A WR-statisztikák tabesnél átlagban 75%-ban,

¹ A dolgozathoz készített táblázatokat nyomdatechnikai okokból kénytelen vagyok mellőzni.

paralysissnél 90—100%-ban mutatnak pozitív reakciót. Nálam a pozitív eredmények a tabesnél WR szerint 54%, SGR szerint 63,5%; paralysissnél WR szerint 56%, SGR szerint 66%. Ezen alacsonyabb számért nem a reakciókat, illetve methodikájukat teszem felelőssé, hanem azt a körülményt, hogy a tabetikus és paralytikus vérsavókat idegen intézetekből kaptuk vizsgálat céljából. Egrészük kezelés alatt, illetve közvetlenül a kúra után vizsgáltatott, másrésztük pedig csak feltételes diagnosissal volt ellátva.

6. *Taboparalysis* (18 eset). Positív eredmények: WR 78%, SGR 88%.

7. *Heredosyphilis*nél (108 eset) a WR 60%-ban, SGR 84%-ban volt pozitív. Itt lényegesen nagyobb a SGR érzékenysége. Ez pedig fontos. A foetus fertőzésének módja mindezt eddig vitás s eddig csak a WR derített némi fényt e fontos problémára. Eseteimben főleg a késői öröklött syphilises jelenségekkel bíró gyermekek szerepeltek biztosan pozitív anyai vagy apai anamnesissel. Ide vettem olyanokat is, akinek testvére mutatja a heredosyphilis klinikai jeleit, de minden valószínűség megvan arra, hogy ő is syphilissel fertőzött.

8. *Syphilises szembajok* (88 eset). Főleg keratitis parenchimatosa, iritis és chorioretinitis syphilicát vizsgáltunk. Úgy a WR, mint SGR-val 75%-ban kaptam pozitív eredményt. Egyedül a keratitis parenchimatosa eseteknél majdnem 100%-ban volt pozitív a SGR.

9. *Latens syphilis*nél 5340 esetben történt parallel vizsgálat. Az eredmények — tekintet nélkül a korai vagy késői latens syphilisre — a következők voltak: WR 36%-ban, SGR 42,6%-ban volt pozitív. Igen valószínű, hogy itt teljesen gyógyult esetek is belekerülhettek a vizsgálandók közé, de mivel a gyógyulás kriteriuma nem oly könnyen határozható meg, arra az álláspontra helyezkedtem, hogy minden syphilisben megbetegedett ember, ha bajának kimutatható jelenségei nincsenek, latens syphilisesnek tartandó. Már ebben a summaris összeállításban is feltűnő a SGR érzékenyebb volta.

Tanulságosnak véltem a latens eseteket három csoportba sorakoztatni. Az elsőbe azokat a régi, rendszeresen kezelt eseteket soroltam, melyeket közönségesen gyógyultaknak is lehetne tartani. Ez esetekben a beteg legalább öt rendszeres kúrát végzett. Kúra alatt 30 kenésből, illetőleg 10—12 40%-os hgsalicyl vagy oleum cinereum, esetleg 20 sublimat vagy más, használatban levő oldható higanyos-injectióból álló kezelési periodust értek. A higanykúrák legtöbbször 2—3 gr neosalvarsannal voltak kombinálva. 916 ilyen esetben a WR 17,6%-ban, a SGR 19%-ban volt pozitív. A differentia itt alig 1%. A három reakciót összehasonlítva pedig, mint később látni fogjuk, még annyi sem. Ezt azért tartom fontosnak kiemelni, mert világosan mutatja, hogy a gyógyult syphilisnél a SGR sem igen ad pozitív eredményt.

A második csoportba vettem a rosszul, vagy egyáltalán nem kezelt eseteket. 1512 ilyen eset közül a WR 69%-ban, a SGR 77%-ban volt pozitív.

A harmadik csoport betegei kúrák között, illetve újabb kúra előtt vizsgáltattak. 2912 esetből a WR 30,7%-ban, SGR 35,5%-ban volt pozitív. Ez utóbbi két csoportban a pozitív SGR mindig intő jelként szerepel az erélyes, systematikus kezelés folytatására.

10. Az eddigi adatok syphilisben tényleg megbetegedett egyénekre vonatkoztak, a betegség, illetve a kezelés különböző fázisai alatt. Vizsgálataim egy másik csoportja olyan esetekre vonatkozik, ahol a vizsgált egyéneken a syphilis tünetei sohasem jelentkeztek, illetve a tüneteket ő nem vette észre, csak alapos gyanú áll fenn, hogy esetleg mégis fertőződött. Ide tartoznak az olyan esetek, ahol a házastársak közül az egyik biztosan syphilises, a betegség klinikai jelei a házasság ideje alatt vagy közvetlenül előtte mutatkoztak nála. A beteg házastársánál tehát, bár magán sohasem észlelt tüneteket és tünetmentesen került vizsgálat alá is, minden mód és alkalom megvolt a fertőzéshez. 180 ilyen esetből a WR 24,4%-ban, a SGR pedig 31,1%-ban mutatta ki a syphilist.

Egy másik ilyen csoportot alkotnak azok a nők, akiknél semmi más adat nincs syphilises fertőzésre vonatkozólag, mint az, hogy több ízben spontán — tehát

nem művi — abortusai voltak. Férjük betegségéről biztosan nem tudnak, legfeljebb csak gyanítják. Itt (170 eset) a WR 26%-ban, a SGR 28,3%-ban adott pozitív eredményt.

A SGR specificitását vizsgálándó, 77 különböző betegségnél 1668 vizsgálatot végeztem. Ehhez a számhoz járul még 560 egészséges, anamnesisében syphilist ki nem mutatható egyén vizsgálata. A betegségek között bőrbajok mellett sebészi, elme- stb. megbetegedések is nagy számban fordultak elő.

17 pozitív SGR eredményből 7 WR szerint is pozitív volt; a többi 10 eset közül egy fel nem ismert syphilises fertőzés lehetősége fennállhat az adenopathia, ulcus serpiginosum, dajka és egészséges ember egy-egy esetében. E négy esetben talált pozitív eredmény tehát még nem bizonyít a SGR specificitása ellen. A 28 ulcus mollenál talált egy pozitív SGR már ellene szólhat. Ez az egy esetem azonban nem szolgáltat elég okot arra, hogy én is a reactio specificitása ellen döntsek, mint Wolffenstein, aki 20%-ban talált pozitív reakciót puha fekélynél és bubonál. Az Orientbeulenél talált pozitív reactio, egy esetről lévén szó, szintén nem bizonyít semmit. Érdekes azonban a bő genyes váladékot produkáló balanoposthitisnél talált négy pozitív SGR eset. De itt csak átmenetileg volt pozitív a reactio s a pár nap múlva bekövetkezett gyógyulás után három esetben negatív lett. Egy esetet nem vizsgálhattam tovább.

Münsternek és másoknak azon észlelése, hogy a SGR lázas bajoknál sokszor pozitív és azért vigyáznunk kell a syphilis diagnózisának megállapításánál, bőrgyógyászati klinikán vagy venereás kórházi osztályon differentia-diagnostikailag nem lehet zavaró momentum, mert a klinikai pontos vizsgálat ilyen esetekben mindig eligazít.

WR, SGR és DM-val végzett parallel vizsgálatok.

A következő összeállítás a DM-re vonatkozó vizsgálati eredményeimet tünteti fel. Valamennyi esetben a WR-en kívül SGR-t is végeztem. E három reakcióval pozitív eredményt adó esetek százaléka itt (más és kevesebb esetről lévén szó) természetesen nem némi, de arányos eltérést mutat a csak WR és SGR-val pozitívnak talált esetekkel szemben.

	Positív eredmények %-ban			
	eset	WR	SGR	MR
Primaer sclerosis	112	60,7	71,4	75—
Papulo-maculosus syphilis	244	93,4	96,7	98,3
Bőr-, csont- és kötőszöveti gummák	108	93—	83—	93—
Cerebralis syphilis	120	73,3	70—	76,6
Tabes dorsalis	212	49—	60—	60—
Paralysis progressiva	32	50—	62,4	74,4
Taboparalysis	14	85,5	85,5	100—
Heredosyphilis	76	68—	89,5	89,5
Syphilises szembajok	36	75—	75—	75—
Latens syphilis	3004	31,7	37—	37—
Régi, jól kezelt latens syphilis	632	14,5	13,4	15,1
Nem, vagy rosszul kezelt latens syphilis	836	63,1	71,7	69,8
Latens syphilis kúrák között	1188	20,5	28,6	28—
A házastárs syphilises	180	22,2	29,1	29,1
Abortusok	220	23—	29—	36,3

A három reactio érzékenységét összehasonlítva, azt látjuk, hogy a SGR a pozitív eredmények százalékát jelző oszlop tíz rovatában mutatkozik érzékenyebbnek a WR-nál s mindössze két rovatban (gummáknál és cerebralis syphilisnél) marad a WR mögött. Jól kezelt syphilisnél az eltérés alig jöhet tekintetbe; három rovatban megfelel a WR érzékenységének.

A DM 13 rovatban múlja felül a WR érzékenységét és nyolcban a SGR-ét; gummáknál és syphilises szembajoknál megegyezik a WR-val, egyszer sem marad mögötte. A SGR-val hat esetben megegyezik; egy esetben (nem kezelt syphilis) igen lényegtelen a differentia.

Mindezekből a két újabb reakciónak, de különösen a DM-nek a WR-nál határozottan érzékenyebb volta kétségtelenül megállapítható. Igaz, hogy ez az érzékenység egy reakciónál sem abszolút, csupán relatív, mert vannak esetek, amikor csak a WR ad pozitív eredményt, amikor tehát a WR érzékenyebb relative a SGR vagy DM-hoz képest, de viszont a relatív érzékenység gyakrabban mutatkozik az utóbbiaknál, mint a WR-nál.

A DM specificitását vizsgálva, 57 betegségnél 872 esetben (köztük sok *ulcus molle* és több *tbc.*) végeztem a reactiót. Egyszer sem kaptam olyan eredményt, amely a specificitás ellen szólhatott volna. Kivételt képez a három balanoposthitis eset, ahol a SGR-hoz hasonlóan pozitív volt a reactio (hét esetből). Ugyancsak a specificitás szempontjából vizsgált 344 állítólag syphillisben nem szenvedett egészséges ember savója sem adott pozitív eredményt, egy esetet kivéve, ahol azonban a WR és SGR is pozitív volt. Itt tehát kétségtelenül rejtett syphillises fertőzéssel volt dolgunk. Érdekes, hogy a balanoposthitisnél jelentkező pozitív DM éppen úgy, mint a SGR, a gyógyulás után negatív lett. Erre vonatkozó további vizsgálataimnál az a megfontolás vezet, hogy ezeknél a kivétel nélkül nagyobb genyedéssel, kiterjedt erosiókkal jelentkező bajoknál, ahol *spirochaeta refringens*eket mindig sikerült kimutatnom, nem a spirillosis-e az az ok, amely e látszólag helyi folyamatnál az átmeneti pozitív reactio jelentkezésére vezet.

A DM a specificitás kérdésénél is kevesebb kifogás alá esik, mint a SGR. De más tekintetben is sok előnye van vele szemben. Így a methodikája még a SGR-énál is egyszerűbb, az eredmények könnyebben, sokszor szabad szemmel is leolvashatók. De legnagyobb előnyének, legalább ezidőszert, azt tartom, hogy az antigenkérdés körül nincsenek olyan nehézségek, mint a SGR-nál. Erre nézve elég arra utalnom, hogy míg a SGR-nál 4–5 szervkivonatot kell készítenem, míg egy használható találok, s a bevált antigen optimalis cholesterin- és alkoholtartalmának meghatározása is nagyon sok próbálgatást és gondos munkát igényel, addig a DM-hoz Meinicke utasítása szerint készült lószívkirovatot minden egyes esetben bevált és mondhatnám matematikai pontossággal készíthető. Sohasem vettem észre, hogy a használatban levő DM-antigen, akár hónapok múlva is, hatásában gyengült vagy csak időszakonként is ingadozó, határozatlan eredményhez vezetett volna. A hígító 2%-os NaCl-oldatnak steril volta az egyetlen, amit meg kell követelnünk. A penészgombákkal fertőzött könyhasóoldat okozza a negatív savóknál is fellépő vastag kötegszerű összeálló csapadék keletkezését, amely kétségtelenül szépséghibája a reakciónak, bár a leolvasást azért nem zavarja.

A két reakciónak előnyei technikai és klinikai szempontból vizsgálhatók meg. A körülményes Wassermann-technikánál lényegesen egyszerűbb a csapadékos reakciók methodikája, bár a jó SGR-antigen elkészítése sok hozzáértést és serologiai tapasztalatot igényel. Feleslegessé teszik a WR-hoz szükséges sokféle serologiai anyagot; a reakciókat rövidebb idő alatt el lehet végezni. Tömeges vizsgálatok végzésére is alkalmasabbak és olcsóbbak a WR-nál.

A klinikus szempontjából nagy előnyük a reakcióknak, hogy a syphillis egyes periodusaiban általában érzékenyebbek a WR-nál. Így a *primaer sclerosis*nál is, amikor a SGR és DM pozitív volta negatív WR esetén már tartózkodóbbá teszi az orvost egy abortív kúra indiciójának felállításánál. A *latens* esetek tekintélyes számánál sokszor a SGR és DM egyedül jelzi az antisiphillises kezelés szükségességét. Hasonló okból megbecsülhetetlen az értékük *parasyphillises* megbetegedéseknél, *tabes*nél, *paralys*isnél. De sokszor vetnek világosságot az abortusok okára nézve is.

Nagyon kívánatosnak tartom, hogy mind a három reactio, de legalább a WR és DM egyszerre végeztessék. Táblázataim adatai meggyőznek arról, hogy ez nem felesleges, mert egyrészt a syphillis kimutatásának eshetőségei szaporodnak, másrészt feleslegessé válhatik a WR-nak több antigennel való végzése és ez már időmegtakarítás szempontjából is fontos. A klinikusra nézve igen megnyugtató, mert sok kétes eset tisztázódik, ha mind a három reactio egyforma eredményt ad. Ha különböző eredmények közül kettő pozitív, úgy az esetet mindig syphillises eredetűnek tartom. Több mérlegelést követel az az eset, ahol két negatívval szemben egy pozitív reactiót kapunk. Ilyen esetekben a pontos anemnesis, az alkalmazandó therapia eredményes vagy eredménytelen volta, a további klinikai megfigyelés és esetleg a reakciók megismétlése mindig eloszlítja a kételyeket.

Összefoglalás.

A syphillis különböző megnyilvánulásaira, különböző bőr- és más betegségekre, valamint egészségesek savóira kiterjedő vizsgálataim alapján megállapítani óhajtom, hogy úgy a SGR, de különösen a DM a syphillis diagnostikájára nézve nagyjelentőségű reakciók. A reakciók specifikusak a syphillisre és bizonyos körülmények között tapasztalt klinikusok kontrollja mellett esetleg helyettesíthetik is a WR-t, de mint társreakciók minden esetben alkalmazhatóak és alkalmazandók is.

Irodalom : Baumgärtel, M. m. W., 1920., 15. — Blumenthal, Derm. Zsch., 1919., okt. — Bormann, Derm. W., 1919., 52. — Gaethens, M. m. W., 1919., 33. — Georgi, Derm. W., 1919., 13. — Kafka ref., D. m. W., 1919., 3. — Hauck, M. m. W., 1920., 13. — Kirschner és Segall, W. kl. W., 1920., 377. o. — Kleeberg, Derm. W., 1920., 3. — Kornitzer, M. Kl., 1919., 15. — Kummer, W. kl. W., 1920., 26. — Lesser, D. m. W., 1918., 42. — B. kl. W., 1919., 10. — Löns, D. m. W., 1919., 21. — Mandelbaum, D. m. W., 1920., 33. — Meinicke, B. kl. W., 1917., 25. 50.; 1918., 4.; M. m. W., 1918., 49.; 1919., 33.; D. m. W., 1919., 7., 12., 24.; 1920., 1. — Merzweiler, D. m. W., 1919., 46. — Münster, M. m. W., 1919., 9. — Nathan, M. Kl., 1918., 41. — Neufeld, B. kl. W., 1920., 18. — Poehlmann, D. Zeitschr., 920., 1. — Raabe, B. kl. W., 1919., 43. — Reich, D. m. W., 1919., 7. — Sachs-Georgi, M. m. W., 1919., 16.; 1920., 3.; M. Kl., 1918., 33. — Schmidt és Pott, D. m. W., 1920., 19. — Schönfeld, M. m. W., 1920., 14. — Vagedes és Korbach, D. m. W., 1918., 51. — Weichardt és Schrader, M. kl., 1919., 6. — Wodtke, M. m. W., 1920., 15. — Wolfenstein, B. kl. W., 1919., 47. — Zimmer, Derm. W., 1919., 33. — Zurhelle, Derm. Zsch., 1919., Sept.

A debreceni m. kir. Tisza István tudományegyetem belklinikájának közleménye. (Igazgató: Csiky József egyet. ny. r. tanár.)

A léppunctio technikájáról és diagnostikai értékéről.

Írta: Nagy Géza dr. klinikai tanársegéd.

A lép szerepéről a legújabb időkig alig tudott valamit a tudomány s a hozzája fűzött különböző spekulációk során valóságos mondanakör képződött ki körülötte. Nem csodálatos tehát, hogy néhány vállalkozó szellemű bűvár már meglehetősen régen, a múlt század közepe táján megkísérelte egy-egy megnagyobbodott lép punctióját, hogy az így nyert nedv minéműségéből diagnostikai következtetéseket vonhasson le.

Néhány halállal végződött eset aztán egy időre be-zúnta ugyan a hasonló vállalkozásokat, de már a 90-es években Vidal és iskolája ismét nagyon sok lépet punctiót typhusbacillusok kimutatása céljából. 1905-ben Haya-shykawa typhusosoknál 109 esetben végzett léppunctiót minden baj nélkül s a lépnedvből 94,4%-ban tudta kitenyészteni az Eberth-Gaffky bacillust, míg ugyanezen beteganyagok vizeletéből 18,1%-ban, székletéből 60%-ban, roseolájából 58%-ban volt a vizsgálat pozitív. Később abscessusoknak és echinococcus-tömlőknek ezúton való kimutatását is megpróbálták, majd több kudarc után ismét elhagyták a kísérletezést. Újabb ismét Hirschfeld és Klemperer szálltak sikra a léppunctio diagnostikai értékesítése mellett, különösen aleukaemiás állapotok néha igen nehéz felismerésénél.

Dacára annak, hogy e vizsgálati módnak értékes eredményei kétségen felül állók úgy ezen, mint egyéb betegségekben, amit mások is megerősítettek, a léppunctiót mégis kihagyták lassankint a diagnostika fegyvertárából. Először is ma már éppen typhusnál sokkal veszélytelenebb és csaknem egészen megbízható vizsgálati módszereink vannak, másrészt több oldalról merültek fel hangok, melyek a léppunctiót veszélyes complicatiók lehetősége miatt teljesen elvetendőnek tartották. Így Burdach arra figyelmeztetett, hogy fertőzött lépből a punctió során keresztül a hashártyára kerülhetnek csirák, melyek inficiálják a peritoneumot és sepsist okozhatnak. Erre azonban semmiféle objectív észlelete nem volt s azóta sem fordult elő. Komolyabb mérlegelés tárgyát kell képezze több, közvetlenül a beavatkozáshoz csatlakozott haláleset. A lép

közvetlenül a rekesz alatt feküdvé a légzőmozgásokat követi s így előfordultak esetek, mint amilyent *Matthes* ír le, hogy a beteg röviddel a punctio után belső elvérést tünete között elpusztult s a sectio egy hosszú hasadást talált a léptokon, melyet a hasfalban fixált tű okozott az elmozdult szervben. Hasonló eseteket közölt még újabban is *Wohlgemuth*, *Stein* stb. Ezen elvérés, mint a szerző közli, bekövetkezett dacára annak, hogy a legszigorúbb cautelák mellett történt a punctio. A beteg műtét előtt subcutan morphint kapott, punctio alatt lélegzetét visszatartotta s utána hosszabb ideig pihent. Egy körülményt azonban nem vettek figyelembe s én ennek tulajdonítom a történt balesetek igen nagy részét: ez a peritonealis reflex. A lép ugyan maga teljesen érzéstelen szerv, de a fali hashártya fájdalom iránt nagyon érzékeny s midőn a tű punctio közben átfúrja, reflectorosan rekeszgörcsöt okoz. Ez a rekeszgörcs hirtelen mély inspiratiót vált ki, a beteg szisszent s az összehúzódo rekeszizom hatalmasat taszít a lépén.

Nagyon egyszerű fogással sikerül ennek a reflexnek és a benne foglalt veszélynek élet venni. A punctiót olyan rekeszállásban kell végezni, midőn ez maximális contractióban van, szóval a legmélyebb inspirációs állásban. Ennek szem előtt tartása mellett a punctio jóformán teljesen veszélytelen beavatkozássá válik. 65 esetben végeztem diagnosztikai célból léppunctiót, anélkül hogy a legcsekélyebb kellemetlenség lett volna. Néhány rövidesen boncolás alá kerülő esetben a tű nyílását a kórboncnok nem is tudta megtalálni. Az esetek között csak néhány volt olyan, hol a lép annyira leért a hasba, hogy puha hasfalon keresztül püngálhattam, legnagyobb részben bordaközben voltam kénytelen beszúrni s nem is tapintható lépeket püngáltam minden complicatio és fájdalom nélkül.

Methodusom általában a következő: A beszúrás helye igen nagy lépeknél a hasfalnak megfelelő része; alig, vagy nem tapintható lép fölött az a bordaköz, melyben a legmélyebb belégzéskor is abszolút tompulatot kapunk. Rendszerint a XI. 15—2 cm per os morphin után a beszúrást két részletben végzem. Előbb átszúrom megfelelő helyen a bőrt s megállok a bordaközi izomzatban; a beteg a bőr átfúrásának izgalmát 1—2 mély légvétellel kiheverve a legmélyebb belégzési állásban kitart. Az ekkor továbbvezetett szúrás semmiféle reakciót nem válthat ki, s a fájdalom is jelentéktelen.

A fecskendőt, hogy lehetőleg az egész lépállománynak nedvessége elegendjen benne, kihúzás közben állandóan szívni kell. A punctatum mennyisége rendszerint 1—2 csepp, melyet tárgylemezre fujva, belőle kenetet készítnék. Vérdús, leukaemiás, sepsises lépből több nedvet is kaphatunk. A kenetet a vérpraeparatumoknál használt módon, *May-Grünwald-Giemza*-val, szükség esetén oxidasefestéssel kezeljük.

A lép úgy működésében, mint anatómiai szerkezetében nagyon heterogen szerv. Sinusai és reticuluma az *Aschoff-Landau* által közös rendszerbe foglalt reticulo-endothelialis apparátusnak jelentős része, s mint ilyen fontos szerepet játszik a hemoglobinnal anyagforgalomban. Tüszővel élénk részt vesz a nyiroksejtek termelésében. Fajlagos sejtjeinek hormonalis tevékenysége révén regulálja a csontvelőben folyó vérsejtképződést, s mint a vérpályába iktatott hatalmas nyirokmirigy visszatartja a véráramba került idegen és szokatlan elemeket, melyeket mikro- és makrophagjai segítségével elpusztít.

A lép ezen sokrétű funkciója magyarázza, hogy fokozott működése, vagy másodlagos megduzzadása a legkülönbözőbb, egymással semmiféle rokonságban, sőt merev ellentétben álló kórformáknak is részjelensége lehet. Egyes vérbetegségekben részben hemoglobinbontó, vagy vérlemezkepusztító hyperfunctiója, részben fokozott hormonalis tevékenysége, esetleg belső secretiós elemeinek degenerációja, részben pedig a vérnek szokatlan alak-elemek visszatartása következtében találunk splenomegáliát, mint anaemia perniciosában, polycitaemiában, hemolysises icterusban, morbus Bantinál. Vérsejtképző szövetek daganatszerű burjánzásának kedvenc áttevődési helye a lép, — ilyen metaplasziás léptumort találunk az összes jukaemiákban és aleukaemiákban. Lehet a lép elsődleges

vagy másodlagos fészke daganatszerű képleteknek, mint granulomatosis, sarkomatosis, tuberculosis eseteiben, vagy *Gaucher*-féle splenomegáliában.

Ákár splenogen eredetű megbetegedésről van azonban szó, akár csak spodogen tumorról, — a lép szövettani megvizsgálása vagy a nedvből készített kenet igen gyakran adhat értékes felvilágosítást a betegség természetéről. Fertőző betegségeknel a lépben összezsúfolt mikroorganizmusok kimutatása jóval könnyebb feladat, mint a vérben, melynek transitoforgalmában bakterium csak nagyon rövid ideig marad. Tumoroknál viszont néha tumorsejteknek kimutatása biztosíthatja a diagnosist (*Foix* és *Rönnele*).

Ez a meggondolás elméletileg a léppunctio gondolatát nagyon értékesé teszi, a lép szerkezete pedig, a laza reticulumba beágyazott kocsonyás pulpszövet, a folliculusok szintén félfolyékony tartalma, a fix sejtek relativ csekély száma teszi ezt gyakorlatilag lehetővé. Az általunk leírt methodus pedig kikerülve az eddig hozzákapcsolódó veszélyességet, klinikai alkalmazhatóságát biztosítja.

A kapott lépnedv sejtjes elemeinek összetétele normális, egészséges lépnel is meglehetősen változékony, s erre befolyással van az is, hogyha véletlenül egy folliculusnak, sinusnak, vagy magának a pulpának a tartalma került a tárgylemezre. Eppen ezért kell punctiónál kifelé húzás közben állandóan szívni a fecskendőt s megbízható eredmény céljából legalább 2—3 praeparatumot qualitative átnézni.

Az egészséges lép punctatuma a szintelen és vörösvérsejtek viszonyát tekintve 30—40.000-es leukocitosissal bíró vérképnek felel meg. Qualitative az egymagvú sejtek vannak túlnyomó számban, de pontos differential-vérképet készíteni nagyon nehéz. A lépnedvbe ugyanis nemcsak a vérnek szokásos alakelemei, a lép fajlagos és nem-fajlagos sejtjei, hanem mindazon idegen sejtfeleség is bekerül, melyeket a véráram accidentalisan ragad magával (endothel sejtek, éretlen sejtfeleségek stb.), melyeknek eredetét eldönteni néha nehéz feladat.

Általában előfordulnak a normális lépnedvben 1. kis limphocyták, 2. nagy mononuclearis sejtek, néha fagocitált vörösvérsejt-törmelékekkel, 3. granulált sejtek eosinophil, basophil, vagy neutrophil szemcsézettséggel, segmentált maggal, 4. nagy sejtek halványkék, csekély ellenállású széles protoplasmával, melyben rendszerint centralisan fekszik az ovális, finoman recézett, éleskontúrú mag, benne egy-két világoskék nucleolussal. Ezen sejtek valószínűleg autochton lépsejtek s a sinusok falából, vagy a reticulumból kerülnek a punctatumba. 5. Csupasz, ovális, finoman reticulált magvak nagy számban, valószínűleg az előbbi sejteknek magvai, melyeknek plasmája a trauma következtében levált, s külön található mint halványkékre festődő, 5—6 mikron nagyságú golyócska, szétszórva a sejtek között. 6. Vannak aztán szintén csupasz, de kevésbé jól formált kontúrú magvak, szintén több nucleolussal, melyeknek állománya az előbbieknél jóval tömöttebb, alakjuk szabálytalan, szétfolyó. Valószínűleg még nagyon fragilis ossejteknek, limphoblastoknak vagy limphocytáknak (*Pappenheim*) a maceratiót nem bíró maradékai. 7. Nagyon sok vérlemezke. 8. Különböző, valószínűleg nem állandó lép-alakelemet képező sejtek, melyeket a léppulpa a vérből tart vissza, mint endothel sejtek. 9. Diagnosztikai szempontból kérdéses, szóval valamiféleképp irritált lépnedvben mindig előfordulnak limphocitaer, néha sugaras maggal bíró, erősen basophil plasmájú sejtek, plasmasejtek, melyek azonban teljesen egészséges lépnedvben rendszerint nem található. Fertőzött lépben, anaemia perniciosás lépben, sőt tumoros szervezet lépben is nagyon gyakran található úgy az excentrikus magvú *Marschalkó*-typusú, mint a nagy limphoid maggal bíró plasmasejtek. A legkülönbözőbb alakban és basophilával, sok morphologiai rokonságot mutató a limphoid ossejtekkel. Nagyon gyakran találunk közöttük oszló alakokat is, monastert, diastert.

A qualitativ kép körülbelül 50—60%-a limphoid alak, 20—30% mieloid sejt, 10—20% mezelen, valószínűleg splenogen elem, 1—2 magvas vörösvérsejt, mely majdnem minden normális lépnedvben található, valószínűleg, mint vendég. A punctatum sejtjei természetesen minden topographiai vonatkozás nélkül jelennek meg a kenetben, de

megvan bennük a kenet nagy előnye a metszet felett, hogy intim szöveti structurájuk sokkal finomabban hozható ki s így felismerésük és meghatározásuk könnyebben sikerül.

Klinikai alkalmazásában segítségül hívható a lép-punctio, és nagyon hasznos útbaigazítást nyújthat olyan esetekben, midőn a peripheriás vér morphologiai vagy bakteriologiai vizsgálata még igen nagy fáradtsággal sem jár kellő eredménnyel. Így *anaemia pernicioza* kevésbé kifejezett, vagy egészen a kezdetén levő eseteiben, a peripheriásan nagyon gyéren, vagy nem is található magvas vörösvérsejtek a lépben tömegesen mutathatók ki a legkülönbözőbb érési stádiumban. E dolgot keretében nem akarok belemenni annak a fejtegetésébe, vajjon ezen kóros formátumok ilyen nagy tömegben pusztán a lép spodogen funkciójá révén halmozódtak-e fel, vagy pedig valódi mieloid metapláziáról van-e szó? Mindenesetre feltűnő, hogy nagyon gyakran olyan alakokkal is találkozunk, melyek a vérben egyáltalában nem, vagy legalább igen ritkán jelennek meg, így hemoglobint nem tartalmazó össejtekkel, hemogoniumokkal, vagy egészen fiatal megaloblastokkal. Előfordulnak néha vörösvérsejtek a mag kilépésének pillanatában fixálva, amint a mag piskótaszerűen elnyúlva fél állományával már kívül van a sejtesten. Kilépett, piknotikus magvak, melyeknek structurája semmi kétséget sem hagy származásuk felől s a mag kilépésének mechanizmusába bepillantást nyújt.

Fertőzött lépben mindig találunk magvas vörösvérsejteket meglehetősen nagy számban, mielocitákat s egyéb fiatalabb, velőből származó alakot, melyek mellett azonban dominálja a képet a plasmasejtek tömege. Egyes búvárok, mint *Sternberg*, *Weidenreich*, azon a véleményen vannak, hogy a lép már normális körülmények között is tartalmaz mielocitákat. Állatról ez már kétségtelenül bebizonyosodott, míg emberi lépben a megerősítés hiányzik. Magam ugyan szintén láttam egészséges lép nedvében is kétségtelenül felismerhető mielocitát, azonban itt ismét az a kérdés vetődik fel, hogy nem a vérbe belekerült s innen visszatartott sejtről van-e szó?

Gyönyörű képet, jóformán demonstrációs sémát mutat a lépkenet *maláriánál*. Egyszerű terciánában, midőn a vérben kis és nagy gyűrűket lehet kimutatni gyér számban, de sokszor peripheriásan teljesen steril, csak a lázmenéből maláriára gyanus esetekben is a punctatum néha egész tömegét tartalmazza a plasmodiumoknak, — s a legtarkább fejlődési állapotban. Érett schizontát, morulát, szétszórt merosoitákat, gyűrűket, gamétákat egymás mellett. Latens maláriás betegnél a roham kiváltására irányuló eljárások gyakran vezetnek nagyon súlyos complicatiókhoz, maláriás sepsishez, míg egy egyszerű lép-punctio néha azonnal eldönti a diagnosist. Tiszta plasmodium- vagy pigment-lelet ugyan, mint *Victor Schilling* hangsúlyozza, nem bizonyít okvetlenül malária mellett, amennyiben tropusi egyének között parazitagazdák is előfordulnak s így hasonló egyéneknél a klinikai kép egybevágása is fontos feltétele a diagnosishoz. Magam ilyen váratlan plasmodium-leletre sohasem bukkantam. A parazitataralmú vörösvérsejtek mellett a szintelen sejtek is izgalmi állapotban vannak. Az egymagvú sejtek plasmája kékebb mint normálisan, s árnyalatokat mutatva egészen a plasmasejtek intenzív kékjéig változik. Sok ezen sejtek között a mitosisban lévő alak, s éppen ez a körülmény, valamint a basophilia fokozatos kifejlődése mutatja, hogy ezen sejtek magában a lépben születnek, vagy legalább is itt alakulnak át.

Az *aleukaemiás és leukaemiás mielosis* lépnedve jóformán tiszta granulopotens elem. A szintelen elemek túlsúlya annyira feltűnő, hogy a punctatum elveszti piros színét és zsiros külemű lesz. A mikroskopi kép semmiben sem különbözik a csontvelő kaparékából készített kenettől. Egymás mellé zsúfolt fehérvérsejtek mieloblasttól végig a segmentált leukocitáig, sok magvas vörösvérsejt s gyakori a plasmasejthez hasonló kékpasmájú mieloid össejt. *Limfás-leukaemiás és aleukaemiás* lépben viszont alig találunk mást, mint limphoid sejteket s a lép-alakelemek felsorolása közben említett, valószínűleg össejtek maradékát képező roncsolt magvakat néha igen nagy számban s jól kifejezett nucleulusokkal.

Értékes felvilágosítást kaphatunk a lép *primaer vagy metastasisos tumorainál*, tuberculosisnál, cystáknál stb. Tumoroknál a lépben szokatlan alakelemek jelenléte lehet jelentős, míg gümőkóros fertőzés esetén néha gümőkóros anyagot sikerült a fecskendőbe szívni. Ha ez nem is történik meg, az utóbbi esetben az egysejtű elemek domináló túlsúlya, s a sejtek halvány árnyalatú plasmája mindig erős támasza a diagnosishoz. Egy esetben (egy homályos etiológiájú, extrém nagy máj- és léptumor, icterus nélkül) a punctatum legnagyobb részben endotheszerű, sajátságos sejtek halmazából állott. Az eset kórbonctani felderítése még hiányzik.

Szóba jöhet természetesen fertőző mikroorganizmusok kimutatása is, így az említett kitenyészési kísérletek typhusnál, de egyéb sepsisnél, így sepsis lantanál is. A kalaazar nevű tropusos splenomegáliánál a fertőző protozoa faj ritkán jelenik meg az áramló vérben, míg a lépben egészen otthonos, úgy hogy ennél a betegségnél a lép-punctiónak igen nagy fontossága van.

Mindezeket összevéve, a punctióval kapott lépnedvből úgy citologiai, mint parazitologiai és bacteriologiai szempontból sokszor nagyon értékes felvilágosításokat kaphatunk. Maga a beavatkozás megkövetel ugyan némi gyakorlatosságot és klinikai rutint, de az a veszélyesség, melyet általában hátrányára írnak s amely miatt sokan teljesen elvetik alkalmazását, semmi esetre sem oly fenyegető, sőt valószínűleg nem is elkerülhetetlen. Természetesen külső körülmények közrejátszásából, az orvos vagy a beteg hibájából megvan a lehetősége annak, hogy esetleg a lépszövet puhasága vagy vérékenységése következtében végzetes baj is történhetik. Ezért a punctiót mindig komoly beavatkozásnak kell tekinteni, melyet segítségül hívhatunk:

1. Spodogen tumoroknál, midőn az etiologia földertellen s a vér parazitás, és bakteriumok vizsgálata steril marad (malária, sepsis, endocarditis lenta).

2. Anaemiáknál, hol a punctatumban igen nagy számban előforduló normoblastok és megaloblastok, az anaemia perniciosát jellemzik (egyéb hipochrom anaemiáknál 1—2 magvas vörösvérsejten kívül kóros alakelemet a punctatumban nem találunk).

3. Aleukaemiás mielosisnál és limphadenosisnál, hol a kenet tiszta csontvelő, illetőleg nyirokmirigy jellegű mutat.

4. Tumoroknál, léptuberculosisnál, hol fajlagos sejteknek vagy tuberculosisos anyagnak kimutatása lehet kordöntő.

Irodalom. Hirschfeld: Spec. Path. et Ther. — Krauss-Brugsch VIII., 187—246. — Wohlgemuth: Zentralb. f. Chir., 1916. — Hübschmann: Verh. d. Deutschen path. Gesell., 1913. — Schilling-Torgau: Krauss-Brugsch I., malaria. — Mathes: Diff. diagn. inn. Krankheiten.

A kir. magy. »Pázmány Péter« tud. egyetem I. sz. női klinikájának közleménye (igazgató: Bársony János dr. egyetemi ny. r. tanár).

Kritikai és kísérleti megjegyzések a terhesség korai felismerésének glycosuriás methodusairól.

Írta: Schilling Béla dr. klinikai gyakornok.

A vércukor concentrációja az állati szervezet állandó tulajdonságaihoz tartozik, ugyanúgy, mint az osmosis concentratio, a vér fehérjetartalma s a hőmérséke; elég szűk határok közt ugyan, de ingadozik. Az anyagforgalomba állandóan belekerül a vérből cukor s a különböző szervek és szövetek szükségletük szerint merítenek belőle. Más oldalról azonban az elfogyasztott mennyiségnek megfelelően a szénhidráttraktárból az elfogyasztott mennyiség pótlódik. A vércukor állandóságát csak az biztosíthatja, ha a leadás és a felvétel egymást mindig kiegyenlíti, vagyis ha dinamikai egyensúly áll fenn. A vércukor magassága igen messzemenőleg független a szénhidrát-forgalom intenzitásától.

A normális vércukor regulatív adaequált ingere Pollák szerint maga a vércukor mennyisége.

A hyperglykaemiák nagy részét fokozott sympathicotoniának kell felfognunk. A Piquere a centrális, az adrenalin a perifériás sympathicusra hat.

Hyperglykaemia jön létre először is alimentáris úton, ha olyan fokú, hogy túlhaladja a normális vese küszöbértékét, akkor már normális egyéneken is beáll a glycosuria. Ha a vese küszöbértéke valamely oknál fogva csökken, pl. számos szerző állítása szerint a terhesség alatt, akkor már glycosuriát okoz az olyan fokú glykaemia, mely normális esetekben nem váltja ki azt. A normális vércukorértéknél magasabbat, tehát hyperglykaemiát találunk: akár organikus, akár functionális centralis idegizgalom esetén (pl. agyvérzés, állatkísérletben asphyxiánál), továbbá különösen az újabb irodalmi adatok alapján a „Hochdruck-stauung” (Sahli) állapotában, melynél a hyperglykaemiát hyperadrenalinemiával magyarázzák. Ilyen átmeneti hyperglykaemia áll fenn a chloroform-ether-narcosis és a morphium hatása alatt is. Különböző mérgek, melyek a vesét érintik, szintén hyperglykaemiát, illetőleg glycosuriát okozhatnak: Uránsók, chromsók, sublimát, cantharidin, coffein-csoport. Újabban rájöttek, hogy bizonyos vérnyomásemelkedéssel járó vesemegbetegedések esetén szintén nagyobb vércukorérték található. E kérdésben azonban a nézetek ellentétesek, különösen abban az irányban, hogy milyen mechanizmus révén jön létre a hyperglykaemia.

A különböző szervek kivonatának a véráramba fecskendezése a vércukorértéket emeli. A mellékvese termékét, az adrenint nem tekintve, a különböző szervek kivonatai közül legkifejezettebb a vese kivonatának, a reninnek a hatása (talán ily módon magyarázhatók a különböző ártalmakra beálló vesemegbetegedések kapcsán jelentkező hyperglykaemiák). A pajzsmirigy hyper-, illetőleg disfunciójával járó megbetegedésben, a Basedow-kórban szintén nagyobb vércukor értéket találunk. Mindazok az esetek, melyek a fenti csoportokba tartoznak, a glycosuriát kiváltó különböző módszerekkel való vizsgálatok eredményeinek bírálatakor tekintetbe veendőek más szóval az értékesítésből kizárandók.

Vannak állapotok, melyekben a vese küszöbértéke emelkedik, így pl. ismeretes, hogy diabetesben ennek hosszú fennállása alatt, vagy pedig komplikáló vesegyulladás, illetőleg zsugorvase esetén olyan vércukormennyiség mellett, mely azelőtt glycosuriával járt, ez már nem következik be és csak akkor jelenik meg újból cukor a vizeletben, ha a vércukorérték magasabbra emelkedik. Másrészt viszont normális vércukorlelet mellett, tehát hyperglykaemia nélkül 0'01—0'02 gr phloridzin befecskendezésére normális veséjű egyének is cukrot ürítenek. Itt tehát a cukorvizelet okául a vesének a phloridzin által csökkentett küszöbértékét kell felvinnünk. Az emberi pathológiában ennek mása, az ú. n. renalis diabetes innocuus (Salomon), amelynek kritériumai közé tartozik, hogy glycosuria normális vércukorérték mellett áll fenn s így alimentárisan egyáltalában nem, vagy csak alig befolyásolható.

A terhesség alatt, mint azt az évtizedes vizsgálatok mutatják glycosuria állhat fenn. A normális szervezetnek meg van az a tulajdonsága, hogy relative nagy cukormennyiségeket gyorsan reszorbeál s csakis az assimilációs szervek bántalmazottsága esetén áll be hyperglycaemia, amikor is a vese cukrot választ ki. A terhesség alatt a női szervezet sokkal jobban van igénybe véve, mint a terhességen kívüli állapotban, nagyobb mennyiségű anyagcsere-végtermékeket kell a vesének fokozott munkával eltávolítania. Bergsma vizsgálatai szerint a veseepithelsejtjei a physiologias hyperfunctio állapotába jutnak. Noorden szerint „a vese cukoráteresztő képessége igen érzékeny, szük határok között változik.” Strümpell szerint „a szervezet cukor-bontó képessége egyéni változásoknak van alávetve”.

Terheseknél a vércukor közepes értékét 0'12—0'14% között találtuk. Frank szerint a vércukor a terhesség folyamata alatt időről-időre változik, szabályszerű gyarapodást vagy csökkenést nem látunk. Szénhidrát táplálkozás — a megfelelő mennyiséget éhgyomorral véve — az értékeket növeli, de csakis bizonyos határokon belül. A terhességi

glycosuriát a veséknek a vércukor iránti túlérzékenysége okozza, magyarázzák a vesének a terhesség alatti bántalmazottságával, de a vizsgálatokból még nem ismerjük azt a káros befolyást, mely a vesét s a capillariseket érinti. Eleinte a terhességi cukorvizelet az autointoxicatio egyik symptomájának tekintették.

A terhes szervezet polysaccharidokat nagy mennyiségben tud assimilálni, a monosaccharidok assimilálásában individuális változásokat mutat, azonkívül a terhes szervezet szénhidrát-assimilációs határa csökken. A legtöbb terhesnek „latens, renalis diabetes” van. A vese kisebb-nagyobb fokú laesiójában, melyet functionálisnak vesznek, látjuk ennek az okát. Felvesszük, hogy a terhesség alatt toxicus veselaesio áll fenn, s a vese functionális insufficienciája következtében cukoráteresztő képessége csökken. Normális ember rendes assimiláló szervekkel 150—200 gr dextroset tud szervezetében cukorvizelet nélkül feldolgozni, a „toxicusan elváltozott vesék — mint Pollák mondja — a vérben keringő cukorral szemben áteresztők”. Terhesség alatt a vese érzékeny, a cukornak még physiologias határokon belüli változását is megérzi. Szőlőcukor adagolására renalis glycosuriát látunk, sőt sok esetben szénhidrátokban bő táplálkozásokban is. A terhesség alatt nagyobb mennyiségű cukor adagolására a szervezetben raktárt létesítünk, aminek hyperglycaemia a következménye. Frank transitorikusnak mondja a terhességi renalis glycosuriát s az okát a vese finomabb szerkezeti elváltozásában keresi. Endogen anyagcsere-végtermékek keringenek a terhesek nedveiben, azonkívül a foetusból és placentából is szövetrészek.

A terhesek kicsiny százalékában szénhidrát táplálkozás nélkül is találunk cukrot a vizeletben, Noorden szerint itt a vesehámsejtek secretorikus működést fejtenek ki. Hofbauer régebbi vizsgálataiban a nem terhes szervezet csökkent szénhidrát-toleranciáját toxogen, neurogen és febrilis formára osztotta. A neurogen eredetű glycosuria okát a máj elváltozásaiban keresi, a toxogen glycosuriákról az előzőekben emlékeztünk meg, lázban a vércukor magasabb fokot ér el. Az utolsó idők vizsgálatai bizonyítani igyekeznek, hogy a terhességben a belső secretiós szervek egyensúlyváltozásában is kereshetjük a glycosuria okát, amennyiben a cukormobilizáló képességük fokozott. A vizsgálatok az ovariumot és a hypophysist állítják az előtérbe. Fellner az ovarium és thyreoidea működése között lát szoros kapcsolatot, vitás kérdés a terhesség alatt az ovarium hyper- vagy hypofunctiója, s Hofbauer a hypophysis első lebenyében egy a cukor-toleranciát szabályozó centrumot feltételez. Löhlein és Fahr a hypophysis-kivonatok elektív hatását tapasztalta a glomerulusok érrendszerére.

Nagyjában megegyeznek a vizsgálatok eredményei arra nézve, hogy a terhesség II. hónapjától kezdve a VIII. hónapig a vércukor valamivel több, az emelkedés a terhesség végéig tart s a gyermekégy első napjaiban tűnik el.

Az alimentáris terhességi glycosuriát mint terhességi diagnostikumot legelőször Hofbauer említ. Frank és Nothmann foglalkozott legbővebben a cukorvizelettel mint terhességi diagnostikummal; 100 gr szőlőcukor per os adagolása után a vércukornak 0'19% határértéket túlhaladnia nem szabad, ez vizsgálataikban a főkövetelmény. Kísérleteiket szőlőcukorral s szénhidrátokban bő táplálékkal végezték; míg szőlőcukor után majd minden esetben kaptak terhességi glycosuriát, addig szénhidrát táplálkozásnál csak 60%-ban. Frank és Nothmann után sokan folytattak ezirányban vizsgálatokat s ha a közleménynek percentuatióját s az eredmények nagy tömegét összegezzük, végeredményül kapjuk, hogy a terhességi glycosuriát 100 gr szőlőcukor elfogyasztása után mintegy 50%-ban látjuk s a glycosuriát ezek szerint csupán „valószínűségi” jelnek tekinthetjük. A vércukormeghatározás az eddig ismert eljárások bármelyikével történhetik. A vér cukortartalmát a plasmában kell keresni, s csakis egy és ugyanazon módszerrel nyert eredményeket szabad összehasonlítani.

Raubitschek, Ryser stb. az adrenalin cukormobilizáló tulajdonságát vették segítségül. A adrenalin vasoconstrictor hatású és a sympathicust izgatja, subcutan injectióban adva fokozza a vércukrot. 0'001 gr befecskendezése után normális emberen cukorvizeletet nem tapasztalunk. A ter-

hesség korai diagnózisára a vizsgálandó asszonyoknak csupán 10 gr szőlőcukrot adtak és 0,5 cm³ adrenalin subcutan.

A Frank-Nothmann-s az adrenalin eljárással a vércukor lehető megváltoztatása nélkül vette a szerzőket további kísérleteikben s Klemperer vizsgálatai nyomán a phloridzinhez nyúltak. Az utolsó esztendő vizsgálatai a phloridzinnel kiváltott terhesség glycosuriával foglalkoznak. A terhesség korai diagnózisának felállítására ezt hiszik legalkalmasabbnak. A módszer, melyet vizsgálataikban követnek, a következő: Előzetes vizeletvizsgálat után a vércukor meghatározása, majd 0,002 phloridzin intramuscularisan. A vizelet gyorsabb képződését 200–300 gr meg nem édesített folyadék felvételével siettetik.

Az intézetünkben végzett kísérletekről az alábbiakban számolok be: Mindhárom eljárást segítségül vettük Frank és Nothmann szerint 100 gr dextroseval, továbbá az adrenalin és phloridzin módszerrel dolgoztunk. Vért vettünk, melyben a vércukrot meghatároztuk, ugyanakkor a vizelet cukormentességéről is meggyőződünk. Majd éhgyomorral 400 gr teában 100 gr dextroset adtunk, 50–80 perc múlva, amikor a vizeletben megjelent a kiűritett cukor, újból vért vettünk s ebben a vércukrot meghatároztuk. Legelőször is a terhesség végén levő házi-terhesek közül húsznak vizsgáltuk meg a vércukortartalmát és a vizeletét úgy a dextrose bevétele előtt, mint utána; négy esetben láttunk pozitív reakciót, a vizeletben csupán qualitativ eljárásokkal kutattunk cukor után. Küstner 20 eset közül nyolcban kapott cukrot. A vércukorértékek 0,10% és 0,14% között váltakoztak, tehát a terhesség végén levő asszonyokon a vércukor magasabb értékeivel találkozunk.

Biztosan nemterhesek közül tízet vizsgáltunk, a vizeletben cukrot sohasem kaptunk, a vércukorértékek 0,08 és 0,14% között váltakoztak. A terhesség első négy hónapjában, továbbá akiken a gynaekologiai vizsgálat a terhességet eldönteni nem tudta, 32 próbát ejtettünk, 15 esetben pozitív eredménnyel. 32 eset közül 12 volt gynaekologiai vizsgálat eldöntött biztosan gravida, ezek közül 11-ben volt pozitív a vizeletreakció; 13 kérdéses gravida közül négynek volt cukrot tartalmazó vizelete, mindegyiken a későbbi vizsgálat igazolta föltevésünket, 9 negatív esetből kétfőben győződünk meg hetek múlva a terhességről.

Abortus imminens több esetében negatív eredményt kaptunk; menstruációs glycosuriát, melyről Küstner tesz említést, nem észleltünk. A vércukorértékek 0,19%-ot túl nem haladták, 0,10% és 0,15% között váltakoztak, egyetlen terhesen láttunk 0,18%-ot.

Raubitschek eljárását akként módosítottuk, hogy a legelső negatív vizsgálatok után a szőlőcukor mennyiségét 20 gr-ra emeltük s e módon jártunk el a későbbiekben is. 32 asszonyt vizsgáltunk a terhesség 1–3-ik hónapjában, ezek közül biztosan terhes volt 22, közülük 18 reagált cukorvizsgálattal, négynél negatív volt a qualitativ vizsgálat eredménye. Kérdéses gravidát tíz esetben vizsgáltunk, négy cukorvizsgálattal reagált, közülük háromnál a vizsgálat későbbi terhességet állapított meg, a hat negatív eset közül később egyben bizonyosodtunk meg fennállott terhességről. Biztosan nemterhes asszonyt szintén 32 esetben tettünk vizsgálat tárgyává, négynél jelentkezett cukorvizelés, mind a négy esetben az adrenalin után a vércukorértékek 0,26 és 0,28% között mozogtak. Az adrenalinon végzett kísérletekben mindenkor a vércukor megszorodását láttuk; sok esetben a Frank által physiologiás határértéknek jelzett 0,19%-ot túlhaladták értékeink, viszont sok esetben közel jártak ehhez a számhoz s így a glycosuria okát hyperglycaemiában kellene keresnünk. Úgy a biztosan terheseknél, mint a biztosan nem terheseknél a magas vércukorértékeket csak másodsorban véve figyelembe, a beálló glycosuria valószínűségi diagnózisát későbbi gynaekologiai vizsgálataink igazolták. Az adrenalin sokat emlegetett rossz hatását sohasem tapasztaltam.

A legutolsó vizsgálatokat phloridzinnel végeztük: 0,002 gr-ot fecskendeztünk intramuscularisan s a vizsgálandónak 3–400 gr meg nem édesített teát vagy egyszerűen vizet adtunk. Glycosuriát a 30–50. percben észle-

tünk. 20 biztosan nem terhes vizsgálásakor egyetlen esetben találtunk cukorvizelést, a vércukorértékeket a két egymásutáni v-zsgálat vagy minimálisan kevesbedettnek vagy egyezőnek mutatta; 20 biztosan terhesnél 12 esetben láttunk cukorvizelést. Avércukorértékek itt is alig változtak s az összes vizsgálatok alkalmával 0,11% s 0,17% között ingadoztak.

Összefoglalás. 1. Vizsgálataink során arra a meggyőződésre jutottunk, hogy a terhességi cukorvizelés csak valószínűségi jelnek tekinthető.

2. Gyakorlati jelentőségét illetőleg nem tulajdonítunk nagy fontosságot az eljárásnak. A klinikai vizsgálati módszerek közé illesztve továbbra is használni fogjuk, a gyakorlatban azonban kivitele nehézségekbe ütközik.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 március 10-én tartott ülése.

Elnök: Hutya Ferenc.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutatás: 1. Zimányi Vidor: Nagyfokú gégegörcsrel társult csillapíthatatlan csuklás ritka esete. 21 éves nőbetegnek, akit egy rábizott gyermek mellette rúgott s aki kevéssel ezután fulladozni, majd csuklani kezdett, gyógyszeres kezelés ellenére állapota olyannyira rosszabbodott, hogy rajta tracheotomiát kellett végezni. E műtétre a görcsök megszűntek; a canule-nak 6 nap múlva történt eltávolítására azonban a csuklás ismét elkezdődött, ami csak a rekeszideg faradizálására múlt el. A diaphragmagörcsnek gégegörcsrel való együttes szereplését egyedülállóan tartja az irodalomban.

Tölvölgyi Elemér: Egy érdekes esete volt, hol a csuklás-hoz gégegörcsrel társult, a betegnek hyperaciditása volt és karlsbadi kúrára úgy a csuklás, mint a gégegörcs megszűnt. A spasmust a felkötött és gégebe kerülő gyomorsav okozta. Jelenleg is van egy esete, hol¹ ideges nyáladzás okozza a gégegörcsöt azáltal, hogy a nyálát álmoközben belélegzi. Az ideges spasmusok többnyire jóindulatúak, de néha igen súlyosak is lehetnek. Lerousnak egy esetében hystériás alapon fellépő spasmus miatt két ízben tracheotomiát kellett végezni. Hasonló körülmények között előbb meg kell próbálni a narcosist, aminek súlyos esetekben is megvan az eredménye.

2. Vas J. Jenő: Bőrsoor esete csecsemőn (erythema mycoticum infantile). Bóky professor felszólítására a Stefánia-gyermekkorház rendelésén figyelte a szájszóorban és intertrigóban szenvedő csecsemőket esetleges bőrsoorra. Tényleg sikerült rövid időn belül ilyen esetre akadni, mely négyhetes csecsemőn mérsékelt szájszóor és intertrigo mellett a fartájon, a végbél körül lencsényi, fillérnyi, éles szélű barnásvörös, szélein s a központban hámló kivirágzások alakjában mutatkozott. Görcsövi vizsgálat soorra pozitív. A bőrsoor ismerete, melynek első leírását Becknek (erythema mycot. infant.) és Ibrahimnak (Soormykose der Haut) köszönhetjük, fontos diagnostikus szempontból is, amennyiben némileg lueses kiütéshez hasonlít és összetéveszthető az intertrigónak egyes erosiv alakjával is.

Előadás.

Scipiades Elemér: A helybeli érzéstelenítő eljárások s az azokkal szerzett tapasztalásaim kivált nagyobb nőgyógyászati műtétek kapcsán. A helybeli érzéstelenítő eljárások még maig sem állják a versenyt a narcosissal. Ez csak akkor várható, ha azok a hozzájuk fűzött várakozásoknak skopolamin-kábítás nélkül is meg tudnak felelni még a legnehezebb nőgyógyászati hasüri műtéteknél is.

Ezen cél érdekében terelődött rá figyelme a Kappis által 1918-ban ajánlott zsigeridegi (n. splanchnici) érzéstelenítésre.

Előadó a zsigeridegek érzéstelenítését a hüvely felőli hasüri műtétek céljaira keresztcsontmenti (parasacralis) érzéstelenítéssel társította, hasmetszéseknél pedig ezeket a hasfalak helyi érzéstelenítésével is kiegészítette.

A legnagyobb nehézséget a novocain összadagjának megszabása s annak az érzéstelenítendő telepekre elosztása képezte. Általánosan állítják, hogy a 2 gr-ot nem célszerű túllépni, viszont

Härtel azt mondja, hogy az adagolás mikéntjét minden eljárásra tapasztalás szerint kell kidolgozni. Ezért arra határozta el magát, hogy a novocain adagolására az eddiginél biztosabb alapokat terem, annál is inkább, mert a 2 gr-nyi adaggal nem tudott kellő eredményeket elérni. Miután azt tapasztalta, hogy teljesen azonos technica és adagolási mód mellett az eredmény a beteg korának, betegsége természetének és a szervezet megviseltetésének mikéntje szerint jobb vagy rosszabb, az egyformán jó eredmények érdekében az adagolás „sablonját” elejtette.

Siegel egy gerincoszlopmenti érzéstelenítésnél 3 gr novocaint adott veszély nélkül. E legmagasabbnak vett mennyiséget betegeinek átlagtestsúlyával vonatkozásba hozva kiderült, hogy az ő eljárásában a betegnek kilónként 566 dmgr novocaint kell nyújtani.

Ez egy csapásra megjavította eredményeit. Minthogy azonban hasmetszéseinél még így is csak 87% volt a narcosis nélküli eredmény, adagját tovább emelte úgy, hogy a kilónként kiszámítható összes adagot intelligensebb, érzékenyebb és jobb erőbeli állapotú betegeinél még 1/2 gr-mal toldotta meg.

Ezen adagolással a 125 esetet kitevő anyagában eljutott a 100%-ban narcosis nélküli teljes eredményhez, noha eljárását csupán súlyosabb esetekben használja, még pedig anélkül, hogy az érzéstelenítést terhelő életveszélyről kellene beszámolnia.

Eljárása 8% enyhe melléktünettél, 6,5% műtét alatti hányással és 4% enyhe utótünettél járt.

Összehasonlító statisztikája szerint érzéstelenítő eljárása a veszedelmek esélyeit csökkenti és a tudómegbetegedések arányszámán is enyhít, a legsúlyosabb hasüri műtétek esetében is jobb eredményeket ad, mint bármely eddigi, s a nőgyógyászati hasüri műtétek összes fajtáira nézve a helybeli érzéstelenítésben való operálás lehetőségét véglegesen megoldotta. Nem állítja, hogy ideális, még kevésbé, hogy most már az altatás végleg elvetendő, sőt kétségtelen, hogy lesznek esetek, melyekben minden helyi érzéstelenítés is ellenjavalt, nem annyira elérhetetlen sége, mint egyeseknek fékezhetetlen idegrendszeré miatt.

Azonban azt hiszi, hogy veszélytelen helyi érzéstelenítésben végezhető nőgyógyászati műtétek ideálja felé nagy lépést tett előre, ezért is igaz meggyőződéssel ajánlja azt kartársai figyelmébe.

Hozzászólások. Frigyesi József: Négy-öt évvel ezelőtt még azt is vitatták, hogy van-e szükség nőgyógyászati műtéteknél helyi érzéstelenítésre és előnyös-e? Ez ma túlhaladott álláspont. Fontosnak tartja, hogy a nőgyógyászati helyi érzéstelenítést maguk a nőorvosok oldják meg, akik a műtétek különleges viszonyait ismerik. Ő ma már a hasmetszéseknél a hasfal érzéstelenítésén kívül csak a ligamentumok és parametrium saját módszere szerint való másodlagos beszűrését végzi; hüvelyi műtéteknél legtöbbször csak a Ruge-Thaler-féle parametrium érzéstelenítést, esetleg a szalagoknak alulról való infiltrálásával együtt. Elhagyta a gerincoszlopmenti érzéstelenítést, a keresztcsontmentit is ritkán alkalmazza. Sokszor használt közbeiktatott rövid aethylchlorid- vagy aetherbódítást, mely azonban igen ritkán és csak rövid ideig tartó teljes bódulat, legtöbbször felületes kábítás, és teljesen közömbös hatású adaggal érhető el. Ennek a megnyugtató suggestív hatása szinte bámulatos. Így ér el minimális novocainfogyasztással, veszélytelen eljárással jó érzéstelenítést; s nem kell válogatnia az eseteket: mindent operálhat. Az eljárásnak egyszerűnek, megbízhatónak és főképpen veszélytelennek kell lennie. Előadó a közbeiktatott rövid narcosis helyett splanchnicus érzéstelenítést használ. Emiatt eljárása nemcsak nehéz, hanem az összes eddig ismert eljárások között a legveszélyesebb. Megemlíti Braun, Burkhardt, Sirosek igen kis számú eseteiben előfordult egy-egy halálesetet. Az 1920-i sebészcongressuson köztudomású lett a splanchnicus érzéstelenítés veszedelmes volta: az előfordult exitusokon kívül sok collapsus és vérnyomáscsökkenés fordult elő. Veszélyesnek tartja továbbá az előadó által elhasznált 45–5 gm novocaint. Nem szabad felednünk, hogy az érzéstelenítés nem végső, csak eszköz a cél elérésében: s ezért veszélytelennek kell lennie.

Manninger Vilmos: Teljesen osztozik Frigyesi aggodalmában. A 3–5 gm novocain-adagot magasan tartja és figyelmeztet arra, hogy a Kappis-féle splanchnicus anaesthesia mortalitását 0%-kal jelzi előadó, holott a sebészeti irodalomban haláleseteknek sorozata ismeretes. Az a meggyőződése, hogy a localis érzéstelenítés túlhajtása oly halálesetekre fog vezetni, amelyek jól végzett általános érzéstelenítéssel kikerülhetők volnának.

Ádám Lajos: Nagy haladásnak tartja Scipiades eredményét, mely 100% érzéstelenítést mutat, holott a sebészek nagy része csak 60–80%-ban tudta ezt elérni. Ha az eljárás, melyet Scipiades követ, complicált is, nagy előnye van hosszantartó műtéteknél, hol a tartós narcosis veszedelmes. Nem híve a kombinált eljárásoknak és csak szükség esetén veszi igénybe a bódítást. A splanchnicus érzéstelenítést nem tartja veszélyesnek, csak azt a módot, ahogy Kappis ajánlotta. Nagyon meglepte Scipiadesnek az a kijelentése, hogy a novocaindosist a beteg testsúlya szerint szabja meg és eszerint akár 5 gr-t is adagol. Tapasztalata szerint (közel 6000 eset) a novocain mérgező hatása elsősorban az adagolt mennyiségtől, a befecskendezés helyétől, a kortól és erőbeli állapottól függ. Pl. nyakon 0,40 gr-nál többet nem adott, parasacralisan 0,80 gr-t is. Törzsön, hasfalon 1,5–1,8 gr-t; végtagon akár 3 gr-t is merne adni; általában a 2 gr-t nem haladja túl; vezetési érzéstelenítéskor akár peri-, akár endoneuralisan bármily testsúlyú betegben ugyanazon dosis egyformán hat.

Scipiades Elemér: Frigyesi könnyű, veszélytelen és megbízható eljárás kíván; ilyenek tartja eljárását, mert a hasfalnak körülbecskendezésén kívül csak 4 beszúrással érzésteleníti a beteget; senki nem halt bele és 100% a fájdalommentesség. A Frigyesi által ajánlott eljárás complicáltabb és megbízhatatlanabb is, mert az 73%-ban eredménytelen. Statisztikájából kimutatja, hogy minden érzéstelenítő mód között a legveszélyesebb Frigyesié, nevezetesen az altatással való társítás. Frigyesi tételét meg kell fordítani úgy, hogy: helyi érzéstelenítésben minden csepp nem adott aether vagy aethylchlorid nyereség a beteg halálos veszedelme szempontjából. Hibáztatja Frigyesi a novocain adagjait is, holott egyetlen beteg sem jutott attól életveszedelmbe. Megokolatlan Manninger azon kijelentése, hogy a novocainból 3 gr toxicus. Eddig senki sem tudja megmondani, hogy a novocainnak mennyi a mérgező adagja, mert a toxicus hatás változik az érzéstelenítő eljárás, az adag, a concentratio, a befecskendezés helye, az elosztótelepek helye, végül az oldat hőmérséke szerint. Különbösen sem 5, sem 3 vagy 2 gr novocaint nem ajánlott, hanem csak kilónként 566 dmgr-ot és halalozása nem volt, tehát a töle óvas felesleges. Azok a halálesetek, melyekre Manninger splanchnicus anaesthesiánál hivatkozik, nem az előadó műtét területén, nem is az ő eljárása és adagolása kapcsán következtek el. Manninger szerint feltűnő a 100%-os eredmény is, holott ő, mikor minden betegét helyi érzéstelenítésben igyekezett operálni, csak 73%-os eredményt tudott elérni.

Ádám szerint Dollinger is betegeknek csak 95%-át tudta helybeli érzéstelenítésben megoperálni. Szem elől tévesztik azonban, hogy előadó nem a betegek összességéből akar percenteket helyi érzéstelenítésben megoperálni, hanem az arra rászorulókat vállalja 100% sikerrel helyi érzéstelenítésre. Ádám, mint Manninger, hitetlenkedik abban, hogy a novocainnak testsúly szerint való adagolására szükség van. Ádám állításának érvétől azt hozza fel, hogy a köldöksérvet úgy kövér, mint sovány egyénnél ugyanannyi novocainnal tudja érzésteleníteni. Ez az érv nem áll meg: ott egy kis területnek duzzasztásos érzéstelenítéséről van szó, míg nőgyógyászati hasüri műtéteknél a rekesztől a külső nemi szervekig terjedő összes ideg vezetékes érzéstelenítést kell elvégezni, vagyis a sejteknek óriási tömegét kell megetetni novocainnal, s ebből érthető, hogy nagyobb adagra van szükség, és világos az is, hogy miként a gyengébb gyomrú egyén kevesebb étellel lakik jól, akként a betegségtől megviseltebb szervezeti sejtek is kisebb adag novocainnal laknak jól egészen az érzésteleniségükig, mint az erőteljesebbek. Valószínű, hogy a kövérebb egyének lipoidjai is többet fognak le a novocainból; végül, bár ebben még nem látunk világosan, a sejtekből kikerülő novocain-salagnak is kisebb mennyiségei tudnak gyöngébb egyéneknek általános hatásokat előidézni, mint erőteljesebbeknél. A tény az, hogy mióta az adagolás testsúly szerint növeltetett, az eredmény 100%.

Ezért újra csak azt mondhatja, hogy tegyék a hozzászólók kísérleteik tárgyává eljárását s ha kifogásaik ezután lesznek meggyőzők, eljárását készséggel fel fogja adni. Addig azonban ezen legjobbnak bizonyult mellett szilárdan kitart.

A debreceni orvosgyógyászati egyesület ülésai.

1923 február 17-iki ülés.

Elnök: Tüdös Kálmán.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Bemutatók:

1. **Markó Dezső:** Schlatter-Osgood-betegség Röntgen képeit demonstrálja. Tünetek: A tuberositas tibiae duzzanata, fájdalomossága működéskiesés nélkül. Jellemző a Röntgen-kép, mely a lig. patellae proprium árnyékában lencsényi csontmagot és ezzel szemben a tibia hollócsőr alakú proximalis epiphysisnyúlványán bemélyedést mutat. Széles epiphysis-vonal. Aetiologia részben traumás (footballista), részben csontosodási zavar. (13

éves, lappangva kezdődött, kétoldali elváltozás.) Ismerteti a betegség aetiológiájára vonatkozó nézeteket és a Röntgen-elváltozások négy típusát.

2. Máday István: Hypophysis tumoros 14 éves fiút mutat be, aki testileg visszamaradt, szellemileg elég friss, feje fáj, füle zúg, időnként hány s hatszor volt öntudatlansággal járó görcse. Jobb szemére vak, bal szemén temporális hemianopsia; papillitis o. u, ad atrophiam vergens. Szaglás csökkent. Csontmagvak 10 éves kornak felelnek meg, a nagy kutacs nyitva maradt, polyuria és polydipsia. A jobb here kicsiny, bőr száraz, hámlik, vegetatív idegrendszer normális. Wassermann négy keresztes, (vérrel), ami miatt gummára kell gondolni, míg a Röntgen-lelet inkább psammoma mellett szól. Műtétet ajánl.

Előadás:

Verzár Frigyes: A táplálék minőségének jelentősége. Az anyagcsere-életant nem szabad csak energetikai szempontokból felfogni. Nemcsak bizonyos fehérjemennyiségre van szükségünk, hanem még sok más minőségi faktorra. A fehérjék táplálékértéke rendkívül különböző. Ma már fehérjemennyimről nem lehet beszélni, hanem a különböző aminosavak minimális szükséges mennyiségeiről. Glycocolt a szervezet maga képez, lysint csak a szoptató anya tejmirigye tud képezni. Egyes aminosavak kölcsönösen helyettesíthetik egymást. A caseinszükséglet nagyságát cystintartalma határozza meg. A gelatint tryptophannal és tyrosinnal, a zeint tryptophannal és lysinnal, általában növényi magfehérjéket lysinnel kell completálni. A táplálék keverésének, azaz a különböző növényi és állati fehérjékkel való táplálkozásnak az a jelentősége, hogy így teszünk szert leginkább minden szükséges aminosavra.

A táplálék minőségének legfontosabb faktorai a vitaminok. Részletesen ismerteti az A, B és C vitamin tulajdonságait és hiányának következményét. Ismerteti különböző tápanyagaink vitamin-tartalmát és azokat a kísérleti módszereket, amelyekkel ezt meg lehet határozni. Majd gyakorlati tapasztalatokat von le orvosi és nemzetgazdasági szempontból. Hangsúlyozza a tej- és zöldségtermelés fokozásának nagy jelentőségét, mert ezek legjobb forrásai a szükséges vitaminoknak. A nagyvárosok táplálkozása magvak kiőrölt lisztjére és állati vagy növényi depotzsirokra van alapítva. Ennek katasztrofális hatással kell lenni ezen lakosság testi és szellemi fejlődésére, mert éppen ezek az anyagok nem tartalmaznak vitaminokat.

Hozzászólások: Szontagh Félix: Az állatkísérletek eredményeit csak óvatossággal szabad alkalmazni az emberre, az állatok hiányos táplálkozással előidézett csontmegbetegedése nem teljesen azonos az emberi rachitissal, inkább az osteoporosishoz, illetve az osteomalatiához hasonlít (Recklinghausen értelében), Recklinghausen különben az emberi rachitis némely megnyilvánulását (craniotabes) szintén csontlágyulós folyamatnak fogja fel. Szabadban élő állatok fogságba kerülve rachitisben megbetegednek (Hansemann). Az angolokkal látszólag közeli rokonságban álló Möller-Barlow-kórnál az ú. n. járulékos tápanyagok hiánya kétségtelenül cardinális jelentőségű, vitaminban gazdag tápszerekre gyorsan gyógyul. E betegség gyermekek scorbutjának minősíthető.

Tüdös Kálmán: Debrecennek és környékének táplálkozási viszonyairól szól és megállapítja, hogy a falusi és városi szegényebb emberek egyaránt kevés vitamint fogyasztanak.

Zárszó: Verzár Frigyes: A rachitis valóban nemcsak az A. vitamin hiányára vezethető vissza, mert Hess kísérletei szerint fény hatására is meggyógyul. Az alföldi magyar nép vitaminjait főleg káposztával, paradicsommal, uborkával és hagymával kapja. Nálunk is nagy néprétegek vitaminszegényen táplálkoznak. Az állatkísérletek eredményei analógiák alapján alkalmazhatók az emberre is. A vitaminok hatásának lényege alkalmasint az, hogy ezek fontos, a test működéséhez nélkülözhetetlen anyagok, alkalmasint a mellékvese és pajzsmirigy hormonjainak építőkövei, mint azt az intézetében folyó vizsgálatok mutatják. Így a belső secretión keresztül a vitaminokkal való ellátás a constitutiót is befolyásolja.

1923 február 24-iki ülés.

Elnök: Szontagh Félix.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Bemutatók:

1. Hüttl Tivadar valódi pankreascystát mutat be, mit 45 éves nőbetegből távolított el, s ami majdnem gyermekfej nagyságú, s amelyet előtűt vesefunkciós vizsgálat alapján hydronephrosissal gondolt. A cysta a pankreas farkából indult ki, a gyomor és harántvastagbél között feküdt, sötétsárga, nyúlós tartalmában mucin és diastase volt kimutatható. Egyrétegű hengerhám bélelte, falában Langerhans-féle szigetecskék voltak. Három hét múlva gyógyulás. Érdekes, hogy az esetről előfordult szövödmények: a cystának összetévesztése hydronephrosissal, műtétnél az arteria lienalisnak kényszerű lekötése és a vena

cava inf. falának sérülése az irodalomban már meg vannak említve. (Giani, Mikulitz, Gillbride.)

Hozzászól: Tamássy Géza:

2. Köntzey Ernő: Cholelithiasishoz szövődött pankreas-necrosis gyógyult esetét mutatja be. Typusos epekörohamokban szenvedő nöbetegnek ileus-tünetei, az epigastriumban ökölnyi, tömött, érzékeny, légzőmozgásokat követő resistentiája volt, ami pseudo-pankreascystának bizonyult, barnás fényű pépes tömeggel. A mirigyszövet részei e tömegben megtalálta. Az epehólyagban sok borsónyi kő volt. Az üreget kitörülte, kitamponálta, az epehólyagot kiirtotta. Zavartalan gyógyulás.

3. Dóczi Gedeon: Lupus erythematodes ritka esetét mutatja be.

Előadás:

Kleckner Károly: Az empyemák kezeléséről beszél. A különböző conservatív és radicales módszereket ismerteti. Ő maga tíz év óta bordaközi bemetszést végez és statisztikája kitűnő eredményű. Bordaresectiót soha nem végez és azt mint feleslegest helyteleníti. Álláspontját az eljárás egyszerűbb, könnyebb voltával indokolja. Kiemeli azt a körülményt, hogy a beteg könnyebben egyezik bele egy punctióba, mint egy bordájának kimetszésébe. Felsorolja a bordaresectio hátrányait.

Hozzászól: Láng Sándor és Bella Imre, akik ismeretik a sebészeti klinika statisztikáját. Rövid összefoglalást ad a tuberculotikus empyemák kezeléséről s kiemeli a krysoltant, amellyel kezelt hét gyógyult esetről számol be.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A constitutionális és familiáris hyperglobuliáról. Curschmann. (Med. Klinik, 1923. 5. sz. 139. o.)

Megfigyelései alapján az essentialis polyglobulia constitutionális betegség, amely legtöbbször már a gyermekkorban jelentkezik. Többnyire ilyenkor feltűnik már az illető élénkörös arcszíne, a subjectív panaszok főleg fejfájásban, szédülésben, gyakoribb orr- és foghúsvérzésben nyilvánulhatnak. A betegség hosszú időn, néha az egész életen át ilyen latens, illetőleg compensált állapotban maradhat, máskor azonban a későbbi életkorban mintegy incompensáltá lesz, s az ösmert súlyosabb subjectív és objectív tünetek kifejlődésével progresszív pernitiosus jellegűvé válik. A polyglobuliának különösen a megalospleniás alakja gyakran familiáris; a családtagok egy részén azonban a betegség egész életükön át compensált állapotban maradhat. Naegeli és mások véleményével szemben a belső secretiós szervek zavarának nem tulajdonít jelentőséget a polyglobulia tünettáiban és aetiológiájában; véleménye szerint a néha észlelt infantilismus ugyanúgy mint más, a gyermekkorban jelentkezett betegségekben is, csak másodlagos. Pákozdy Károly dr.

A haemoptoe gyógyítása kritikai megvilágításban. Horalek. (Med. Klinik, 1923. 5. sz. 144. o.)

Bang megfigyelései alapján kevésbé megerőltető mozgások: fülülés, megfordulás nem befolyásolják hátrányosan a vérzést és Tigerstedt vizsgálatai szerint nem is növelik számottevően a kis vérkörben a vérnyomást és így nem szükséges a beteget subjective is kellemetlenül érintő teljes mozdulatlanság. A gyógyszerek közül, melyek befecskendése által a vér alvadását elősegíteni igyekeztek, leghatásosabbnak a hypertoniás konyhasót tartja, amely intravenásan adva a vér alvadását, ha múlóan is, de megbízhatóan mozdítja elő. Kevésbé megbízható, bár adott esetben megkísérélhető a calciumsók, a gelatina és a serum alkalmazása. Jó hatásúnak tartja a kámfort és a digitalis-készítményeket, melyek a szívre és vasomotorokra gyakorolt hatásuk útján a kis vérkör venás teltségét csökkentik. Különösen jó hatást látott a hypertoniás konyhasó (5 cm³ 10%-os oldat) és valamely digitalis-készítmény (0'1 cm³ digalen) együttes intravenás befecskendésétől, amely szükség esetén többször is megismételhető. A régebben sokat használt, de csak a nőgyógyászatban bevált stypticumok hatástalanok. Főlöszleg és káros is lehet a narcoticumok túlzott alkalmazása; csillapítani csak az erős köhögést kell, egyébként előnyös a váladék expectorálása. Pákozdy Károly dr.

A szegycsont trepanálása diagnostikai csontvelővizsgálat céljából. Seyfarth. (D. m. W., 1923. 6. sz.)

Mindazon esetekben, midőn a veszélyes léppunctiót kelletne végezni, ajánlja ehelyett a szivacsos szerkezetű szegycsont punctióját, amelynek révén a csontvelő állapotáról felvilágosítást kaphatunk. Az eljárás jobb, mint a sípcsont lékelése, melyet már régebben végeznek. A szegycsont kéregállománya ugyanis vékonyabb és normálisan mindig sok vörös csontvelőt tartalmaz. Az eljárás egyszerű és veszélytelen. Kiss József dr.

Az aortitis luetica kezeléséről. Schottmüller. (D. m. W., 1923. 6. sz.)

A szerző újból felhívja a gyakorló orvosok figyelmét az általa már 1918-ban ajánlott erélyes és huzamos neosalvarsan-kezelésre, mely az aorta hengeres kitágulásánál és kezdődő elégtelenségénél klinikailag gyógyulásra vezethet. Kifejlődött lueses aorta-insuffitientia esetében is meghosszabbíthatja az életet az említett kezelés. Aneurysma-eseteket közül pozitív Röntgen-lelettel, előboltosulással és a szomszédos szervek megállapított összenyomásával, melyekben a tünetek visszafeljöttek. Anatómiailag úgy magyarázza ezen esetek gyógyulását, hogy míg a beteg aortafal rugalmassága csökkent, a salvarsannal kezelt érfael hegeképződés folytán zsugorodik és megszilárdul. A kezelés legalább három évig tartson. Legelőször 0'45 (nőknek 0'30), neosalvarsant adunk, majd 8—10 nap múlva 0'60 gr-ot (nőknek 0'45 gr-ot). Ezen adagot hetenként megismételjük, amíg 5—8 gr összmenyiséget érünk el. A neosalvarsan mellett hetenként 1—2 kalomel- vagy hydr. salicyl.-injektiót adunk. Ezen kúra befejezése után négyhetenként egyszer adunk 0'45—0'60 gr neosalvarsant 2—3 éven át. Ha ez nehézségbe ütközik, az első évben kétszer adunk 5'0 gr összmenyiségű neosalvarsant; a második és harmadik évben hasonlóképen. Kiss József dr.

A paravertebrális pitvartompulatról. Leimdörfer. (Med. Klinik. 1923. 4. sz. 117. o.)

A bal pitvar kitágulása esetében a baloldali interscapuláris tér 5. és 9. háti csigolya közötti magasságában közepes erősségű kopogtatással gyakran tumpulatot találunk, amely mély belélegzéskor, vagy a törzs előrehajlításakor kisebbé, erőltetett kilélegzéskor pedig nagyobbá válik. A tumpulatot a tüdő összenyomása következtében létrejött atelectasia, részben maga a kitágult pitvar okozza. A tumpulatot megtaláljuk a legtöbb compensált mitralis szűkületben, s néha a kéthegeyű billentyű compensált elégtelenségében is, de kimutatható az más szívbajokban is, amelyeknek incompensálódásakor a bal pitvar nagyobb mértékben kitágul. A tumpulat nagysága a pitvartágulás mértékével párhuzamosan változik; a keringés megjavulásakor és a bal pitvarnak orthodiagramm segítségével is ellenőrzött megkisebbedése esetén több esetben a tumpulat megkisebbedését észlelte. A pitvartágulás okozta tumpulat a pontos klinikai megfigyelés és a Röntgen-átvilágítás segítségével jól elkülöníthető az interscapuláris térben létrejövő más eredetű (aortatágulás, aneurysma, nyirokmirigyduzzanat, daganatok stb.) tumpulatoktól. Pákozdy dr.

A digitalis- és adonis-készítmények alkalmazásának klinikai indicatíói. Citron. (Med. klinik. 1923. 6. sz. 178. o.)

Zondukkal együtt végzett vizsgálatai folyamán azt tapasztalta, hogy a digitalis-csoport egyes tagjai izolált békaszivre különbözően hatnak, ha a szerek hatását elektrokardiogrammal ellenőrizték. Digipuratum csökkenti a perccenkinti systolék számát, közepes adagban azonban nem befolyásolja a pitvarok és kamrák összehúzódása közötti időt. Ezzel szemben a pitvar- és kamra-systole közötti idő már kis adag adonigen hatására lényegesen hosszabbá lesz, míg a Convallaria-tinctura mintegy antagonistája az adonigennek és megrövidíti ezt az időt. Észleletei alapján indokoltnak tartja, hogy a szívbajok különböző stádiumában speciális indicatíót állítsunk fel az egyik vagy másik szerrel illetőleg. Súlyosan decompensált esetekben, amikor a bal kamra működésének fokozására van szükség, a digitalis-készítmények előnyösebbek. Kisebbszámú szívélgtelenség és kezdődő kisvérkőbéli pangás esetén a pitvarok jó kiürülésének és így a pitvarok és kamrák összehúzódása közötti időnek meghosszabbítása fontos. Ez a hatás már kis adag adonigennel elérhető, míg a digitalisnak csak toxicus adagjával érhetjük el ugyanezt. Mint-hogy az adonigen a vagust alig izgatja, indokolt az alkalmazása a vagotoniasok szízzavaraiiban; ez magyarázza jó hatását a bronchiális asthmában is, amely gyakran jár együtt kisebbfokú szívélgtelenséggel. Az adonigen titrál, állandó készítmény, s cumulálás veszedelme nélkül hosszú ideig adható. Egyes esetekben célszerű mindkét szer egyidejű alkalmazása; ilyenkor az adonigen és a titrál digitalistinctura jól kombinálható. Igen súlyos decompensációban, ahol mindkét szer hatásának gyors elérésére van szükség, a strophantin intravenás alkalmazása ajánlatos; a strophantin hatása a digipuratum és az adonigen együttes hatásának felel meg. Pákozdy dr.

Sebészet.

Hasgörcsrohamokat okozó „primaer duodenum mobile“.

Új kórkép. Myake. (Arch. f. klin. Chir. 122. kötet, 1. füzet.)

10 beteget operáltak epeköv miatt, kiknek mindegyikénél a rohamot kiváltó ok a veleszületett lazsa és szabadon mozgó duodenum volt, melynek kezdeti szakasza nem a hashártyán feküdt. Ilyen esetekben a duodenum ezen részének rögzítése, a lig. hepato-duodenale megrövidítése a rohamokat megszüntette. Móczár.

Bélcsvarovadás terheggel. E. König. (Arch. f. klin. Chir. 122. kötet, 1. füzet.)

A könnigsbergi sebészeti klinikán operáltak a terhesség 6-ik hónapjában levő asszonyt, mechanikus ileus miatt. A műtétnél kiderült, hogy az elzáródásos tüneteket a tengelyük körül 360 foknyira megcsavarodott vékonybelek okozták. A belfodor gyökén ökölnyi savós cysta volt, ami a tengelycsavarodást előidézte. A beteg a műtét után 24 órával meghalt. A csavarodás létrejöttét nagyban elősegítette a megnagyobbodott terhes méh. Móczár.

A kettős idegbeültetésről. Manasse P. (Archiv für klin. Chirurgie, 120. k.)

Hofmeister munkálatai alapján idegsérüléseknél végezte a sérült ideg két végének beültetését a szomszédos idegbe. 45%-ban ért el gyógyulást. Műtétet csak azon esetekben ajánlja, amelyeknél az ideg nyújtása, áthelyezése dacára sem lehet a végeket összehozni. Az ideglebenyészítésnél, az idegátültetésnél ezen műtétet sokkal célravezetőbbnek tartja. A siker alapfeltétele, hogy csak hasonló physiologiájú idegbe s csak olyanba szabad a reszcált végeket beültetni, amely motorikus vezetékkel bír. Hofmeisterrel ellentétben azt tartja, hogy nem az idegtokban találja meg egymást a két idegcsont az újonnan képződött fibrillumok által, hanem hogy az egészséges ideg egyes pályái a műtét alatt megsérülnek, elfajulnak, azután regenerálódnak s ezek létesítik aztán a kapcsolatot a beültetett két idegvég között. Ezt bizonyította be kutyán végzett műtéttel és a műtét hely szerzettani vizsgálatával. Csak a distalis csont beültetése beidegzési és érzésvizsárok eredményez. Pommersheim.

A férfiak emlőrákjáról. A. Müller. (Archiv f. klin. Chir. 120. k.)

Eiselsberg-klinika beteganyagán az emlőráknak 20%-a esik férfiakra. A betegek kora 40—60 közt váltakozott, kis részüknél sérülés volt kimutatható. 21 év alatt 12 esetet operáltak. A férfiak emlőrájja korán okoz áttételeket a hónaljmirigyekben, legritkábban a kulcsfont fölötti mirigyekben és korábban mint nőknél a csontrendszerben, előszeretettel a gerincoszlopban. A betegek 1—5 év alatt meghaltak, a halálokat csak néhány esetben tudta kinyomozni, de a jelek szerint valamennyien a metastasisok folytán haltak meg. Gyökeres műtét után Röntgen-besugárzást ajánl. Pommersheim.

A láb sajkacsontjának különálló ficama. Just Emil dr. (Archiv f. klin. Chir., 1922., 879. o.)

A sajkacsont-ficam kórisméjéhez feltétlenül szükségesnek tartja a Röntgen-felvételt. Esetében a beteg pontosan elő tudta adni a sérülés létrejöttét: ugyanis létrán való dolgozás közben a létra foka, melyen állott, eltörött s ő a létrával együtt a földre zuhant oly módon, hogy az elcsúszott bal láb a következő létra-fokba ütközött, lábháta pedig a földet érve lólábállásban a földnek támaszkodott. Az így beszorult lábra a beteg egész testsúlyával rázuhant. Helyzetéből felkelni és lábáraállani többé nem tudott. A vértelen helyretevés a legnagyobb húzás mellett egyidejű közelítéssel sikerült. Tomasovszky dr.

**A vér cukortartalmának vizsgálata helybeli érzéstele-
nitéssel és aether-narcosisban végzett műtéteknél.** H. Dewes. (Arch. f. klin. Chir., 122. k., 1. f.)

A vér cukortartalma novocain-suprarenin érzéstelenítésben végzett nem hasi műtéteknél mindig többé-kevésbé magasabb. Hasi műtéteknél, melyeket helyi érzéstelenítésben és aether-altatásban végeztek, a vér cukortartalma 2¹/₄—4-szeresére emelkedik. A műtét utáni glycosuria a legnagyobb ritkaság és a vér cukortartalmától teljesen független. Móczár.

Szülészet és nőgyógyászat.

Statisztikai adat az évszak befolyását illetőleg az újszülött súlyára. Hellmuth. (Klinische Wochenschr., 1923., 75. old.)

Nagyobb statisztika alapján szembehelyezkedik Abel azon állításával, hogy az újszülött súlya függ születésének évszakától. Nem látja beigazolva azt, hogy az anya vitaminokban dús táplálkozása (nyári hónapokban tej, vaj, tojás, zöldfőzelék) előnyös befolyással volna a magzat fejlődésére s így születési súlyára. A kérdés végleges tisztázása csak több nagy statisztika alapján lesz lehetséges. Liebmann István dr.

A fogó mint rotációs műszer. Bokelmann. (Zentralbl. für Gyn. 1923., 2. sz.)

A Naegele-fogó mai alakjában rotációs műszernek nem alkalmas. Kisebb medence- és fejjörbülettal azonban jól pótolja még magasan álló fejnél is a Kjelland-fogót; ugyancsak az egyenes átmérőben aplikálható, amikor is a mellső kanál minden vándoroltatás nélkül azonnal eredeti helyére, a synphysis mögé vezethető fel. A kanalak vándoroltatásánál könnyen megtörténhet, hogy azok magukkal viszik s nem kívánt helyzetbe hozzák a fejet. A fej hibás állásainál (harántállás, fejtetőtartás, homloktartás hátrafordult állal stb.-nél) nagyobb teret kíván a

rotatiós corrigáló műtéteknek, amihez a módosított s az egyenesben alkalmazott Naegele-fogó igen alkalmas műszernek bizonyult.

Röntgen-therapia gyulladáso adnexmegbetegedések-nél. *Flaskamp.* (Zentralbl. für Gyn. 1923., 3. sz.)

A gyulladáso adnexmegbetegedések conservatív kezelésének sikerét erősen befolyásolja a gyulladáso szövetbe ágyazott ovarium. Amellett, hogy rendetlen vérzéseket okoz, a menstruatio vérbősége újra és újra fellobbantja a gyulladáso folyamatot. Ezen okból mint a conservatív therapia hatásos segédeszközét ajánlja adnextumorok és exsudatumoknál a temporál sterilizálást. A besugárzást a H. E. D.-nek 30%-ával végzi, amivel a petefészkeknek csak a folliculus apparatusát kapcsolja ki, de ezt is csak ideiglenesen. A besugárzás az intermenstruum első felében végzendő. Egy-két menstruatio még rendszeren fel szokott lépni, azután függően a beteg korától, két év múlva jelentkezik csak ismét. A fájdalmak azonnal megszűnnek, nagyobb tumorok is 1/4 év múlva csaknem teljesen felszívódnak. A libido megmarad. Az így kezelt betegek közül 31 gravida lett. A kiesési tünetek ellen atropint ajánl. Kontraindicatiót képeznek általános belső secretióso zavarok, Basedow-kór, mycoedema, psychosikok.

Episacralis anaesthesia a keresztíjai fájdalom kezelésében. *Burckhard.* (Zentralbl. für Gyn. 1923., 3. sz.)

A minden genitális megbetegedés nélkül kereszt- és hátfájásban szenvedő asszonyok száma igen nagy. Ennek okát a hiányos táplálkozásban keresi: a lesóványodás következtében meglazulnak a gerincoszlop szalagjai. Ezen gyakran igen sok szenvedést okozó keresztíjai fájdalom megszüntetésére a parasacralis anaesthesiánál sokkal egyszerűbb eljárást ajánl, amit episacralis anaesthesiának nevez. A beszúrás a keresztcsont közepén történik, kétoldalt a középvonaltól. Innen felfelé a III., II. és I. sacralis nyílás felé irányítva a tűt, 10–15 cm³ 1/2%-os novocain supraparenin oldatot fecskend az egyes nyílások helyére, majd lefelé irányított tűvel ugyanúgy jár el a IV. és V. keresztcsonti nyílásnál is. A folyadék a nyílásokon át diffundál s eljut a rajtuk kilépő idegekhez. Az eljárás ambulanter is elvégezhető.

Raisz dr.

Bőr- és nemikórtan.

A körmök lila szegélye syphilisnél. *G. Milián.* (La Médecine. 1922. november.)

Szerző tíz év óta figyelni már a főleg késői syphilisnél az általa először észlelt tünetet. E tünet egy a köröm alatt, a lágy részekben, a köröm szabad szélének határán lila iv alakú vonal képében nyilvánul; ez a köröm szabad szélével párhuzamosan halad, 1/2–1 mm széles, főleg ha a 3. és 4. ujjon fordul elő. Leginkább a syphilis 3–4. évében, néha korábban is és heredo-syphilisnél is észlelhető. Jobban különböztethető meg, ha a bőr fehér, mint ha acrocyanocticus.

Még negatív Wassermann-reactio esetén is e tünet jele lehet egy kezelést igénylő syphilisnek; kezelés folytán eltűnik. Szerző véleménye szerint a lila körömív bár nem absolut biztos, de minden esetekörültekintéssel értékesíthető tünete a syphilisnek.

Herczeg.

A diabetes syphilis eredete. *M. Pinard.* (La Médecine. 1922. november.)

Már Fournier észlelte, hogy a diabetes összefüggésben van a syphilissel, sőt parasymphiliticus megbetegedésnek minősített. Szerző 1000 különféle beteg közül 23-nál észlelt diabetest (glycosuria?). Ez utóbbiak közül 11-nek acquirált, 5-nek heredo-syphilis volt; a többi 7 közül is 6-ot syphilisre gyanusnak tartott. Szerző szerint átlag 68–80%-ban syphilis van jelen diabeteses betegek-nél; ez lényegesen javul antilueses kezelésre; jól kezelt syphilis betegnél nincs diabetes.

A syphilissel volna magyarázható a házastársak, az egy háztartásban élő személyek, testvérek diabetese, továbbá a diabeteseseknél előforduló ideges panaszok, abortusok stb. — Ezért fontos diabeteseseknél a syphilis az összes rendelkezésre álló vizsgálati eljárásokkal keresni. A kételkedőket figyelmezteti a szerző arra, hogy Ricord is kételkedett Fournierrel szemben abban, hogy a tabes syphilis eredetű, ma pedig mindenki meg van arról győződve.

Herczeg.

Hajpigmentanómáliák ráknál. *Dr. Herm. Schridde.* (Münch. med. Wochenschr., 1922. nov., 45. sz.)

Szerző nagy boncolási anyagot megfigyelte, hogy rákban elhaltaknál a hajzatban a napfénynek kitett helyeken (halántékban, szemöldökben, bajuszban és szakállban) erősen pigmentált, fénytelen, merev és talán kissé vastagabb hajszálak találhatók. E jelenség annál feltűnőbb, mert a rák idősebb, tehát többnyire ösz egyének-nél fordul elő. Egészen fiatal rák-betegek-nél, ahol a hajban pigmenttérés (öszülés) még nincs, *Schridde* ugyanezt tapasztalta. Vörösek-nél soha. Minél régebbi a rák és minél több metastasis van jelen, annál kifejezettebb ez az abnormális hajpigmentálódás. (Szerző megjegyzi, hogy per analogiam a bőr fedetlen részeinek [arc, kezek, alkarok] erősebb pigmentálódását

is minden alkalommal észlelte.) *Schridde* ellenkezően szóló klinikai diagnosik dacára a leirt jelenségből több rákesetet diagnosizált a boncolás előtt, és a belső szervek rákjánál fontos diagnositikai tünetnek tekinti.

Steiger-Kozal.

KÖNYVISMERTETÉS

Krankheitszeichen und ihre Auslegung. *Mackenzie.* (Leipzig, Kabitzsch. 1923.)

Ma, mikor a gondos klinikai vizsgálatot a különböző laboratoriumi módszerek sok helyütt egészen háttérbe szorítják, örömmel olvassuk Mackenzie jól ismert könyvének V. kiadását. Mackenzie typusa a klasszikai klinikusnak, aki a legkisebb részletekig megfigyeli a betegeit s ezekből az apró tapasztalatokból építi fel a maga diagnosizát. Igen részletesen fejtegeti a fájdalom-diagnositikai jelentőségét, hangsúlyozva, hogy a zsigerek érzéketlenségének a fájdalom okozó ingerekkel szemben s az ú. n. nyomási érzékenység nem más, mint a bőrízom és a laza kötőszövet érzékenysége, mely a megbetegedett zsigerekből reflexfolyamat révén tevődik át a periferia bizonyos pontjaira. Hasonlóan magyarázza a defense keletkezését is. Tanácsa, hogy a fájdalom pontok keresése közben ne hallgassunk a beteg bemozdására, hanem nézzük az arcán a fájdalom objektív tüneteit, megegyezik Jendrassik tanításával. A könyv beosztása jó, stílusa világos s úgy gyakorlati, mint elméleti szempontból sok érdekes, megszívlelendő adatot tartalmaz. Hogy Mackenzie gondolatai megtermékenyítőek, mutatja az első függelék, Ligat munkájának kivonata. A második függelék a klinikai kutatásról szól, úgy, amint azt egy jó megfigyelő, vérbeli klinikus irányítani szeretné. *Csiky dr.*

Schönheitsfehler und ihre Behandlung. *S. Jessner dr.* 5. és 6. kiadás. (Kurt Kabitzsch, Leipzig, 1923., 160. l., 1200 K.)

Néhány, számba nem vehető változtatáson kívül azonos az előző kiadással. A bántalmak okai között felemlíthette volna a belső secretióso zavarokat is (ichthyosis, acne, hypertrichosis). Érdemes lett volna tudomást venni arról, hogy különböző gyógyszer pigmentlerakódással, gonorrhoea pedig hyperceratosis által cosmetikai jelentőségűvé válhatnak.

Seborrhoeás alopeciánál a kicsapongó életnek, a rosaceánál az alkoholnak túlságosan nagy jelentőséget tulajdonít a szerző; különösen ez utóbbi állítása nagyon népies. Az acne vaccintherapiája, a verrucák galvanocauteres kezelése szintén említésreméltó lett volna; gummitalp helyett pedig inkább papiros-vatta, vagy más porosus anyag ajánlata a láb-fagyásnál. Alopeciának hajimplantatióval gyógyításáról jobb lett volna nem is beszélni. A mitint annyira kizárólagosan ajánlja, hogy ezzel a munkának kellemetlen reklámozó jelleget ad.

A kis könyv stílusa szellemeskedő; tartalma még a gyakorló orvosnak cosmetikai ismereteit sem igen fejlesztheti; a Joseph-, Paschkis-, Mann-stb. féle klasszikus munkákhoz nem is hasonlítható.

Herczeg dr.

VEGYES HÍREK

Slovenskói magyar kartársainkhoz! Belátva azon nehézségeket, melyek a csekély összegű előfizetési díjak ide átutalásával terhelnek slovenskói előfizetőinket, elhatároztuk, hogy más, részükre előnyösebb módon vesszük fel slovenskói kartársainkkal a kapcsolatot. Mert erre mindkettőnknek nagy szüksége van: kartársainknak a magyar orvosi tudomány lüktető életének szemléletére; nekünk slovenskói magyar kartársaink támogatására. Nyomorultul szegények vagyunk; a gép, az ólom, a papiros nem itthon készül, s a munkás kenyérért kiált. És mégis mi reméljük, hisszük, akarjuk, hogy 67 esztendőso Orvosi Hetilapunk éljen, virágozzék és szolgálja a magyar orvostudományt és a magyar orvosokat. Kérjük kartársainkat, legyenek bizalommal és türelemmel irántunk, mi minden tőlünk telhetőt megteszünk, hogy zavartalan legyen kapcsolatunk. Előfizetésüket, *ez évre 60 cs. K-t*, Eleőd Solt O. H. gyárigazgató úrnak (Katinahuta, Novohradská župa) sziveskedjenek postán beküldeni és minket levelezőlapon erről egyidejűleg értesíteni pontos, olvasható, államnyelvű címükkel, hogy a lap küldéséről azonnal gondoskodhassunk. Rövidebb időre előfizetést nem fogadhatunk el. Egyszersmind azt is jelentjük, hogy az eddig megjelent számokból nem rendelkezünk annyi példánnyal, hogy minden új előfizetőt utólag kielégíthesünk, az 1. és 2. szám pedig már teljesen elfogyott. Ha nem helyeznek nagy súlyt reá, kérjük, hogy álljanak el a régi számok megküldésének kívánságától. — Kartársi meleg üdvözléssel

dr. Vámosy Zoltán szerk.

Orsz. balneologiai congressus szombati, 17-iki d. u. 5 órai ülésének napirendje: *Tausz Béla:* A balneotherapia mai állása Csonka-Magyarországon. *Farkas Márton:* Psychoneurosis és hydrotherapia. *Scharl Pál:* A napfürdők alkalmazása a tüdő-tuberculosis gyógyításában. *Benczur Gyula:* Az ivókúrákra vonatkozó modern ismereteink. *Berger Iván:* A gyógyvizapok physika

tulajdonságai. A congressus III. ülése vasárnap d. e. 10 órakor lesz. **Dalmady Zoltán:** Adatok Budapest éghajlatának orvosi ismeretéhez. **Óváry Ferenc:** A Balaton gazdasági üzemei. Ezt követi a közgyűlés.

A párisi nemzetközi konferenciáról számol be **Neufelt** (D. m. W.), mely folytatása volt az 1921-ben **Madsen** elnöklete alatt megtartott londoni konferenciának, mikor is minden nemzetnek kiosztották a kutatás tárgyát. E második folytatólagos konferencia a párisi Pasteur-intézetben tartott meg, melyen német részről **Kolle**, **Wassermann**, **Sachs** és **Neufelt** voltak jelen. Minden kutató ismertette kutatása eredményeit, mely később a népszövetség kiadásában fog megjelenni. E konferenciák, mint olyanok, eddig ismeretlenek voltak. Eddig is tárgyaltak pl. a pestis és a cholera elhárításáról nemzetközi congressusokon. A novum az, hogy most egyes témákkal külön, egyes országokat és egyéneket bíztak meg. Hogy a tárgy mennyire fontos, mutatja, hogy pl. a diphtheria- és tetanus-serumegység sok államban más és más. A konferencia célja volt az érték meghatározása és a megjelölés egységesítése. A dysenteria-serum oly ország által lesz vizsgálódó, hol erre bőven nyílik alkalom. A legnagyobb alosztályt képezte a syphilis serum diagnosisa, ahol igen sok összehasonlító vizsgálat alapján cserélték ki gondolataikat az eredeti **Wassermann**-t, továbbá a **Sachs-Georgi**, **Meinicke**, **Dreyer**-methodusok felett, amelyek megbízhatóságában már-már kezdett megdőlni a hit. Két alosztály foglalkozott a pneumococcus- és meningitis cerebrospinalis epidemica-serum kérdésével. Főleg ez utóbbi azért fontos, mert különböző típusú kórokozó más- és más-fajta serumot igényel. E kérdés tanulmányozására a kórokozó törzsek kölcsönös kicserélése vált szükségessé. Örvedetes a szíves fogadtatás, melyben a külföldieket a franciák, élükön **Roux**-val, részeltették.

A SZERKESZTŐ szerdán és szombaton 1/212—1/21 óráig fogad.

Kéziratokat fél iv papiros csupán egyik oldalára 15 cm. sorszelességben, kétszeres sorközökben hibátlan gépirással kérjük beküldeni, hogy a bíráló és szerkesztő munkája megkönnyíthessék. A dolgozatok terjedelme két folyt. közlést (összesen 8 hasáb = 20 gépirott oldal) meg nem haladhat. Táblázatok és klisék költsége a szerzőt terheli.

Az egyetemiek székhelyén készült dolgozatokat az ottani egyetemi sajtóbizottság képviselőihez kell beküldeni; a szerkesztőség csak az ő véleményük alapján fogad el közlésre kéziratokat.

Figyelmeztetjük előfizetőinket, hogy pénzzel bélelt levelek gyakran üresen érkeznek hozzánk!

Külföldi előfizetések a Magy. Orsz. Közp. Takarékpénztár Kálvin-téri fiókjában nyitott chequeszámlánkra átutalással küldhetők be. Ezek egy évre a következők: Ausztriában 84.000 o. K; Németországban 10.000 M; Jugoszláviában 150 din.; Cseh-Szlovákiában 60 cs. K; Romániában 250 lei; Amerikában 2 dol.; Hollandiában 3 frt; Angliában 6 sh; Franciaországban 20 fr.; Schweizban 7 fr.; Olaszországban 25 lira; egyebütt 3500 magyar korona.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

M. TUD. TÁRS. SAJTÓVÁLLALATA RT. BUDAPEST. — SZABÓ T. ISTVÁN

Röntgenberendezés eladó.

VIII., BAROSS-UTCA 43., I. 2.
Megtéríthető 1 és 2 óra között.



Dr. GRUNWALD SZANATORIUMA
BUDAPEST, VILMA KIRÁLYNÉ-ÚT 11-15. Telefon: József 52-29
Sebészeti, nőgyógyászati és szülészeti osztályokkal. Legmodernebb berendezett Röntgen- és vegyi laboratóriumok. Belgyógyászati, diagnosztikai és diétás osztály, valamint vizsgyógyintézete ez évben nyílt meg. MÉRSEKELT ÁRAK. SZABAD ORVOSVÁLASZTÁS.

Dr. Doctor ORVOSI LABORATORIUMA BUDAPEST
IV, KOSSUTH LAJOS-UTCA 3. TELEFON: 697.

DAJKA-INTÉZET, VI, Szív-u. 69. — Wassermannra vizsgált szoptatós dadák felett állandóan rendelkezik. — Telefon: 93-22

RÖNTGEN-ODELGA

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

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre.
Budapest V, Vilmos császáruút 18, I. emelet. Telefon: 13-98.
Diathermia. Quarz. Spectrosol. Ivlámpa. Négyrekeszes fürdő. Fényszekrény. Hüvelyfény- és hőlámpa. Elektrotherapia. Franklinisatio. Főn. Vibrációs massage. Zander-stb. kezelések.
Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő, Dr. Kovács József.

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratóriuma
VI, Teréz-körút 22. Telefonszám: 121-02.

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

PÁLYAZATOK.

Celldömölk-kemenesaljai közkórháznál megüresedett **igazgató-orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az igazgató-orvos javadalmazása évi 6000 korona. Igazgató-orvos kórházi elfoglaltságán kívül szabad orvosi gyakorlatot folytathat.

Pályázati kérvények folyó év március hó 20-ig, az 1878. évi XIV. t.c.-nek megfelelő képesítési okmányokkal felszerelve, Vas vármegye főispánjához címezve, alulírott kórházbizottsági elnökhöz Czeldömölkre küldendők.

Megjegyeztetik, hogy a jelenlegi lakáshiányra való tekintettel, a kinevezett igazgató-orvos a kórházban ideiglenesen két szobából álló lakást nyer.

Dr. Pleitnits Ferenc s. k.

kormányzói főtanácsos, kórházbiz. elnök.

A Csanád vármegyei Szt. István közkórháznál lemondás folytán üresedésben levő **két alorvosi** (egyik sebészeti, egyik belgyógyászati) állásra pályázatot hirdetek. Az állások javadalma a X. fizetési osztálynak megfelelő évi 2000 korona fizetés, az ez után illetékes évi 1000 korona ideiglenes segély, évi 1700 korona háborús segély, havi 375 korona drágasági és havi 5250 korona rendkívüli segély, kizárólag saját személyére egy szobából álló lakás, fűtés, világítás és elsőosztályú étellemezés. Ezekon kívül a kinevezendő alorvosok tagjai a közalkalmazottak beszerzési csoportjának és kedvezményes árú ruha- és cipőellátásban is részesülnek. A kinevezés egy évre szól, amely egy évvel meghosszabbítható, magánygyakorlat folytatása nincsen megengedve. Belgyógyászati alorvosi állás betöltésénél a Röntgen- és laboratóriumi vizsgálatban jártasok előnyben részesülnek. Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Csanád vármegye Méltóságos Főispánjához címezve, a fenti közkórház Igazgatóságához folyó évi március hó 25-ig adják be, mert a később érkezők nem fognak figyelembe vétetni. Kinevezettek kötelesek állásukat azonnal elfoglalni.

Makó, 1923. évi március hó 4. Dr. Uray igazgató-főorvos.

Komplett Zander- és vizsgyógyintézethez

társ, lehetőleg orvos kerestetik nagy vidéki városban.

Cím megtudható: Petőfi irodalmi vállalatnál
VII, Kertész-utca 16.



ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága:

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK:
 Csapody István: Adatok a szemfeszültség és a pajzsmirigy-működés viszonyához. (121—124. oldal.)
 Csáki László: Melanosarkomatosus esete. (124—125. oldal.)
 Fodor György István: Állsontcysták. (125—127. oldal.)
 Molnár Elek: A lumbális folyadék törésmutatója. (127—128. old.)
 Orsz. balneol. egyesület congressusa 1923 márc. 16. (128—129. o.)

A debreceni orvosegyesület ülése 1923 márc. 3. (129. old.)
 A „Charité” Poliklinika ülésének jegyzőkönyve 1923 márc. 16. (130. oldal.)
 Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Fülgyógyászat. — Szülészet és nőgyógyászat. — Bőr- és nemikórtan. (130—133. old.)
 Könyvismertetés. (133. oldal.)
 Vegyes hírek. (133—134. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti m. kir. Erzsébet tudományegyetem szemklinikájának közleménye (igazgató: ifj. Imre József dr. egyetemi ny. r. tanár).

Adatok a szemfeszültség és a pajzsmirigy-működés viszonyához.¹

Írta: Csapody István dr. egyetemi tanársegéd.

I.

Hertel állatokon a pajzsmirigy kiirtása után a szembeli nyomás emelkedését észlelte, thyradennal etetett s Basedow-kórosnak tekinthető állatokon pedig csökkent tensiót talált. Vizsgálatai arra a következtetésre vezették, hogy a pajzsmirigy fokozott működése az osmotikus folyamatok élénkülése révén gyorsítja a vér és szemfolyadék közti kicserélődést, miáltal a tensio csökken és megfordítva, a pajzsmirigyműködés csökkenése a tensio emelkedésével jár. Valamennyi elérhető belső secretiós szerv felől végzett vizsgálataival Imre bizonyította be a szembeli nyomás hormon-regulációját.

A szervezetre egyetlen részének életműködése sem közömbös, minden szerv függ az egésztől s befolyásolja is működésével; befolyásolják a szervek egymást is. Ezen tágabb értelemben vett kölcsönösségnél fontosabb az ú. n. belső secretiós szervek correlatiója, melyek egymásra támogatón, egyensúlyozón vagy gátlón hatnak, együtt pedig, mint rendszer, szemben állanak az egészszel akként, hogy függenek ugyan tőle, mint rész, de szabályozó, formáló, működető hatásuk révén — még pedig a chemismus változtatása útján — idegek közvetítésével vagy anélkül, fontos szerepük van vele szemben. A belső secretiós rendszer, melyet kiki örököl, határozza meg a szervezet kialakulását, sőt bizonyos fokig külső ártalmakkal szemben való viselkedését is. A hormon-tan révén a glaucomás constitutio, faji hajlamosság, életkor, temperamentum szerepe is új megvilágításba került (Friedenberg).

Hogy a két szem feszültsége rendszeren egyforma s megszabott határok közt együtt ingadozik akkor is, ha különböző fénytörésűek, tehát különböző alakúak is, jól érthető oly kívülről jövő szabályozásból, amilyen a hormonális regulatio. És erre a feltevésre nemcsak functionális hormonhatások észlelése vezethet el, mert morphogenetikus hormon-hatásokkal számolás is ily utakra mutat.

¹ Előadás a Magyar Szemorvostársaság 1922. december 3-án tartott tudományos ülésén.

A fejlődő szemteke nagyságának és fénytörő erejének összemért volta a rendes szabású szemben, a szemfolyadékot termelő szerv és az elvezető utak viszonya, a fibrosus tok állapota és a folyadéktartalom, mind pontos egymáshozszabottságban maradnak, bárha külön-külön változnak is az élet folyamán. A sclerocorneális különbség a korrallal tipikusan és jelentékeny fokban változik (Bader), különbségek támadnak az uvea ereinek (Wessely) és festékezelttségének (Lewinsohn, Koeppe, Brückner, Rényi) állapotában, a szemteke méretei mások csecsemő- és felnőtt korban s mégis a két szem legtöbbször emmetropiára fejlődik — bár ez millimétertöredékeken múlik (Heim) — s nagyjában egyforma manometrikus tensio-értéket őriz meg, még pedig azért, mert részes a hormonális correlatióban.

Kérdéses még, hogy a szem mint passiv résztvevő áll-e szemben a belső elválasztásos rendszerrel, vagy mint egyenlőrangú rész (Szily), vajjon a sugártest maga endocrin szervnek nem tekinthető-e.²

Imre megállapítása szerint „az endocrin rendszer egyensúlyzavara a szemnyomás változásával kapcsolatos és tekintettel arra, hogy egyes endocrin mirigyek hyperfunctiója erős tensiocsökkenéssel lehet egybekötve, föl-lehetjük, hogy ugyanezen mirigyek csökkent működése — amennyiben egyidejűen az endocrin rendszer más tagja vicariáló többműködésbe nem kezd — tensioemelkedést kelt”. Észleletei szerint a hypophysis, ovarium és sokszor a thyreoidea hyperfunctiója nyomáscsökkenéssel jár és ezen szervek készítményeivel meglepő tensiocsökkenések tapasztalhatók glaucoma eseteiben. Kedvező tapasztalatai vannak thyreoidea-készítménnyel Hertelnek, aki már Imre közlése előtt közölte ilyirányú megfigyeléseit.

Adatok gyűjtése alkalmas lehet a kérdés további tisztázására. Ezért vizsgálni kezdtem golyvások tensióját különösen oly irányban, hogy a strumektomia emberen okoz-e és milyen változást a szem feszültségében. Működéselmaradás magyarázza az egyszerű terhelességgel járó hypertoniát (Imre), a glaucoma a climacterium éveinek betegsége szokott lenni (Brückner). Erdemesnek látszott tehát megvizsgálni, hogy a pajzsmirigy kiirtása, helyesebben resectiója, emberen a tensio megváltozásával jár-e, s ha jár, mily irányú, mennyi idő múlva jelentkező, mily mértékű feszültségváltozás fordulhat elő.

A pajzsmirigy pathológiájával kapcsolatos tensio-mérések megokoltaknak látszottak már csak amiatt az előkelő helyzet miatt is, amelyet a thyreoidea az endocrinológiában elfoglal. Éppen a pajzsmirigy sebészetének

² Brückner hozzászólása a nauheimi Naturforscherversammlung-on (1920).

vannak ezen a téren nagy érdemei, mert ez Biedl szerint nemcsak a tan felépítéséhez szolgáltatott adatokat, hanem vitás kérdések eldöntésében is nagy szolgálatot tett, mint a cachexia thyreopriva, a tetania, a Basedow-kór története mutatja.

A thyreoidea az agyfüggelékkel és a chromaffin szervekkel együtt az endocrín rendszernek anyagcserét fokozó csoportjába tartozik és sympathicus beidegzése van, a sympathicus rostokat ingerli, az autonom vagy parasymphaticus rendszert pedig elnyomja (pancreas, epithelszervek).

A szemmel a pajzsmirigy anatómiai helyzeténél fogva is vonatkozásba juthat a *nyaki sympathicus* útján, melyet megnövekedtével nyomhat. A sympathicus benu-lása a pupilla-tágóság változásával jár, ami a tensiót illetőleg számbavehető. Igaz ugyan, hogy újabban Köllner vizsgálatai azt mutatták, hogy az irisnek a pupilla kaliber-változásával járó kiterülése és felgyűrődése — legalább simplex glaucomás esetekben — a szem feszültségére jelentéktelen és így a myoticumok hatását sem magyarázhatjuk durva anatómiai alapon. De a sympathicusnak a szem folyadékátartásának megszabásában közvetlenebb szerepet is tulajdonítanak. Graefe felfogása, aki a glaucomát chorioiditis exsudatívával magyarázta, ébred újra Frieden-berg szavaiban, aki oly exsudatív folyamatra gondol, mint a glaucoma okára, melyet zsigeridegi izgalomfokozódás támaszt, még pedig a pajzsmirigy útján.

A pajzsmirigy szerepe azonban nemcsak a sympathicotonia révén veendő figyelembe. Operatív athyreosis az autonom rendszer izgalmi állapotát is csökkenti. A Basedow-kórról tudjuk, hogy tünetei a sympathicus- és vagus-rendszer izgalmi jelenségeiből tevődnek össze. E két antagonist rendszernek a szemben is szerepe van. A kóros tensiót a vagus-rendszer izgatói csökkentik, bénítói emelik, de csökkenti a tensiót a sympathicus-izgató cocain és adrenalin is (Wessely), noha a pupilla tágul. Utóbbtól csak sympathicotoniásokon, akik adrenalin iránt érzékenyek (Ehrmann-Löwy-féle pupillareactio). Tehát a szem-feszültséget ezen antagonist rendszer izgatószerrei egyformán csökkentik, a Basedow-kórban pedig izgalomban találjuk mindkét rendszert! A vegetatív idegrendszer két ellenlábás részére Biedl szerint ugyanegy thyreoidea-hormon hathat, mely mindkettőt izgatva hozza létre a Basedow-kórban az antagonist hatásokra valló tüneteket. Külön assimilatiós és dissimilatiós pajzsmirigy-hormon elgondolása tehát felesleges.

Basedow-kórosok tensióját Hertel és Wessely a normálisnál kisebbnek találta. Imre hypotoniát és hypertoniát is észlelt a magyarázatul valószínűnek gondolja az ivarmirigy ugyanakkor megváltozott működését éppúgy, mint ahogy a terhesek fokozott tensiója helyett vicariáló hyperpituitarismus eseteiben csökkent feszültséget talált. A pajzsmirigy a terhesek 80%-ában meggyarapodik, mert fokozott követelmények elé van állítva. Ezért a Basedow-kór nőknél gyakoribb (Scipiades). Adataim értékesítésében az ivarmirigy állapotára is tekintettel voltam.

II.

Adataimat huszonhét golyvás egyénről nyertem. Nagyrésztük Lobmayer m. tanár úr poliklinikai osztályára műtét végett került felvételre. Átengedésükért őszinte köszönettel tartozom. Többszörös, legalább egy operatio előtti és egy operatio utáni mérés ezek közül tizenháten történt. Az esetek neurologiai vizsgálatát Szondi dr. (Ranschburg prof. assistense) végezte, aki adatainak átengedéséért igaz hála kötelezett.

Hogy a mérések összehasonlításra alkalmas, megbízható adatokhoz juttassanak, gondom volt rá, hogy lehetőleg azonos körülmények között történjenek. Klinikánk ideiglenes elhelyezése a budapesti Apponyi-poliklinikán, a sebészeti osztállyal egy emeleten, valamint az a körülmény, hogy az operáltakat hamar fennjárták, lehetővé tette, hogy a műtétek előtti és utáni mérések nagyjából ugyanegy helyen, klinikánk operálóasztalán történhettek. Úlő helyzetben egyáltalán nem mértem, hogy a műszer tökéletesen függőleges helyzete lehető legyen. Az érzéstenítésre 1%-os holocaint használtam. Az eszköz gya-

kori tisztogatása és minden mérés, sőt minden súlycserélés alkalmából ellenőrzése a fémcorneán, a klinikán honos szokás szerint mindig megtörtént.

A méréseket a 7.5 gm-os súllyal kezdtem, jegyeztem az első fölhelyezéskor leolvasott kezdőértéket s hogy a megpuhulás mértéke és a tensio labilitása (Imre) felől is tájékozódjam, többszöri ráhelyezéssel, masszáló hatás révén, direct törekedtem a hypotonisálásra. Természetesen nagyobb mutatókiterések esetében az 5.5 gm-os súllyal új mérések történtek, hogy a tensio pontos értékét kis mutatókiterésből olvassuk le (Schiözt).

Gjessing figyelmeztet a műszer többszöri fölhelyezésének meggondolandó voltára. Réslámpás vizsgálattal a hám sérülékenységét észlelte mérések során és ezért idősebb egyénekben még egyszerű tonometriát sem végez, ha nem komolyan megokolt. Hogy idősebb egyének a szaruhártya ellenállása és reparálóképessége rosszabb, ismeretes. Azonban sorozatos méréseimnek egyikében sem támadt semmiféle oly laesio, mely meghaladta volna a hám azonnal reparálódó és kífokú, olykor kétségtelenül megállapítható megtörését. Mindenesetre megokolt az óvatosság glaucomának különösen idősült formáiban s általában idősebb egyénekben.

Itt említtem meg, hogy négy oly esetem is volt, melyekben az egyik szemben többszörös ráhelyezés után talált legalacsonyabb érték mint kezdőérték szerepel a másik szemben (X., XI., XIII., XXIII. eset). Hogy ebből szabad-e arra következtetni, hogy az egyik szem masszálós megpuhulása a másik szem reflexes úton tensio-csökkenést kelthet, hogy a két szemteke normálisan többnyire egyforma feszültsége valamely a kettő között levő reflexes szabályozódás eredménye-e, erre a föltevésre egyelőre elég alapunk nincs. De a központi idegrendszer reguláló szerepét a belső secretiós mirigyekre a vegetatív idegrendszer útján sokan vallják és Falta azok pontos együttműködését központi szabályozás nélkül alig tartja elképzelhetőnek. Rámutat a negyedik agykamra fenekére, mint oly pontok helyére, melyeknek sértése a cukor-, víz-, só-, zsír-, húgysav-háztartásra hatással van (piqûre diabetique stb.). Oly szűrési pont, mely a szemfeszültség hormonregulációjának központi szervére vezetne rá, egy piqûre ophthalmotonique mindenesetre elképzelhető.]

III.

A mért golyvás esetek közül 22 nő, 5 férfi. Életkoruk 11 és 50 év közé esik. A tensio átlagos értéke alacsony, 22 operálatlan esetből számítva 15.55 Hg mm. Feltűnően alacsony volt a XXII. eset tensiója. Ez egy 14 éves fiú, akinek nyaka 2 éve vastagszik. Finom tremor és hyperhydrosis pajzsmirigy hyperfunctio mellett szól. *Thymusa* kikopogtatható. Infantilis macrosomiája utóbbi rovására írható. A thymus az ivarmirigygel a szervezet kifejlődése szempontjából, a pajzsmirigy-mellékvese-hypophysis csoporttal pedig a vagus-tónusra hatása szempontjából áll szemben s gyakran van a thyreoideával együtt hyperfunctióban. Érdemesnek látszik több eset gyűjtése a habitus thymicus meg a tensio viszonyáról. Az említett eset műtétre nem került. Egy harmadik szülexe után egy héttel mért, nem operált golyvás tensiója (XXVII. eset) jobb szemén 10, bal szemén 9 volt! Lehetséges, hogy pajzsmirigy-hyperfunctio és terhességi hyperpituitarismus hatása összeadódott a feszültség csökkentésében, ámbar a hypophysis több munkája a pajzsmirigyműködés hiányánál megszokottabb. De nincs is adatunk ebben az esetben más, mint a megnagyobbodás a pajzsmirigy feől. A legkisebb értéket, mely a tetemen mérhető tensio alatt volt, egy 28 éves leányon találtam (XVII. eset), akinek mindkét szemén 6 Hg mm volt a feszültség két héttel nagy ökölnyi cysticus strumájának műtétele után.

A legmagasabb érték, mit golyváson mértem, 22 Hg mm volt (VIII. eset), kífokú sympathicotoniája jelezte erősebb pajzsmirigyműködését, climacteriuma, korai heterosexuális jelei pedig az ivarmirigyműködés hiányát. Ezzel szemben egy 34 éves asszony (XXIV.), egészen természeteséggel, tíz terhességgel, egy éve újra rendes hőszám-mal s ugyancsak kífokú sympathicotoniával 15 Hg mm értéket szolgáltatott. Ez a két utóbbi eset szépen igazolja

Imre feltevését, hogy a fokozott pajzsmirigyműködés a szemén hyper- vagy hypotoniával járhat az ivarmirigy állapota szerint.

Eseteim közül csak három volt Basedow-kóros. (III., X., XI.) A többi egyszerűen tumorától akart szabadulni, mely más bajt nem okozott, mint amit nagyságával támasztott. Az óriási tumorok sokszor cystás, göbös, degenerált tömegek, míg quantitative akár csökkent pajzsmirigyműködést jelenthetnek s qualitativ disfunctióban is lehetnek. A Basedow-kórosok tensiója aránylag alacsony volt. Köztük kettő nő, mensis rendben. Egyiknél változatlan volt a műtétel utáni méréseredmény, a másik operált Basedow-kórosnál egy hét múlva a tensio 16-ról 12-re süllyedt. Kocker (Biedl l. o.) szerint a Basedow-kór műtéttel 76%-ban gyógyul. Szempontunkból igen fontos az az adata, hogy közvetlenül műtétel után a tünetek fokozódhatnak. Ezekhez kell, úgy látszik, számítani a hypotoniát is a szemén, amire még rátérek.

Ami a műtétel előtt és után is mért golyvásokat illeti, három csoportba oszthatók. A megfigyelés maximális ideje két hó volt s feltehető, hogy később még más érték lett volna némelyiknél észlelhető. De fontos Hertel adata, aki állatokon pajzsmirigykiirtás után 10—14 nap múlva észlelte a tensio emelkedését, illetőleg a sóanyagcsere lassabbodását.

A legnagyobb a változatlanok csoportja, hét eset (XI., XII., XIV., XIX., XXI., XXIII., XXIV. eset). A változatlanok okául utalok a degenerált strumáknál fentebb mondottakra.

A tensio emelkedését öt esetben észleltem. (VII., IX., XIII., XX., XXV. eset.) Egy esetben 7 mm-t ért el, a többinél 2—3 mm volt. Hangsúlyozom, hogy a napi ingadozások lehető kirekesztése érdekében csak ugyanegy nap-szakban végzett adatokat hasonlítok össze. Az emelkedés 3-ad, 9-ed, 20-ad nap észleltetett, a legnagyobb emelkedés már másnap, a IX. esetben. Az idegrendszeri lelet ezeknél negatív volt.

Öt esetben tapasztaltam a feszültség 3—6 mm-rel való süllyedését a műtétel utáni héten belül, de csak egyet az operatio másnapján (I., VIII., X., XV., XVI. eset). Ezeknél sympathicotoniának vagy Basedow-kórnak többé-kevésbé kifejezett jelei találtak. A műtétel utáni tensiosüllyedést fokozott thyreoidea-hormon-felszívódás magyarázhatja, holmi elárasztás, amire a resectio bő alkalmat ad. Sajnos, az operáltak távozása későbbi méréseket nem engedett meg. Hogy vérvesztés és vérnyomáscsökkenés okul nem szerepelhet, kettő szol mellett. Egyrészt a műtétel technikája célozta és úgyszólván mindig el is érte, hogy a vérvesztés elenyésző csekély volt. Másrészt két esetem volt, ahol utóvérzés idejében tettem a mérést. Az egyikben a műtétel előtti adatot kaptam, a másikban 3 mm-rel magasabbat! Különböző is Wanner¹ histológiai vizsgálatai szerint vérvételek gyarapítják a pajzsmirigy colloidtartalmát s így működését fokozhatják. Hogy tehát venaesectióval a szem tensiója csökkenthető — a vérnyomás süllyedésével kapcsolatban (Gilbert), vagy anélkül (Hertel) —, változott pajzsmirigyműködéssel is magyarázható! S ha vérvesztés okozott volna hypotoniát, ez is hormonhatásnak lett volna tekinthető.

A műtétel módja, hogy lekötés és resectio vagy csak lekötés történt (2 eset), jelentősnek a tensiováltozás szempontjából nem látszik.

Ami a tensio labilitását a mérés közben való megpuhulás szempontjából illeti, az a benyomásom, hogy minél fiatalabb az egyén, annál nagyobb megpuhulást találhatunk. Az illető sympathicotoniás vagy nem sympathicotoniás voltával a labilitás aligha függ össze.

Három esetben találtam sympathicus okozta pupillakülönbségeket. Két esetben tipikus Horner-tünet jelezte a nyaki sympathicus bénulását, nyilván a struma révén. Ezeknek tensiója a két szemükön egyforma volt műtétel előtt, és nem változott meg utána sem. Ebből, valamint abból a tapasztalatból, hogy nem észleltem operatio után megjelenő anisocoriát vagy tensiókülönbséget a két szem közt, azt következtethetjük, hogy a strumektomiának a tensióra való szerepében a nyaki sympathicusnak operatív

¹ Id. Biedl szerint.

laesióját rendszerint figyelmen kívül hagyhatjuk. Külön említést érdemel az az anisocoriás esetem (XIX.), melyben a nagy tumor oldalán tágabb pupilla, protrusio és kisebb tensio az ezen oldali sympathicus izgalmaival voltak csak megmagyarázhatók. A tensiókülönbség valamennyi mérésnél egyformán megvolt s a műtétel sem változtatott rajta. A sympathicus izgalomban levő dilatator adrenalinra sokkal jobban reagált, mint a másik, ellenben cocainra mindkettő egyenlő idő alatt egyformán tágult, tehát másik oldali bénulásról nem lehetett szó. A helyi sympathicus-izgalom tensiócsökkentő hatása jól megegyeztethető azokkal a tapasztalatokkal, melyek a sympathicotoniának és Basedow-kórnak a hypotoniában való szerepéről szólnak és a glaucoma-ellenes sympathectomia eredménytelenségét is érthetővé teszik.

Anatómiai vizsgálatok olyirányban, hogy az eltávolított golyvarész mennyiben volt működésre képes mirigyszövet, nem történtek. De utalhatok Biedl figyelmeztetésére, aki szerint semmiképen sem engedhető meg, hogy diffusz struma szövettani képéből hypersecretio tekintetében következtetéseket vonjunk. Minden golyvában található hyperplastikus és degeneratív részek, amik egymást különböző fokban ellensúlyozhatják.

IV.

Összegezve vizsgálataim eredményét:

1. Megerősíthetem a pajzsmirigy-többműködés (hyperfunctio) feszültségcsökkentő hatását;
 2. az ivarmirigyműködés szünetelése ugyanezen esetekben magasabb tensiót okoz;
 3. a megnagyobbodott pajzsmirigy műtéttel való megkisebbitése az esetek nagy részében a szem feszültségének megváltozásával nem jár. Ide tartoznak a sok éve meglevő, nagy tömegű, degenerált golyvák, melyeknek eltávolítása functionális változást nem jelent. Viszont fiatalabb és kiújult golyvák műtétele a tensiónak mindkét irányú változását okozhatja;
 4. az operatív hypothyreosis kiegyensúlyozódott vegetatív idegrendszerű egyénekben tensioemelkedést kelt;
 5. Basedow-kóros és sympathicotoniás egyénekben a szemfeszültség a műtétel után csökken, mint ahogy a tünetek múltó élnkülése az operatio után ismeretes.
- Golyva és golyva — Kocher szavai szerint — különböző dolog. Különböző a tensio viselkedése is golyvaműtétek után: változatlan, magasabb és alacsonyabb feszültséget észleltünk. Ugyanis ha működő mirigy megkisebbitéséről van szó, az egyén idegrendszeri állapota dönti el, hogy a tensio milyen irányban változik meg. Hertel csak tensio-emelkedést észlelt kísérletes extirpáció után; de állatokon a vegetatív idegrendszer sokkal elhatározottabban csak egy típust mutat (Szondi), míg emberen sympathicotonia vagy vagotonia formájában változatos különbségek észlelhetők abban az idegrendszerben, mely reagál akkor, mikor a ráható factorokból valamit elveszünk.

A pajzsmirigy szerepe a szemfeszültség hormonális szabályozásában jelentős. Fontos tagja a belső secretiós szervek ama csoportjának, mely érszűkítő szerepénél fogva résztvesz a szemteke vértartalmának megszabásában. Valószínű azonban, hogy a feszültségszabályozás magyarázó-tára a vérelasztás figyelembevétele nem elégséges. A pajzsmirigy többműködése, a Basedow-kór, a vegetatív idegrendszer mindkét részének, mind a vagus-, mind a sympathicus-rendszernek izgalma jelenti, a tensio az egyszerű esetekben csökkent. Ugyancsak csökkentik a tensiót az ezen rendszereket izgató szerek: a pilocarpin is, mely vagus-izgató, az adrenalin s cocain is, melyek sympathicus izgatók. Korai volna még állást foglalni a feszültségszabályozás hormoneurális vagy neurohormonális volta felől. De hogy a tensiót megszabó hormonális egyensúlynak központi regulációja van, valószínűnek tartjuk.

Az endocrinologia a glaucoma-kérdés megoldása felé új út, mely járhatónak bizonyult. A célhozérést — mint a probléma 90 éves története mutatja — csak kórtani ismereteink haladásával szorosán lépést tartva várhatjuk.

Irodalom. Biedl: Innere Sekretion. 2. Auflage, 1913. Falta: Funktionelle Diagnostik der Erkrankungen des Blutdrüsen-systems. Zeitschrift für ärztliche Fortbild., 1922, nov. 14. Giessing: Über Tonometrie. Graefe Archiv, 105. k., 1921. Hertel: Weiterer Beitrag zur Lehre v. Augendruck. Hejdelberger Bericht, 1918. Hertel: Einiges über den Augendruck u. Glaukom. Ref. kl. Mbl. 1920, 64. k., 390—2. Imre: Adatok a szembelemi nyomás szabályozódásának kérdéséhez. OH. 1920, 29. sz. Imre: Die regulatorische Wirkung der endokrinen Drüsen auf den intraocularen Druck. Arch. f. Aug. 88. k., 3—4. sz., 1921. Friedenberg: Das Auge und das endokrine System. Ref. Arch. f. Aug. 1922, 2—3. füzet. Köllner: Über den Einfluss der Pupillenweite auf den Augendruck beim Glaucoma simplex. Arch. f. Aug. 88. k., 1921. Löhlein: Glaucom und Gesamtorganismus. Zentralblatt f. d. ges. Ophth., 1914. Rényi: Beitrag zur Histologie des Glaukoms. Ref. Zeitsch. f. Augenh., 45. k., 1920. Scipiadès: A belső elválasztást végző szervekre vonatkozó kutatások eredményeinek befolyása a szülészetre és nőgyógyaszatra. Orvosképzés, 1921. Szily: Störungen der inneren Sekretion und ihre Bedeutung f. das Sehorgan. Zentralblatt f. d. ges. Ophth. V. k., 1921. Szondy: Das essentielle Hautjucken als klinisches Symptom der multiplen Blutdrüsen-erkrankung. Münch. m. W., 1922, nov. 16.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tud. egyet. III. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: báró Korányi Sándor egy. ny. r. tanár.)

Melanosarkomatosus esete.¹

Irta: Csáki László dr.

J. T. János 47 éves vendéglőst 1921 szeptember 2-án vettük fel klinikánkra. Kórelőzményéből kiderült, hogy 1920 novemberében jobb lábának hüvelykujját kitékeljesedett melanosarkomatosisa miatt enucleálták és 1921 májusában a jobb oldali inguinális mirigyekben keletkezett áttételeket távolították el. E második műtét után a beteg még 3 hétig teljesen egészségesnek érezte magát, majd észrevette, hogy hasának jobb felében egy daganata támadt, mely nyomásra igen fájdalmas volt. Étvágya lassanként annyira megromlott, hogy pár hét óta alig táplálkozott; gyakran hányt, néha éhgyomorra is. Erős székrekedésben szenvedett. Betegsége óta körülbelül 20 kg-ot fogyott. Lázának nem érezte magát soha.

Az erősen cachexiás betegnél a physicalis és Röntgenleletek alapján áttételeket vetünk fel a tüdőben, belekben, mellékvesékben is. A jobb leococalis tájon egy kis ökönyi, kemény, dudoros felszínű, nyomásra igen fájdalmas ellenállást tapintottunk, mely alapjáról alig volt elmozdítható. Máj és lép normálisak.

A beteg vizelete már frissen is barna, s a levegőn hosszabb idei állás után is alig sötétedik meg jobban;² átlátszó, savi kémhatású, 1020 fajsúlyú, fehérjét, cukrot, genyet nem tartalmaz. Az urobilinogen-próba erősen pozitív, de az urobilin-próba a sokáig állott vizeletben is negatív volt. Epefesték-, diazoguajak-próbák negatívak voltak; Indican-, Millon-reactiók erősen pozitívak; oxydaló szerekre (tömény savak, FeCl³) gyorsan megfeketedik. A Thormälén-próba (ugyanaz, mint a Legal-féle nitroprússnátriumos próba) a végstádiumban zöldes színt ad. Vérnyomás ^{60/40} Riva-Rocci; vörösvérsejtek száma 3,580,000; haemoglobin 66% (Sahli); festődési index 0'9; fehérvérsejtek száma 20,400, neutrophil leukocytá 89%, lymphocytá 6%, monocytá 5%. Több praeparatumot átnézve, egyetlen eosinophil vagy basophil leukocytát sem találtam. Hasonló eredményűek voltak a később elvégzett sejt-vizsgálatok is. Wassermann-próba negatív. Vércukor 0'13%.

Szeptember 10-én hasi Röntgen-besugárzást kap (1 erythema dosis). Beck⁴ esetében a melanosarkomás daganatsejtek nagyfokban Röntgen-érzékenyek voltak. Ő egy inoperabilis lábszár-melanosarkomát a Röntgen-sugarak segítségével teljesen eltüntetett és hónapokig recidívamentesen tartott. Utána többen, Welborn,

¹ Ugyanezen beteg vizeletében és vérsavójában végzett vizsgálataim I. Magy. Orv. Arch. 1922., 12. old.

² Ezt a körülményt Eppinger már 1910-ben hangsúlyozta. (Bioch. Zeitschr. 28.)

³ Thormälén e reactiót 1887-ben írta le (Virchows Arch. 108., 313.). Dreschfeld angol szerző már 1886-ban közölte (British. med. Journ. 1886., 362), hogy egy diabeteses coma esetében az acetone-próbánál a szokásos lila szín helyett gyönyörű kék színt kapott.

⁴ Beck: Münch. med. Woch. 1901., 1284.

Gocht, Kienböck és Böttner⁵ írtak le jelentékeny javulást különböző szervek melanosarkomájánál Röntgen-hatásra. Betegünk állapota azonban a Röntgen-kezelés mellett is rohamosan romlott, amiben valószínűleg nagy szerepet játszott az a körülmény is, hogy állandó hányásingere miatt alig táplálkozott. Szeptember 29-én még egy második Röntgen-besugárzás után is a leromlás szemmel láthatóan fokozódott.

A vizeletben a Thormälén-próba ekkor állandóan negatív volt, még a bejövételkor nyert zöld végszint sem mutatta, míg Böttner esetében a Röntgen-besugárzás után az összes vizelet-próbák lényegesen erősödtek. A Thormälén-próbák fokozódását Eppinger⁶ észlelete szerint tryptophan-etetéssel el lehet érni. Mivel tryptophant beszerezni nem tudtam, a tryptophan-dús caseinnel próbálkoztam, de a Thormälén-reactiót ezáltal sem sikerült pozitívvá tenni, még a bolussal összerázott vizeletben sem (Feigl és Querner).⁷ Ugyancsak negatív volt a Feigl szerint elvégzett Thormälén-próba a vérsavóban is.

Október 6-án öntudata zavart lett, félrebeszél s 8-án meghalt. A boncolási jegyzőkönyv: Az agyban, a jobb oldali homloklebenyben, a felüethez közel, jókora diónyi, körülírt, lilás-vörös daganatgóc ül. A hasüregben a mesenterium helyén gyermekfejnyi, tömlőszerű terlogamegnagyobbodás foglal helyet, amely tapintaskor kifejezett hullámzást mutat. A jejunum legfelső kacsái és az ileum coecalis részlete a tömlővel összenöttek. A többi vékonybélrészlet szabad. A térfogatnagobbodás a ránőtt bélkacsokkal szorosan a medencebemenetre fekszik, a hólyaggal és a fali hashártyával összetapad. A tüdők: a jobb tüdő felső lebenyében hátul jókora diónyi, az alsó lebenyben elől kis almányi, a pleurán laposan, gombszerűen elődomborodó, körülírt, tömött góccok tapinthatók. A felső lebenyben ülő góc élesen elhatárolódik, kihámozható, koromfekete, lágy, szétfolyó. Az alsó lebenyben levő góc dudoros felületű, tömöttebb, metszslapja szürkésfehér. A bal tüdő felső lebenyében is nagyobb góc ül. A májban áttételek nincsenek. A baloldali mellékvesében borsónyi, gömbölyű, élesen elhatárolt, kihámozható, teke, lágy daganatgóc látható. A mellékvesék különben szabad szemmel látható elváltozást nem mutatnak. A belek: a jejunum-kacsok 30 cm lefutásban a mesenteriumban fekvő tömlő felületével összenöttek, egy részletük a tömlővel kis kerek nyíláson át közlekedik. A egész vékonybél nyakahártyája palaszürke, mintha legfinomabb szénporral lenne teleszörve. A mesenterialis tömlő hig bélsárral telj, dudoros fala daganatszerű massából áll, mely átlag 1 cm vastagságú. A vastagbelek szabadok.

Szövet-tani lelet: a nagyobb tüdőgócok csaknem teljesen elhalt, nem testődő szövetből állanak. A kisebb, körülbelül borsónyi daganatok igen sejtdusak. A daganatsejtek rendkívül polymorphak, részben szabálytalanul, részben csoportokban fekszenek, a sejhatarok elmosódottak. Az egész képet elhomályosítják a metszetekben egyenetlenül eloszlott, részint nagy durva fekete tömegek, részint tinomabb fekete-barna szemcsék alakjában jelenlevő pigmentrögök. A pigmentmentes helyek teljesen orsósejtes sarkomára emlékeztetnek. Az agyban, mesenteriumban, bal mellékvesében talált daganatgócok a tüdőben leirtakkal teljesen megegyeznek. A makroszkopusan épek látszó jobb mellékvesében mikroszkopos nagyságú, a balban található góchoz teljesen hasonló szerkezetű göböcske látható.

Az eset klinikai-pathologiai szempontból is több okból érdemi megfigyelésünket. Feltűnő a beteg azon bemondása, hogy az elsődleges daganat helye, a jobb láb hüvelykujjának körme, már gyermekkor óta gyakran lehullott, de mindig újranőtt, míg egy évvel betegsége előtt a leesés előtt megfeketedett és kifeléyesedett. Így talán nem valószínűtlen e locus minoris resistentiae-t a daganat kifejlődésével (ugyan alig sejthető módon) közelebbi összefüggésbe hozni és e tényt nem a pusztán véletlennek tulajdonítani.

Számos szerző⁸ a melanin-próbák pozitívítását máj-áttételek jelenlétével hozza oki összefüggésbe. Már Molnár⁹ esete is mutatta, hogy ez a feltevés nem állja meg a helyét és a mi esetünk is teljesen ellene szól: állandóan pozitív melanin-próbák mellett a boncolás nem mutatott máj-áttételeket. Ugyancsak emellett szól Böttner említett esete is, melyben azonban boncolás nem történt. Ellenben úgy látszik, hogy a máj-áttétel és a Thormälén-próba pozitívítása közt igenis van összefüggés: a mi esetünkben, hasonlóan Böttneréhez, máj-áttétel nem volt és tryptophán

⁵ Böttner: Münch. med. Woch. 1918., 1176.

⁶ Eppinger: Bioch. Zeitschr. 28., 181.

⁷ Feigl és Querner: Deutsch. Arch. f. klin. Med. 123., 107., 1917.

⁸ Eiselt, Bolze, Pribram stb. (Böttner u. idézve).

⁹ Molnár: Zeitschr. f. klin. Med. 78., 454., 1913.

megterheléssel sem sikerült a Thormälen-próbát pozitívvá tenni.

Már Feigl és Querner hangsúlyozták azonban, hogy az oxydatiós és Thormälen-próbát teljesen külön kell választani egymástól: míg az oxydatiós próbák minden esetben pozitívak szoktak lenni, addig a Thormälen-próba sokszor még az állott vizeletben sem. Az oxydatiós próbák kétségtelenül a melanogent mutatják, míg a Thormälen-reactio Eppinger vizsgálatai szerint szigorúan specifikus a melaninra. Esetünkben az Ehrlich-féle kémlőszerrel nyert erősen pozitív próbát is a melanogennek és nem az urobilinogennek kell tulajdonítanunk, mivel urobilin az állott vizeletben sem sikerült kimutatni.

Más helyen¹⁰ bővebben szóltam arról, hogy a keletkezett melanin forrását saját vizsgálataim alapján is az adrenalinhoz közelálló csoportokban kell keresnünk. Fel-tűnő azonban, hogy melanosarkomás betegeknél vannak egyes tünetek, melyek közösek az Addison-kóréval, de viszont vannak olyanok is, melyek egyenesen hyperadrenalinaemia következményeinek látszanak. Az előbbieket közül a nagy fokban csökkent vérnyomást, a nagyfokú elesettséget kell felemlítenem, az utóbbiak közé tartozik az összes megvizsgált esetben a szaporodott vércukor, a csökkent cukortolerancia, esetleg cukorvizezés, a pozitív Loewi és Ehrmann-próbák. További hyperadrenalinaemiás tünet Bertelli és Falta¹¹ szerint az erős neutrophil leukocytosis, az igen nagyfokú absolut és relativ lymphopenia, az aneosinophilia, vagyis ugyanaz a vérkép, amit úgy a mi betegünknek, valamint az irodalom több ese'ében is megtalálunk. A legegyszerűbb felvétel e disszociált adrenalinhatás megmagyarázására talán az volna, hogy az adrenalinhatás nem egészen egységes: az adrenalinnak a vérben való felszaporodása már elegendő a szénhidrát anyagcsere (a vércukor, cukorvizezés, a cukortolerantia) és a vérkép befolyására. de a normális izomtónust és vérnyomást csak akkor tudja fenntartani, ha specifikus hatását (esetleg elbontása közben) ki is fejti a sejtekben; ez azonban nem jön létre, ha melaninba vitetik át és így ezen tünetek adrenalinhiányt mutatnak, hasonlóan az Addison-kór symptomáihoz.

Neuberg¹² vizsgálatai alapján Orth¹³ fölvetette, hogy a melanosarkomás áttételek csak akkor feketítik az adrenalinoldatot, ha a daganat a mellékveséből indult ki, vagyis az áttételek a mellékvesék szöveti szerkezetével bírnak. Ámbár az irodalmi adatok szerint a felvétel nem helytálló, mégis megemlítem, hogy jelen esetben a daganatgócokkal adrenalinoldatot megfekéltetni nem sikerült és a szövettani vizsgálatok alkalmával a metastasisok valóban nem mutattak mellékveseszöveti szerkezetet.

Stiller¹⁴ 1875-ben közölt egy esetet, melyben periodusos melanuriát észlelt. A periodicitás azonban nem az akkor még ismeretlen Thormälen-, hanem az oxydatiós-próbákra vonatkozott. Mások, így Bolze, pozitív melanuriát csak lázas melanomában szenvedő betegnél találtak. A mi esetünkben — mely elejétől végig láztalanul folyt le — az oxydatiós próbák mindig erősen pozitívek voltak, de a Thormälen-próba csak kezdetben volt gyengén pozitív (i. i. zöldes végreaction), később az egész észlelésünk alatt még a Feigl-Querner szerinti módosításban is mindig negatív maradt. Az irodalom legtöbb esetéhez hasonlóan negatív volt a Feigl-Querner szerint elvégzett serum-Thormälen-reactio is. Hogy ennek mi az oka, nem tudjuk biztosan. Talán — mint esetünkben is — a minimális táplálkozás, vagy pedig a daganatnak aránylag festékszegény volta, ami esetleg szintén a csekély táplálkozásból eredhetne.

Hogy milyen összefüggésben lehetnek e festékek a rosszindulatú daganatokkal, arra Eppinger próbált magyarázatot nyújtani. Stoeber és Wacker¹⁵ ugyanis állatkísérleteikben találták, hogy ha bizonyos fehérjeterhadási termékeket, melyek molekulájukban a benzolgyűrűn kívül a

pyrrolgyűrűt is tartalmazza (pl. indol és skatol), subcutan a szervezetbe juttatták, akkor az oltás helyén a bőr daganatszerű burjánzásnak indult. Evvel analógiában Eppinger azt hiszi, hogy ha a szervezet — talán dispositio következtében — elvesztette azt a képességét, hogy bizonyos ciklikus complexumokat teljesen megbontson, akkor ezek a szervezetben keringve, bizonyos sejtcsoportokat atypusos burjánzásra bírhatnak, melyekből kifejlődik a rosszindulatú daganat.

A melanineket ma Fürth¹⁶ felvétele szerint a fehérjemolekula ciklikus complexumaiból származtatjuk (Spiegler szerint a tryptophanból). A főszerepet létrejövételükben oxydatív fermentumok, az ú. n. tyrosinase játsszák, mit melanotikus daganatban először Gessard¹⁷ mutatott ki 1903-ban. Számos tapasztalat és a már említett saját vizsgálataim is valószínűvé teszik, hogy egyrészt a melanosarkomás daganatok melaninja és a tyrosinase fermentum, másrészt az adrenalin között szoros kapcsolat áll fenn, továbbá, hogy a melanosarkomás melanin azonos az addisonos pigmenttel. Míg az addisonos betegben a mellékvesék a proadrenalint (valószínűleg paraoxyphenylaethylamin) adrenalinná feldolgozni nem képesek, addig a melanosarkomásnál az adrenalin képzés nemcsak zavartalan, hanem számos tünet fokozott adrenalin tartalom mellett szól, de az adrenalin ismeretlen okból nem használható fel a rendes módon. A melanosarkomás beteg véréből, miként vizsgálataimban a hozzáadott adrenalin *in vitro*, úgy a saját adrenalinját *in vivo* megbontja és melaninba viszi át. Míg az addisonos betegnél minden tünet hypoadrenalinaemia mellett szól, addig a melanosarkomásnál vannak egyes hypoadrenalinaemiás tünetek, ami azon felvételekre ad alapot, hogy az adrenalinhatás nem egészen egységes: a szénhidrátanyagcsere és a vérkép befolyásolására elegendő az adrenalin pusztán felszaporodása, az izomtónus, a vérnyomás fenntartására azonban a tényleges felhasználása, a sejtekben történő elbontása is szükséges.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tudományegyetem stomatologiai klinikájának közleménye (igazgató: Szabó József egyet. ny. r. tanár).

Állsontcysták.

Írta, a Magyar Sebész Társaság IX. nagygyűlésén előadta és bemutatta: Fodor György István dr. műtőorvos.

Az állsontokban fejlődő cysták az esetek túlnyomó többségében dentális eredetűek, illetve a fog betegségével, esetleg a fog fejlődésével hozhatók kapcsolatba. Haderup statisztikája szerint az eseteknek csupán 3%-a vezethető vissza más aetiologikus momentumra. A dentális eredetű állsontcystákat, közzismerten, follicularis és radicularis cystákra osztjuk fel. A follicularis a fog fejlődésével függ össze és tulajdonképpen fejlődési rendellenesség. A radicularis cysták legnagyobb részét a gyökérhártya chronikus gyulladásából támadnak; a szuvas fog pulpája elpusztul, beteg lesz a fog gyökérhártyája, melynek acut, de legtöbbször chronikus lobosodásainak eredménye az apex körüli cysta. Még ma is vita tárgyát képezi, hogy a radicularis cysta hámja honnan származik. Astahoff és iskolája a periodontiumban található ú. n. Malassez-féle hámszigeteket okolja, amelyek a gyökérhártyából keletkezett közösleges granulomákban is föllelhetők. Gravitz ezzel szemben a hámot kívülről, a száj nyálkahártyájából származtatja; a hám, szerinte, fistulajáraton, csontdefectuson keresztül vándorol a periodontikus sarjszövetbe.

Bár az állsontcysták az állsontoknak igen gyakori megbetegedései, a gyakorlóorvos előtt nem eléggé közzismertek. Az idő rövidségére való tekintettel, sajnos, nem foglalkozhatom bővebben az állsontcysták fejlődésével, klinikai képével, csupán a stomatologiai klinikán operált néhány érdekesebb esetünkről kívánok beszámolni.

¹⁰ Magy. Orv. Arch. 1922., 12.

¹¹ Biedl: Innere Sekretion 2. kiadás, I. kötet, 491. old.

¹² Neuberg: Bisch. Zeitschr. 8., 383.

¹³ Berlin. med. Gesellsch. 1906 május 30. Ref.: Berl. klin. Woch. 1906., 887.

¹⁴ Stiller: Deutsch. Arch. f. klin. Med. 16., 414.

¹⁵ Münch. med. Wochenschr. 1900., 18. Eppinger u. idézve.

¹⁶ Fürth: Gewebschemie 527. old.

¹⁷ Fürth: Gewebschemie 530. old.

A stomatologiai klinikán az elmúlt évben a legkülönbözőbb nagyságú — borsó-, babnagyságtól ökölnagyságig — 98 cysta került műtetre. Jelentékeny nagy szám még egy nagyforgalmú klinika statisztikájában is. Ha elgondoljuk, hogy a cystáknak egy nagy része a betegek előtt rejtve marad, állsontcystájáról a beteg tudomást sem szerez, éppen a cysták közismert fájdalomtalan növekedése miatt, úgy az állsontcystákat az állsontok egyik leggyakoribb sebészi megbetegedésének kell tartanunk. Az arccsontok mintegy tele vannak szorva hámmal, kis hámszigetekkel, melyek mindegyike kiindulópontja lehet egy cystának. A klinikán operált 98 cysta közül 76 gyökércysta, 22 follicularis cysta volt. Érdekes, hogy e 76 gyökércystából nőknél 51, férfiakon 25 fordult elő. Tehát nőknél majdnem kétszer olyan gyakori, mint férfiakon. Ennek okát a férfiakra kedvezőbb fogcaries-statisztikában leljük. A fog szuvasodása (illetőleg a fogból következő nyit utat a különböző ártalmaknak az alveolus basisához, a gyökérhátyához. A gyökérhátya gyulladásának az eredménye az esetek nagy részében a radicularis cysta. A statisztikák szerint pedig a caries férfiak és nők között 2:3 arányában fordul elő. Felső állsontcystánknak majdnem háromszor annyi volt, mint alsó. Ennek oka kétségtelenül szintén a caries %-a; a caries a felső fogsornak sokkal gyakoribb megbetegedése. Az állsontcystáknak úgyszólván egyetlen feltűnő klinikai tünete a csontelváltozás. Ez is azonban csak akkor lesz feltűnővé, ha a cysta már tetemes nagyságot ér el és növekedésében eléri a burkolócsont egyik-másik falát, amikor az nyomást szenvedén, felszívódik s ennek következtében alakváltozás jön létre. A felső állsontcysták előbortosodása leggyakoribb az alveolus külső falán, aminek oka, hogy a gyökerek a fogmeder-nyújtványban nem helyezkednek pontosan centralisan, hanem inkább a facialis oldal felé hajlanak. Csontelváltozások felső állsontcystáknál aránylag legtrikábbak a kemény szájpadon. A kemény szájpadcysták rendszerint az incisivusokból fejlődnek, praemolaris vagy molaris fogból csak akkor, ha a folyamat palatinális gyökéren támad.

Operált érdekesebb eseteink a következők voltak:

1. számú ábra. Hétéves fiúgyermek egy éve vette észre, hogy daganata támadt a bal arcfelén. Fájdalma vagy egyéb kellemetlensége sohasem volt. A bal arcfelén jókora almányi termienagyobbodás tapintható. A Röntgenfelvétel után (a felvételeket Simon Béla dr. végezte) könnyű volt a diagnosis: follicularis cysta. A Röntgenképet demonstrálva: baloldalon az I. tejincisivus látható fel nem szívódott gyökérral; a két tejmolaris részben felszívódott gyökérral; a II. molaris alatt és mögött egy praemolaris koronája látszik. A második molaris fölött egy felesszámú fog foglal helyet, és messzebb az állandó caninus koronája. Jobboldalt ugyancsak az állandó caninus koronája látható. Az egész területen diónál nagyobb teljes csontpusztulás, szabályos éles határral. A cysta minden kétséget kizárólag a cysta belsejében helyefoglaló felesszámú fogból támad.

Partsch a cystaműtéteknél szem előtt tartva, hogy a cysta hámla és a szájüreg hámla azonos származású, az elülső cystafal széles kiirtását ajánlja, amely után a szájnyálkahártyából lebenyt fektet a cysta ürébe, hogy a száj és cysta hámla egyesüljön és így a cysta ürege a száj melléküregevé váljék. Ennek hátránya egyrészt, hogy az üregnek tisztántartása sokszor nagyon nehéz (különösen ha az üregbemenet szűkül), ételmaradékok gyűjtőhelye lesz, másrészt az ilyen üregek képzése után a betegek sokszor kellemetlen nasalis hangot kapnak, de meg a gyógyulás is igen lassú. Ezért a stomatologiai klinikán — mint ma már általában — cystaműtétnél az egész cystatokat eltávolítjuk a kórokozó foggal együtt, az üreg behámosítása céljából az alsó orrjáratból képzett nyálkahártyalebenyt fektetünk az üregbe, az orron keresztül drainezve a szájsebet egészében varrjuk. Így végeztem a jelen esetben is.

2. számú ábra. Radicularis cysta, mely a jobboldali kis metszéstől indul ki. Bár mind a két metszőfog bele nyúlik a cystába, nem nehéz eldönteni, melyik fog a kiindulási pont, mert a kis metszőn jól látható a caries

és a periodontiumtól lemeztelenített gyökér. A cysta növekedésében a szomszédos fogakat dislocálta. Eltekintve a cysta nagyságtól, érdekessé tette az esetet az is, hogy a felső állsont facialis falának legnagyobb része teljesen felszívódott, úgyhogy a cystatok közvetlenül a szájnyálkahártyával és az arc lágyrészeivel volt érintkezésben. A szokatlan expansiv növekedést egyébként az elülső fogak dislocatiója bizonyítja. A műtétet az előbbi esethez hasonló módon végeztem.

3. számú ábra. Radicularis cysta. A fogat, mely okozta, fél évvel jelentkezése előtt extrahálták. A cysta az extractio alkalmával kiürült, de csakhamar természetesen újra megtelt. Érdekes, hogy a cystán kívül még öt radicularis cystája volt a betegnek.

4. számú ábra. Szabó professor operálta. Almannagyságú radicularis cysta, mely a baloldali kismetszéstől indul ki, betört az orrüregbe, s a palatumot is beboltosította.

5. számú ábra. Diónyi radicularis cysta, mely a jobb felső kismetszéstől indult ki. Ez esetben az anamnesis érdekes. A beteg — 17 éves gymnázista fiú — elmondja, hogy körülbelül négy hónapja füleslabdajáték közben a 3—4 kiló súlyú labda az arcára esett. Ezután vette észre, hogy a helyén daganatféleje keletkezett, mely azóta rohamosan nő. Tehát itt trauma szerepelne a cystaképződés okául. Williger, Cattlin 20 traumás eredetű cystaesetet írnak le. A traumás eredetet olyképpen magyarázhatjuk, hogy a trauma miatt elhal a pulpa, majd haematogen úton fertőződik, támad a periodontitis, s lobos ingerre a cystosus tumor. Természetesen nem lehet megállapítani, mint talán a mi esetünkben sem, hogy nem vol-e meg már a trauma előtt is a cysta, s a trauma csak annak gyors növekedését okozta. Voltak eseteink, mikor teljesen egészségesnek látszó, külsőleg intact fog felett támadt gyökércysta. Ilyenkor a fog pulpája mindig elhalt. Fel kell vennünk, hogy a fogból elhalását és a következő nyeres radicularis cystát ily esetekben mégis csak trauma okozta, ami lehetett esetleg egy erős harapás is, pl. diófeltörés, csonttraharapás — bár ilyen előzményre a betegek rendszerint nem emlékeznek.

6. számú ábra. A felső frontfogaknak megfelelőleg elhelyezkedett és már az orrüregbe betört follicularis cysta, amely a hiányzó és a cysta belsejében megtalálható jobboldali nagy incisivusból indult ki. A retineált fog rágói élén jól látható az eredetileg minden metszőfagon meglevő, de a rágás folytán csakhamar lekopó három csipke. A cystatokat itt is teljesen kiirtottam, az alsó orrjáratban nyálkahártyaplástikát végezve, az üregeknek orrfelől drainezése után a szájsebet varrtam.

7. számú ábra. Tízéves kisleányról készült felvétel. Az első tejmolaris alatt látható a permanens molaris. Nem lehet határozottan eldönteni, vajjon a szuvas tejmolarisból kiinduló radicularis cysta, vagy az alatta látható permanens praemolarisból kiinduló follicularis cysta-e a klinikailag jól diagnosztizálható daganat, avagy pedig csak a fogcsira tömlője van kitágulva, elvékonyodva. A tejfogot extraháltam, a cystatokat kiirtottam. A permanens fogat nem bántottam azon reményben, hogy hamarosan áttör a gingiván, ami tényleg pár hét alatt be is következett.

8. számú ábra. Alsó állsont radicularis cystája a cystaüregben szabadon úszkáló gyökérrészlettel.

9. számú ábra. Szabó professor operálta eset. Az irodalomban is ritkaságok közé sorolt — mint az utólagos kórszövetetani vizsgálat igazolta — *carcinomás cysta*. 12 éve fejlődő daganat a bal alsó állkapcsban, fájdalmat vagy egyéb kellemetlenséget sohasem okozott. A klinikai kép, a Röntgen-vizsgálat kétségtelenül cystosus daganatot állapított meg. Beszűrődött nyaki mirigyeket nem tapinthatunk. A cysta tartalma serosus, híg nyálkás folyadék volt. A műtét intraoralisan történt, a mandibula alsó szélének csak egy egész keskeny szegélye hagyott meg. A kórszövetetani vizsgálat a legnagyobb meglepetésre a cystafal szövetét basalsejtes carcinomának minősítette. A beteg ellenőrző vizsgálatokra immár három éven át gyakran jelentkezik, egy hónapja láttuk, recidivamentes, teljesen egészséges.

10. számú ábra. Alsó állcsont follicularis cystája. A 40 éves nőbeteget háziorvosa carcinoma mandibulae diagnosissal küldte a klinikára. A Röntgen-felvétel follicularis cystát igazolt, mely az alsó állcsont középső harmadát teljesen elpusztította, csupán az alsó él lúdtollvastagságú része volt meg. A cysta a mandibula basisán látható fogból fejlődött. A műtét csak a cysta kiirtásából állhatott, a fogat meg sem kíséreltem eltávolítani, a biztos állkapocsfracturától félve.

Irodalom. Parreidt: Zur Diagnose der Zahn- u. Kiefercysten. Partsch: Über Kiefercysten. Witzel: Über Zahnwurzelcysten, deren Entstehung, Ursache u. Behandlung. Kreisler: Pathologie der entzündlichen Wurzelcysten.

A debreceni m. kir. Tisza István tudományegyetem belklinikájának közleménye. (Igazgató: Csiky József egyet. ny. r. tanár.)

A lumbális folyadék törésmutatója.

Irta: Molnár Elek dr. tanársegéd.

Amióta Quincke 1891-ben a lumbal-punctiót leírta, a liquor cerebrospinalis részletes vizsgálata sok új és értékes diagnostikai adathoz vezetett, anélkül azonban, hogy az ép liquor kémiai összetétele teljesen tisztán állana előttünk. Cukor-, chlor-, ureum- és fehérjetartalmára vonatkozó vizsgálatok, amelyek a legkiterjedtebbek voltak, nem adnak egységes eredményt s addig, amíg az ép liquor összetételével nem vagyunk tisztában, nem ismerhetjük fel s nem értékelhetjük kellőképpen a kóros elváltozásokat sem. A fehérjetartalomra vonatkozólag a különböző szerzők eredményei nagyon eltérők, úgyhogy pl. Mestrezat 0,0196%-nak, Quincke pedig annak éppen két és félszeresére, 0'05%-nak mondja az ép liquor fehérjetartalmának felső határát. A lumbal-punctio felfedezése után rövidesen ismertté vált, hogy a liquor bizonyos kóros esetekben lényegesen több fehérjét tartalmaz. Az a törekvés azonban, hogy a liquor fehérjének összmennyiségéből következtessünk egyes megbetegedésekre, a gyakorlatban már azért sem vált be, mert a kvantitatív meghatározás, ha pontos, nehézkes, (Mestrezat, Nissl, Brandberg-Stolnikow stb.), a kvalitatív próbából való hozzávető megítélés pedig diagnostikai módszernek nagyon subiectív. A liquor fehérjének fractionálásával azonban egyszerűbb methodusokra tettünk szert. Kitént ugyanis, hogy a központi idegrendszer számos megbetegedésénél, különösen a luesos bántalmakban, a globulinok, melyek különben alig kimutatható mennyiségben szerepelnek, feltűnően felszaporodnak. Az izoláló reakciók (Pándy, Nonne-Appelt stb.) ezért egyszerre elterelték a figyelmet a nehézkes fehérjemeghatározásoktól és a liquor-diagnostikában ma is első helyen állanak.

Az alábbiakban csak egy új adattal akarom gyarapítani a liquorról s annak fehérjéről való ismereteinket. 55 esetben meghatároztam a liquor törésmutatóját a következő gondolatmenet alapján. A folyadékok refractiós értékét a fehérjetartalom szabja meg. Ezért tehát valószínűnek látszott, hogy a fehérjetartalom növekedését, vagy esetleges csökkenését a liquorban refractometerrel a törésmutató változásából könnyen ki lehet mutatni s ezt a változást differentialediagnostikailag fel lehet majd használni. A módszer gyors és érzékeny. Fő előnye, hogy egy cseppel is el lehet végezni a vizsgálatot, ami az agytumork diagnosztikában volna fontos. Analogiául kínálkozott az exsudatum és transsudatum refractiós vizsgálata, amely már mindennapi módszereink közé tartozik.

Methodikám a következő volt: a lumbal-folyadékot a Pulfrich-féle bemező refractometerrel vizsgáltam. Mivel nem mindig állott volna elegendő liquor rendelkezésemre, az egyöntetűség kedvéért a segédprizmás csepp-módszert használtam. A liquort elsősorban is vérre néztem meg, mert ha szűrés közben kevés serum a liquorhoz vegyül, a refractiós érték természetesen igen magasra szökik. A refractiót a lumbal-punctio után 24 órán belül határoztam meg. Vizsgálataim körülbelül egy évi eredményt tartalmaznak s eközben a refractometer pontosságát a szokásos módon destillált vízzel több ízben ellenőriztem. A steril epruvettába vett liquort a 17'5 C^o-ra beállított

vizfürdőbe helyeztem s 10 percnyi állás után Pasteurpipettával vittem belőle egy cseppet a segédprizmára. A refractometer bemezőlése után újból vártam 8—10 perccel s csak akkor kezdtem leolvasni a skálák állását, hogy a rendszernek ideje legyen a fürdő hőmérsékének átvételére. A végleges leolvasás csak az éles vonal állandó beállása mellett történt.

A többi vizsgálati módszerekkel való összefüggés megállapítására minden liquorral Pándy-, Nonne-Appelt- és Wassermann-reactiót végeztem s meghatároztam a sejtszámot is. Az egyes esetek részletes közlését elhagyva, eredményeimet a következőkben foglalom össze: A liquor törésmutatójának értéke 1,33486—1,33586 között mozog. A vizsgált betegek betegségei szerint a következőképpen oszlottak meg: idegrendszeri lues 15, luesos nephrosis 1, meningitis tuberculosa 9, tetanus 2, agytumor 4, gerincvelőtumor 2, hydrocephalus 1, encephalitis acuta 1, pseudoparinson 2, s egyéb, liquor-elváltozással nem járó megbetegedés 17.

Az ép liquor törésmutatója vizsgálataim szerint 1,33486—1,33517-ig változik; középértéke tehát 1,33501. Ép liquorokat részint a sebészeti klinikáról kaptam lumbal-anaesthesiában végzett herniaműtétek alkalmával, másrészt ideszámítom azokat a belbetegeket is, akiknek liquorában sem a Pándy-, sem a Nonne-Appelt- és a Wassermann-reactio nem volt pozitív és a sejtszám a 3-at nem haladta meg. Kóros esetekben lefelé eltérést e számtól nem találtam. Az egyetlen hydrocephalus, akinek liquorát vizsgáltam, 1,33486 törésmutatójú volt, de ilyen törésmutatója nemegyhelyes liquorú betegnek is volt. A központi idegrendszer megbetegedéseiben a liquor törésmutatója a középértéket meghaladja. A tetanusosok és részben az idegrendszeri luesosok liquorának törésmutatója a középérték és a felső határ közé esik, ez utóbbit csak ritkán lépi túl. Épigy viselkedik a meningitis serosa és az encephalitis is. Feltűnően magasra szökött a refractio a műtéttel, encephalographiával vagy sectionnal bebizonyosodott agy- és gerincvelőtumoroknál. A legalacsonyabb érték, amit ilyen esetekben kaptam, 1,33532, s a legmagasabb 1,33586. Természetes, hogy hat esetből végleges következtetést levonnunk nem szabad. Talán a véletlen okozta azt, hogy valamennyi bizonyos compressióra vezetett, amely mindig fehérjeszaporulattal jár.

Hogy az agytumor diagnostikájában a törésmutató meghatározása értékes segítő eszközünk lehet, mutatja első esetünk (B. K. tumor lobi occipitalis sinistra), ahol egyedül a refractiós szám szólt tumor mellett. A beteg éveken keresztül tüdőcsúcsburban szenvedett, majd pleuritis exsudatívával került a klinikára, állandóan 38 fokig emelkedő remittáló láza volt s ilyen állapotban fokozatosan homályosodott el sensoriuma centralis bénulás kifejlődése mellett. Liquorában a globulin-reactiók erősen pozitívek voltak, sejtszám 9 s a refractiós érték 1,33559 volt. A körkép sokkal inkább szólt meningitis tuberculosa mellett s a kórboncolás a tarkólebenyben tojásnyi tumort talált. Más esetekben refractometriás vizsgálataim előrehaladtával a refractiós érték csak megerősítette a klinikai diagnosist. Tumordiagnostikai szempontból nagy előnye volna a refractiós vizsgálatnak már csak azért is, mert hozzá már egy csepp liquor is elégséges.

Egészen meglepő, hogy a törésmutató változása nem jár parallel a globulin-reactiókkal. Erre példaképpen a sokból néhány vizsgálati eredményemet a mellékelt táblázatban közlök:

Diagnosis	Pándy	Nonne-Appelt	Wassermann	Sejtszám	Refractio
2. L. G.					
Nephrosclerosis	—	—	—	2	1,33501
22. H. I.					
Tetanus	—	—	—	2	1,33513
23. H. Gy.					
Meningitis tbc.	++	—	—	46	1,33513
33. K. S.					
Paraplegia	++++	++	++++	20	1,33501
25. T. P.					
Tumor cerebri	+++	+	—	220	1,33574

Kivételképen viselkedett egy tabeszes beteg (9. H. R.), akinek liquorrefractiója negatív Wassermann- és globulinreactiók mellett 1,33486 volt s Salvarsan provokálásra úgy a Wassermann-próba, mint az összes globulinreactiók pozitívvá váltak s egyúttal lényegesen emelkedett a refractió érték is (1,33501). Vizsgálataimból tehát nagy valószínűséggel következtethetünk arra, hogy vagy a fehérje összmenyisége változatlan marad ilyen esetekben s csak a globulin szaporodik az albumin rovására, vagy, ami az eddigi vizsgálatok szerint alig tehető fel, a globulinok szaporodása lényegesen nem változtatja a törésmutatót. Ha az utóbbi eshetőség állana meg, akkor ennek más irányban lenne gyakorlati értéke, mert a refractiometriát Reiss óta általában fehérje quantitativ meghatározásra kiterjedten használják. Kérdés, hogy ezekbe a meghatározásokba nem csúsztat-e hibát a globulinak vizsgálataimból kitűnő különös viselkedése?

A végzett, aránylag csekélyszámú vizsgálat még végleges eredmények leszűrésére nem jogosít, de a vizsgálatok továbbfolytatása nagy anyagon talán ismét közelebb visz bennünket egy lépéssel a központi idegrendszer körülvevő folyadék ismeretéhez.

Osszefoglalás.

1. A liquor törésmutatója 1,34486—1,33586 között változik.
2. Az ép liquor refractiója középtételekben 1,33501.
3. Diagnostikailag értékesíthető módon emelkedik a központi idegrendszer daganatainál, úgyhogy 1,33530 felett feltétlenül tumorra következtethetünk.
4. A refractio változása független a globulinreactióktól.

Országos balneologiai egyesület XXVIII. congressusa

március 16-iki első tudományos ülése.

Elnök: Vámosy Zoltán.

Titkár: Dalmady Zoltán.

Tud. oszt. jegyzője: Benczur Gyula.

Vámosy Zoltán egyetemi tanár elnöki megnyitójában reámutatott arra az értékes szellemi munkára, mit az egyesület, illetve annak tagjai a fürdőügy érdekében végeznek. Elkészültek az új fürdőtörvényjavaslattal, ami a közgyűlés asztalán fekszik: további sorsa a kormány és a nemzetgyűlés kezében van. De az abban foglaltak már is éreztetik termékenyítő hatásukat a fürdőügyre, mert a töke érdeklődése újra felé fordult és hatalmas vállalkozások vannak alakulóban. Fájjalja, hogy az egyesület tudományos és propagandamunkája az anyagi eszközök hiánya miatt némaságra van kárthatva. Ennek megszüntetésére mindent el kell követni, hogy Csonka-Magyarország fürdői, gyógytényezői a közönség, elsősorban az orvosok előtt ismeretesebbé legyenek.

Végül örömmel bejelenti, hogy Tausz Béla dr. 10.000 korona pályadíjat tűzött ki egy tudományos dolgozatra.

Üdvözlőlvén a megjelent kormányképviselőket és egyetemi tanárokat, a congressust megnyitja.

1. Szontagh Tamás az ásványvizek hidrogeologiai kutatásáról tart előadást, amelyben bevezetésül egészen röviden a hidrologia és hidrogeologia tudományos fogalmát és feladatát ismerteti.

Foglalkozik a thermális és hideggyógyvizek keletkezésével s azután áttér azon geologiai jelenségekre és körülményekre, amelyek bizonyos útmutatást adnak ilyen források kutatására.

Mostani országhatáraink között, különösen a hívesvízű ásványosgyógyvizekre nézve, kutatásra legalkalmasabbnak tartja a Mátrahegység, a Balaton-Bakony, Felső Nógrád vármegye, a móri völgy és Sárrét vidékét.

A konyhasós és széndioxid-forrásokkal foglalkozik azután.

Végül Alföldünk ilyen irányú kutatására hívja fel a figyelmet s a térszínen vagy igen csekély mélységben képződő jelentéktlenebb ásványvizekről tesz említést.

Vámosy Zoltán: Érdeklődik, mily eredményekre vezettek eddig ásványosforrások tekintetében a földgázkutatások, mire előadó azonban bővebb feleletet adni nem tud.

2. Keller Kálmán: A vér víztartalmának változása thermális behatások után. Vizsgálatai alapján azon meggyőződésre jutott, hogy a vér víztartalmának meghatározását szolgáló módszerek közül egyedül a vér szárazanyagának súlyszerinti lemérése ad megbízható eredményt. A többi módszer a vér folyadékmeghatározása szempontjából kevésbé értékes. Előadó vizsgálta villanyhőszekrény hatását a vér folyadéktartalmára s az eddigi tapasztalatokkal szemben 1—2%-os hydraemiát talált. Eddig nem ismert törvényszerűséget vél fennállani, melyben nagy szerep jut az érfalfelület vízábocsátó képességének. Érdekes észlelete, hogy hőhatás alatt a vénás vér néha élénkpiros, melynek magyarázatául a hajszáleres terület érfalainak víztransporttal való elfoglaltságát veszi fel.

Schulhof Vilmos és Dalmady Zoltán véleménye szerint a vér oxigenkicszerélődése azért hiányos, mert a hőhatás alatt a vércapillariásokban az áramlás oly sebes, hogy nincs idő a kellő oxigen- és szénsavcsere.

Benczur Gyula figyelmeztet, hogy a vér hydraemiájának vizsgálatakor fontos tekintetbe venni az időt, amely a vizsgálat és hőhatás közt eltelt.

Vámosy Zoltán érdekesnek találja, hogy előadó megfigyelése, hogy hőhatás után a vénákban is oxygendús vér található, Róbert Meyer orvos észleletére emlékeztet, aki tropusi vidékeken matrózok venájában oxygendús vért talált, és ezen épült fel nagy felfedezése: az energia megmaradásának elve.

3. Dalmady Zoltán dr.: Adatok Budapest éghajlatának orvosi ismertetéséhez.

Ismerteti eljárását az „érzeti időjárás” kiszámítására, a „komfortabilitási index” meghatározására, mely közvetlenül kifejezi, hogy mennyire alkalmas valamely időjárási helyzet a szabadban való tartózkodásra, a klimatikus kúrákra. E számítási eljárással meghatározta budapesti déli terminusleolvasások adatai alapján az 1906-tól 1915-ig terjedő 10 év minden egyes napjának időjárási típusát. — A számításokból kitűnt, hogy Budapestben betegnek szabadban tartózkodására márciusban a napok 6%-a alkalmas, áprilisban 27%, májusban 65%; június július és augusztusban átlag 85%, szeptemberben 61% s még októberben is 37%. Túlságosan meleg van a napok 11%-ában, jó meleg 11%-ban, enyhe az idő 14,5%-ban. Felsőkabátra szorulunk az év napjainak 62,1%-ában. Budapestben az időjárás a szabadban tartózkodás szempontjából általában kedvezőtlenebb, mint ahogy a hőmérsékletmegfigyelések alapján gondolná az ember.

Rainer Ede szerint régi megfigyelés, mely Budapest klímája szempontjából rendkívül fontos, hogy egyike azon helyeknek, hol kevés a köd.

Sümegi József kívánatosnak tartaná, hogy hasonló észleletek minden fürdőhelyen végeztessenek.

Vámosy Zoltán kívánatosnak tartaná, hogy Budapest klímáját a mesterséges káros behatások (korom, por, piszok) alól mentesítsük.

4. Sümegi József: Újabb elméletek a balneologiai és fizikai beavatkozások hatásmódjáról.

Úgy tartja, hogy a proteiningtherapiához hasonlóan a physikotherapiás eljárások és ivókúrák is sokszor inger gyanánt hatnak, melyek a szervezet önvédelmi erőit megmozgatják. Miután Csonka-Magyarországon nélkülözünk a hegyi és tengeri klímát, súlyt kell fektetnünk a Balaton körüli helyek fellendítésére és eme vidék klímáját, melynek szépségét költőileg festi, orvosilag behatóbb tanulmány tárgyává kell tenni.

Dalmady Zoltán a bőr esophilaxiájának (védekezésének) fontosságát említi.

Kunszt János is hangsúlyozta ennek fontosságát, említve, hogy Japánban egy oly fürdőhely létezik, melynek reactiója valószínűs bőrlóbot idéz elő.

Vámosy Zoltán: A physikális therapia bőrreactiójában visszatérést lát a gyógyítás egy régi elvéhez és módjához, aminek azonban ma már kísérleti magyarázatát tudjuk adni.

A congressus második ülése.

1. **Tausz Béla:** *A balneotherapie mai állása Csonka-Magyarországon* című tanulmányában felsorolja a mai Magyarország összes fürdőhelyeit és gyógyvizeit, ezek indicatióit s megadja azon útmutatásokat, melyek alapján a gyakorlóorvos betegeit a megfelelő honi fürdőkbe küldheti.

Sümei József az előadás kapcsán helyesnek tartaná a pilisi hegyeknek tüdőbetegek klimatikus kezelésére való felhasználását.

Dalmady Zoltán a pilisi hegyekben való sanatorium felállításának nehézségét abban látja, hogy ott nincs elég víz.

Benczur Gyula Budapest keserűvizeinek fogyasztókúrákra való fokozottabb felhasználásának gondolatát örömmel üdvözlí, mint saját régi gondolatát.

2. **Farkas Márton:** *Psychoneurosis és hydrotherapia* című előadásában arra a megállapításra jut, hogy a vízkúra a pozitív érzési tónus révén van befolyással a képzeleti associációkra is. A jó reactio útján teremt meg és a szoktatás alapján állandósítja a jó közérzetet. Így a kényszerképzeteknél a képzetek kevésbé intenzíven, kevésbé bántón és kisebb számban lépnek fel, illetve csökkent a neurotikus irritabilitás és engednek a sensatiók.

Szörény Tivadar is hangsúlyozza a suggestio fontosságát az orvosi therapiában, hasonlóképp **Keller Kálmán** és **Sümei József** is.

3. **Óváry Ferenc:** *A Balaton gazdasági üzemei.* A címben hangoztatott üzemeket részletesebben leírja, hangsúlyozza a Balaton melletti fürdőhelyek villamos erővel való ellátását. E helyek élelmiszerekkel (tejjel, zöldséggel) való ellátásáról értekezik s ezen üzemek fejlesztésének fontosságát hangsúlyozza.

4. **Benczur Gyula:** *Ivókúrákra vonatkozó modern ismereteink.* Nem tartja célszerűnek, hogy ivókúrák hatásainak magyarázatára új, még ismeretlen erőket tételezzünk fel, hanem valószínűnek tartja, hogyha mai ismereteinket kellőképpen el bírják mélyíteni, ezekkel az ásványvizekkel elért hatások megvolnának magyarázhatók. Ásványvízkúráknál igen fontos a szervezetnek vízzel való átmosása, az ismert sóhatásokon kívül a modern pharmakotherapie elvének megfelelően az egyes ionoknak a szervezetre és egymásra való hatása is érvényesül. A gyógyhatás szempontjából rendkívül fontosnak tartja az ivókúra mikéntjét, az egyes alkatrészek legfinomabb eloszlás szerint való bevitelét a szervezetbe. Egy ásványvízkutató tudományos állomás eszméjét pendíti meg.

Vámosy Zoltán: Helyesli a modern pharmakotherapie szerinti ioneltolás elveinek alkalmazását az ásványvízhatás szempontjából és erre vonatkozó szép példákkal egészíti ki az előadást.

5. **Berger Iván:** *A gyógyiszapok physikai tulajdonságai.* A gyógyiszapoknak tisztán vegyi analysise sem elméleti sem gyakorlati szempontokból nem elegendő. A physikai tulajdonságok vizsgálatát eddig meglehetősen mellőzték. Ami kevés ilyen adat van, az is többnyire megbízhatatlan. Előadó megmérte a Szt. Gellért-fürdőt, a kolopi iszapnak több physikai állandóját és több másik iszapnak is a plastikusságát Attenberg svéd talajchemikus és mások eljárásai szerint. Az eddigi vizsgálatok azt mutatják, hogy a kolopi és a balatoni iszap nem marad el a póstyéni mögött.

További mérések módot fognak adni a gyógyiszapok objektív összehasonlítására.

Dalmady Zoltán: A gyógyhatás szempontjából legfontosabbnak tartja a hővezető képességet. Egy eljárást említ, melynél az iszap gyógyhatását villanykezeléssel köti egybe.

Vasárnap, március hó 18-án az Orsz. Balneologiai Egyesület évi közgyűlését tartotta meg.

A debreceni orvosegyesület III. tudományos ülése 1923 március 3-án.

Elnök: Tüdös Kálmán.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Bemutatók:

1. **Schmidt Lajos:** *Encephalocystocele.* Héthónapos csecsemőt mutat be, akit hat hét előtt nasofrontális, szilványi agysérvtől operált. A kiirtott encephalocelae agyi köpenye 1'5 cm vastag volt, ebben babnál nagyobb üreget, a jobb oldalsó kamra elülső szarvának kiöblösödését találta. Exstirpatio. A koponya-defectusra szabadon transzplantálta a m. frontalis hártványos lemezét és a csontdefectust nyeles, osteoplastikus lebennyel fedte. Műtét után öt napig clonusos rángás volt a facialis területén és a bal végtagokon. Hatodik napon paresis, mely négy hét alatt visszafejlődött. Sebgyógyulás zavartalan.

2. **Ambrus Matild:** Mikrophotographiákat mutat be *skarlatos veseelváltozásokról.* A toxinos, 1—2 nap alatt lezajló skarlatnál mindig parenchyma-degeneratiót észlelt, amely jobban elhúzódó eseteknél necrotisáló nephrosist fokozódott. Másik gyakori lelet a nephritis interstitialis acuta. Glomerulonephritist 25 feldolgozott esetből csak kettőnél észlelt.

Előadások:

1. **Ambrus József:** *Adatok a skarlat klinikájához.* A múlt év őszén észlelt conjunctivitisek néhány jellemző tulajdonságát írja le. A conjunctivák beloveltsége posztóverességgé fokozódik, a szemhéjak bőrén pigmentje erősen megszorodik, a könny csurog, higan folyó, kevés fehérvérsejtet tartalmaz, baktériumflora változatos. A belső szemzugban összegyűlő váladék mace-rálja a környék felhámját és lencse-, mandulanagyságú felületes fekélyek keletkeznek a szemüreg csontos falának belső és felső szélé mentén. A toxinos szakban léptumor nem fejlődik, a sepsises szakban jól tapintható. A máj térfogatváltozása és parenchymás degenerációja, valamint a szívizom elfajulása között arányosság van, amiből prognosira következtethetünk. A Vidal-féle reactio legtöbbször positiv. Másérülés néhány esetben nagy leukocytosist talált. Ajánlja, hogy párhuzamosan a Vidal-reactióval az *Umber-reactiót* is végeztek (lappangó pepton-immunitás felderítésére), azonkívül a *Róth-féle intracutan oltásokat*, melyek véleménye szerint összefüggnek egymással és a kezdeti toxicosist okozó fehérjefésülés természetére vonatkozólag adatokat szolgáltathatnak.

2. **Thurzó Jenő:** *Endolumbális salvarsan-therapia késői ideglueses megbetegedéseknél.* Az ideg- és elmeklinikán összehasonlítás végett neuroluesnél egyidejűleg különböző kezelési eljárásokat végeztek. Az endolumbális kezelés alkalmazásával 1—4^o/∞ neosalv.-oldatból 1—2 cm³-t liquorral hígítva fecskendeztek be. Ha a nyomás befecskendezés előtt 300 mm-nél nagyobb volt, néhány cm³ liquort lebecsátottak. Kéthetenként adnak egy injectiót 1 mg-tól emelkedve 7-ig. Öt mg-on túl reactiós mellékhatásként 37'3-tól 38'9-ig emelkedett a hőmérsék, de harmadnapra megszűnt. Valószínűleg meningeális izgalommal van összefüggésben. A klinikai kép kisebb-nagyobb javulást mutatott; a liquorlaesio javulása, a pleolymphocytosis positiv fázisának csökkenése, a globulin-reactio javulása, Wassermann-reactio negativvá válása az alacsonyabb titerekben észlelhető volt. Aranyosol- és festett normomastix-reactiónál a paralysises görbe ú. n. abortiv paralysises görbébe megy át. Az endolumbális kezelési eljárás veszélytelen.

Hozzászólások. **Csiky József:** Az előadó által felsorolt tünetek nem jelentik még a paralysis javulását. A különböző kezelési eljárások legfeljebb a paralysis egy-egy tünetét, vagy liquorletét befolyásolják, de a paralyist nem gyógyítják. A paralysis javulásának megítélésében már a spontán remissiókra való tekintettel is nagy óvatosságra van szükség.

Máday István: Tejinjectio hatására észlelt paralysises betegeken szép javulásokat.

Horváth Arthur: Spontán remissiók nagy gyakoriságára hívja fel a figyelmet.

Tüdös Kálmán: Az anatómiai elváltozások miatt nehéz elképzelni s remélni a paralysis javulását vagy gyógyulását.

Zárszó. **Thurzó Jenő:** Az endolumbális kezelésknél nem gyógyulást, hanem kisebb-nagyobb fokú javulást említett. A javulás véleménye szerint nemcsak mint spontán remissio fogható fel. A javulást már csak azért is el tudja képzelni, mert, mint több szerző kiemeli, az első idegkiesési tünetek toxinhatás eredményei. Prognostikailag a liquor-vizsgálatok némi értékkel bírnak. A vázolt módon kezelt paralysisesekre a therapiát teljesen közömbösnek mondani nem merné.

A „Charité“ Poliklinika márc. hó 16-iki III. szakülésének jegyzőkönyve.

Bemutatók:

1. **Hollóné Weil Elza dr.:** *Összefüggés a tüdőgümőkör és a gyermekkori fertőző betegségek között.* Statisztikát mutat be, melyből kiderül, hogy phthisicusok anamnesiseiben a várakozás ellenére ritkábban szerepelnek előrement fertőző betegségek, mint egyéb betegségeknek.

2. **Gerber Béla dr.:** *Keresztcsonttájú granuloma esete.* 13 éves leánynak a keresztcsont tájékán a boralatti kötőszövetből kiinduló, nagyobb almányi daganat képződött. A kiirtott daganat granulomának bizonyult. (Entz.)

Meisels Vilmos dr.: 1890-ben egy fistula rectineum látszó esetét észlelt; szondázásánál kiderült, hogy a fistula az os coccygis és rectum közt fekvő tumorral áll összefüggésben. Az os coccygist eltávolítva s a sacrumot felemelve, sikerült a 3×5 cm-nyi daganatot kiirtani. A daganat szövettanilag granuloma képét mutatta.

3. **Balassa László dr.:** a) 26 éves férfibetegnél a sclerosis multiplex ocularis alakja mutatható ki, amely megbetegedést 1916 óta időnkint pár hétig tartó idegrendszeri kiesések (bénulás, görcsös rángás) előztek meg. Jelenleg neuritis retrobulbaris és kényszernevetés észlelhető. A classicus tünetek hiánya ellenére is fel lehet állítani a diagnózist az anamnestikus adatok tekintetbevételével.

b) *Tabeses arthropathia* esetét mutatja be, melynél a folyamat a gerincoszlop ágyéki részére és a bal térdizületre terjedt ki.

Gellért Elemér dr.: A tabeses arthropathiáknak más idült izületi megbetegedésekkel szemben való elkülönítő körjelzését fejtegeti. Egyben a Schottmüller-féle aortitis-therapia analogiájára így esetekben a salvarsan-therapia megkísérlését tartaná indikálnak.

Bársony Tivadar dr.: A tabeses arthropathiák radiológiai jeleit fejtegeti.

Berger Margit dr.: A bemutatáshoz hasonló esetről számol be, amelynél neoezüstsalvarsanra az állapot rosszabbodása következett be.

Előadás:

Holló Gyula dr.: *A gümős reinfectio kérdése.* A reinfectio egyetlen chronicus fertőző betegség pathológiájában sem bír jelentőséggel. Fogalmának felmerülése a tuberculosisist illetőleg nem is annyira belső, mint inkább történelmi okokból történt. Römer a gümős recidivát *endogen* reinfectiónak nevezte és ezáltal idézte fel az *exogen* reinfectio fogalmát. Ujabbán kórbonctani részről foglaltak állást az exogen reinfectiók szükségessége mellett, azzal érvelve, hogy a tüdővész keletkezésének idején metastasisk kiindulópontjai kórbonctanilag ki nem mutathatók. A kórbonctan azonban nem lehet döntő ebben a kérdésben, hiszen tudjuk, hogy a gümöbaccillus jelen lehet makroszkoposan, sőt mikroszkoposan is *nem gümös* szövetben; masszív, brutális metastasisk felvételére pedig nincs szükség. Az analogiák, állatkísérletek, epidemiologia és klinika a reinfectiók jelentősége ellen tanuskodnak; a kérdés részletei azonban még nincsenek tisztázva.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az *Arena*-féle eljárás a köpet homogenizálására *tuberculosis bacillusok* kimutatásához. Rosenblüth A. (Wiener klinische Wochenschrift, 1923., 6. sz.)

Szerző az *Arena* nápolyi klinikájáról közölt eljárást próbálta ki, melyet a következőképen végez: 5 vagy 10 cm³ köpetet 45 illetőleg 90 cm³ 10%-os ammoniumchlorid-oldattal öt-tíz percig jól kavará, amíg teljesen homogenizálódik: ha ez nem elegendő, 10–20 cm³ glycerint tesz hozzá. A keveréket 37°-os thermostalba állítja és 30 illetőleg 60 perc után nagy fordulatszámmal centrifugálja és az üledéket a folyadék óvatos leöntése után tárgyüvegre keni, hővel fixálja és Ziehl-Nielsen szerint festi; a decoloráláshoz 2.5%-os salétromsavat használ. Vizsgálataiban az antiforminnal végzett eljárással egyező eredményeket kap s az új eljárás előnyét a vizsgálat egyszerűségében látja. *Cserna dr.*

Az *indicanaemia* mint a *veseinsufficiencia* korai és megbízható tünete. Baar G. (Wiener Archiv für innere Medizin, V. k., 2–3. f. 1923.)

126 esetben határozta meg a vérében a maradéknitrogen és az indican mennyiségét, evvel egyidejűleg vizsgálva a vizelet összes nitrogen- és indicantartalmát. Vizsgálatai szerint a vérében indican tartalmának megszaporodása nem következménye az asotaemiának és vesebajokos vérindicanszintje gyakran magasabb a maradéknitrogen normális értéke mellett, míg a nagyobb maradéknitrogen-értékeket mindig hyperindicanemia kíséri: evvel

szemben erős *indicanuria* dacára (fokozott fehérjeerjedés a bélben) sem fokozódik a vér indicantartalma. Normális veseműködés mellett csak gyomor- és bélbetegségek és anaemia perniciosa eseteiben észlelte a vér magasabb indicanszintjét és az előbbi betegségek kivételével a vérnek 0.24 mgr/% feletti indicantartalma normális veseműködés mellett nem fordul elő. Nephrosinál normális, chronicus nephritisnél és nephrosclerosisnál magasabb indicanértékeket talált a vérében. Cardialis eredetű vese pangásnál még magasabb maradéknitrogen mellett is normális értékeket talált, hosszantartó pangás után azonban a vér indicantartalma is megszaporodik s ez megmarad olyankor is, amikor therapiás beavatkozásokra a maradéknitrogen a normális szintre száll vissza, amit egy maradandó veselaesia tünetének tart (pangásos nephritis). Vizsgálatai szerint az indican az a nitrogentartalmú salakanyag, mellyel szemben legelőször mutatkozik a vese kiválasztóképtességének csökkenése. A vérében levő indican meghatározásának diagnostikai értéke megegyezik a hígítási és koncentrációs próbáéval. *Cserna dr.*

Az ártatlan és diabeticus glycosuria megkülönböztetése egy új kísérleti módszerrel. C. Traugott. (Zeitschr. f. die ges. exp. Medizin, 31. k., 3–6. f. 1923.)

Salomon hozta be a diabetes innocens fogalmát azokra a glycosuriákra, melyek állandóan fennállanak, anélkül, hogy — normális, sőt kisebb vércukorérték mellett — egyéb diabeticus anyagcserezavar okozná. Klemperer s Lépine diabetes renalisnak nevezték ezeket az eseteket, mert véleményük szerint ilyenkor a vese jobban átereszt a cukrot, mint normálisan. A szerző új kísérleti elrendezéssel igyekszik elkülöníteni az ártatlan glycosuriát a valódi diabetestől. A vércukortartalmat határozza meg 20, majd egy óra mulva adott 100 g szénhidrát után. Azt tapasztalta, hogy minden esetben emelkedik a vércukorérték, azonban a 100 g szénhidrátra az egészséges szervezetben nem fokozódik a hyperglycaemia, a diabetikus szervezetben azonban igen. Két ú. n. innocens glycosuria esetét közli, hol a vércukor nem fokozódott, jöllehet tetszés szerint emelte az alimentáris szénhidrátadagot; s ezek több évi megfigyelés után is jóindulatúak maradtak. Egy esetében, mely ártatlannak látszott, emelkedett a hyperglycaemia nagyobb adag bevitt szénhidrát után s fél év mulva jelentkeztek is a diabetes tünete. Kísérletet alapján arra a következtetésre jut, hogy az alimentáris cukorvizelést nem egyszerűen az a cukormennyiség okozza, ami a bélből a májon keresztül a vérbe jut, hanem az, mit a máj az alimentáris izgalomra képez. Az alimentáris glycosuria független a vércukor magasságától. A dextrosóra nézve nem állapítható meg a vesének küszöbértéke. Az ú. n. renális glycosuriát a vesén kívüli tényezők okozzák. Véleménye szerint az alimentáris glycosuriánál kevesebb a vérében keringő kötött szénhidrát, mert ilyenkor a plasmának a vércukorértéke mindig több volt, mint az összévében talált cukor. *Schlemmer dr.*

A vészes vérszegénység kóroki kezelése. K. von Winterfeld. (Th. der Gegenwart, 1922., XII.)

Szerző ismerteti a vészes vérszegénység két ellentétes kóroki felfogását, amelynek egyikét Naegeli, másikat Seyderhelm képviseli. Naegeli szerint az egész megbetegedésnek lényege tulajdonképp nem volna más, mint a csontvelő elsődleges megbetegedése. Ennek volna betudható az erythropoiesis csökkenése. A haemolysis csak mint másodlagos jelenség szerepel. Seyderhelm egész más nyomon halad: a súlyos kórt idült toxicosisnak tartja, a toxindepót-t a bélben feltételezi. Ugyanis a bél bakterium flórája termelte toxinok anaemia perniciosaénál a bél falzatán keresztül felszívódásra kerülne, míg egészséges egyéneknem nem. Mivel ilyen esetekben kimutatták, hogy a megbetegedett bélfalzatból tenyésztett coli-bacillus virulentiája, toxicitása és haemolytikus tulajdonsága nagyobb, mint azoknak a törzseknek, miket egészséges emberből tenyésztettek ki, egyes therapiás eljárások a coli bakterium-toxinok ártalmatlanná tételét tűzték ki céljukul. Ezt a célt szolgálják különböző therapiás eljárások, mint a rendszeres bémosások, a Seyderhelm ajánlotta vastagbélkiiktatás, abszorbeáló csontszén adagolása stb.; ilyen a Mutaflo kezelés is. Szerző Seyderhelm felfogásához csatlakozik. Az anaemia perniciosaét coli-intoxicatióknak tartja, amit specifikus, a coli-toxinok ellen irányuló kezeléssel kellene gyógyítani. Coli-autovaccinát készít a beteg saját colitörzséből és intracután alkalmazza. A fellépő bőrreakciók alig érzékenyek. Lázas, általános reakciót még nem észlelt. Az eljárásnál most kísérletezik. Annyit máris észlelt, hogy a cután reakciók a remissióban erősebbek, míg a progressiv recidiváknál gyengébbek. Ajánlja, hogy ezen előzetes közleménye nyomán vezessük be kísérleteinket. *Vigh dr.*

A pancreas belső secretiójáról. Wohlgemuth és Koga. (Klin. Wochenschrift, 1923., 9. sz.)

A szerzők egyike azt találta, hogy a vérsavó az állati diastase hatását a 4–8-szorosára fokozni tudja. Ebből az észlelésből kiindulva próbálták a pancreas belső secretióját tisztítani a következőképen. Vettek vért a kutya art. és v. femoralisából, a vena portaéből stb. és a vena pancreatico-duodenalisból és összehasonlították a különböző helyről vett vér savójának ú. n. activáló

hatását egy standard diastase oldatra. A kísérlet a következőket eredményezte: ha a kutya előzőleg éhezett volt, a vena pancreatico-duodenalis vérében mindig több volt a diastase activator, ez a vérsavó mindig erősebben fokozta a diastase hatását, mint a más helyről vett vér savója. Ha a kutya jóllakott volt, különbséget a savók között nem találtak. A szerzők, hogy az alább közlendő feltevésüket még jobban igazolják, még két kísérletet végeztek. Állatokon lekötötték a pancreas kivezető csövét, hogy így a pancreas váladéka bekerüljön a véráramba; egy másik állatnak pedig diastase oldatot fecskendeztek egy mesenterialis vénába. Mindkét kísérlettel azt akarták elérni, hogy sok diastaset juttassanak a májba. És valóban az időről-időre vett májdarabkákon azt látták, hogy a glycogen eltűnik a májlebenyék szélén, majd később a vena centralis körül is: ugyanaz a jelenség, amit éhezéskor észlelnek. Ez utóbbi kísérletekben a májba nagymennyiségű diastaset juttattak; az előző kísérletben pedig a máj diastase hatását fokozó activátor jut a májba, és az eredmény ugyanaz. Ezek alapján a szerzők azt állítják, hogy az éhezés alatt azért tűnik el a májban a glycogen, mert a szerv saját diastaseját egy activátor fokozottabb bontásra indítja, és ez az activátor a pancreasból folyik be a májba a leg rövid úton, a vena pancreatico-duodenalison keresztül. *Sarvay dr.*

A hashártya és húgyivarszervi gümőkör Röntgen-kezeléséről. *Wilhelm Lang dr.* (Strahlentherapie. 1922., XLV. köt., 1. f.)

A gümőkör Röntgen-kezelését a franciák 1899-ben vezették be. Azonban sokáig nem talált érdeklődésre, jóllehet a gümőkör Röntgen-kezelése teljesen veszélytelen. U. i. a castratiós dosisnak csak kb. $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ -ét adják, ami semmi kellemetlenséget nem okoz. A peritonitis tuberculosa siccánál csak ezen kezelés jöhet tekintetbe, mert sebészi kezeléssel semmi eredményt sem lehet elérni, sőt a legtöbbször káros következmények maradnak vissza, míg a Röntgen-kezelésre igen szépen reagálnak. Az exsudatív alaknál is legalább olyan jó hatása van a Röntgen-kezelésnek, mint a sebészi, vagy conservatív eljárásoknak. A sajtos ivarszervi gümőkör kezelésében a helyes eljárás: a sajtos tömegek eltávolítása és utána a Röntgen-besugárzás. Kétoldali vesegümőkörnél csakis a Röntgen-kezelés jöhet szóba az általános roboráló és specifikus eljárások mellett. Féloldaliaknál is értek el teljesen kielégítő eredményeket, amikor a folyamat nem haladt tovább. A szerző tapasztalatai és elméleti megfontolások alapján azon eredményre jutott, hogy a legmegfelelőbb a legkisebb hatódosis alkalmazni, mert ez még a legkisebb sejt-sérülést sem okozza. A legcélszerűbb a kezelést $\frac{1}{10}$ HED-al kezdeni. Ha a besugárzás után láz lép fel, várunk 2—3 héttel, s akkor újra besugárzunk a beteget. $\frac{1}{4}$ esetet kezelt ilyen módon, s ezeknek kb. a fele visszanyerte a teljes munkaképességét. 11 lényegesen javult. Javulást nem észlelt 5 esetben, azonban ezeknél más szervek súlyos gümőkörje volt jelen. 7 igen súlyos, ily módon kezelt betege meghalt, de nem a kezelés folytán, hanem ugyanacsak súlyos egyéb szövödmények következtében. *Tóth Kálmán dr.*

Sebészet.

A terhesség melletti feregnyúlvány- és hashártyalob. *Szenes Alfréd dr.* (Archiv f. klin. Chir. 120. kötet, 859. oldal.)

1919—21. évi női feregnyúlványlob anyagának $\frac{1}{14}$ részében előfordult 4 terhesség melletti feregnyúlványlobról számol be. Ezek közül 2 hónapos terhesség mellett előfordult feregnyúlványlob-átíródás következményes hashártyalobbal műtét után szövödmények nélkül gyógyult; 6 hónapos terhesség mellett heveny feregnyúlványlob pedig a korai műtét dacára hashártyagyulladás és bélelzáródással szövődött, melyet relaparotomiával, az izzadmány kitakarításával, drainezzel oldottak meg; az izzadmányból streptococcus tenyésztett ki. A további gyógyulást a 23-ik napon fellépett elvetéls zavarta, melyet haematogen fertőzésnek tulajdonít; a lepenyből és a köldökerek véréből is a fenti streptococcusokat tenyésztelte ki. Másik két esete zavaralanul meggyógyult. A haematogen fertőzés bizonyítására terhes nyulakon végzett vizsgálatokat, melyeknél kétszeres tubalekötés mellett a hashártyára beoltott streptococcusokat 4 óra múlva a méhben és a foetusban is ki tudta mutatni. *Tomasovszky dr.*

Gyomor- és bélfekélyátíródások. *Prader József.* (Arch. f. klin. Chir. 1923., 120. k., 4. f.)

Esetei kapcsán megfigyelték, hogy számuk az utóbbi években feltűnően szaporodott, valószínűleg a jobb kórismézés és a rosszabb táplálkozási viszonyok miatt. A tavaszi és őszi hevesebb gyomorpanaszok oka általában a zöldfözelékek és gyümölcsök élvezetében rejlik. Szemben az eddigi kimutatásokkal, szerinte férfi és nő egyenlő számban betegszik meg az átíródás pedig gyakoribb a férfiaknál. A gyomorfekélyek (32) legnagyobb részét az elülső falon ültek (30), elvétve a hátsón (2); a bélfekélyek (19) kis kivétellel (2) a pylorus közelében. Két átíródást együtt nem talált. Az első 12 órában operált gyomor- vagy bélfekély kórjólata jó; 12 és 24 óra között gyomorfekélynél rosszabb, bélfekélynél határozottan rossz. Vizsgálatai alapján a

szabad hasüri folyadék savtartalma a kórjólattól illetőleg figyelembe veendő. A folyadék 3—5, sőt egyszer 12 óráig bakteriummentes volt. Ahol lehet, elvileg kimetszést végez, különben csak ellátja az átfürödés helyét. Főleg az első 12 órában a hasüreget teljesen zárja. A műtét utáni lefolyás eseteiben általában jó volt. Összesen 51 esetből 13 halt meg, főleg a fokozódó hashártyagyulladásban vagy szívgyengeségben. *Demjanovich dr.*

A sérüléssel hámtömlőről. *Blond K.* (Archiv f. klin. Chir. 120. köt., 4. füz.)

6 észlelt eset alapján tárgyalja a megbetegedést. Reverdin és Garre szerint a tömlők a sérülés folytán a bőr alá jutott hámszejtekből fejlődnek, amint ezt kísérletek is bizonyítják. Pels-Leusden és Hess viszont a bőr alatti szövetreteg és faggyúmirigyéből, valamint szőrtüszőiből származtatják a cystákat, ugyancsak sérülés kapcsán. Minthogy Ribbertnek is kísérleti úton sikerült dermoid tömlőt létrehozni, Blond nem tartja kizártnak, hogy az ilyen dermoidok tényleg sérülések kapcsán támadnak. Ő Reverdin-Garre nézetét osztja, mivel oly mélyen fekvő hámtömlőket is ismertettek már, hol verejték- és faggyúmirigyek, valamint szőrtüszők nincsenek. Az elnevezést illetőleg, mivel a daganat nem mindig tömlős alakban jelentkezik, a Franke által ajánlott epidermoid elnevezést tartja helyesnek. Mivel mindig a sérülés szerepel mint kiváltó ok, a körképet „sérüléssel epidermoid” név fedti teljesen. *Scheitz dr.*

A térbeli csontfelépítődés és ennek zavarai. *Maasz H.* (Arch. f. klin. Chir. 120. köt., 4. füz.)

Hogy a rachiticus csontnövekedés és a megterhelési elferdülések létrejöttét megismerjük, éles határt kell vonni a csontorganikus és mechanikus növekedési alakja között. Úgy a rachitis, valamint a helybeli erőművi behatások elsősorban a mechanikus, azaz a térbeli hosszirányú csontnövekedést befolyásolják és vagy egyáltalán nem, vagy csak másodsorban az organikus, a vastagodást. A rachitikus csontváznak, valamint a megterhelési elferdüléseknek alaki és fölépítési zavarait kizárólag a mézszegény, illetve fiatal csontra ható olyan erők okozzák, amelyek mint kóros, illetve élettani, nyomási és húzási behatások a térbeli növekedést befolyásolják. Nem lehet a fejlődés és alaki zavaroknak oka a csontanyagának fokozott vagy csökkent felrakódása, illetve felszívódása. Tagadja, hogy a lágyrészek fejlődése által létrejövő nyomás tartaná fenn a csontnövekedés helyes irányát; ellenkezőleg a lágyrészek nyomása okozza a mézszegény csontnak elhajlását. A csontnövekedést gátló egyéb fejlődési rendellenességek is mint mechanikus erők hatnak a csont térbeli növekedésére; példa erre a torticollisnál a nyakcsigolyák elváltozása. Szerző ezt állatkísérletekkel is beigazolta. A szokványos csontalkati elferdülések szintén nyomási és húzási behatások által jönnek létre, melyek a térbeli csontfejlődést zavarják. A csontelferdülések egyéni hajlamának az oka az izomzatban, illetve egyes izomcsoportok gyengeségében rejlik, miáltal az egyén illető testrészének ú. n. „fáradt tartását” veszi fel, mely állandósulva a térbeli csontnövekedést gátolja. *Scheitz dr.*

A pajzsmirigy functionális kórisméje. *Deutsch.* (Klin. Wochenschr. 1923., 2. sz.)

Deutsch volt az első, aki már bebizonyította, hogy az égési folyamatok megfelelő fel- illetve lefokozásával és a nitrogen egyensúlyzavarával a fehérjetöménység és a savó viscositása myxodemánál emelkedett, Basedow-kórnál lefokozott. Ez a pajzsmirigy működési állapotának és a thyreoidin kezelés hatásának vizsgálatára felhasználható. Időközben sikerült azt is kimutatnia, hogy Basedow-betegeknél az albumin és globulin viszonya ez utóbbi javára eltolódik. A pajzsmirigy működésének megítélésénél a savófehérjének qualitativ elváltozásai mellett a quantitativ viselkedés is jelentős. *Demjanovich K. dr.*

Tapasztalatok a Rivanolkezelés körül. *Ritter Adolf dr.* (Klin. Wochenschr. 1923., 2. sz.)

A Rivanol gyári előírás szerint oldva helyileg, izomba vagy véráramba fecskendezve szövetroncsolást nem okoz. R. kísérleteket folytatott kifejezett helyi és kezdődő általános fertőzéseknel. Monoinfectionál véráramba, izületbe, gyulladt nyálkatömlőbe fecskendezve jó eredménnyel használta. Friss sérülések sebeknél mint prophylacticum a hatás a bakteriumok életképességétől és a helyi viszonyoktól is függ. Vegyes fertőzéseknel, valamint anaerob gázfejlesztőknél megbízhatatlan. Eredményképen kimondja, hogy a prophylacticus szöveti fertőtlenítés a Rivanollal sincs megoldva és hogy a chemotherapynek még specifikusabbnak kell lenni az egyes bakteriumcsoportokkal szemben. *Demjanovich K. dr.*

Tanulmányok a feregnyúlványgyulladás okozta hashártyagyulladásról. *Prof. Melchior.* (Arch. f. klin. Chir. 1923., 120. k., 4. f.)

A hashártyagyulladás néhány vitás kérdéséről tárgyalja. I. A „vegyi” hashártyagyulladás kezeléséről egyéni tapasztalatai nincsenek, bár az eljárásnak, mint a műtét kiegészítőjének, igen sok követője van. Éppen ezért sem az aether, sem a Rivanol mellett nem foglal állást; kérdésesnek tartja, hogy az elért eredmények tényleg annyira különböznek-e azoktól, melyek ezen antisepticum nélkül kis és gyors beavatkozással elérhetőek. II. A

hashártyagyulladás „septicusra és obstructivra” osztályozza. a) A „septicus”-nak formái: 1. Eves mellhártyagyulladás. 2. Súlyos makacs bélszéklet, melyből a tapasztalatok szerint letokolt tályogokra lehet következtetni. 3. Sárgaság. b) Az „obstructiv” hashártyagyulladásnál a bélcsatorna működésének megszakított-sága a főtünet. Legtöbbször általános bélbénulás kapcsán. III. Hashártyagyulladás okozta ileusnál végzett enterostomia, ha nem történik később, mint tehermentesítő szükség szerint meg is ismételve, életmentő. Állandó bélsipoly készítése csak akkor van helyén, ha a bél egyszerű kiürítése előreláthatólag nem elegendő a passáže visszaállítására. IV. „Accalmie traitresse” (sec. Dieulafoy) a hashártyagyulladásnak olyan korai alakja, mely typosus tünetek nélkül átmenetileg euphoriával urálja a kórképet. Valószínűleg toxicus hatás. V. A késői hashártyagyulladás műtéli javallata mindig fennáll. Gyors és nem túlnagy beavatkozás, sok elveszített gondolt beteget mentett már meg.

Demjanovich K. dr.

A dülmirigyültengés kezelése ondózsínór-lekötéssel.

Hans Landau dr. (Klin. Wochenschr. 1923., 6. sz.)

A múlt század vége felé ajánlották dülmirigyültengésnél a kétoldali castratiót, hogy ezáltal a megnagyobbodott mirigy zsugorodását idézzék elő. Később áttértek a vasectomiára, mely eljárás a gyökeres műtét mögött csakhamar háttérbe szorult. 1921-ben Haberer kezdte ismét alkalmazni és az ő nyomán Hildbrand.

Helyi érzéstelenítésben 2–3 cm hosszú darabot resecál az ondózsínórból és a sebet elsődlegesen zárja. Ezt a műtétet akkor is végzi, ha a beteg általános állapota a dülmirigy kiirtását kizárja. 26 ily módon operált beteg közül 16-nál (60%) ért el kedvező eredményt 1–6 héten belül. Az állandó cathetert tizednapra távolította el.

Az ondózsínór lekötése után beálló javulásra nem talál biztos magyarázatot, a kérdés tisztázására kísérleteket folytat.

Boytha.

Fülgyógyászat.

Gümőkóros gyermekek fül-, orr- és torokmegbetegedései. Maljutin E. (Zeitschr. f. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. V. évf., 1. sz., 61. o.)

Gümőkóros gyermekek igen hajlamosak fül-, orr- és torokmegbetegedésekre. Ezt az ismeretes tételt szerző egy gyermekotthon anyagán újírol sok esetben igazolta. Főleg a csontszervi gümős megbetegedéseinek látta fenti eseteit. Minthogy a fül és a felső légutak elváltozásai nemcsak akadályozzák és késleltetik az általános gyógyulást, hanem általános állapotbeli rosszabbodásra is vezethetnek, igyekeznünk kell ezeket kellő conservatív vagy műtéli kezeléssel megszüntetni. Gégegümőkör csonttuberculosisnál sohasem fordult elő, annál gyakrabban tüdő-tuberculosisnál. Ismét bizonyítja ez azt a tételt, hogy a gégegümőkör másodlagos megbetegedés, melyet a tüdő felőli fertőzés hoz létre. Ami a csontrendszer gümős elváltozásait illeti, kérdéses, vajon nem felülről származik-e a fertőzés, nem a fül vagy az orr nyenyéből kerül-e a csontokba? Feltűnő ezen esetek közel-ményében a genyes otitis és rhinitis, az atrophias rhinitis, a megnagyobbodott mandulák: mindezek fennforgása esetében gyakori lelet tudvalevőleg a gümöbaccillus és óriássejtek. A gümőkör prophylaxisának már a korai gyermekkorban meg kell kezdődnie, különösen szem előtt tartva mindig a fül-, az orr- és a torok elváltozásait.

Kelemen Gy. dr.

A radicalisüreget utógenyedéséről. Prof. Boenninghaus. (Deutsche med. Wochenschr. 1923. 5. sz.)

A utógenyedés okát ama körülménnyel magyarázza, hogy a radicalisüreget bélelő epidermisről leköltözött hámtörlemék nem tud kifelé jutni, összegyűlik, fülzsírral szaporodik; az így keletkezett massa elikásodik és gyulladáshoz az epidermist. A gyulladás következménye az utógenyedés. Ennek megállítására céljából a csecsnyúlványban képezett radicalisüregek lehető kicsinyítését végzi szerző oly módon, hogy a Stacke-féle rövid lebenyt használja a hallójáratplastikához, amikor is csak a facialis sarkantyút fedi vele; a radicalisüregbe pedig — a processus lehető legnagyobb részének levésése után — beleszorítja tampon segítségével a retroauricularis sebszél és a kagyló tapadása közt lévő bőrrészetet az alatta lévő csontjárával együtt. Nagyobb bőrlébenyszerzése céljából a retroauric. metszést alul és felül a kagyló tapadása mögött 2–3 mm-nyire, a középső részben pedig egészen a hajás fejbőrig vezeti. Öltést a 2 sebzugban alkalmaz, közepén csak akkor, ha sekély a radicalisüreg. A külső részen keletkezett kültakaróhiány fedését spontán hamosodásra bizza. Nem helyez nagy súlyt a primaer linearis hegesezésre sem. Viszont kosmetikus káros eredményt sem tapasztalt sokkal rosszabbat, mint aminő más — tetemes csontrészt levésése után keletkezett — nagy üregnél szokott visszamaradni. A még megmaradt radicalisüregrészlet lege artis kezelendő. Mindazonáltal csak a legelején tamponál, s a tampon csakhamar elhagyva, engedi granulatióval kitelődni, de csak a facialis sarkantyúig. Hogy itt túl ne terjedjen a sarjszövet, különböző anyag-

gal ételi (lapis, chromsav stb.), esetleg vékony csíkot is szorít bele a részbe; horogszondával az esetleges összenövéseket szétrombolja, amíg csak a granulatióra a hallójárat felől hám nem kúszik fel. Ilyenkor már egészen minimális az üreg — sokszor csak mérsékeltén tisztult hallójáratnak imponál —, mely könnyen áttekinthető és tisztítható. Ezideig recidiváló genyedést az ily módon kezelt üregben nem tapasztalt.

Zimányi dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Lépesugárgás genitális vérzéseknél. Nürnberger. (Zentralblatt für Gyn., 1923., 1. szám.)

25 esetéből 18-nál eredménnyel végződött, 7-nél nem vezetett célhoz a genitális vérzések megszüntetése céljából alkalmazott lépesugárgás. 8 esetben adnextumor tartotta fenn a vérzést, 10 esetben ovarialis eredetű volt. Schröder nyomán hypermenorrhoeás és polymenorrhoeás vérzéseket különböztet meg. Az előbbinek gyulladással járó vérbőség s hiányos uterus contractio, az utóbbinak peteérési zavar az oka. A lépesugárgásnak úgy látszik főleg ezekre van jó hatása, kevesebb vagy semmi azokra, amelyek gyulladással járó vérbőségen alapulnak. A sikerrel járó esetekben 3 napon belül megállt a vérzés. Hosszabb amenorrhoeát is észlelt a besugárgások után, melynek megszüntetése is csak 3–4 hónapoként jelentkezett a vérzés. Legtöbbször azonban 20–38 nap mulva 2–6 napig tartó rendes menstruatio lépett föl. Tehát a vérzést nemcsak megszüntetni képes, hanem alkalmas eljárás is ahhoz, hogy azt rendes típusúvá tegye. A besugárgás hatása ezek szerint nem hamar múló, hanem a vérzés megszüntetésén kívül a női genitáliákra más pharmacodynamikus befolyással is van.

A vérzés biológiai úton szűnik meg. Ebben azonban valószínűleg nemcsak a lépnek van szerepe, mert a besugárgott területbe beleesik a májnak is egy része, a sympathicus, a bordák csontvelője, a pancreas s a bal mellékvese is.

A besugárgást egy mezőből, symmetricapparattal, $\frac{1}{4}$ és $\frac{2}{3}$ H. E. D.-sal. végezte.

Dr. Raisz.

Bőr- és nemikórtan.

A syphilologia és dermatologia 1922-ben. H. Guengerot. (La Médecine, 1922. nov.)

Az arsen-therápia terén lényegesebb újítások nem történtek. A bismut-készítmények a syphilitis terapiájában hatásosaknak és relative ártalmatlanoknak bizonyultak. Inkább a vízben oldható vegyületek intramuscularis iniektióját ajánlják. Az oldható vegyületek fájdalmat okoznak és naponként kell azokat adni; mivel kiválasztásuk könnyebb, azért főleg albuminaris és cachexiás betegeknek indikáltak. A jövőben a bismutvegyületek nélkülözhetetlen kellékek lesznek a syphilitis elleni armamentariumban. Ajánlottak olyan vegyületeket is, amelyekben mind a három hatóanyag egyszerre van jelen, ezek használata által a bismut anaemiát okozó mellékhatása kompensáltnak. (Nékám professor úr klinikáján végzett vizsgálatok megerősítik a bismut kiváló hatását.)

A colloidalis bensoe-reactio a centralis idegrendszer activ syphilitisének fontos diagnostikus és prognostikus jele. Állandósult syphilitis elváltozások (paresisek, paraplegiák) esetében negativ, tabesnél, de főleg paralysis progressivánál és cerebrosyphilitis syphilitisnél positiv.

A venereás bubók kérdéséről az 1922. évi párisi dermatologus congressuson tisztázták és meghatározták az ulcus molle, a syphilitis, tuberculotikus, mycosis és még más egyéb eredetű bubók kórképét. Ezen a congressuson az epidermomycosis complicált ügyét is tisztázták. Fontos tudnunk, hogy az epidermomycosisok néha dyshidrosis képében nyilvánulnak és hogy valódi dyshidrosis epidermomycosisal complicálódhatnak is.

A bőr anaphylaxiája és idiosyncrasiája (higany, Sa. kátrány, palisanderfa) is kiterjedt kutatás tárgyát képezte.

A lepra terapiája terén Hasson (Alexandria) jobb eredményeket látott a salvarsan-készítmények alkalmazása után, mint a chaulmoogra-olaj estereinek használatától. Herczeg.

Szőlőcukorinjekciók infiltrációk ellen. Dr. Georg Klein (Münch. med. Wochenschr., 1922. nov., 45. sz.)

Tüdőödemánál (Ellinger, Lipschitz) és exsudatív bőrbajoknál (Scholtz és Richter) hypertoniás szőlőcukoroldattal jó gyógyeredmények érhetőek el. Klein paravenás salvarsaninfiltratumokkal alkalmazta esetenként 1–2-szer intravenásan (distalisan az infiltrációtól) a steril szőlőcukoroldatot (20–50 cm³). A legtöbb esetben az infiltratio hamar visszafejlődött és a fájdalom megszünt.

Steiger-Kazal.

Többféle-e a syphilitis-vírus? A. Sézary és J. Alibert. (Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hopitaux de Paris. 1922., 17. sz.)

A syphilitis-vírus többféleségének kérdése, főképen abban az értelemben, van-e egy külön dermatotrop és neurotrop typos,

sok vita tárgya volt. Szerzők újabb adatokat szolgáltatnak ezen felfogás ellen. A syphilis Afrikában igen elterjedt és alig kezelt betegség és mégis majdnem sohasem támadja meg a bennszülöttek idegrendszerét. Tehát az afrikai virust dermatotropnak lehetne minősíteni és így nem szabadna európai emberen lueses idegváltozásokat okoznia, csak bőrtüneteket, holott szerzők több afrikai luetica által megfertőzött európainál láttak tabest fellépni.

Steiger-Kazal.

Az endolumbális salvarsantherapiáról a központi idegrendszer syphilis megbetegedéseiben és a liquorlues kérdéséről. Wittgenstein A. (Zeitschr. f. klin. Med. 1922., 95. k., 4-6. f.)

Ismeretes, hogy a lueses betegek lumbalfolyadékában a megbetegedés minden fázisában a W. K. gyakran pozitív akkor is, amikor a központi idegrendszer megbetegedésének egyéb jele nem észlelhető. A liquorlues valószínűleg a központi idegrendszer megbetegedésének korai jele, amiért is szerző szükségesnek tartja egyrészt minden lueses beteg lumbalfolyadékának éppen ellenőrzését, mint az a vérben szokásos, másrészt a liquorlues rendszeres gyógyítását (Sanierung). Fontos ez azért is, mert — eltekintve az aorta megbetegedésétől — általában a lueses beteg prognosisa a központi idegrendszer megbetegedésétől függ. 40 beteg közül, kiket intralumbális salvarsaninjekciókkal orvosolt, 4 L. asymptomatica meningealis, 10 L. cereberi (basalis), 5 L. cerebrospinalis, 16 tabes és 5 paralysis volt. A legtöbb beteg előzőleg intravenás salvarsantherapiában részesült és a W. R. a lumbalfolyadékban ennek dacára pozitív maradt. Az intralumbális kezelés a paralysises betegek kivételével minden csoportban jó eredményhez vezetett, amit a tünetmentes agyhártyalues minden esetében és a többi megbetegedésnek pedig egy részében a liquor W. R.-jának negatívvá válása jelzett, amivel együtt a lumbalfolyadék többi pathológiás jelenségének csökkenése és a klinikai javulás is karöltve haladt. A tabes egy esetében a patellareflex visszatért. Az intralumbális salvarsaninfusio egyszeri adagja $\frac{1}{3}$ —2 mgr, nagyobb mennyiséget adni műhiba; az infúsiókat (8—10) Gennrich methodikája szerint és 4 heti időközben adja. Bár több mint 300 ilyen infúsiót adott, ennek következményeképpen súlyosabb complicatiót nem észlelt és azért veszélytelennek, de az általános praxisban bevezetni még korainak tartja.

Boros dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Hutyra—Marek: *Specielle Pathologie und Therapie der Hautiere.* (6-te Auflage. 3 Bände. G. Fischer. Jena, 1922.)

Huszonöt év előtt, 1898-ban jelent meg Hutyra „Állatorvosi belgyógyászat” című háromkötetes tankönyvének utolsó, harmadik kötete. Ez a tankönyv az előttünk levő hatalmas műnek előkészítője. Hutyra már ebben a munkájában megvetette az alapját az összes világnyelvekre lefordított és ma legáltalánosabban elterjedt nagy kézikönyvnek. Ez a kézikönyv eredetileg szintén magyar nyelven jelent meg. Mikor Hutyra a belgyógyászati tanszékre, a korán elhunyt Azary Akos helyére, Marek Józsefet választotta a főiskolán segítő-társául, tankönyvének anyagát Marekkel osztotta meg és a Hutyra és Marek szerkesztésében megjelent „Állatorvosi belgyógyászat”-ban (I—III. k. Budapest, 1904), mely tulajdonképpen Hutyra hasonló című tankönyvének II. kiadása, két részre osztották a munkát. Hutyra a járványos és fertőző betegségeket dolgozta fel, Marek a szervek betegségeit. Magyar nyelvű munkájukat azonban nem tudták kellően illusztrálni s a munka nagyobb elterjedésére sem számíthattak; ez vezette rá a szerzőket, hogy művüknek német nyelvű kiadásával szerezzék elvénnyel a magyar állatorvosi tudománynak Hutyra és Marek bámulatát, az egész állatorvosi irodalmat felölelő tudásukkal a mű első német nyelvű kiadásával teljes sikert értek el s az egész tudományos világ elismerését vívták ki. A munka sikerének biztosításában nagy része van az anyag szerencsés megválogatásának és beosztásának. A munka későbbi kiadásai mind tökéletesebbek lettek s a jelenlegi hatodik kiadás, amely az első kiadás után tizenhét évre, az ötödik kiadás után két évvel jelent meg, ma nemcsak az állati pathológiának és therapiának, hanem az egész állatorvosi tudománynak hű interpretálója: felöleli az egész bakteriológiát, serológiát és immunitást, az összehasonlító kórtant és kórbontant. Az emberorvosi irodalomban nincs egyetlen ehhez a valóságos standard-munkához hasonlítható mű sem. Bátran mondhatjuk, hogy Hutyra és Marek munkája nagyban hozzájárult ahhoz is, hogy az összehasonlító kórtan jelentőségét ma a human-pathológiában is mindinkább elismerik.

Mint hogy a szerzőknek a háború befejezése után a velünk háborút viselő államok tudományos irodalma is hozzáférhetővé vált, e hatodik kiadásban számos fejezetet át kellett dolgozniok s a mű anyagának megnövekedése miatt az eddig két kötetben levő anyagot három kötetre kellett elosztaniok. A fertőző betegségeket felölelő első kötetet Hutyra több fejezetben, mint amilyenek a paratyphus, a texasi láz, a rosszindulatú vizenyő, lényen-

gesen bővítette és teljesen átdolgozta. E kötet e fontos kiegészítésekkel 66 ivre növekedett, 259 részben színes képpel és 19 táblamellekkel.

A II. és III. kötet anyagát, újból Marek dolgozta át, az időközben megjelent munkák figyelembevételével és beálló kritikája alapján. Nagyon sok helyen találkozik Marek önálló, saját vizsgálataival és megfigyeléseivel alapuló feltevéseivel. E két kötet együtt 101 ivre terjed (II. kötet 50 iv, 799 o., a III. kötet 51 iv, 812 o.), ezzel a mű terjedelme az ötödik kiadással szemben $1\frac{1}{2}$ ívvel bővült. Az illusztrációk száma 490-ről 618-ra, a táblamellekek száma 21-ről 28-ra emelkedett, a munka gazdag illusztrálása a mai nehéz viszonyok közt különösen megiepo. A fertőző betegségek kötetében levő színes fényképek hű reprodukciója nagy előnye a szép munkának. Ez, valamint a mű szép kiállítása a kiadó cég áldozatkészségének lényeges bizonyossága.

A művel, mely hű tükre állatorvosi főiskolánk magas tudományos niveaujának, a human-pathológiával foglalkozó bűvárok is haszonnal fogják tanulmányozni. Örömet és megnyugvást fog benne találni mindenki, akinek nemzeti kultúránk a szívén fekszik.

Entz Béla dr.

Diagn. u. therap. Irrtümer u. deren Verhütung. 6. füzet. (G. Thime, Leipzig): *Tuberkulose, Syphilis, mit einem Anhang über die wichtigeren übrigen Krankheiten der Haut.* Von Prof. Fischl.

Negyvenhét oldalas füzetben szabatos stylusával a ma oly fontos fejezeteket kimerítően vizsgálja. A klinikai megfigyeléseket mindenütt erősen előtérbe állítja, anélkül hogy a mar nélkülözhetetlen laboratoriumi módszereket háttérbe szorítaná. E tárgyalási mód a munka előnyére szolgál, mert elsősorban a gyakorló orvos számára íródott, kinek exact laboratoriumi eljárások végzésére ideje s alkalmatlan.

Amit a gümőkór fejezetében a Pirquet- és egyéb allergiás reakciókról mond, a Röntgen-eljárás kritikájáról szóló részt, s a Koch-bacillus kimutatásáról irt bírálatot minczenben osztjuk. Szépen fejtegeti a pertussis és az áttörőféiben levő elsajtosodott peribronchiális nyirokmingy által okozott izgatott köhögés közti különbséget (bilonális köhögés). Amit a szerző a meningitis tuberculosa diagnostikájáról es az előforduló tévedésekről ír, nem mindenben fogadhatjuk el. Az irodalomban közölt gyógyult meningitis tuberculosa eseteket szerző nagyrészt téves körismékek tartja, mely fellogás állhat a régi között esetekre, de nem az újabb irodalomban leírtakra. (Bókay János 1914-ben közölt saját két esetével kapcsolatosan 29 meningitis tuberculosa esetről számol be, melyeknek korismei helyességében kétekedni nem lehet.) Szerző a liquor cerebrospinalisban kimutatott Koch-bacillus dacára sem hajlandó, gyógyulás esetén, a meningitis tuberculosa diagnózisát felvenni, hanem azt csak a plexus chorioideus gümös megbetegedésének tartja.

A lues fejezetében több oly tévedésre figyelmeztet, melyek in praxi különösen előfordulnak (a bőr soor-gombás megbetegedése, fajtái intertrigo stb. stb.) Fontosnak jelzi a Wassermann-reakciót, de figyelmeztet a klinikai megfigyelés fontosságára s főleg a klinikai érzékre. A gümös csont- és ízületi megbetegedéseknek, a rachitises és lueses elváltozásokkal való szembeállítására igen jól van tárgyalva. Ami a lues kezelését illeti, feltűnik, hogy kis salvarsan-adagokat ajánl. (0,01 gm pro testsúly-kg.) Nehéznek jelzi az intravenas adagolást, s a jugularisba és sinus longitudinalisba való adását a salvarsannak veszélyesnek tartja.

Ami a bőrbajok fejezetét illeti, ott az erythrodermia desquamativa Leiner körképénél kívánatos lett volna a dermatitis exfoliativa Ritter szembeállítására.

A munka általában kitűnően sikerült s úgyszólván minden oldala mutatja a nagy tapasztalatú, kiváló szakember éleslátását.

A kiállítás előkelő lipcei kiadó céget dicsér; pompás nyomás és papiros, ami ma nagy szó!

Bókay Zoltán dr.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület március 24-iki ülésének napirendje: *Bemutató. Dörner Dezső:* a) Tonsillectomiára gyógyult sokizületi csúz érdekes esete. b) Új тұtató mélyvárashoz. *Előadás. 1. Buben Iván:* A diathermiáról, különös tekintettel nőgyógyászati alkalmazására. 2. Vigh Ágoston: A Bierner-féle vérszegénység kórtana és kezelése.

Jenner centennariuma. Az Académie de médecine de Paris kezdeményezésére megindultak az előkészületek Edward Jenner emlékének megülésére. Jenner 1823-ban halt meg, de nevét halhatatlanná tette a himlőoltás felfedezése, mellyel a vaccinotherapiának vetette meg hatalmas alapjait.

A **tintaceruzákkal** történő, egyszerűnek látszó sérülések veszedelmes voltára figyelmeztet M. Jerusalem egy minap a bécsi orvosegyesületben tartott előadásában. A szövetek lapangó elhalása következhetik be, mely ínakat és csontokat is

elpusztíthat. Eseteket sorol fel, amikor egész ujjperceket kellett eltávolítani. Szükségesnek tartja, hogy minél szélesebb körben elterjedjen a tudat, hogy tintaceruzaszerűlések korántsem jelentéktelenek.

Fertőző betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint febr. 25-től márc. 10-ig előfordult hasi hagymáz 16 (2), küteges hagymáz 2 (0), kanyaró 175 (6), vörheny 40 (0), szamarhurut 32 (10), roncsoló torok- és gégeleob 23 (1), influenza 15 (8), gyermekágyi láz 2 (2), bárányhimlő 71 (1), járv. fültömrigylob 115 (0), vérhas 12 (3), járv. agygerincagyhártyalob 3 (1), trachoma 20 (0). Hólyagos himlő, ázsiai cholera, veszettség, lépfene, takonykór nem fordult elő. A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A specialistakérdés. A specialistakérdést az Orvosok Szövetsége napirendre hozta. A kérdéssel az Országos Közegészségi Tanács már 1908-ban behatóan foglalkozott s a Közegészségügy 1909-i I. számában meg is jelent a tanács véleménye. A budapesti kir. magy. tudományegyetem orvosi fakultása is hozzájárult az álláshoz s így remélhető, hogy az ügy rendezése ez alapon fog történni.

A már 14 év előtt elfogadott tervezet abban áll, hogy elsősorban arról kell gondoskodni, hogy a közönséget senki meg ne tévessze. Erre az a mód kínálkozik, hogy az egyetemes orvosdoctori diploma ne jogosítson senkit sem arra, hogy specialistának nevezze magát.

Művelhet előszeretettel egy vagy más szakot, de ezen előszeretettel nincs joga tábláján vagy nyomtatványain jelezni, ha csak nem töltött legalább három évet a szakma egyetemi klinikáján vagy erre feljogosított rendszeresített kórházi osztályon. A feljogosított osztályok jegyzékét a miniszterium éventi közlése teszi. Egyelőre csak a következő speciális szakmák jöhetnek szóba: Belgyógyászat, sebészet, szemészet, szülészet és nőgyógyászat, orr- és gégebajok, fülbetegségek, bőr- és bujabetegségek, idegbajok, elmebajok, gyermekgyógyászat, fogászat, orthopedia és röntgenologia.

Nem volna célszerű az előbb jelzett intézkedéseknél tovább menni, nevezetesen nem volna helyes, hogy azok, akik a gyógyászatnak valamely ágában mint szakorvosok kívánnak gyakorlatot űzni, különös qualificatiót legyenek kénytelenek megszerezni. Ez ellenkezik orvosképzésünk mai alapelveivel, mely a medicinae doctori feljogosítja az orvosi tudományok összes ágainak gyakorlatára. Csak az volna korlátozandó, hogy az úgynevezett specialisták, kik különös jártasság nélkül magukat képzett specialistáknak akarják feltüntetni, a közönséget félre ne vezessék. Ezen korlátozás máris elegendő a visszaélések csökkentésére s erre a korlátozásra a kormánynak kétségtelen joga van. Csakis azon intézkedésektől várható eredmény, amelyeknek büntető sanctiójuk is van s éppen ezért nem helyes a kérdés szabályozását orvostársadalmi útra terelni, hanem annak kormányintézkedés útján való szabályozása szükséges.

Kényszeroltás és himlővakság. Grotjahnnak egy télen publikált véleményére, mely szerint a himlőoltás kényszerét nyhítani kellene, Hess összeállította a megvakultak statisztikáját a különböző országokban. Ebből kiderül, hogy olyan országban, melyben nincsen kényszeroltás, elrettentően nagy a himlő következtében megvakultak száma. Így Németországban az 1901. évi statisztika szerint 2116 vak között 0.70%, Oroszországban viszont 1898-ban 522 vak között 28% volt a himlőtől megvakult. Teljes joggal támadhat tehát aggodalom a kényszeroltást ellenző mozgalommal szemben.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VAMOSSY ZOLTÁN.

M. TUD. TÁRS. SAJTÓVÁLLALATA RT. BUDAPEST. — SZABÓ T. ISTVÁN

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

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

Iszapkúrák orvosi felügyelet mellett

Dr. Pajor-Sanatoriumban Budapest VIII, Vas-utca 17. Ugyanitt Zander-massage és vizkúrák.

Physicalis, Röntgen-, serologiai és bakteriologiai vizsgálatok. Specifikus oltások, quars és müvipneumothorax - kezelés.

DR. RAJNIK PÁL Budapest VII, Vilma királyné-út 11. szám (Fasor). Tüdőbetegségek diagnosztikai rendelője. Telefon: József 14-51.

RÖNTGEN-ODELGA

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre. Budapest V, Vilmos császár-út 18, I. emelet. Telefon: 13-98. Diathermia. Quars. Spectrosol. Ivlám-pa. Négyrekeszes fürdő. Fényszekrény. Hűvelő fény- és hőlámpa. Elektrotherapia. Franklinisatio. Főn. Vibrációs massage. Zander-stb. kezelésekre. Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő, Dr. Kovács József.

Dr. GRUNWALD SZANATORIUMA

BUDAPEST, VILMA KIRÁLYNÉ-ÚT 11-15. Telefon: József 52-29. Sebészeti, nőgyógyászati és szülészet-osztályokkal. Legmodernebbül berendezett Röntgen- és vegyi laboratóriumok. Belgyógyász-diagnosztikai és diétás osztály, valamint vizsgyógyintézete ez évben nyílt meg. MÉRSÉKELT ÁRAK. SZABAD ORVOSVÁLASZTÁS.

Hüvösvölgyi Park-sanatorium Klimatikus, physicalis és diétás gyógyintézet Budapest I, Hidegkúti-út 78. Telefon: 50-37 és 145-90. Bel-idegbetegek és üdülők részére hízó- és fogyókúra. Vizsgyógyintézet, elektrotherapia, orvosi laboratórium. Bejárók részére vizsgyógyintézet is.

Dr. Doctor ORVOSI LABORATORIUMA BUDAPEST IV, KOSSUTH LAJOS-UTCA 3. TELEFON: 697.

DAJKA-INTÉZET, VI, Szív-u. 69. — Wassermannna vizsgált szoptatós dadák felett állandóan rendelkezik. — Telefon: 93-22

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest.

A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrásaival. Termális és fisikotherapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizsgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diétás konyha belső bajokban szenvedők számára. Nőgyógyászat. Gégszét. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: dr. Benczúr Gyula, egyetemi magántanár.

PÁLYÁZATOK.

1615/1923.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye monori járásához tartozó Monor községben újonnan szervezett II. községi **orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása: 1. Az államtól évi 1600 K fizetés. 2. A községtől negyedévi részletekben évi 1000 K törzslakbér és a vármegye által megállapított lakbérpótlék. 3. Az állam által utalványozandó háborús és drágasági segélyek. 4. Törvény szerinti látogatási és rendelési díjak. A megválasztandó II. községi orvos Vasad község közegészségügyét is köteles ellátni. Felhívom a pályázni szándékozokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. tc 7. §-ában előírt képesítést, valamint eddigi alkalmaztatásukat és a kömmün alatti magaviseletüket igazoló okmányokkal, valamint születési anyakönyvi kivonattal felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi április hó 10-ig annál is inkább adják be, mert a később beérkezőket figyelmebe nem veszem. A választást folyó évi április hó 12-én d. u. 3 órakor Monor község háza tanácstermében fogom megtartani. Monor, 1923. évi március hó 13. Madarász főszolgabíró.

A m. kir. népjóléti és munkaügyi Miniszter Úr 103.261/922. VI. sz. rendelete alapján a pécsi m. kir. állami gyermekmenhelynél úresedésben levő **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Ezen állás a következő javadalmazással van összekötve: Egy bútorozott szobából álló lakás az intézetben, fűtéssel és világítással, I. osztályú ételmezés, ezenkívül az 1922-1923. évi állami költségvetési tervezet szerint a X. fizetési rangosztálynak megfelelő készpénzbeli járandóság. Felhívom mindazon orvosokat és orvosnőket, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a keletlen okmányokkal felszerelt és bélyegezett pályázati kérvényüket a nagyméltóságú m. kir. népjóléti és munkaügyi Miniszter Úrhoz címezve, hozzám legkésőbb folyó évi április hó 30-áig ajánlott levélben küldjék be. A pályázati kérvényhez csatolandó eredeti vagy hitelesített másolat alakban: 1. orvosi oklevél; 2. születési anyakönyvi kivonat; 3. eddigi orvosi működésüket igazoló bizonyítványok; 4. politikai megbízhatóságukat is igazoló hatósági erkölcsi bizonyítvány. Pécs, 1923. március 8-án. 1722/1923. sz.

Dr. Gobbi Gyula

a m. kir. állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa.

Uj tuberculosis elleni szer

ANGIOLYMPHA

(Dr. Rous, Paris)

Legfényesebben kipróbálva a tuberculosis legsúlyosabb eseteiben is.

Főlerak t: Török József Rt. Budapest VI, Király-u. 12. Telefon: 19-40.

Prospektust és irodalmat kívánatra küld a magyarországi vezérképviselő: PARÁNYI DÉNES, Győr 8. és a budapesti főlerakat.

Dr. WAGNER

Wetol sebolaj ismét kapható.

Egyedüli készítő: WETOL VEGYÉSZETI LABORATORIUM BUDAPEST IV, HAVAS-UTCA 2. Telefon: József 19-62



ARHEOL

(C₁₅ H₂₆ O)

Tartalmazza a Santalolaj hathatós alkatrészeit.

GONORRHOEA, CYSTITIS, HÓLYAGHURUT, PYELONEPHRITIS ÉS PYELITIS ELLEN.

Adagolás: 10–12 capsula naponta, a három étkezés alkalmával. Minden üveg 40 capsulát tartalmaz.

KOLA ASTIER

SZEMCSÉS

ANTINEURASTHENICUM, SZABÁLYOZZA A SZÍVMŰKÖDÉST, AZ IDEGRENSZERT HATÁSOSAN BEFOLYÁSOLJA.

Adagolás: 2 kávéskanállal naponként, borban vagy más folyadékban.



RIODINE

Nem okoz jodismust.

Szerves jódkészítmény, pontosan megállapított és állandó vegyi összetételben.

(C₁₈ H₃₃ O₃)₂ (I H)₂ C₅ H₅

ARTERIOSCLEROSIS, CHRONIKUS MYOCARDITIS, ASTHMA, BRONCHITIS ÉS RHEUMA

valamint minden eset, ahol jódtartalmú szerekkel való kezelés van javalva.

Adagolás: 2–6 gyöngyszem naponta, étkezés után.

Minden üveg 50 capsulát tartalmaz.

Laboratorium **P. ASTIER**, 45–47, Rue du Docteur Blanche, **PARIS** (France).

Irodalommal és mintával szívesen szolgál:

a **P. Astier** cég képviselője: **KRENN TIVADAR** Budapest VI, Andrásy-út 26. szám.



Eredeti Ponndorf-féle bőrojtóanyag

1. Az eddigi injectiók thérápia a legnagyobb elővigyázatosság mellett csak a tuberculosis antigen-complexum egyes részeinek (Alt- vagy Neu-Tuberkulin) felhasználását engedélyezte.
2. Az A- és B-bőrojtóanyag (Hautimpfstoff) először alkalmazza az antigenek összességét az ambulans kezelés céljaira egyszerű methodus szerint.
3. A felszívódás klinikai lefolyása lényeges eltérést tüntet fel a spontan bekövetkező subcutan Tuberculin-adagolástól a bőr kimutatott különleges élettani funkciójára révén.
4. Az A- és B-Hautimpfstoff élettanilag tiszta, kémiai vagy más pótléktól mentes.

Adagolás: Egy hajszálcso egyenlő egy teljes oltással.

Irodalom és ismertetés költségmentes.

Sächsisches Serumwerk, Dresden

Allandó raktár: Balla Sándor és Társa gyógyszerészeti laboratorium, Budapest, VII, Wesselényi-u. 69.



SANGUIFERIN
DR. PALLAY
ET COMBINATIONES
ELISMERT-TÖRÉLETES
VAS-ALBUMIN-
KÉSZÍTMÉNY.



SYROMEL
7% CALCIUM-
SULFOGUAJACOLKUMOT
TARTALMAZÓ
PHOSPHORSAVAS-
CHINA-MÉZ
Készítmény

Reiniger, Gebbert & Schall-Veifa-Werke
gyártmányai, **Röntgen** készülékei
kiválóságukért legkedveltebbek.
ODELGA R.T. BUDAPEST VI. Andrásy-út 28.
Tel.: 68-16, 37-04.

Haemorrhoidák ellen
Anugen-kúp

Készíti:
ZOLTÁN BÉLA GYÓGYSZERTÁRA
Budapest V, Szabadság-tér.

RÖNTGEN-LILIENFELD-COOLIDGE
berendezések és lámpák
raktárról szállíthatók.

A KOCH ÉS STERZEL RT. DREZDA, KÉPVISELETE:
ERICSSON MAGY. VILL. RT. ezelőtt DECKERT ÉS HOMOLKA
BUDAPEST VI, Vörösmarty-u. 67. Telefon: 28-09, 89-64

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

D. Buday séle bevált Gyógybotok

Legjobb eszúval készült Vin. gyógybor-készítmények
chin. ferral, Vin. condurango, pepton,
Vin. kola, Vin. kola coca, Vin. kola coca condurango, Vin. myrtillorum
(айонья-бор), Vin. Pepsini,
Vin. Johymbae, Vin. casc. sagra, Vin. kola occa
cacao quaram. Buday. BUDAPEST IV.
Városi gyógyszerára Váci-u. 34. Tel.: 9-64.

„CITO” GYÓGYSZERKÜLÖNLEGESSÉGEK
A VILÁGON A LEGOLCSOBBAK!

Fagifor Sirup: légzőszervi bántalmak esetén.
Citolax mite vel forte: biztos hatású laxans.
Maltomel: csemegetápszer.
Robocalcin: Anémia esetén.
Neurocit: prompt hatású.
nico-sedativum.
Citolin: Legmodernebb összetételű fagykenőcs.

Mintát, Irodalmat készséggel küld a gyár: Budapest X., Lengyel-u. 33. Telefon: 55-63.

ORVOSI MŰSZERÜZEM



Főüzlet:

BUDAPEST IX., Üllői út 1.
TELEFON: JÓZSEF 32-73.

Fióüzlet:

DEBRECZEN Kistemplom Bazár.

IRODALMAT
KÉSZSÉGGEL KÜLD
A FŐRÁKTÁR



„NUTRICIA”
ZABLISZT
„NUTRICIA”
ZABDERCE
„NUTRICIA”
ZABPEHELY
„NUTRICIA” tejüzemi és tápszeripari rt., Buda-
pest, I. ker., Attila-utca 21. Telefon: 54-00

Agfa-Röntgen-lemezek,
mindkét oldalon bevont
Agfa-Röntgen-filmek,
Agfa-Röntgen-fogfilmek.
Kérjünk díjmentesen árjegyzéket az „Agfa” magyarországi
vezérképviselőjétől:
IFJ. STERN BERNÁT ÉS TÁRSAI
Budapest VI, Óutca 6. (Telefon 2-22),
vagy közvetlen az „Agfa” Verlag Berlin SO. 36-tól (Actien-Gesell-
schaft für Anilin-Fabrikation) a Röntgen-képekkel ellátott, tanulságos,
62 oldal terjedelmű iratot:
»Einführung in die Röntgen-Photographie«
von Dr. phil. John Eggert, Privatdozent an der Universität Berlin.

Palace-Sanatorium **Semmering**
Főorvos: **Dr. VICTOR HECHT**

Felvilágosítással Wien részére: I., Schottenring 25/1. Telefon 23.626.

RÖNTGEN ÉS ELEKTROMEDIKAI BERENDEZÉSEK
QUARZLÁMPÁK LÜDERS ÉS KANIS
raktárról kaphatók Budapest VII. Miksa-u. 5. T.J. 130-26

EGY POHÁR TEJBE
3 KÁVÉSKANÁL
DE WANDER
OVOMALTINE
60^o-KAL
EMELI A TEJ
TÁPÉRTÉKÉT