

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:

Friedrich László: A modern phisico-chemiás vizsgálati módszerek alkalmazása a gyomordiagnostikában. (195—198 old.)

Torday Árpád: Nagyobbfokú vérzéssel járó vérhas esete. (198—199. oldal.)

Kubányi Endre: Newyorki tapasztalatok. (199—200. oldal.)

A Bpesti Kir. Orvosegyesület 1923 ápr. 28-ikán tartott ülése. (200—201. oldal.)

A német belorvostársaság XXXV. kongresszusának üléséről. (201. oldal.)

A budapesti kir. Orvosegyesület otologiai szakosztályának április 12-iki ülése. (202. oldal.)

A Közkórházi Orvostársulat 1923 április 25-iki ülése. (202. o.) Lapszemle. *Belorvostan.* — *Sebészet.* — *Orthopaedia.* (203—204. oldal.)

Könyvismertetés. (204—205. oldal.)

Vegyes hírek. (205. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A modern phisico-chemiás vizsgálati módszerek alkalmazása a gyomordiagnostikában.

Írta: Friedrich László dr., v. egyet. tanársegéd.

A törekvés, hogy a gyomor működésére más módon, mint direct vizsgálattal következtessünk s így a gyomorsondát, mely sokszor subjektiv kellemetlenséget okoz a betegnek, kiküszöböljük, régóta fennáll; így emlékeztetek csak a vizeletsav s pepsin meghatározására az emésztés alatt, a Sahli-féle gluteacapsulákra, az amerikaiak által ajánlott methylenkék próbára stb., de ezek egyike sem tette nélkülözhetővé a direct, a sondával való vizsgálatot. Csak egy eljárásról akarok röviden megemlékezni, mely nem tartozik a szorosan vett physikális-chemiai methodusok közé, de talán hivatva lesz egyes esetekben a sondát helyettesíteni. Előre is jelzem, hogy nem a gyakorlatban is kivihető eljárásról van szó (hiszen az előbbieknél is az exact quantitativ methodusokról szóltam). Mint tudjuk, a szervezetnek az a törekvése, hogy nedveinek reakcióját egy megfelelő, ugyanazon nívón tartsa. Az emésztés alatt a gyomorban sok sósav s így Cl ürülvén, ez a szövetekből és vérből elvonatva, ott sok Na-ion szabadul föl, s a CO_2 egy részét bicarbonáttá köti meg és ezáltal a fix alkaliák szaporodnak, hogy a vér neutralitása megóvassék s szabad CO_2 retineáltatik azáltal, hogy a légzés lassúbbá válik. *Michaelis* s *Henderson* szerint u. i. a vérben a következő egyensúlyú állapot áll fenn: $\frac{\text{CO}_2}{\text{NaHCO}_3} = K$

(konstans). *Slyke*, *Stillmann* és *Cullen* étkezés előtt és után megmérve a CO_2 partiális nyomását a kilégzett levegőben, azt látták, hogy evés után ez rendszeren növekszik. Utóbbi időben amerikai és japán autorok, főleg *Kauders* és *Porges* (Wien) végeztek ez irányú vizsgálatokat s azt találták, hogy az étkezések után a sósavkiválasztással parallel növekszik a CO_2 partiális nyomása is, míg anaciditásnál ez nem következhetett be. Az amerikaiak ily meghatározásokkal az emésztésnek — CO_2 -ben kifejezve — éppoly görbéjét kapták, mint a gyomortartalomnál a HCl-értékekben.

A gyomor functionális vizsgálatának alapját *Boas* és *Ewald*-nak az az ötlete adta meg, hogy egy bizonyos ingert: 400 cm^3 teát és egy zsemlyét (35—40 gr) adnak éhgyomorra és az elfogyasztás utáni egy órával ezt sondával kiemelve, összehasonlítási alapot nyernek. A gondolat maga helyes és jó volt. De arra a meglepő eredményre

kell jutnunk, hogy e próbának legelemibb feltételeit sem tartják be. Részben több vagy kevesebb folyadékot adnak, részben a zsemlye vagy kenyér összetétele nem azonos, másrészt a legönkényesebb időkben veszik ki a próbareggelit. Ha a gyomornak csak secretorikus működése lenne, úgy a hibaforrás is kisebb volna, de szem előtt kell tartanunk a következőket is: 1. a gyomor nem egy zárt cső, hanem alul s felül más testürökkel közlekedik; felülről állandóan jut bele nyál s oesophagusnyák, alulról meg a duodenum váladéka: epe s pancreasnedv (*Boldireff*, *Volhard* stb.); 2. a próbareggeliből mennyi távozik el vagy marad benn a vizsgálati idő alatt, ez első sorban a motilitástól s a pylorus állapotától függ; 3. a secretió nem minden egyennél indul meg azonnal a bevett étel után és nem mindenkinél hasonló s egyenlő intenzitásban, hanem a legkülönbözőbb typosokat mutatja; e szerint a motilitás és secretio külön nem ítéltető meg, egyik a másiknak függvénye és előfordulhat, hogy a gyomor egyforma mennyiségű savat választott el két embernél, mégis az egyiknél gyorsabb lévén a motilitás, a savérték magasabbnak látszik; 4. gondoljunk csak a psychikus ingerek által okozott különféle változásokra (*Heyer*, *Longheinrich* legújabb vizsgálatai). Mindezekből megérthetjük azt, hogy a próbareggeli és ebéd is — mert ugyanez áll az ebédre is — a secretiónak csak egy kis phasisát adja vissza s a legkülönbözőbb tényezők behatása alatt áll.

Azon célból, hogy a secretio egész lefolyását tanulmányozhassuk, már régebben különböző eljárásokat ajánlottak: így *Ehrenreich* Nelaton-kathetert vezetett a gyomorba s tojás és tejtáplálék felvétele után $\frac{1}{4}$ -óránként kiszívott egy bizonyos mennyiséget vizsgálat céljaira. Ugyanígy járt el *Skaller* is, *Liebig*-húskivonatot alkalmazva.

Amerikai szerzők, *Rehfuss* és *Hawk* zabkása evését ajánlják és amellet vékony csövön át szivattyúzzák ki időközönként a gyomor tartalmát. Ez az eljárás Amerikában igen elterjedt és bevált. Magyarországon *Székely* végzett ily irányú vizsgálatokat.

En 5%-os alkoholból 300 cm^3 -nyit fecskendeztem be a duodenal-sondán át a gyomorba és $\frac{1}{4}$ -óránként 10 cm^3 -t húztam ki ebből a fecskendővel. Ily módon egész meghatározott typosait nyerjük a secretiónak, ha koordinata-rendszerben tüntetjük föl az eredményt olyképen, hogy az ordinata a sav- s pepsin-egységeket s az abscissa az időt mutatja.

De nemcsak a vizsgálati módszereink nem ideálisak, hanem az eljárások, amelyekkel a leírt módokon nyert gyomortartalmat vizsgáljuk, sem pontosak és nem felelnek meg a modern követelményeknek.

A gyomortartalomban két dolog érdekel bennünket, főleg a savértékek és a pepsin. Eddigi felfogásunk alapján

meghatározzuk a szabad sósavat, a kötött savat s az összaciditást, mégpedig úgy, hogy $1/10$ normallúggal neutralizáljuk, egy bizonyos indicator igénybevételével; leginkább bevált a Töpfer-féle reagens, melynél dimethyl-amidoazobenzolt használunk a szabad — s phenolphthaleint az összes sav megállapítására. Az elhasznált $1/10$ normallúg cm^3 -eit tízzel szorozva, megkapjuk Javorszky szerint az elhasznált savértékeket, melyek az orvosi köztudatba mentek át.

Ez a methodus, ha mindig ezt használjuk, összehasonlító értéket ad s noha csak erről van itt szó, tényleg ezek az értékek hamisak. A gyakorlati életben ellenben a próbák lényegében való hibák miatt is egészen irreleváns, hogy pontosan ragaszkodjunk a titrációs számokhoz, mert csekély differentiák igazán nem számítanak. Mert az, hogy valakinél pl. 35 vagy 45 a szabad sósav, az egészen mindegy, a fontos, hogy tudjuk: több, kevesebb vagy megközelítőleg normális értékei vannak-e. Ezen célból már évekké elelőtt egy eszközt konstruáltam, mely néhány pillanat alatt megközelítő értéket ad a gyomor sósavtartalmáról. Az eszköz azon a megfigyelésen alapszik, hogy a kongópapíros különböző sósavoldatokkal szemben különféleképpen viselkedik és különböző színárnyalatokat vesz föl. Így különböző ismert sósavoldatok segítségével egy kongó-színskálát készítettem. Az eljárás menete az, hogy egy csepp gyomortartalmat kongó-papírra cseppentve, összehasonlítjuk a színskálával és mindjárt le is olvashatjuk a keresett értékeket. Ez a skála egyáltalán nem tart igényt arra, hogy pontos mértékeket szolgáltatson, de approximativ, a gyakorlati életben előforduló igényeknek elegendő.

Miért nem alkalmas a titrációs eljárás a gyomornedv vizsgálatában és mik a hibái?

Hogy erre megfelelhessünk, röviden meg kell emlékeznünk a gyomortartalom összetételéről, a szabad sósav és a kötött sósav fogalmát pedig revisió alá kell vennünk. Tiszta gyomornedvet a legritkább esetekben nyerünk, mert még az éhség és éhezés alatt nyert váladék is kevert valami nyállal, regurgitált duodenal-váladékkal stb. Még inkább áll ez a használatos gyomorpróbáknál nyert váladékokra. Ezek tartalmazznak erős savat (HCl), gyenge organikus savakat (phosphorsav, tejsav stb.), savanyú sókat és a fehérjék emésztésekor fellépő hydrolytikus productumokat: fehérjechlorhydratokat stb. Régente azt hitték, hogy a sósav mint praeformált molekula van jelen, ez az úgynevezett szabad sósav s az, mely a fehérjéhez volt kötve, az úgynevezett kötött sósav. Mármost titrálásakor azt képzeltük, hogy a lúg egy megfelelő savmennyiséget leköt és ez felel meg a sósavértéknek. Pedig ez korántsincs így. A physico-chemia e téren egészen meg kell hogy változtassa nézeteinket és eddigi felfogásainkat.

Tudjuk, hogy egy sav, és így a gyomorsav is, nem lehet praeformált állapotban jelen, hanem disszociált állapotban H- és OH-ionokban. Minél erősebb a sav, annál több H-ion van szabad disszociált állapotban. Ezen H-ion concentratio méréke a H-ionszám, mely azt fejezi ki, hogy egy literben hány gramm foglaltatik. Mivel ez rendszerint igen csekély, gyakorlati szempontokból ennek negatív logaritmusát szoktuk használni és H-ionexponensnek nevezzük és Ph.-val jelöljük.* Mi történik mármost a titrálásnál?

Ezen keverékbe lúg kerülén, az egész disszociálás állapota megváltozik, mert a nem disszociált állapotban lévő H-ionok a sóképződés folytán szintén felszabadulnak és az egyensúlyváltozás oly savértéket mutat, mely eredetileg nem is volt jelen. Ideális titrálást csak úgy lehetne elképzelni, ha olyan eljárásunk volna, mely az anionok leválását a titratio alatt megakadályozná. Sajnos, ilyen nem rendelkezőnk. De ez még nem egyetlen hibája a titrációnak, mert még a következő hibák történnek: a fehérjék megkötik a lúg egy részét, másrészt az indikátorok átmeneti pontját megváltoztatják. Néhány szóval ki kell itt tennem az indikátorokra is. Ezek gyenge savak vagy basisok, melyek disszociált állapotban más színűek, mint ion-állapotban. Eddig azt hittük, hogy az indikátorok más és más sav minőségére

* A normális gyomortartalom Ph.-ja 1.4—2.4 között mozog; ami 1.4-nél alacsonyabb, az hyperacid s 3-nál már a teljes anaciditás kezdődik.

másként reagálnak, de az újabb physico-chemiai kutatások eredménye alapján mutatták ki, hogy minden indikátor átmeneti pontjának, tehát színváltozásának más H-ionconcentratio felel meg, azaz csak mennyiségbeli eltérést mutatnak ki. Néhány hibájára kell még az indikátoroknak rávilágítanom, hogy a következőket azután megérthessük. Vannak indikátorok, amelyeknek nagy ú. n. sőhibájuk van, azaz a neutralsók is befolyásolják az átmeneti pontjukat, nemcsak a H-ionok; ilyen például a methyl-ibolya. Főhibájuk az indikátoroknak az ú. n. fehérjehibájuk, mert ezek hol savhoz, hol lúghoz kötődnek, melyek más színeket eredményeznek, de lecsapódást is okozhatnak. E fehérjehiba elkerülésére legalkalmasabb az ú. n. fehérjeszegény próbareggeli, mint erre még később ki fogok térni. Ha tehát eddig a titrációnál az indikátorokat úgy tüntettük fel, hogy ezek csak a szabad sósavat mutatják, míg mások a többi savakat vagy az összaciditást, úgy azt kell mondanunk, hogy ez egy fictiv feltevés, amennyiben a használt indikátorok csak önkényesen lettek beiktatva a sav értékváltozásának menetébe, s a dimethyl-amidoazobenzol egyik oldalán s phenolphthalein a másik oldalán tehát nem specifikus fokmérője a gyomornedv savtartalmának, inkább csak subjektív értékeket adnak. A szabad kötött sósav fogalma helyett helyesebb, ha a következő fogalmakkal ismerkedünk meg:

A szabad disszociált állapotban lévő H-ionok adják meg nekünk a mértékét annak, hogy milyen emésztőképese a gyomortartalom. Ezt az úgynevezett *actualis aciditást* kell nekünk megállapítanunk. Ennek megállapítása a titrációnal exact úton nem lehetséges. Ha egyeznek az értékek, úgy ez csak véletlenül múlik, mert a hydrolysis-tól függ. Még a Günsburg-reagens adja a legjobb értékeket és a fehérjementes próbareggeli után nyert gyomornedv váladékok. A H-ionconcentratio (vagy amit gyomortartalommal vele egyenértékűnek tekintünk) meghatározásának legexactabb eljárása a Michaelis-féle gázlánc-eljárással történhet. De ez nehéz és bonyolult eljárás, amely csak jól felszerelt laboratóriumban lehetséges. Ezért igyekezzek oly eljárásokat alkalmazni, amelyek a gyakorlati életben is könnyen keresztülvihetők. Mielőtt ezen eljárások ismertetésére áttérnék, röviden a *potentiális aciditás* és *összaciditás* kérdésére is ki kell tennem. A nem disszociált állapotban lévő, de felszabaduló H-ionok összessége adja a potenciális aciditást. Ennek megállapítása direct úton nem lehetséges, de értékét megkaphatjuk, ha az összaciditásból levonjuk az actualis aciditást. Az összaciditást megállapítani nem tudjuk, de fehérjeszegény nedvnel a hydrolysis oly csekély, hogy a titrációnal érték egyezik a tényleges értékkel. Az összaciditást megkapjuk, ha a neutrálpontig titrálunk, indikátorul tehát vagy az e pont körül mozgó, vagy már az alkalikus közegben mozgóat válasszuk (phenolphthalein, α naphtholphthalein, lakmus). Miért fontosak nekünk e fogalmak? Az actualis aciditás adja a gyomornedv optimális savanyúságát, azt, amelyre a pepsin emésztéshez van szükségünk: azaz megadja nekünk, hogy emésztőképese-e, gyomortartalom-e, vagy sem. Az összaciditás a gyomor egész secretioképességének a tükré, azaz a gyomor munkájának a kifejezője. A potenciális aciditás pedig a gyomorban lévő savkötőképese anyagokról ad felvilágosítást, mely különösen nagyjelentőségű, ha egy fehérjementes próbareggelit alkalmaztunk, mert ilyenkor a savkötés csak a gyomor ürében lévő anyagoktól vagy a benne pangó ételrészekről eredhet. A fentiekben előadottakból többször hallottuk, hogy milyen fontossága van a fehérjementes próbareggelinek úgy a titrációnál, mind az indikátorok használatánál. E célra már régen próbálkoztak különféle anyagokkal: Fuld karamel-próbareggelit adott, Rauber 2%-os nádcukrot, Talma bouillont, Schaller Liebig-féle húsgivonatot. Mindezen eljárásoknak több-kevesebb hibájuk is van és főcéljuk a N.-mentes voltak volt, hogy a gyomorbennéjükben a Salamon-féle próbát megejthessük. Ehrmann 5%-os alkoholnak 300 cm^3 -ét ajánlotta. A magam tapasztalatai alapján ezen eljárást minden tekintetben csak ajánlhatom, a gyomortartalom kiemelése félóra mulva történik. Előnyei mellett elenyésznek azok a hátrá-

nyok, hogy a chymificatiót nem ítéltük meg, és hogy nem physiologiai inger és hogy néha a regurgitatio nagyfokú. Szakaszos próbareggeli céljára, mint említettem, szintén kitűnően bevált. Motilitásvizsgálatot is összeköthetünk vele, ha Lanz és Schaller ajánlatára phenolphthaleint teszünk hozzá és a színintenzitásból következtethe-

I. táblázat. (Egészséges gyomrú betegek.)

Szám	Név, kor	Kórisme	Próbareggeli			Ph	Pepsin	Megjegyzés
			mennyiség	rétegződés	titrations érték			
1. a)	J. M.	Myod. cordis	40 cm ³	—	41:52	1'5	A. P. R.	
b)	45 é.	Asthma	80 cm ³	20 f/60 sz	39:62	1'5		
2. a)	A. J.	Sclerosis	20 cm ³	—	34:40	1'8	A. P. R.	
b)	32 é.	polyinsularis	60 cm ³	40 f/20 sz	32:60	1'7		
3. a)	B. W.	Dystr. adip.	100 cm ³	—	27:36	1'5	A. P. R.	
b)	55 é.	genitalis	90 cm ³	80 f/10 sz	32:44	1'5		
4. a)	K. J.	Polyneuritis	20 cm ³	—	70:84	1'7	A. P. R.	
b)	47 é.		80 cm ³	50 f/30 sz	24:40	1'7		
5.	H. A.-né	Obstipatio	30 cm ³	—	50:75	1'8 3'10	A. P. R. Shohl és King szerint ph = 1'8	
6.	W. E.	Chlorosis	210 cm ³	—	10:15	2'1	Izgakmak után gyomorpanaszok Röntgen-lelet	

Rövidítés: f = folyékony, sz = szilárd rész, A. P. R. = alkoholos próbareggeli.

tünk a gyomor kiürülésére, persze a resorptio kérdése is belejátszik, — de ennek megítélésére eddig biztos eszközünk nincs.

Melyek azok a methodusok tehát, amelyekkel a H.-ionconc.-t, azaz az actualis aciditást megállapíthatjuk? A Sahli és Wezrumba által ajánlott jodometriás eljárás alapuló titrálás Lanz és Michaelis vizsgálatai szerint éppen azokban a hibákban szenved, mint az egyéb, és fentebb megbeszélte titrations eljárások. A legalkalmasabb és legcélszerűbb eljárás az ú. n. colorimetrikus methodus, amelynek lényege röviden az, hogy az indikátoroknak egy sorozatát állítjuk fel, amelyeknek átmeneti pontja más és más H.-ionconc.-nak felel meg és a meghatározandó folyadékkal összehasonlítjuk. Minden indikátorszínről már előzőleg exact úton a gázláncal megállapítottuk, hogy mely H.-ionconcentrationnak felel meg és ezen összehasonlításból a színleolvasás alapján következtethetünk. Az eljárás roppant egyszerű, gyors és a modern phisico-chemiai felfogásunknak mindenben megfelel. Már Christiansen, Sörensen és Lanz ajánlottak ilyen indikátorsorokat. A Michaelis által ajánlott indikátorsorral végeztem magam is vizsgálataimat. Az eljárás különböző, aszerint, hogy a vizsgálendő gyomornedv a kongó-papírt megkérdi-e vagy nem. Ha megkérdi, akkor a kristályibolyának 0'03:150-hez való oldalát használjuk mint indikátort. Ez magában foglalja az 1'2—2'4-ig terjedő Ph. értéket. A kivétel úgy történik, hogy megfelelő hígításokat csinálunk $\frac{1}{10}$ HCl.-oldatból, melynek Ph.-t ismerjük, ezután 10 cm³ gyomornedvet is lemérünk, és ezek mindegyikéhez 0'5 cm³-t adunk a kristályibolyából. A színek összehasonlítása az úgynevezett comparatorban történik. Ha a kongó-papír nem kékül meg, akkor a következő indikátorsort használjuk: m. nitrophenol, p. nitrophenol, J. dinitrophenol, β dinitrophenol. A gyomornedvhez két cseppet adunk az indikátorokból, és amelyikkel sárga színt ad, azt használjuk. Különböző hígításokkal és a színek összehasonlításával egy értéket kapunk, melyből egy táblázat segítségével a Ph.-t kiszámíthatjuk. Míg a kristályibolya különböző színárnyalatai nem tartósak és mindig frissen készítenedők, addig a különböző nitrophenolok hónapokig elállnak és készen is kaphatók beforasztott csövekben.* Ezen eljárásnál még sokkal egyszerűbb — amennyiben csak egy indikátort vesz igénybe — két amerikai autor, Shohl és King által 1920-ban ajánlott

* Vereinigte Fabriken f. Laboratoriumsbedarf Berlin.

methodus. E szerzők ugyanis azt találták, hogy a thymol sulphophthalein 0'2%-os alkoholos oldata savi közegben vörös színű, míg alkalikus közegben narancssárga színt ad. Standard oldatokat készítenek KCl. és HCl. keverékéből és ezek Ph. 1'3—3'0-ig terjednek, tehát a hyperaciditástól az anaciditásig. Úgy a standard-csővekhez, mint a vizsgálendő gyomorbennék 1 cm³-éhez, melynek szűrve kell lennie, egy csepp indikátort teszünk és ezután éppúgy, mint a Michaelis-féle eljárásnál, comparatorban összehasonlítjuk a színeket. Egy tabellán leolvashatjuk azután a Ph.-t.

Reiss tanár úr jóvoltából és szívességéből Frankfurtban magam is hozzájutottam ez indikátorhoz; tapasztalataim és számom vizsgálatom alapján is mondhatom, hogy nagyon gyorsan és prompt megbízhatóan működik. Saját vizsgálataim, melyekre példát a mellékelt két tabellán szolgáltatok, ahol az egyikben a gyomorbetegségben, a másikban egyéb betegségben szenvedő egyének gyomortartalmának vizsgálata szerepel, összehasonlítva a titrations eljárást a Ph.-val, azt mutatták az indikátor-methodussal, hogy néha tényleg nagy incongruentia áll fenn a titrations érték és a Ph. között. Így volt alkalmam ezt egy betegemnél észlelni, kinek diffus gyomorpanaszai voltak és akinél egy chronikus appendicitis és ascendens típusú obstipatiót állapítottam meg, a próbareggeli titrations értéke 50:75 mutatott. Ezek szerint tehát kisfokú hyperaciditást kellett volna felvenni, míg Shohl és King eljárása szerint a Ph. 1'8-del volt egyenlő, tehát normális értéket mutatott. (I. tábla, 5-ik számú eset.) Fontosak az exact methodikával való eljárások anaciditásnál, mert a regurgitatio foka egy csapásra szemünk elé tárul. Így egy esetben a titrálás achylia mutatott és Ph. oly értékeket, melyek csak a pancreas nedvének felelhetnek meg. (II. tábla, 7a.) Azonkívül összehasonlító vizsgálataim az alkoholos és rendes próbareggeli között azt mutatták, hogy az alkoholos próbareggelinél a Ph.-érték rendszerint magasabb, mint a normális Boas-Ewald-féle reggelinél, ami a fentebb elmondottak alapján érthető is. Míg máskor anaciditásnál előfordul, hogy oly Ph.-értékeket kapunk, amelyek mellett még emésztés lehetséges, holott sósav nem lehetett jelen és így más savak H.-ionjai okozzák ezen Ph.-értékeket.

II. táblázat. (Gyomorbetegség.)

Szám	Név, kor	Kórisme	Próbareggeli			Ph.	Pepsin
			mennyiség	rétegződés	titrations érték		
1. a)	B. K.	Ulcus ventriculi ¹	104 cm ³	—	65:75	1'1	2'45
b)	43 é.		110 cm ³	65f/45sz	82:97	1'1	
2. a)	S. K.	Achylia gastrica ²	285 cm ³	—	0:4	2'575	3'575
b)	70 é.		490 cm ³	315f/175sz	0:10	3'575	
3.	G. B.	Tabes dorsalis crises gastriques ³	240 cm ³	130f/110sz	30:42	1'5	3'70
4.	K. M.	Gastritis acuta ⁴	40 cm ³	8f/32sz	5:50	2'9	
5. a)	S. L.	Ulcus ventriculi ⁵	210 cm ³	—	35:42	1'3	1'1
b)	53 é.		115 cm ³	45f/70sz	34:47	1'1	
6. a)	Sch. L.	Pylorus stenosis ⁶	450 cm ³	325f/125sz	8:18	2'3	2'0
b)	46 é.		200 cm ³	—	16:30	2'3	
7. a)	S. Sch.	Achylia gastrica ⁷	50 cm ³	20f/30sz	0:6	7'345	7'72
b)	39 é.		23 cm ³	—	0:4	7'72	

Megjegyzés: ¹ A. P. R. ² A. P. R. d. nitrophenollal. ³ Alkoholreggeli után pepsin: 3'10. ⁴ Shohl és King szerint: 3'0. ⁵ Shohl és King szerint: 1'2; Röntgen-vizsgálatnál: Houdek-f. torok. ⁶ Tejsav: +, zsir, keményítő, izom; A. P. R. maradékok. ⁷ Diastoseérték: 1000 egység felett.

Az alkoholos próbareggeli után a Ph. maximális értékét kb. félóra múlva nyeri el. Ily irányú vizsgálatok derítették ki azt, hogy a fermentumok munkája egy megfelelő Ph.-optimumhoz van kötve. Sörensen azt találta, hogy a pepsin optimuma 2—1'52, Michaelis, hogy 1'77—2 között van, míg

a csecsemő-gyomra magasabb Ph.-tartalmú és ez a Lipaze optimumának felel meg. Nem mulaszthatom el azonban azt sem, hogy rámutassak arra, miszerint több oldalról a gyomor emésztésének ezen kizárólag H.-ion-theoriás elbírálása ellen kifogásokat emeltek. Így *Christiansen* azt állítja, hogy a Günsburg-féle reagenssel való litálás éppoly adatokat eredményez, mint a Ph.-értékek. Rámutat arra, hogy a kongószámok a fehérjéhez kötött sósavértéket is adják.

Ezzel szemben Traube bár elismeri a H.-ionok meghatározásának fontosságát a fermentumok emésztésénél, de az egyéb physico-chemiai tényezőknek is tulajdonít jelentőséget, így különösen a duzzadásnak és rámutat arra, hogy a duzzadás optimuma összeesik a H.-ion optimumával a gyomornedvnek. Valószínűnek kell tartanunk, hogy középen van az igazság és az egyéb colloid változásoknak is jelentőségük van az emésztésben a Ph.-n kívül. Van-e valami gyakorlati jelentősége ezen új savtheoriának és a H.-ion meghatározásának? Azt kell mondanom, hogy eddig nem, de exact vizsgálatoknál és tudományos kutatásoknál, különösen mikor az emésztés egész menetét akarjuk tanulmányozni, elengedhetetlen fontosságúak és belőlük máris sok új és megtermékenyítő gondolat fakadt.

Áttérek röviden a pepsin meghatározására. Tudjuk, hogy erre a legkülönfélébb eljárásaink vannak. Így a Mett-csővek, a Volhardt-, Gross-, Fuld-féle kvantitatív methodusok, legújabbán pedig Jarno ajánl egy egyszerű, gyorsan végrehajtható eljárást. Mindezen methodusok hátránya, hogy abszolút értéket nem adnak, egységük nincsen, hanem csak relatív értéket adnak. Ily methodust ad úgy látszik a kezünkbe Shorer és Reiss eljárása. Ők a pepsint a refractometrikus eljárással határozzák meg. Tudjuk, hogy egy oldat refractiója elsősorban annak fehérjetartalmától is függ. Az eljárás a következőkben áll:

A szűrt gyomornedvnek megnézzük a refractióját akár az Abbé- vagy Pullfrich-féle refractometerrel, azután 10 cm^3 -hez 0.5 cm^3 tojásfehérjét téve, két órára betesszük a thermostatba és újra meghatározzuk a refractiót. A két értéket egymásból kivonva, kapjuk az emésztett értéket, melyet, a tojásfehérje refractióját a különböző hígításokban ismerve, abszolút értékben is kifejezhetünk, különösen ha megadjuk mellé — ez a fontos — a Ph.-értéket is. Magamnak is volt alkalmam meggyőződni ezen módszer gyors, használható voltáról (l. a táblázatot). A mindennapi gyakorlatban a pepsin meghatározására nincs szükségünk, mert ha van sav, akkor pepsin is van; igaz ugyan, hogy ha nagyon sok a sav, a pepsin tönkremegy, ha pedig nincs sav, tehát achyliánál, lenne értelme meghatározásának, mert épp ilyenkor prognostikai és therapeutikai értéke nagyon is van. Az egyéb physico-chemiás methodusokkal gyorsan végezhetünk, t. i. egyik sem nyert polgárjogot és a gyomordiagnostikát egy lépéssel sem vitték előre. A fagyponcsökkenés, mely a gyomortartalomban alacsonyabb, mint a vérben, csak a molekuláris koncentrációt mutatja. A viscositás mérése sem hozott új irányokat. A felületi feszültség meghatározásával a legutóbbi években *Boenheim* foglalkozott, az egyetlen, amit talált, hogy étkezés közben a felületi feszültség csökken s függ a vér, a táplálék és az éhségsecretiótól, praktikus meghatározása bár a Traube-féle stalagmometerrel nagyon könnyű, de nagyon sok a hibaforrás, így pl. a legkisebb keveredés epével, peptonokkal, zsírsavakkal már nagy változást idéznek elő a kapott értékekben.

Összefoglalva a mondottakat, a következőket állapíthatjuk meg:

1. A próbareggeli és ebéd nemcsak a secretiónak mértéke, de nagyrészen a motilitás befolyása alatt is áll, a kettőt egymástól elválasztani ma még nem tudjuk.
2. A próbareggeli az egész secretiónak csak egy phasisát adja vissza.
3. A secretio egész menetét csak szakaszos próbareggelivel lehet tanulmányozni. E célra jól bevált az 5%-os alkohololdatnak 3000 cm^3 -nyi mennyisége.
4. A savértékeket exact meghatározni csak H.-ion-exponens (Ph.) megállapításával lehetséges.
5. Erre a célra a Michaelis-, és a Shohl és King-

féle eljárás az indikátorsorral igen jól bevált s gyakorlatilag is könnyen keresztülvihető. A savi értékek meghatározására is alkalmasabb theoretikus szempontokból az alkoholos próbareggeli.

6. A mindennapi gyakorlat szempontjából mellékes a sósav pontos meghatározása, csak azt kell tudnunk, van-e több vagy kevesebb a normálisnál.

7. Pepsin meghatározására a refractometriás eljárás igen alkalmas.

Nagyobbfokú vérzéssel járó vérhas esete.*

Írta: Torday Árpád dr. egyet. m. tanár, kórh. főorvos.

Heveny vérhas esetében az általános gyengeség és az általános mérgezést jelző szenvedő arc mellett a dysenterias hasmenés, a vele kapcsolatos tenesmus és a has-táji fájdalom uralkodik a képen. A hasmenés kezdetben semmiben sem különbözik a közönséges enteritistől. Csakhamar azonban híg és vizes lesz és nyálkacsomócskák-ból álló szemcsék úsznak benne. E szemcsék később üvegszerű csomókat alkotnak, melyekre a nyálkahártya gyulladása folytán vércsíkok rakódnak. Ekkor az ürülék képe megváltozik és véres volta lép előtérbe. Súlyos esetekben a vér, genny és nyálka mellett nyálkahártyacafatok is láthatók. A széketét véres volta mind kifejezettebb lesz, véres nyálkával van áthatva és helyel-közzel lehet csak a pirosszínű tömegben nyálkarészeket fölismeri. A széketét tisztán véres is lehet, aminek oka nem annyira a mélyben fekvő fekélyes folyamatokban, mint inkább a nyálkahártyának nagyfokú gyulladásában keresendő. Nagyobbfokú, a typhusra emlékeztető bélvérzéseket az irodalomban csak csekély számban találunk.

Jochmann könyvében csak mellékesen említi a nagyobb vérzéseket. *Raubitsek* azt írja, hogy csak súlyos esetekben támadhatnak profus halálos vérzések, miként más fekélyesedési folyamatoknál.

Közlendő esetem azért bír érdekléssel, mert két napon át nagyobb mennyiségű vér ürült.

A beteg 27 éves kocsirendező, akit október 15-én vettek fel a Szt. Gellért-kórházba azzal a panasszal, hogy öt nap óta híg, vizes, vércsíkos hasmenése van, naponta gyakran székel. A colon ascendens- és a sigma-táját fájdalmasnak jelzi. A felvétel napján kilencszer volt véres, nyálkás széke. A szokásos kezelés dacára a széketétek száma és külleme október 16-ig nem változik. A tenesmus, a gyakori véres széketét a beteget kimerítette és ezért physiologiás oldatot fecskendeztünk bőre alá. 28-án azután egyszerre mintegy 150 cm^3 aludtvér ürült a betegből. Utána igen halovány, pulzusa szapora, filiformis. 30-án minden egyes alkalommal nagyobb mennyiségű vér ürült a betegből. 31-én még hatszor és november 1-én kilencszer volt véres széke, de sokkal kisebb mértékben. A beteg állapotát azután fokozatosan javult, a gyógyulást azonban föltömirigylob késleltette. A megfigyelés egész tartama alatt 38° -ig terjedő szabálytalan lázai voltak, a vérzés beálltakor a hő 36° -ra süllyedt.

A betegen mindjárt a felvétele után Widal-reactiót végeztem és vérének bakteriologicus is megvizsgáltattam, negatív eredménnyel. Minthogy a bélvérzés miatt typhussal szövődésre kellett gondolnom, újból végeztem vérvizsgálatot, azonban ezúttal is negatív eredménnyel. Typhus jelenlétét egyébként kizárta a szabálytalan láz, továbbá, hogy a lépet nem lehetett tapintani, ileocoecális korgás és roseola nem volt. Bradycardia is hiányzott. Viszont, hogy csakugyan dysenteriaival volt dolgunk, mutatja az a körülmény, hogy a vérzés beálltaig naponként 5—9-szer volt véres-nyálkás széketéte és a bélvérzés megszünte után is még mindig 5—6 széke volt naponként, míg végül 23-ától naponta csak egy rendes széke lett. A kifejtett okokból a három napig tartó nagyobb bélvérzést nem tekintettem typhusos szövödménytől eredőnek, hanem a dysenteriaival hoztam kapcsolatba.

Vérhas folyamán jelentkező nagyobb vérzések a ritka-

* Bemutatta az Orvosegyesület 1922. évi 2-ik tudományos ülésén.

ságok közé tartoznak, mert vagy tisztán typhusos eredésűek, vagy a dysenterianak typhussal való szövődése folytán állanak be. Így egy beteg teljesen láztalan állapotban typhusos anamnesis nélkül, profus bélvérzéssel szállítottak be osztályomra; a boncolás alkalmával azonban kiderült, hogy kis typhusos fekélyből történt a vérzés a betegség negyedik hetében. A hullából vett vér 1:200 arányban agglutinálta a typhus-bacillusokat.

Összefoglaló speciális munkákban említik, hogy súlyos vérhas eseteiben jelentkező erős bélvérzés per rexim támad a bélfekélyesedések folytán felsebzett erekből. *Balogh Ernő* azt hiszi, hogy dacára annak, hogy a vastagbelekben felette sok kifikélyesedés támad, nagyobb vérzés azért nem történik, mert egyebek között a dysenterias bélgyulladás által termelt fibrin a szövetre elég dús rétegben rakódva le, az érlelési időt mintegy betapasztja s így szabgátat a nagyobb fokú vérzéseknek.

Newyorki tapasztalatok.

Írta: *Kubányi Endre dr.*, az Erzsébet tud. egy. sebészeti klinikájának tanársegéde.

I. Az orvosképzésről.

Tanulmányutam egyhavi newyorki részét a Lenox Hill és Bellevue Hospital sebészeti osztályainak vezetői oly nagy szívességgel irányították és osztották be, hogy rövid ottartózkodásom ideje alatt betekintést nyerhettem az ottani klinikai és kórházi munkába.

Az orvosképzést szeretném először vázolni. Itt előre kell bocsátanom, hogy az elemi és középiskolai tanítás beosztása is más mint nálunk: nyolc évig tart az elemi (grammar school) és négy évig a középiskolai (high school) előtanulmány. Az egyetemi oktatás két részből áll. Az orvostanhallgatónak előbb el kell végeznie az általános ismereteket tanító három évet (premedical college) s csak azután iratkozhatik be a tulajdonképeni orvosi tantárgyakat tanító orvosi facultásra (medical school), mely négy évig tart. A háromévi college mintegy átmenet az iskola és az egyetemi között. Nem követel annyi fegyelmet, mint az iskola, de nem is ad annyi szabadságot, mint az egyetem. A college különösen természettudományi tantárgyak ismertetésére fekteti a fősúlyt s míg ezen három év alatt sok idő jut a sportra, addig a Medical Schoolban igen kevés idő jut szórakozásra. Az előadások látogatása kötelező, amit egyes Medical Schoolokban szigorú névsorolvasással, más Schoolokban csak az évvégi vizsgákkal igyekeznek biztosítani. A különböző államok egyetemein nem egyenlő a rendszer, de nagyjában hasonló. Az amerikai egyetemek általános praxisra nevelik hallgatóikat. A végzetek 90%-a általános gyakorlatba megy ki. Erre fekteti a tanítás és vizsgáztatás is a fősúlyt. Az általános és legfontosabb tudnivalókat, az egyes tantárgyak gerincét a tanárok mintegy betanítják hallgatóiknak.

A tankönyv megszerkesztésében és alapvázában is eltérést látunk. A tankönyvek nem tárgyalják pl. azt, hogy a tradíciók hatása alatt valamely műtétet azelőtt miképen, milyen módszerek szerint végeztek, hanem egyszerűen azt, hogy jelenleg melyik a legjobb eljárás.

Az egyetemekre igen jellemző, hogy nem mindnyájukat ismerik el egyenlő nivójúaknak, hanem megkülönböztetnek A), B) és C) egyetemeket. Az Egyesült-Államokban ma összesen 97 egyetem van, ezek közül a háború előtt nyolc tartozott az A) csoportba, ma körülbelül 30. Valamely egyetem létesülését nem az állam kezdeményezi, hanem magánosok. Rendesen aképen, hogy a tantárgyak tanítására szükséges erők összeállanak s egyetemi elismertetésüket kéri az illető államtól. Az egyetemek osztályozását mindig az egyetem saját maga kéri, amit egy külön bizottság állapít meg az egyetem fölszerelése, hallgatóinak száma és tudományos nivója szerint. Az osztályozásban igen nagy szerepe van a Rockefeller Foundationnak. Az orvosi oklevél megszerzése is különbözően nehéz, aszerint, hogy melyik egyetemen végez valaki. Orvosi újságokban a hirdetések között igen gyak-

ran lehet látni, hogy egyes állásokban pl. kizárólag A) egyetemen végzetek nyerhetnek alkalmazást vagy pedig azok részesülnek előnyben.

Az Európából kivándorló s az Egyesült-Államokban letelepedni szándékozó orvosnak az állami Egészségügyi Tanács által kiküldött vizsgálóbizottság előtt kell vizsgát tennie, még pedig mindig ugyanazon állam bizottságától kell az engedélyt (licenset) megszerezni, amely államban megtelepedni szándékozik. Amíg a licenset meg nem szerzi, addig orvosi rendelőt nem nyithat, ellenben más rendelőjében annak felelősségére dolgozhatik, kórházban állást nyerhet. A déli államok egyik-másikában, ahol még ma is nagy az orvoshiány, farmokon, gyári és bányatelepeken licenset nélkül is folytatható praxis. A licenset megszerzésében nem minden államban kell ugyanazon tantárgyakból vizsgázni. Newyork államban a következő tantárgyak kötelezők: bonctan, élettan, kórtan, gyógyszer-tan, biológiai chemia, sebészet, belgyógyászat, szülészet és nőgyógyászat, serologia és hygienia. Minden vizsga írásbelileg történik, rendszerint két napig tart, első napon az elméleti, második napon a klinikai tantárgyak anyagából, minden tantárgyból átlag 7—9 kérdésre kell megfelelni s meg van szabva, hogy a kérdésekre mennyi idő alatt kell a feleletet megadni. Az összes kérdések legalább 75%-ának kell kielégítőnek lenni. Aki 75% alatt felel meg, újbóli vizsgálatra utasítják. A vizsgáknál perfekt angol tudást követelnek, a vizsgálatra még szótárt sem szabad bevinni. Az Európából letelepedni szándékozó minden tekintetben ugyanazon elbírálásban részesül, mint az ott abszolvááltak. A vizsgálatok negyedévenként vannak, melyeknek időpontját és a bizottság tagjait az orvosi újságok már jóelőre jelzik. A vizsgázás tulajdonképen pénzkérdés, mert az, hogy hány-szor vizsgázhat valaki, nincs korlátozva.

Az engedéllyel rendelkező orvosnak nem okvetlenül szükséges, hogy megszerezze az amerikai állampolgárságot. Valamely hatósággal összefüggő állást azonban csak amerikai állampolgár orvos kaphat meg. A háború alatt, attól az időtől fogva, amikor az Egyesült-Államok is beavalkoztak, az orvosegyesületekben és orvosi klubokban nagy súlyt fektettek arra, hogy ki milyen országban tanult, s hogy amerikai állampolgár-e. Így pl. a háború alatt a Németországban tanult orvosokat a sebész-társaságból kizárták. Az amerikai állampolgárság megszerzésére az első lépés az, hogy az illetőnek ki kell mutatnia, jogosan lépett-e amerikai földre és be kell adnia az amerikai állampolgárság megszerzésére való kérvényét, ekkor megkapja az ú. n. első papírt, ettől számított öt év múlva, ha valamely hatóság részéről ellene kifogást nem emelnek, megkapja a második papírt s ezzel az amerikai állampolgárokat megillető jogokat.

Érdekes az egész gyógyszer-tar-rendszerük. Maguk az ottani orvosok mondják, hogy ritkábban előforduló, complicáltabb recepteket csak bizonyos, leginkább intézetek gyógyszer-táraiban merik megcsináltatni. Minden gyógyszerből számtalan sok különleges csomagolás áll rendelkezésre, melyek használata inkább reklamározottságtól függ. A vidéki gyakorlatban az orvos megszokott gyógyszerfajtáiból a táskájában visz magával s mindjárt a betegágyánál maga adja át a gyógyszert a betegnek. A mi gyógyszer-tárunknak megfelelő intézmény tulajdonképen nincsen, de annál több a drogéria, melyek valamennyien szinte egyenlően vannak berendezve. Az üzlet egyik oldalán felvágottat, szódavizet mérnek, a másik oldalon a legkülönbözőbb festőanyagok és eau de Cologne mellett a gyógyszerkülönlegességeket árulják.

A beteggel való érintkezés a lehető legudvariasabb, megfelel az amerikai általános gondolkodásnak, hogy aki fizet, annak a pénzéért előzékeny kiszolgálásban legyen része.

A kórházi orvosok beosztása, munkaköre kb. ugyanaz, mint a miénk. A newyorki nagy kórházakban egy-egy osztály 80—100 ágyból áll, melynek főorvosa, egy alorvosa és két-három segédorvosa van. Fizetést csak a fő- és alorvos kap. Az alorvos évente átlagban 1000 dollárt. A három segédorvost egy évre szerződötetik s az egy év letelte után a három segédorvosból a főorvos egyet kiválaszt alorvosnak s ezt újból egy évre nevezik ki. A segéd-

orvosok csak lakást és ellátást kapnak, fizetést nem. Ez a rendszer természetesen csak a newyorki nagy állami kórházakra vonatkozik és nem a magánintézményekre. Egy-egy orvos legfeljebb két évig maradhat egy kórház szolgálatában. Az ápolónők igen intelligensek. Fizetésük nincs arányban az orvosok fizetésével, vizsgázott ápolónő napi öt-hét dollár fizetést kap.

A kórházak, klinikák berendezése és felszerelése mindenütt a jómódot, a gazdagságot tükrözteti vissza. Így pl. az operált betegek mindenkor sterilizált ágyneműt, matracot kapnak. A súlyos betegek olyan szerkezetű ágyakban fekszenek, hogy csavar segítségével a beteget fel lehet az étkezéshez ültetni és szükség esetén Trendelenburg-helyzetbe lehet hozni.

Tanácsadóim irányítása szerint három intézetet igyekeztem megismerni: a Bellevue Hospitalt mint klinikát, a Lennox Hill Hospitalt mint közkórházat és a Post Graduate Hospitalt mint orvostovábbképzőt.

A Bellevue Hospital a mi Rókusunknak megfelelő nagy, hatalmas épülettömb, óriási forgalommal, egymás mellett elhelyezett öt műtővel, kb. 7000 beteggel.

A Lennox Hill Hospital a volt német kórház, ennek német jellegét nagy nehézségek árán ma is fenntartják, mert lehetőleg németül beszélő orvosokat alkalmaznak s a beteganyaga is majdnem kizárólag németországi kivándorló. A magyar középosztály is idetartozónak számítja magát.

Egészen különös, Európában nem ismeretes intézmény a Post Graduate Hospital, ahová csak végzett orvosok járnak továbbképzés céljából. Az amerikai orvos sajnálja ugyanis idejét, diplomája megszerzése után nem igen tölt éveket klinikán, hanem hat héttől hat hónapig terjedő kurzusra jár valamelyik továbbképzőintézet egyikébe. Ezek közül a legnagyobb és legnevezetesebb a Columbia-egyetem kötelékébe tartozó Post Graduate Hospital. Sebészek közül a legnevezetesebbek dolgoznak itt, Erdmann és Albee. Azokat a tanulmányokat, melyeket minálunk a gyakornokok évekig sajátítanak el klinikákon, ők igyekeznek minél előbb, pár hónap alatt drága pénzen megszerezni.

Amint a magyar munkás Newyorkban megbecsült és kevert, úgy a magyar orvostudomány nagyjainak nevét bámulatra méltóan jól ismerik, annak ellenére, hogy az öt éves háború miatt az irodalmi összeköttetés teljesen szünetelt. Az amerikai magyar orvosok legkimagaslóbb alakja, a kassai eredetű Gerster Árpád, éppen most hat héttel ezelőtt halt meg. Hosszú amerikai pályafutása alatt nagyon sok hívet szerzett magának nemcsak a magyarok között, hanem az amerikai tudósvilágban is, melynek mint a Columbia-egyetem rendes tanára, egyik vezető egyénisége volt. Engem február 12-én egy óras kihallgatáson fogadott; beszéltem kellett kortársairól, akikhez meleg szeretet fűzte, és kórházi és klinikai életünkről. Minden kivándorló, minden tovább utazó magyar orvos legelőször is őt látogatta meg, tőle kért tanácsot s ő mindenkit pártfogolt, mindenkinek tudott ajánló levelet adni. Egyik városbájában a sok hála- és köszönődiploma bizonyítja, hogy 40 év alatt nem tudott megváltozni, amerikaivá válni a szíve. A magyar származású szegényeknek és betegsegélyző egyesületeknek ő mindvégig ingyen orvosa maradt. Halálával a magyarok egy magát mindig magyarnak valló, humánus, nagy férfit, Amerika pedig általánosan elismert, Magyarországon tanult nagy tudóst veszített el.

(Folytatjuk.)

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 április 28-iki ülése.

Elnök: Hutya Ferenc. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis K.

Előadások:

1. Id. Liebermann Leó: A d'Hérelle-féle tünetny magyarázata modellkísérlettel. A tünetny rövid ismertetése után kiemeli annak d'Hérelle szerinti jelentőségét a fertőző betegségek fellépése, megszűnése és gyógyulása tekintetében s azon nézetének ad kifejezést, hogy itt csupán egy, az összes élőlényekre vonatkozó törvénynek speciális esetével van dolgunk. E törvény

szerint az anyagcseretermékek vagy sejtek széteséséből keletkező anyagok mérgezik azon lényeket, melyekből származnak, ha azon közegben, melyben az organismusok élnek, felgyülemlekednek. Előadó szerint a szóban forgó ú. n. „bakteriophagok” nem egyebek, mint ilyenféle anyagok, vagy, ami az összes körülmény tekintetbevételével még valószínűbb, enzimek, melyek minden élő organismus, tehát a bakteriumok belsejében is működnek olyanformán, hogy a tápanyagokat, de az élő organismus sejtjeinek protoplasmáját is — szétesés esetén — felbontják. Ezen proteolitikus, diastatikus stb. enzimek kijuthatnak a sejtekből (bakteriumokból) a körülöttük levő folyadékba, a hártályon áthatolva, vagy a sejtek felbomlásakor szabaddá téve és most már az újabbban hozzájuk jutott sejtekre (bakteriumokra) kívülről befelé éppen olyan bontó vagy emésztő hatást fejthetnek ki, mint amelyet kifejtettek akkor, amidőn még a bakteriumok alkatrészeit képezték.

Nézetét egy modellkísérlettel világítja meg, mely abból áll, hogy zöld malátát lemért mennyiségben ismert térfogatú vízbe tesz és ezt bizonyos ideig thermostatban állni hagyja. A kísérletek eredményét, melyeket a közegésszegtani intézetben Szakáll Sándor végzett, graphikonokban mutatja be.

A maláta főképen keményítőből álló endospermiumát a diastase feloldja. A keletkezett cukor, mely a bontás mértékét képezi, átmegy a vízbe, de kimutathatólag átmegy a diastase egyrésze és egy proteolitikus enzima is.

Ha ily folyadékba újra lemért mennyiségű malátát teszünk, ezt ugyanannyi ideig állni hagyjuk és e műveletet még néhány-szor megismételjük, kimutatható, hogy az időegységben képződött cukor (tehát az endospermium feloldása) folyton növekszik, mert a friss malátában működő enzima hatásához hozzájárul az is, amely a külső folyadékban van és onnan a malátaszemekbe bediffundál. Az egész tehát azt a benyomást kelti, mintha a maláta belsejét (a cellulose-burkokon belül levő részt) feloldó anyag folyton szaporodnék, ami teljesen analog a d'Hérelle-féle tünetnyvel, melyet d'Hérelle egy invisibilis, a bakteriumokhoz kötött parasitával magyaráz. A „bakteriophag” szaporodása szintén csak látszólagos, mert csupán akkor áll be, ha a bakteriumoldó folyadékhoz újabb bakterium kerül.

Röviden foglalkozik az ú. n. „Faches vierger”-ekkel (kopasz foltokkal), ezeknek Bail által adott magyarázatával, továbbá Dörr és Grüninger, Kruse és David, Jöten, Borchardt stb. közleményeivel és azt hiszi, hogy a d'Hérelle-féle tünetnynek is többféle oka lehet. Borchardt szerint p. o. maga a vékonybél proteolitikus nedve is előidézhetheti.

Hajós Károly: A bakteriophag anyag legnagyobb valószínűség szerint nem élőlény. Igen thermoresistens, 2—4 perces főzést elbírt. Ultrafiltrálható. A terapeutikai alkalmazás akadályai az, hogy resistens törzsek választódnak ki, melyek a lytikus hatásnak ellenállanak.

2. Flesch Ármán: A csecsemőkori spasmophilia kezelése kvarzfénnyel. Foglalkozik a spasmophilia kórjóslatával, hangsúlyozva annak komolyságát nemcsak a rohamok alatt, hanem a gyermekek későbbi sorsa szempontjából is. A kezelését illetőleg rámutat a tejelvonásnak és a tejmentesség megszorításának csupán korlátolt értékére, míg a gyógyszeres kezelésben a phosphoros csukamájolaj tartósan gyógyító hatását emeli ki szemben a többi eljárással (calcium, magnesium, sósavas tej, salmiak, sedatívumok, lumbalpunkció), melyek csak tüneti hatásúak. Huldshinsky, Sachs kvarzfénykezelési észleleteinek ismertetése után áttér a saját észleleteire. 14 esetben alkalmazta. A legfiatalabb hétnapos, a legidősebb 2¹/₄ éves volt; mindnyájuk csontrendszerén angolkóros elváltozások voltak. Latens esete nem volt; mind súlyos manifest eset, és pedig laryngospasmus 4, eklampsia + laryngospasmus 3, eklampsia + carpedalspasmus 3, eklampsia + carpedalspasmus + laryngospasmus 1, laryngospasmus + carpedalspasmus 2 és carpedalspasmus 1 esetben. A besugárzásokat naponta két ízben végezte, kezdve három percig, majd három perccel növelve egész 15 percig, de ezt csak egyszer naponta. A lámpatávolság 75 cm. Minden esetben gyógyító hatású volt. Legfeltűnőbb volt hatása az eklampsiára: két esetben nem jelentkezett többé görcsös roham.

Gyorsan befolyásolta a carpopedalspasmust és a laryngospasmust is; állagban hat nap körül szűntek meg, a facialis tünet pedig általában nyolc nap alatt. A villamos ingerlékenységet, melyet csak néhány esetben vizsgált meg, szintén jól befolyásolta.

Hat esetben enyhe tünetek újlag jelentkeztek, de újabb besugárzásra eltűntek. Ezért újabban 4–6 hétig végzi a besugárzásokat és így visszaesést már nem észlel. Feltűnően jól hat a gyermekek közérzetére is. A súlygyarapodás is általában elégtető. Öt esetben a besugárzásokat követően a fogak áttörését észlelte. Nagy előnye még az eljárásnak, hogy az étrenden nem kell változtatni, gyógyszeres eljárásra sincs szükség és az évszaktól, időjárástól függetlenül alkalmazhatjuk. A hatás magyarázatában nagyon valószínűnek tartja, hogy a quarzfény az anyagcserezavart gyógyítja.

Bókay János: Bár mindenben osztozik előadó fejtegetéseiben, óvatosságra int az eredmények megítéléséről spasmophilia és angolkór eseteiben. Újabban a heidelbergi Moro eosin belső adagolásával sensibilibálni igyekeznek quarzfény iránt az angolkóros szervezetet. A freiburgi gyermekklinika azonban tudtával nem láttak ettől különösebb előnyt.

Deutsch Ernő: „Ingyen tej” ambulatoriumában a gyógyítás és a prophylaxis szempontjából szép eredményeket észlelt. Igen jelentős az eljárás gyermekvédelmi hordereje s ezért talán a többfelől ajánlott olcsóbb szénlámpa is használható volna. A természetes napfény szerepét Hutchinson indiai észleletei alapján körvonalozza. A csecsemő- és gyermekvédelmi állomásokat (dispensaire) quarzkezelésre be kellene rendezni.

Flesch Armin: Eredményei feltűnően egyezők különösen Sachs-éival; nála is ugyanolyan sorrendben befolyásolta a quarzfény a spasmophilia különböző alakjait, így elsősorban az eklampsiát, ami nem lehet a véletlen játéka.

A német belorvostársaság XXXV. kongresszusának üléseiről.

(Wien 1923 ápr. 9–12-ig.)

III.

A kongresszus második napján délelőtt Löwenthal (Braunschweig). *Aggnyomás és apoplexia* címen tart előadást. Az arteriás vérnyomás és a koponyaüri nyomás egyensúlyi állapota hasonlítható a kerékpár-pneumatik felfújt gumitömlőjének és külső védőköpenyének egyensúlyi állapotához. Az arteriás nyomás jobban érvényre jut, ha a külső nyomás csökkent. Az agyvérzés kezdetén tehát a koponyaüri nyomást csökkentő érvágás nem indokolt és nem helyes.

Sternberg (Wien). *Stenocardia a mitrális billentyűbajban.* Szép anatómiai praeparatumokon mutatja, hogy a mitrális billentyű bántalmában észlelhető szívfájás úgy támadhat, hogy a táglalt és túltelődött bal pitvar az a. pulmonalis és a közötte levő szövetségben halad a. coronaria sinistrát összezorítja.

Hering (Köln). *Közvetlen-e vagy közvetett a szívgyátló vagusrostok ingerülete a vagusnyomáskíséletben?* 1906-ban egy arteriosclerosisos beteg carotisának tapintásakor, még mielőtt erősebb nyomást gyakorolt volna, pulsumegállást észlelt. **Czermak** is úgy írja le nyomáskíséletét, hogy jobboldalt a nyakon lüktető éret nyomott. Állaton a vagus teljes összenyomásával sem lehet vagusmegállást előidézni. Mindez azt mutatja, hogy **Czermak** kísérletében a vagushatás reflexes jelenség. **Winterberg** hozzászólásában megerősíti **Hering** felfogását. **Wenckebach** figyelmeztet arra, hogy a **Czermak**-kíséletnek különösen arteriosclerosisos egyéneknél erős hatása csak az első nyomáskíséletkor támad, de ismételt nyomáskor sokszor igen erős nyomást kell alkalmazni; a nyomáskísélet nyúlón is sikerül. **Biedl** szerint a nyomáskísélet hatásossága, intenzitása és a reactio minemősége belső feltétektől is függ, így pajzsmirigykivonat használata után élénkebb a reactio; ő is reflexesnek tartja a jelenséget. **Moser** szerint vagusnyomáskíséletkor már a bőr legcsekélyebb érintése is változást okozhat a lélegzés görbében. **Hering** a zárszóban **Wenckebach**-nak válaszolva hangsúlyozza, hogy a nyúlón végzett **Czermak**-kíséletkor elkerülhetetlen, hogy a géget félre ne nyomjuk és **Wenckebach** kísérletében a vagushatás reflexesen a gége felől is támadhatott.

Edelmann (Wien). *A mesoaortitis syphilitica kórképének sokféleségéről és annak klinikai analíziséről.* Az esetek egy részében az általános pangás, más részében a szívfájás a főtünet, aszerint, hogy melyik a. coronaria keringése szenvedett. A jobboldali coronaria megbetegedésekor, mint ezt állaton végzett lekövetési kísérlet is igazolja, májpangás és utóbb általános pangás fejlődik, míg a baloldali coronaria megbetegedése tüdőoedemat,

angina pectorist, galoppitmust, Cheyne-Stokes-lélegzést és pericarditis epistenocardicát okoz; mindkét oldali coronaria megbetegedésekor e tünetek összegeződnek.

A vitában **Wenckebach** vesz részt és közli, hogy klinikáján komoly kísérletek folynak az angina pectoris gyógyítására. Miután a betegség legfőbb tünete a fájás, a legfontosabb kérdés, hogy ez honnan ered? Régi felfogása az, hogy a fájás nem érgörcsből származó. **Clifford Albutt** minden esetben talál az aorta proximalis részében, az ú. n. supraaortalis ívben elváltozást; az angina pectoris tehát az aorta megbetegedése, és igaza van **Schmidt**-nek, ki e bajt aortalgának mondja. Az aortában ágazódik el a n. depressor és sikerült a n. depressor átvágásával gyógyító eredményt elérni. A műtétéről **Eppinger** (hat eset) számol be, melyek egy részében csak a baloldalon, más részében mindkét oldalon átvágták az ideget. Végleges eredményeket még nem közölhet, a műtét, melyet **Hofer** magántanár a Hayek-klinikán végzett, az adott anatómiai viszonyok folytán igen nehéz; a n. recurrens könnyen megsérülhet. Legszebb az eredmény egy 60 éves betegben ki 4½ év óta volt már munkaképtelen: műtét után ismét munkaképesé vált és fájdalomrohama azóta nem volt.

Mobitz (München). *Adat az emberi szív pitvar- és kamraműködés-intervallumának lényegéhez.* Vizsgálatai **Straub** fölfogását erősítik meg és **Wenckebach** felfogása ellen szólnak. Matematikai fejtegetései a referálásra nem alkalmasak.

Baur (Nauheim) és **Böhme (Bochum)** az oesophagusból elvezetett emberi electrocardiogramokat mutatnak, melyeken különösen jól látható a pitvar electrogramja; gyakran az ilyen pitvari electrogrammon a kamra electrogramjához hasonló kezdeti és végső lengések láthatók.

Schneyer (Gastein). *Mennyiben értékesíthető a láb érverésének hiánya az intermittáló sántítás kórfelismerésében?* A tünetet nem tartja körjező értékűnek, mert úgy tapasztalta, hogy a láb ereinek érverése, különösen télen, egészségesben is gyakran hiányozhat.

Edens és Romeis (St. Blasien). *Adat a digitalis hatás megismeréséhez.* A digitalis még teljes pitvarkamrai dissociációban adva sem veszélytelen. Esetükben a digitalis-adás után kamrai eredetű tachycardia fejlődött. A boncolás kimutatta, hogy egy elmeszesedett gócc az atrioventriculáris köteg folytonosságát teljesen megszakította.

Tornay (Budapest). *Az intraaortális befecskendezésről, mint hirtelen életveszedelemben alkalmazható új eljárásról.* 26 esetben próbálta ki eljárását, melyet hirtelen, pl. narcosisban beállott szívmegállás esetében az eddig ajánlott intracardialis befecskendezés helyett ajánl. A befecskendezést a beteg vízszintes fekvő helyzetében végzi hosszú, igen vékony tűvel, mellyel jugulumban, a szegycsont mögött hatol be. Hozzászól **von de Velden**, ki hirtelen szívmegállás esetén nagymennyiségű 25%-os cukoroldat gyors befecskendezését ajánlja a szívürbe.

Turan (Franzensbad). *Az intravenásan adott kálium hatása az emberszűre.* 0'60–0'80 gr káliumchlorid pulsuslassudást okoz, ajánlja calciumchloriddal együtt tachycardiában és pitvar-fibrillálásban.

Guggenheimer és Sassa (Berlin). *A purinderivatumok hatása a coronaria keringésre.* Langendorf-készítményen azt tapasztalták, hogy a különböző purinszármazékok közül az euphyllin a leghatásosabb és mintegy 80%-kal erősebben fokozza az átáramlást. Klinikai tapasztalásuk az, hogy az euphyllin, amely a kereskedelemben 1 cm³-es ampullákban kapható, 10 cm³ aqua destill.-val kell hígítanunk és egy percen át lassan kell befecskendeznünk a vénába.

Hediger (Zürich). *Tapasztalások a vömlömetriával.* Az eszközzel olyan sphygmographiás görbék nyerhetők, amelyek abszolút számban adják meg az érverés térfogatátlagát. Segítségével a tonuskülönbségeket regisztrálhatjuk és megkülönböztethetjük az állandó spasmust és a kinetikai tonust, melynek megkülönböztetésére **Pal** figyelmeztetett.

Schenk (Marburg a/L.). *A szív szénhidrát- és foszforanyag-cseréje.* Szívűson végzett vizsgálataiból azt következteti, hogy chloroformnarkosis előtt és után bőségesen kell adnunk szénhidrátot és foszforavat.

Frey (Kiel). *A peripheriás (tüdőeredetű) nehéz lélegzésről.* A nehéz lélegzésnek olyan alakja is lehetséges, amelynek eredete a peripheriás idegek izgmájából származik.

Verzár és Keller (Debrecen). *A capilláris vér gázanalízisének egy módszeréről.* Oly módszert dolgoztak ki, mellyel a capilláris vér oxigéntelítettsége klinikai célra is alkalmas módon határozható meg. Az arteriás és az ujhegyből vett capilláris vér oxigéntelítettsége gyakorlati szempontból azonosnak tekinthető: 88–97% között van. Egészséges emberben erősebb testi munka után sem csökkent. Nem csökkent compensált billentyűbántalomban szenvedőkben, de erősen csökkent pneumoniában. Vannak látszólag egészségesek, kikben testi munka után a keringés elégtelenségének tüneteiként az oxigéntelítettség 8–10%-kal csökkent.

(Folytatjuk.)

A budapesti kir. Orvosegyesület otologiai szakosztályának április 12-iki ülése.

Elnök: Krepuska Aurél.

Jegyző: Germán Tibor.

1. **Draskovich Aurél Ottó:** *Izolált haemangioma cavernosum a dobhártyán.* (Új Szt. János-kórház.) Egy 54 éves asszony három év előtt fülzúgás miatt jelentkezett; a jobb dobhártya hátsó-felső quadránsában egy 2 mm², élesen határolt, kékes-vörös foltot láttak, mely a nivóból nem emelkedett ki. Később ennek helyén kiemelkedő, dudoros felszínű, convex képlet nőtt, melyhez a megfigyelés ideje alatt táplálókerek fejlődtek.

Jelenleg a dobhártya hátsó-felső quadránsában egy rizszem nagyságú, a dobhártya nivójából erősen kiemelkedő, piros színű, fénylő hámmal fedett, puha tapintatú, néha pulzálást mutató, több táplálókérral ellátott újképződmény látható, mely a fejlődését, külalakját és a hozzá vezető táplálókereket tekintve, csakis haemangioma cavernosum lehet, ami az irodalom szerint izoláltan a dobhártyán ritkaság.

Liebermann T.: A terapiát illetve tapasztalata alapján a diathermiát ajánlja.

Draskovich: Diathermia alkalmazásától nem remél eredményt; ha beavatkozás szükséges, úgy műtetre vagy rádium alkalmazására gondolna.

2. **Götte Árpád:** *Füledetű abducens-bénulás.* (Megjelenik in extenso az Orvosi Hetilap-ban.)

Török Béla: Igen értékesnek tartja az esetet. Az egyidejűleg fennállott Horner-tünetcsoport és az ezoldali könnyelválasztás hiánya útmutatásul szolgált arra, hogy az abducens lefutásában hol keresendő a laesio s arra, hogy az infectio útja milyen irányt vett.

Krepuska Géza: Elfogadja azt a magyarázatot, hogy a jelen esetben az abducens-bénulás a carotis mentén betérjedő és a szomszéd abducensre áttérjedő fertőzés folytán keletkezett; azonban a sziklacsont megbetegedéseivel fellépő abducens-bénulásokra ezt általánosítani nem lehet, mert a fertőzés továbbterjedésének más útjai is lehetségesek. Így a sziklacsont perilabyrinth pulposus csontján befelé kúszó, sokszor műtéténél is körismézhető lobok nagyon is megmagyarázhatják a keletkezett idegbénulást; de ezenfelül lehetséges, hogy különösen fiatal egyéneknél a hiatus subarcuatus kitöltő duracsomó, mely ezeknél szervesen összefügg a dobüregi kötőszövetrel, módot ad abducens-bántalomra, amit ő nem is annyira az ideg lobjának, mint inkább az ideg strangulatiója eredményének tart, mert csak így érthető, hogy a dobüregi retentio megszüntetése esetén a bénulás néhány nap alatt elmúlik.

Götte Árpád: Újból hangsúlyozza, hogy véleménye szerint vannak esetek, melyeknél a pyramis csontállományán keresztül létesült az abducens bénulása, de az esetek többségében az infectio a carotis csatornája közvetítésével történik.

3. **Pogány Ödön:** *Rohamokban fellépő labyrinth-megbetegedés,* 36 éves asszony 1922. ősz óta időnként szédül, hányingere s fülzúgása van. Az objektív lelet szerint cochlearis apparatus beteg, a vestibuláris apparatus nem. Egyszer a beteget négyórás roham alatt észlelte is: igen erősen szédült, a szoba vele balról jobbra forgott. Hányinger. III. fokú nystagmus, rotatio jobbra; mindkét felkarral félremutat balra. Fejét hátrahajlítva III. fokú nyst. jobbra, lefelé tekintéskor verticalis nystagmus. Hallás vizsgálat: suttogó beszéd j. o. = 1'5 M., b. o. = 2'5 M., csontvezetés mindkét oldalt rövidült, C₄ rövidült, Weber nem laterálisál. Romberg negativ. Rohammentes időben a jobb labyrinth csökkent, a bal fokozott ingerlékenységet mutat, időnként spontán nystagmus jobbra, a cochlearis apparatus statusa ugyanolyan, mint a roham alatt. Wa. —. Szemfenék, látótér ép. Híganykenőkére hatástalan, jodkálium szintén. Jelenleg pilocarpinkúra alatt áll.

A diagnosis tekintetében szóba jöhet: a) valamely cystosus folyamat a ramus vestibuláris lefutása mentén, esetleg a vestibuláris (Deiter-Bechterew) magnak környékén; b) circulatiós zavarok a Kobra-féle „Labyrinthmigrain” értelmezése szerint; c) sclerosis polyinsularis.

Mindenesetre azonban valamely organikus elváltozás kell, hogy közbejártsson. Ezen organikus elváltozás mellett döntő bizonyíték a cochlearis apparatus állandóan egyforma bántalmazottsága (ez a körülmény szól ugyancsak a Menière-féle betegség ellen) s a jobb labyrinth csökkent s a bal állandóan fokozott ingerlékenysége.

Szász Tibor: Az eset megfelel a Menière leírta képnek. Menière csak a kórbonctani értelmezésben tévedett, mert a labyrinthfunkciók zavarának okát a labyrinthben hirtelen támadt vérzésben látta. Ma már tudjuk, hogy a bemutatott eset magyarázására a finom nyomásdifferenciákra reagáló endolympharendszer „angioneurosis”-a is elég. Ennek megfelelően a tünetek gyorsan elmúlik az esetek egy részénél, ha a vegetatív idegrendszerre ható gyógyszereket adunk. Az „angioneurosis” végső

okát a hallószerven éppoly kevésbé ismerjük, mint a „neurosisok”-ét a test egyéb részeiben.

4. **Udvarhelyi Károly:** *Acusticustumor esete.* Sz. A. 44 éves, mult november közepén erősen zúgott a bal füle és hallása csökkent. Egy hónappal később bal arcféle megbénult. Most február eleje óta fejének bal oldalán gyenge szaggatást érez és szürkületkor járása bizonytalan.

A II. sz. belklinikán megejtett fülvizsgálat alkalmával nagyfokú cochleáris hypaesthesiát és teljes vestibuláris bénulást talált baloldalon. Ez alapon és a bal faciális bénulás miatt acusticustumorra gondolt, bár pangásos papilla nem volt.

A beteget Winternitz tanár operálta két phasisban. Az agyvelő nyomását nem találta fokozottnak. Az agyféltekének félrehúzósa után a baloldali porus acusticus internus tájékán, a csonthoz tapadva, laposnak látszó, pirosas színű felület tűnt fel, mely csak kevésbé boltosult a hemisphaera felé s az agyállománynál keményebb tapintatú volt; leválasztása éles kanállal sikerült. A daganat kis mogorónyi; szövettanilag „sarcoma magni et polymorpho-cellulare”.

A beteg jól érzi magát, fejfájása, fülzúgása megszűnt, nyelni, rágni jobban tud. Baloldali faciális, vestibuláris bénulása és cochleáris hypaesthesiája azonban ma is fennáll. A korai diagnosis tette lehetővé az eredményes műtétet.

5. **Bárczy Gusztáv:** *Centrális nagyothallás therapiája.* Egy születése óta teljesen siket tizenkétéves gyermek hallását ezeltől két évvel több ízben vizsgálták, de a teljesen normális külső fül és vestibuláris vizsgálat dacára semmiféle hangra sem reagált. Két évi szakszerű hallástanítás után a gyermek ad concham hall, szavakat és mondatokat szétválaszt. A bemutatott az esetet centrális hallászavarok közé sorozza és felhívja a figyelmet, hogy a beszéd nemtudása nem minden esetben a szószoros értelemben vett siketnémaság, hanem az eseteknek nagy percentje centrális hallászavar. Ezen hallászavarok az aphasiával teljesen azonosaknak látszanak s individualisálva esetenként kitűnő prognosissal vehetők kezelésbe. Ebben az esetben is reményli, hogy egy év leforgása után a beteget már szép hangvillakképpel és tűrhető praktikus hallással fogja újból bemutatni.

Szász Tibor: A „centrális” zavar magyarázza, hogy miért nem ismételt a beteg olyan szavakat, amelyeket most hall először. Ezt az igen bonyolult műveletet tanulással és gyakorlással lehet csak elsajátítani. Nem elegendő azonban magyarázatnak ez a feltevés, ha a beteg az előtte ismeretes szavakat is csak akkor hallja meg, ha a fülébe kiabáljuk. Talán mégis a hallószervben magában van a baj egyik oka.

Wein Zoltán: Bemutató esetében nézete szerint combinált a megbetegedés: egyfelől a Wernicke-centrum hiányosan működik, másfelől a peripheriás hallószerv végez hypofunctiót. Van egy négyéves fiúbetege, ki kétségtelenül hall, a hangbenyomásokra reagál, sőt a mondott szavakat dysarthriásan bár, de utánamondja, azonban beszélni nem tud. Érthetetlen volna, hogy bemutatott betege, ha kizárólag a Wernicke-centrum volna beteg, miért hallja a már ismert szavakat csak egész közelről; ennek magyarázatára a peripheriás hallószerv működészavarát is fel kell venni.

Krepuska Géza: Siketnémáknál lehetnek a peripherikus részek épsége mellett a központi idegrendszerben kóros okok, amelyek a beszéd megtanulásának akadályai, de fülorvosi szempontból a siketnémáknál nem ejthetjük el azon mindennekfelett való gyanunkat, hogy a hallószerv peripherikus részében van a némaságnak az oka, mint siketség. E tekintetben az otoscopiai adatok nem elegendők, az anamnestikus adatok még a legintelligensebb egyéneknél sem megbízhatók, mert hiszen intrauterin is fejlődhetnek ki labyrinth-lobok. Ha a bemutatott esetben csak a centrális részekben lenne az oka a némaságnak, ép peripherikus acusticus-részek mellett, akkor a beteg a már megtanult szavakat nemcsak közvetlenül a fülbe bekiáltott módon, de már messzebből is meghallhatná. A bemutatott esetben hozzászóló kénytelen felvenni a hallószerv peripherikus részének is valamely bántalmát, amely a jelen esetben lehetséges, hogy fejlődéses anomália, lévén a szülők közel rokonok. Az ily fejlődési anomáliák idővel spontán javulhatnak.

A Közkórházi Orvostársulat 1923 április 25-iki ülése.

Elnök: Donáth Gyula.

Jegyző: Toldy Loránt.

Bemutatások:

1. **Spiegel Béla:** a) *Meckel-gurdély által okozott vékonybélcsavarodás.* 26 éves nőbetegnél felvétel előtt két nappal óriási hasi görcsök léptek fel. A deszkakemény has felett bélmozgások nem hallhatók, de az aorta hangjai igen. Pólya főorvos ileus miatt megoperálja. A hasüreg megnyitásakor egy sötétkekes szederjésen elszíneződött vékonybélkacs fekszik elől, amelynek

közepe táján a contramesenterialis szélen zöldbő mekkoraságú Meckel-gurdély ül. Maga a vékonybélkacs 180°-ra az óramutató irányában megcsavarva. A 75 cm hosszú, elhalt vékonybélkacsot reszálja s az orális béllument end-to-side a colon transversumba implantálja. Réteges hasfalvarrat. Gyógyulás.

b) **Retrograd vékonybél-incarceratio egy sérvbeli kacs miatt.** 56 éves nőbeteg daganatát 30 év előtt távolították el. A műtét hegyben sérve keletkezett, amelyet már háromszor operáltak meg, de sérve mindig kiújult. Felvétele előtt éjfélkor erős korgást érzett, mely után a sérvdaganat megpuhult, de szelek nem indultak meg. Műtétkor a sérvtömlőben egy kékes szederjésen elszíneződött vékonybélkacs foglal helyet, melyet a sérvgyűrű nem strangulál. Ezen bélkacsnak a coecum felé folytatódó része szintén kékes szederjésen elszíneződött a megfelelő mesenterium-részletben, vérzéses beszűrődések láthatók. Bélresectió vége a béllumennek end-to-end egyesítésével. A gyermektenyéryni hasfali defectust az előlő rectus-hüvelyek felhasítása után a kétoldali rectusnak hosszirányban való megduplázásával zárja el. A sérvbeli kacs hossza 37 cm, a hasüregben levő bélkacs 90 cm hosszú volt. Bemutatott eset egy retrograd vékonybél-incarceratio volt abban a stádiumban, amidőn az „összekötő” kacs puffadása következtében mesenteriumát a strangulációs gyűrűből kirántotta s ily módon a strangulációs gyűrű relatíve tágabbá válván, a második sérvbeli kacs a hasüregbe húzódott vissza.

2. **Daday Jenő: Sérvkizáródás okozta vékonybél-szűkületekről.** 54 éves nőbetegnek 16 év óta inguinális és crurális herniáját operálták, miután 1½ év múlva stenotikus tünetek lépnek föl s emiatt **Borszék** osztályára veszik fel. Műtétilelet: az ileumnak a coecumba való beszájadzása fölött 1 m magasan fekvő vékonybélkacson egy kettős gyűrűs, porckemény tapintatú szűkület, mely fölött a serosa is hegesedett. A strictura majdnem teljesen elzárja a belet. Entero-enteroanastomosis lateralis. Zavaratlan gyógyulás. Bemutató a szűkületet a 10 év előtti taxis után megoldott incarceratio után kellett kezelni tartja.

3. **Szili Jenő: Hajzálsipolyini hüvelyszűkületen át létrejött terhesség.** 29 éves nőnél a terhesség V. hónapjában a vulva obliterálva, a kisajkak összenöve; vékony katheretrel sondázható mélyedés vezet a hólyagba, azonban a hüvelybe nem lehet bejutni. Beteg figyelmeztetés ellenére folyamatos szüléssel jelentkezik újból, amikor a magzatnak már alulról utat nyitni nem lehet. Császármetszés tekintettel a lochia lefolyásának lehetősége az uterus exstirpációjával, úgyhogy a méhet a magzattal együtt távolítja el, ami 10 percet vesz igénybe és a ménet a segéd az asztalon vágja fel. Élő magzat, sima reconvalescentia. A hüvelyzáródás aetiologiájára nézve a beteg semmiféle adatot nem szolgáltat.

4. **Krepuska Géza: Idült középfülgyulladás társult fültömirtig és torokmandula körüli tályog műtéttel gyógyult esete.** Gyermekkori idült középfülgyulladás ugyanazon oldali peritonsillaris tályog és genyes parotitis társult. Ezeknek feltárása dacára csak a jobb fül műtéttel javult az állapot. A dobüreg mellő és a fülkürt csontos falának roncsolódásával egy peritubaris menetet talált, amely a peritonsillaris és az állcsont függélyes szára körül elhelyezett tályogba vezetett. A sziklacsont üregeiből áttört tályogot az odatapadó izmok irányítják. Jelen esetben a tályog útja a fülkürt oldalsó falán eredő musc. levator veli palatini és m. tensor veli palatini irányában halad. A sülyedési tályogok ez oknál fogva nem jutnak el a mediatinális üregekig, ellentétben a nagyobb vivőerek és mély nyaki nyirokerek mentén terjedő medinastinális tályogokkal.

Előadás:

Mansfeld Ottó: A női meddőség okainak vizsgálata és a gyógyító eljárás megválasztása. A női meddőség alapulhat anatómiai, működési és távolabbi okokon. Nem volt eddig módszer, mellyel a méhkürt szabad vagy elzárt volta vizsgálható lett volna. Ezen hiányon **Rubin** newyorki készüléke segít, mely oxygent vezet a méhürbe és ezzel kideríti, van-e elzáródás vagy sem. Bemutatja a készüléket, melyet számos esetben kipróbált. Kellő indicatio mellett veszélytelen, megbízható módszer, melyet minden meddőség esetében alkalmazni kell, az okszerű gyógyítás érdekében. Áttér ezután a gyógykezelésre. Itt is lényeges haladás észlelhető, mert néhány év óta oly sugaras gyógymódok fejlődtek ki, melyek a hibás, főleg csökkent petefészekműködésnek sagittális magtalanságot gyógyítani képesek. (Röntgen ingerlő adajai és thermopenetratio.)

Szili Jenő: 1. Az aetiologiában a két partner csirasejtjeinek vonzódása, vagyis a sejterzés megnyilatkozása a fogamzásnál fontos szerepet játszik. **2.** A therapiát illetően ajánlatos a szűk boltozat operatív tágítása akár a mellő hüvelyboltozathól vett nyeles lebenynek a portio alá harántul transplantálása, akár a két oldalsó boltozatban végzett harántul bemetszésnek sagittális irányban egyesítése által, mint azt több esetben végezte, egyben positiv eredménnyel.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az epidemiás encephalitis pathogenesisének problémái. Stern F. (Klin. Wochenschrift, 1923, 10. sz., 433. oldal.)

Az encephalitis aetiologiáját illetőleg szerző osztja **Schnabel** nézetét, amely szerint a betegség okozója a herpes febrilis vírusához közelálló, vagy vele azonos filtrálható vírus, amely különös körülmények között activálva erősen pathogenné és neurotrop sajátosságúvá válik. A járványos influenza és a vírus activálása közötti összefüggés kétségtelen. Ha az influenzát, amint azt egyesek vélik, ugyancsak filtrálható vírus okozza, úgy lehetséges, hogy az encephalitis vírusa ennek az „ösvirusnak” csak neurotrop biológiai változata, ha azonban, amint az újabb kutatások alapján valószínűbbnek látszik, a járványos influenza okozójának az influenza-bacillust tekintjük, úgy ez utóbbinak kell szerepet tulajdonítani az encephalitis vírus activálásában. Az encephalitis epidemikák keletkezésének föltételei nem ismeretesek; a háborús viszonyok tulajdonított domináló szerep ellen szól, hogy az erőteljes földművelő lakosság és a háborúban nem szenvedett semleges államok lakossága is tömegesen betegedett meg. A contagiositás egyes esetekben kétségtelen, legtöbbször azonban nincsen szerepe a megbetegedésekben. Mint disponáló mozzanatnak szerepet tulajdonít az infantilismusnak, melynek tüneteit gyakrabban észlelte fiatalok betegin. A status thymicolymphaticus mint disponáló tényező csak ritkábban jöhet szóba, míg a lymphocytosissal szerinte semmi szerepe sincs. Nagyon érdekes, de még megoldatlan az idősült progressiv amyostasisos esetek keletkezésének kérdése, melyet illetőleg a vírus különös biológiai módosulását kell feltelegnünk. Nem ismerjük még az összefüggést az amyostasisos esetekben az extrapyramidális központok megbetegedése és az egyidejűleg gyakrabban észlelt egyéb klinikai tünetek (rendellenes májfunctióra utaló anyagcsere-zavarok, eosinophilia, polycytosis) között sem. **Pákozdy dr.**

Sebészet.

Kettős vesemedence és ureter okozta kóros szövődmények. Braasch és Scholl. (Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1922, október.)

A Mayo-klinikán 15 év alatt észlelt 144 esetről számolnak be. A kettőzések közül 135 (94%) egyoldali, 9 (6%) kétoldali. Az egyoldaliak közül 36 (25%) teljes, 99 (68,7%) nem teljes. A kétoldaliak közül 9 teljes, 1 nem teljes. A kettőzések változnak kettős medencéktől olyanokig, melyek két külön ureterrel bírnak. A vesemedencék közül rendszeren a felső kisebb. Szokatlanul kis vesemedencét mutató pyelogramm mindig kettős szelum gyanúját kelti. Az alsó részlet gyakrabban van megtámadva, mint a felső. Kóros szövődmények közül leggyakoribb a hydronephrosis, mely többnyire nem teljes ureter-kettőződés esetén a két ureter egyesülése helyén létrejövő elzáródás következménye. Gümőkór többnyire csak az alsó rétegre szorítkozik, de górcső alatt mindig kimutatható a gümő a két részt összekötő veseszövetben is. 61 esetben (41%) nem találtak kóros elváltozást. Műtétet 30 esetben végeztek, és pedig vesekiirtást 15 esetben, a fél vese kiirtását négyeszer, ezek közül azonban kettőnél a visszamaradt fél vesét utólag el kellett távolítani. Pyelolithotomiát hat ízben, ureterolithotomiát három esetben végeztek. Egy esetben az uretert leszorító ér lekötésével, másikban a kettős vese felső csúcsából kiinduló ureter lekötésével oldották meg a hydronephrosist.

Boytha.

Széleskapujú sérvök kapuvarratának technikája. Bayer (Zentralblatt f. Chir. 1923, 7. sz.)

Tág sérvkapujú köldök-, hasfali-, valamint scrotális sérvöknel eljárása az, hogy a kiproarált sérvtömlő legnagyobb részét a műtét elején épen hagyja. A sérv-tartalmat ellátja és visszahelyezi, a sérvkapu jobb- és baloldali széleit erős pincekkel egymáshoz közelíti, így a nyílásból hosszanti hasadékat képez, melyből a sérvtömlő nagy része kiáll. Sűrűn elhelyezett, a sérvkapun és a tömlőn átvezetett erős öltések megcsomózása után magának a tömlőnek nyílását is zárja finomabb öltésekkel. Ekkor reszálja a tömlő főlőleges részét úgy, hogy abból mindkét oldalt egy-egy lebeny marad vissza, melyeket külön rétegben csomós öltésekkel szintén egyesít. Miután a sérvkapu így két rétegben záratott, következik a többi réteg egyesítése a szokásos módon. **Krüger Viktor dr.**

A térdkalács vízszintes alsó ficamának esete. Henrichsen. (Zblt. f. Chir. 1923, 2. sz.)

Esetében a térdkalács bázisával az izületi vonalba ékelődött be úgy, hogy az előlő felszíne fölfelé, az izületi felszíne lefelé nézett. In- és tokszalag-sérülés nem volt. A ficamot műtétellel tette helyre, a beteg meggyógyult. Eddig 16 esetet ismerettek. **Scheitz.**

Az arcidegszabák kezelése alkoholfecskendezéssel. Kulenkampff. (Zblt. f. Chir. 1923, 2. sz.)

A Schlösser-féle környéki befecskendezések súlyos sérülések miatt elvetendőek. Helyes a zsába eredeti fészkebe, az idegdúcba befecskendezni alkoholt, a foramen ovalen át, vagy ha ez nem sikerül, a foramen rotundumon keresztül. A veszélyek óvatossággal kikerülhetők. Scheitz.

A jóindulatú gyomordaganatokról. Erkes. (Zentralblatt f. Chir. 1923, 7. sz.)

40 éves, másfél év óta gyomorpanaszos nőnél hirtelen rosszullét után szurokszerű széket és profus hányás lép fel. Klinikailag a köldök felett diffus resistentia észlelhető, míg a Röntgen a pylorikus tájon ülő kerekded, ép szélű telődési hiányt mutat. Ezek alapján a kórisme jóindulatú gyomordaganat, mert carcinománál a telődési hiány széle egyenetlen, gyomorüri sarcoma pedig ritkasága miatt kizárható. A daganatot kimetszette. A görösövi vizsgálat fibromát mutatott ki. Krüger Viktor dr.

Az 1914–18-i háborúban lövésű sérülések után végzett idegvarratok végső eredménye. Dietrich. (Med. Klin. 1923, 8. sz.)

7000 hadisérült eseténél 46-nál varrt össze teljesen átvágott idegeket. Ebből csak hét gyógyult, három javult s 36 gyógyulatlan. A hét gyógyult esetből hat radialis és egy radialis és ulnaris sérült volt. Az egyedüli eredményt a harántátmetszés utáni varrat adta és egy esetben magából az idegből vett autoplastika. A többi módszerek eredménytelenek. A háborús idegsérülések kilitása tehát rossz. Ennek oka, hogy nem elég korán operálják az eseteket. A most még meg nem varrt háborús idegsérüléseknek a prognosisa nagyon rossz, mert előhaladt izületi és izomelváltozások állanak fenn. Troján.

A Bier-féle gyomorsúlyedés műtétének különböző változatairól. Maluschew. (D. Zblt. f. Chir. 1923, 2. sz.)

Ismerteti a gyomorrögzítés néhány módszerét. Az esetek szerint kell megválasztani a műtétit. Föltétlenül fontos a minden esetben idegbarátos egynégyes utókezelése. Scheitz.

Orthopaedia.

A coxa vara statica kérdéséhez. Riebel. (Zentralblatt f. Chirurg. 1923, 8. sz.)

A coxa vara statica okát a fejec epiphysisvonalának növekedési zavarában látja, amit alkati, fertőzéses és belső elválasztási megbetegedés idézhet elő. Krüger Viktor dr.

Fagyapot használata a gipsztechnikában. Müller. (Münch. med. Wschr. 1923, 6. füzet.)

Gipszineket, de különösen gipszgyalakat lényegesen olcsóbban állíthatunk elő, ha vívőanyagként fagyapotot használunk. Használat előtt a fagyapot vízben felpuhítandó, majd hig gipszpeppel jól elegyítve gyorsan kell a keveréket kikenni, mert az feltűnően gyorsan megkeményedik. Horváth dr.

Súlyos skoliosisnál használt készülékek. Hohmann. (Münch. med. Wschr. 1923, 6. füzet.)

Nagyfokú kyphoskoliosisnál a beteg állapotán, nem lehet egyszerű támasztó-fűzővel kellően segíteni, mert az páncél-szerűen simul a törzshöz s még csak fokozza a légzési és keringési zavarokat. Ezért olyan készülékek használata ajánlatos, melyeknél a mellkas elülső része, a has s az ágyéktájék szabaddon maradnak. Ilyenek azok, melyeknél jól fekvő csípőtartóról pelottás karok nyúlnak fel s támaszkodnak a skoliotikus mellkas domború oldalára. A pelotta a karon eltolható s így a mellkasfalra ható nyomás és támasztás tetszés szerint változtatható. Horváth dr.

A gyermekkori mellhártyagyulladás utáni skoliosis jelentősége. Rey. (Münch. med. Wschr. 1923, 6. füzet.)

Nemcsak idült empyema, hanem heveny mellhártyalob után is kifejlődhet skoliosis. Okát kereshetjük a mellkasfalnak a mellhártyakéregesedés folytán bekövetkező behúzódásában (rétrécissement thoracique), a fájdalom miatti feloldali felületes légzésben vagy abban, hogy az egyoldali izzadmánytömeg megváltoztatja a mellkas súlypontját. Ha az izzadmány gyorsan felszívódott, a tüdő nem tud eléggé gyorsan teljesen kitérni, így megint behúzódik a mellkas s létrejöhethet skoliosis, melyre jellemző, hogy domborulata mindig az egészséges oldal felé néz. Minthogy ez a gerincoszlop-elferdülés hajlamos a rosszabbodásra és rögzítésre, ajánlatos gyermekkori mellhártyalob esetén erre fokozott figyelemmel lenni. Horváth dr.

A benukt hosszú ujjfesztők tenodesise, mint a nem javuló orsóidegbénulás műtét kezelési módja. Dumpert. (Brunns Beitr. 1922, 127. k., 2. füzet.)

Harctéri sérülés után betegénél a hosszú ujjfesztőknek heges összenövése jött létre, radialis benuktással együtt. Az illető mégis elég jól tudja feszíteni a kezét, ami a következőképpen magyarázható. Az alkaron elhelyezett hosszú fesztők éppen a heges összenövés folytán, benuktásuk ellenére, meg vannak feszülve. Ha most az interosseusok behajlítják az első ujjperceket, a hosszú fesztőizmok eredés-tapadás pontjai egymástól

távolodnak, minek következménye a kéztőnek kézháti hajlítása lesz. Ugyanez történt a hüvelykujjánál is, melynek hosszú izmai szintén benuktak és be voltak ágyazva a hegyszövetbe. Itt a thenar-izomzat játszotta azt a közvetett feszítő szerepet, mint a 2–5. ujjaknál az interosseusok. Ezen észlelés alapján ajánlja javíthatatlan orsóidegbénulás esetén az alkaron elhelyezett hosszú fesztők tenodesisét, éppen oly módon, amiképen az ő esetében a sérülés tenodesis-szerű hegesedést hagyott hátra. Horváth dr.

A láb kifelécsavarásáról csípőizületi megbetegedések-nél. Prof. Kehl. (Brunns Beitr. 1922, 127. k., 2. füzet.)

Az alsó végtagnak kifelécsavarását a kisebb rotatorokon (pisiformis, gemellusok stb.) kívül a gluteus maximus végzi. Evvel szemben a befelécsavarás szolgálatában csak a gluteus medius középső izomrészlete áll. Hogy rendes körülmények közt a kifelécsavarás az izomtúlsúly ellenére nem következik be, azt a lig. ileo-femorale (Bertini) akadályozza meg, mely a spina iliaca ant. inf. és a linea-intertrochanterica közt spirális vonalban feszül ki. Minden olyan esetben, amikor a lig. Bertini meglazul a két kifeszítési pont egymáshoz való közeledése folytán, a kifelé rotáló izmok túlsúlya jutnak. Ezt láthatjuk combnyaktörésnél és coxa vara traumaticánál, amidőn a törés ill. ephyphysiolysis folytán a trochanter felé eső combnyakrész felfelé tolódik s a combfejec a medencével együtt lesüllyed. Valamint centrális csípőizületi ficamnál is, amikor a fejecnek behatolása a medencébe, vagy roncsoló tbc.-s folyamatoknál, amikor a fejecnek nagyfokú pusztulása hozza létre a két kifeszítési pontnak közeledését. Horváth dr.

A belső (subcapitális) combnyaktörés gyógykezelése. Jancke. (Brunns Beitr. 1922, 127. k., 2. füzet.)

A combnyaktöréseknek ezen faja különösen azért bír rossz gyógyulási hajlammal, mert a csontnak ezen része rosszul van vérellátva. T. i. kétfelől kapja érellátását: egyrészt a ligamentum teres, másrészt a tompor felől s így amiként a hegygerinc vízválasztó vonala szűkölködik forrásokban, patakokban, úgy a combnyak ezen vékony sávján keresztül is igen kevés anastomosist találhatunk befecskendezett készítményekben. Törésénél, mint a combnyaktörésnél általában, a kezelésében két főirány uralkodik: a conservatív kezelés és a sebészi beavatkozás. A sebészi beavatkozás legnagyobb részben a törvégek autoplastikus vagy idegen anyagokkal való összeszőgelésében áll. Ez az eljárás a szerzők legnagyobb részének véleménye szerint azért nem tökéletes, mert a kezdet látszólagos jó rögzülés után gyakran bekövetkezik a tompornak felfelé való eltolódása. A conservatív kezelési módok közül legelterjedtebb az, mely a végtagot húzóeszközök segítségével abducált és befelé rotált helyzetben tartja. Ezen eljárás mellett rendszerint állízület fejlődik ki, mely azonban nem jelent nagy hátrányt a végtag használhatóságának szempontjából. 94 esetben alkalmazott exteriós eljárással 87-szer kapott kielégítő működési eredményt. Horváth dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Lumbalpunkción. M. Pappenheim. (Wien. Rikola-kiadás, 1923.)

Mióta Quincke zseniális ötlete révén a lumbalpunkció a gyakorlatba átment, azóta mindjobban domborodik ki annak diagnostikai, prognostikai és therapiás jelentősége, annyira, hogy ma már a klinikai vizsgálat és gyógyítás nélkülözhetetlen eszközevé vált. A tudományos munkák egész tömege jelent meg az utolsó években, melyek főleg a cerebrospinalis folyadék különböző irányú vizsgálatával s annak jelentőségével foglalkoznak, s Nonnenak még csak nemrég felállított vizsgálási sémája az ő négy reakciójával (sejtszámolás, globulin-reactio, Wa. R. a liquorban és vérben) ma már meghaladott álláspontnak tekinthető. Az újabb colloid-reactiók, főleg az aranyos és a mistyx-reactiók mind nagyobb elterjedést kezdenek nyerni, ha azok megjelenési módja és jelentősége még nem is teljesen tisztán áll előttünk. Hasonlóképpen növekszik a lumbalpunkció therapiás jelentősége is a különböző endolumbális gyógyítómódok révén. E szempontoktól vezetve Pappenheim Márton bécsi docens 172 oldalas monographiában gyűjtötte össze mindazokat az adatokat, amelyek a lumbalpunkcióna vonatkoznak. Tárgyalja a punctio helyének anatómiáját, a cerebrospinalis folyadék physiologiáját, majd a punctio technikáját és veszélyeit. Részletesen tárgyalja az egyes régebb és újabb vizsgálati methodusokat, összehasonlítván azok értékét, s kiemelve mindegyiknek klinikai jelentőségét. Ezen klinikai-dignostikus és prognostikus jelentőségeknek még külön összefoglaló fejezetet is szentel, amelyben jó kritikával tárgyalja a felhasználhatóság eshetőségeit. Végre külön fejezetben számol be a különböző therapiás alkalmazási módokról.

A munka ilyenformán értékes összefoglalása az irodalomban szanasztét található adatoknak, kiegészítve a szerző saját tapasztalataival, s mint ilyen, minden gyakorlóorvos érdeklődésére számíthat. Bálint Rezső.

Die physikalischen Grundlagen des Betriebes von Röntgenröhren mit dem Induktorium. P. Ludewig. (Urban u. Schwarzenberg. 1923. Ára 1500 K.)

150 oldalas monographia, mely az induktoros Röntgenberendezések phisikai alapjait sok gyakorlati érzékkel tárgyalja. Sorbaveszi az elektromagnetismus és elektromos rezgések alaptörvényeit, az induktorok, szagatók és Röntgen-lámpák phisikális tulajdonságait. A szerző által felállított „lámpa-karakterisztika” a Röntgen-lámpák sok mindenféle különleges tulajdonságának magyarázatát adja. Stylusa világos és a mathésisben kevésbé járatosak előtt is könnyen érthető. Theoriákba mélyebben nem bocsátkozik. Mindenütt csak annyit ad, ami a gyakorlatat követelményeinek megfelel.

Kelen B.

Taschenbuch der Therapie. M. T. Schnirer. (Verlag Curt Kabitzsch, Leipzig, kiadása.)

A hajdan mint orvosi zsebnaptár megjelent kis könyvecske eredeti alakját megtartva, most elvesztette naptárjellegét. Az így felszabadult oldalakat a „Therapeutischer Jahresbericht” és a „Verzeichnis der gebräuchlichen Arzneimittel” c. fejezetek gazdagítására és egy új tabellának „Vitamine in den Nahrungsmitteln” beillesztésére használta fel a szerző. 300-nál több új munka eredményét regisztrálja. 30 új praeparatumot ismert a régi gyógyszerkincs mellett. A therapia minden haladó lépését figyelemmel kísérte és ezek szellemében dolgozta át az egyes szakaszokat, így a sebkezelés, localanaesthesia, tuberculin-diagnostika és therapia nyertek főként mások mellett új köntöst. Gondos összeállításban közli a német és osztrák fürdőket, gyógyhelyeket és azok gyógytényezőit.

Huzly.

VEGYES HÍREK

Különlenyomatok készítését egyre fokozódó anyagi nehézségeink miatt május 1-től fogva be kell szüntetnünk. Ezek helyett 10 lappeldányt fogunk a tudományos cikkek szerzőinek díjmentesen küldeni. Ha t. munkatársainknak különlenyomatokra mégis szükségük volna, szíveskedjenek a cikk megjelenésekor a Tudományos nyomdához fordulni (Múzeum-körút 6. Telefon: József 72—06), ahol azokat az alábbi nyomási áron (egyelőre) megrendelhetik: 25 példányban 4 old. 3150 K; 8 old. 4200 K; 10 old. 6300 K; — 50 pld.-ban 4 old. 3360 K; 8 old. 4620 K; 10 old. 6930 K; — boríték és címlap nélkül. Ehhez hozzászámítatik a kívánt papíros ára.

Az Orvosegyesület május 5-iki ülésének napirendje: Bemutatás: 1. Bókay Zoltán: a) Exostosis familiaris cartilaginea multiplex 13 éves fiúnál. b) Mellkasfejlődési rendellenesség median fekvésű szívvel. — 2. Bókay János: Chorea minor gravissima; intravenás neosalvarsan-injectiók; gyógyulás. — Előadás: 1. Foher László: Vizsgáló módszer a genuin epilepsia rohammentes időben való kórismézéséhez. — 2. Szondi Lipót: Két új alkat-typus klinikai tünettanáról. (Adatok a constitutio tanához.)

Fertőző megbetegedések Budapesten. A tisztí főorvosi hivatal kimutatása szerint április 8-tól április 21-ig előfordult hasi hagymáz 27 (2), küteges hagymáz 13 (2), kanyaró 481 (30), vörheny 49 (4), szamarhurut 41 (11), roncsoló torok- és gégeleob 41 (3), influenza 21 (3), gyermekágyi láz 2 (2), bányahimlő 50 (1), járv. fültömrigylob 248 (0), vérhas 22 (6), járv. agygerinchártyalob 7 (0), trachoma 1 (0). Hólyagos himlő, ázsiai kolera, veszett-ség, léplene, takonykór nem fordult elő. A zárójelben levő számok a halálózást jelentik.

Dr. Turán Bódog orvosi gyakorlatát Franzensbad-ban („Villa Turán”) ismét megkezdte.

Külföldi előfizetések 1923-ra egy évre: Cseh-Szlovákiában Eleőd Solt, O. H. úrnak küldendő 60 cs. K (Katalinuhuta Novohradská župa); Jugoszláviában Duchon János dr. orvos, O. H. számlájára a Zombori Takarékpénztárnak küldendő 175 din.; Romániában 400 lei; Amerikában 2 dol.; Hollandiában 3 frt; Angliában 8 sh.; Franciaországban 25 fr; Svájcban 8 fr.; Olaszországban 35 lira; egybeült 6000 K, átutalando a Magyar Országos Központi Takarékpénztár Kálmán-téri fiókjánál számlánkra. Negyedévre, illetve félévre megfelelő kisebb összegek küldendők be. Három hónapnál rövidebb időre külföldi előfizetést nem vállalunk.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

A „Tátra”-szanatórium Ótátrafüreden május 15-től ismét üzemben lesz. Elsőrendű fizikális, diéta-intézet, magaslati klimatikus gyógyhely Basedow-kórosok, vérszegények, anyagcsere-betegek, idegsek, reconvalescensek részére. Napi teljes ellátás, beleértve a rendes orvosi kezelést, rendes fürdőket, normális ellátást, lakást, fűtést, világítást, napi 70 cseh koronától felfelé. Vezető főorvos Dr. RUTICH JENŐ. — Bővebb felvilágosítással szolgál a tátrafüredi fürdőigazgatóság STARY SMOKOVEC (Ótátrafüred.)

ZUGLIGETI ÜDÜLŐTELEP

TELEFON
54-28

FÁCÁN

TELEFON
54-28

KLIMATIKUS GYÓGYHELY MEGNYILT

HYDRO-ELEKTROTHERAPIA. NAP- ÉS LÉGFÜRDŐK. DIÉTÁS KONYHA

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 vizsgyóntézet ez évben nyílt meg. MÉRSÉKELT ÁRAK. SZABAD ORVOSVÁLASZTÁS.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete.

IV, Ferencz József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

RÖNTGEN-ODELGA

VÍZKÚRÁK ÉS DIAÉTÁS KÚRÁK

Dr. Pajor-Sanatorium újonnan berendezett I. degbetegek, bel- beteges és üdül- lök gyógyhelye. vizsgyóintézetében Budapest VIII, Vas-u. 17

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest.

A régi nagyhírű Sárosfürdő 47° C forrása. Termális és fisiotherapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizsgyóintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diétás konyha belső bajokban szenvedők számára. Nőgyógyászat. Gégszet. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: dr. Benczúr Gyula, egyetemi magántanár.

PANTOSTAT, QUARZLÁMPA

alkalmi áron átvehető. Keleti J., Budapest, Koronaherceg-u. 17.

PÁLYÁZATOK.

Az igazgatásom alatt levő közkórházban megüresedett szemész-főorvosi állásra pályázatot hirdetek. Az állás ezidő szerint a IX. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő javadalommal van egybekötve, a megfelelő háborús és drágasági segélyekkel, valamint a Kaposváron megjáró lakbérrel és lakbérpótlékkal. Az állásnak a VIII. fizetési osztályba való átszervezése folyamatban van. A kinevezés életfogytiglan tart s az állás nyugdíjjal egybekötött. Szakképzettségük és eddigi működésüket igazoló kérvényeiket a hivatalos állásban levő pályázók hivatali főnökjük útján a törzslap melléklésével, nem hivatalos állásban levők pedig rövid életleírással és a kömmün alatti viselkedésüket igazoló bizonyítvánnyal Somogy vármegye főispánjához, méltóságos Sárközy György úrhoz címezve, folyó évi május hó 15-ig nálam nyujtsák be. A kinevezendő főorvos kötelessége a közkórház szemészeti osztályát a kórházi alapszabályok által előírt módon önállóan vezetni. Kaposvár, 1923 április hó 14-én.

Dr. Szigethi-Gyula Sándor

kórházigazgató, m. kir. egészségügyi főtanácsos.

A Ferencz József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára rendelőintézetének fogászati osztályán a reggeli (8—9 óráig tartó) rendelésen lemondás folytán megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Az ezen állással járó illetmények a következők: évi 2.400 K törzsfizetés, 13.750 K drágasági és 24.000 K rendkívüli pótlék, továbbá évi 52.000 K átmeneti segély, valamint a szolgálattal kapcsolatos havi, átlag 25 napi villamosvasúti költség megtérítése. Megjegyeztetik, hogy ezek az illetmények a közel jövőben visszamenő hatállyal legalább 100%-kal emeltetni fognak. Csak szakmabelileg képzett és megfelelő gyakorlattal rendelkező orvosok pályázatait vétetnek figyelembe. Az alkalmazás egyelőre ideiglenes jellegű. Pályázati határidő jelen hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való megjelenésétől számított 15 nap. A pályázati kérvények a Pénztár vezetőségéhez címezve nyujtandók be VII., Bethlen-tér 1. sz. alatt, ahol a Pénztár igazgatója hétköznap délelőtt az állásra vonatkozólag bővebb felvilágosítást nyujt. Budapest, 1923 apr. 21.

Barcza Arthur s. k. 6758/923. igazgató.

Dr. Kerekes Pál s. k. h. államtitkár.

Tolna vármegye dombóvári járásához tartozó Gyulaji nagyközségben üresedésben levő **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérelmüket hivatalomnál 1923. évi május hó 20-áig annál inkább adják be, mert később érkező pályázatokat figyelembe venni nem fogom. A Gyulaji községi orvosi állással a szabályszerű fizetés és pótlékokon kívül a községben e célra vásárolt házban természetben lakás haszonélvezete van összekötve. A pályázati határidő lejárta után, a választás napját sürgősen kitűzöm és arról pályázókat értesíteni fogom. Dombóvár, 1923. április 27-én. 1093/925. Kenézy, főszolgabíró.

A nyugdíjazás folytán megüresedett **téti körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A kör székhelyét a közg. biz. fogja meghatározni. A körhöz tartozik Tét, Nagy- és Kisméricszida, Csikvánd, Ujmalomsel, Rábaszentmiklós, Kisbabat, Rábaszentmihály, Rábacsécsény, Mérges. Javadalmazás: törvényes illetékek. Lakás ezidőszertig nincs biztosítva. Felhívom a pályázókat, hogy kérvényeiket kellően felszerelve, (908. XXXVIII. t.c. 7. §.) kommunizmus alatti magatartásukat igazoló okmányt csatolva, hozzám 1923. május hó 31-ig nyujtsák be. Tét, 1823. április 23-án. 1776/1923. olvashatatlan aláírás.

A Csanád vármegyei Szent István kórháznál lemondás folytán üresedésben levő **két alorvosi** (egyik sebészeti, egyik belgyógyászati állásra pályázatot hirdetek. Az állások javadalmaként 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 élelmezés. Ezekon kívül a kinevezendő alorvosok tagjai a közalkalmazottak beszerzési csoportjának és kedvezményes árú, ruha és cipő ellátásban is részesülnek. A kinevezés egy évre szól, amely egy évvel meghosszabbítható, — magánygyakorlat folytatása nincsen megengedve. Belgyógyászati alorvosi állás betöltésénél a Röntgen- és laboratoriumi vizsgálatban jártasak 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 május hó 11-ig adják be, mert a később érkezők nem fognak figyelembevételni. A kinevezettek kötelesek állásukat azonnal elfoglalni. Makó, 1923. évi április hó 22. 104/1923. Dr. Uray, igazgató főorvos.

A Ferencz József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára az ujonnan létesített pénztári **főorvoshelyettesi állásra** pályázatot hirdet. Az ezen állással járó illetmények a közel jövőben várható illetményrendezés megtörténteig, tehát ideiglenesen évi 8.400 K törzsfizetés, 42.500 K drágasági, 30.000 K rendkívüli és 142.000 K átmeneti pótlék, összesen évi 222.900 K azonkívül a pénztár villamosköltség megtérítés címén megfelelő összegű havi általányt ad. Az illetményrendezésnél azonban, melynek visszaható ereje lesz az illetmények lényeges mérvű emelése tervezetlik. A szolgálat hétköznaponként délelőtt 9 órától délután 1 óráig tars. A kinevezendő főorvoshelyettes munkaköre a pénztári főorvos helyettesítése és a pénztári főorvos által neki kiosztott munkaanyag feldolgozása, amely főképpen a rendelésre bejáró munkaképtelen pénztári betegek ellenőrzése és a tüdőbeteg gondozás vezetése. Csak belklinikai vagy fővárosi közkórházi multtal rendelkező és megfelelő gyakorlat alapján teljesen önálló munkára képesített orvosok pályázatai vehetők figyelembe. A pályázati kérvények benyújtásának határideje a hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való megjelenésétől számított 15 nap. A kérvények a Pénztár vezetőségéhez címezve nyujtandók be VII., Bethlen-tér 1. sz. alatt, ahol a Pénztár igazgatója hétköznapon délelőtt 11—1 óra között az említett állásra vonatkozólag bővebb felvilágosítást nyujt. Budapest, 1923. április 3. Barcza Arthur s. k. Dr. Kerekes Pál s. k. igazgató. h. államtitkár.

Keresztény orvos, ötévi gyakorlattal

júniusra helyettesítést vállal. Cím: »Petőfi« irodalmi vállalat. Budapest VII, Kertész-utca 16.

Uj állapotban levő orvosi berendezési tárgyak olcsón eladók:

RAFAEL vasnagykereskedés, Budapest, Berlini-tér 4. sz.

Reiniger, Gebbert & Schall-Veifa-Werke gyártmányai, **Röntgen** készülékei kiválóságukért legkedveltebbek.

ODELGA R.T. BUDAPEST VI, Andrásy-út 28. Tel.: 68-16, 37-04.

A foszfordús Schachner-féle **gyermektápdam** mindenkorú gyermekeknek nélkülözhetetlen. Gyártja: SCHACHNER J. BUDAPEST, V. Nádor-utca 15. sz. Alapítva 1790-ben.



PEPSOL

„PHARMACIA“

Dragirozott pepsinsósavas tabletták.

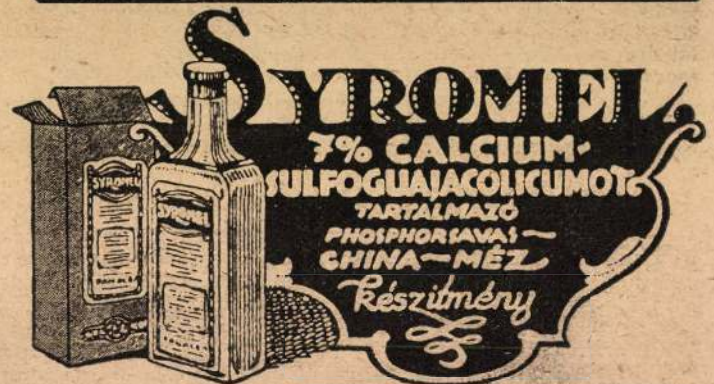
Egy tablettá 0.05 g koncentrált pepsint tartalmaz, amely 12 g alvadt tojásfehérjét teljesen megemész.

Indicatio: Dyspepsiás állapotok, achylia gastrica és chlorosis, gyomortúlérzékenység minden faja.

Adagolás: 2—3 tablettá étkezés előtt vagy után.

PHARMACIA gyógyszervegyészeti gyár

Budapest VII, Dembinsky-utca 4.



VALORAL

Igen hatásos sedatívum, tonicum, enyhe hypnoticum.

Javallat: Neurasthenia, hystéria, álmatlanság, ideges tünetek ellen

Készítij: SZÜTS PÁL Deák Ferencz gyógyszerháza Budapest VI, Deák Ferencz-tér, Anker-palota. Telefon 93-01

ORVOSI MŰSZERÜZEM

Főüzlet:

BUDAPEST IX., Üllői út 1.

TELEFON: JÓZSEF 32-73.

Fióközlet:

DEBRECZEN Kistemplom Bazár.



„CITO“ GYÓGYSZERKÜLÖNLEGE SSÉGEK A VILÁGON A LEGOLCSÓBBAK!

Fagifor Sirup: légzőszervi bántalmak esetén.

Citolax mite vel forte: biztos hatású laxans.

Maltomel: csemegetápszer.

Robocalcin: Anémia esetén.

Neurocit: prompt ható tonico-sedatívum.

Citolin: Legmodernebb összetételű fagykenőcs.

Mintát, irodalmat készséggel küldi a gyár: Budapest X., Lengyel-u. 33. Telefon: 55-63.

Haemorrhoidák ellen

Anugen-kúp

Készítij:

ZOLTÁN BÉLA GYÓGYSZERTÁRA Budapest V, Szabadság-tér.

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:

- Szilárd Pál: Adatok a fehérvérsejtek szaporodásának és a leukaemia pathogenesisének kérdéséhez. (207—208. oldal.)
 Gross Sándor és Keszly István: Az ovarium és a tuba echinococcus. (208—209. oldal.)
 Torday Árpád: Az encephalitis lethargicáról. (209—210. oldal.)
 Kausz János: A vérsavó Darányi-féle colloidalabilitási reakciója a tüdőgümőkór diagnostikájában és prognostikájában. (210—211. oldal.)

- Kubányi Endre: Newyorki tapasztalatok. (211—213. oldal.)
 A Bpesti Kir. Orvosegyesület 1923 május 5-ikén tartott ülése. (213—214. oldal.)
 A német belorvostársaság XXXV. kongresszusának üléséről. (214—215. oldal.)
 A budapesti Kir. Magyar Orvosegyesület orr- és gégeszakosztályának április 24-iki ülése. (215—216. oldal.)
 A Charité Poliklinika április 20-iki ülése. (216. oldal.)
 Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. (216—217. oldal.)
 Vegyes hírek. (217. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tud. egyet. IV. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: Herzog Ferenc egyet. ny. r. tanár).

Adatok a fehérvérsejtek szaporodásának és a leukaemia pathogenesisének kérdéséhez.

(Előzetes közlés.)

Írta: Szilárd Pál dr.

Kiindultam abból a gondolatból, hogy a fehérvérsejtek regenerációját valamilyen kémiai inger szabályozza haematogen úton. Keresvén ennek a hypothesisis kémiai anyagnak, hormonnak a képződési helyét, különböző szervekből — máj, lép, vese, here, ovarium, pankreas, thyroidea, vörös csontvelő, hypophysis, mellékvese — vizes kivonatot készítettem,* amelyet azután kísérleti állatba, legtöbbször nyúlba fecskendeztem. Figyelemmel kísérve a vérben mutatkozó elváltozásokat, azt találtam, hogy egyedül a mellékveséből készített kivonat volt az, amely többszörös injectio után erősen kifejezett leukocytosist okozott. Tekintettel azonban arra, hogy ez a kivonat adrenalin is tartalmazott, amelynek átmeneti leukocytosist okozó hatása ismeretes, a további kísérletekre a kivonatotak lehetőleg adrenalinmentesre készítettem, sőt hogy a fajidegen fehérjének leukocytosist előidéző hatását is kiiktassam, a kivonatot ultraszűrőn fehérjementesítettem.

Ezen fehérje- és nagyjából adrenalinmentes mellékvese-kivonattal folytatván a kísérleteket, azt tapasztaltam, hogy körülbelül 4—5 heti állandó, rendszeres befecskendezések alatt a nyulakon fokozatosan emelkedő leukocytosis fejlődött ki, amely az ötödik hét végén 80—120.000 fehérvérsejt között ingadozott; ezenkívül a sejtek kvalitásában is gyökeres változás jelentkezett, amennyiben minden tekintetben a myeloid leukaemiára jellemző vérbeli elváltozás volt kimutatható. Jelentékeny számban voltak myeloblastok, de különösen myelocyták. Az így kezelt három nyúlkon konstatáltam ezt a jelenséget. Amidőn a kivonat adagolását beszüntettem, a fehérvérsejtek száma öt nap alatt fokozatosan alászállott a rendszerre és a qualitativ elváltozás is mihamar rendes viszonyokra tért vissza.

Másik, hasonló módon készített mellékvese-kivonattal

* E kivonatotak kérésre előírásom szerint a Richter-gyár volt szives készíteni. Kedves kötelességemnek tartom, hogy lekötelező szivességükért úgy a cégtulajdonos Richter Gedeon úrnak, mint Lasztovicza gyárvezető-mérnök úrnak hálás köszönetemet e helyen is kifejezzem.

két másik nyulat kezdtem kezelni, az előbbiekkal teljesen analog módon. Azonban dacára ennek, a fehérvérsejtekkel illetőleg ezeken az állatokon semmi kifejezett elváltozás kimutatható nem volt.

A féltett kivonatokat chemiailag meganalizálva, azt a meglepő tényt találtam, hogy az I. számú mellékvese-kivonat, az amelyik a fentebb említett mélyreható elváltozást okozta, sok nuklein-anyagot tartalmazott, míg a II. számú, hatástalan kivonat nagyon keveset.

Lehetetlen volt ezek után elzárkózni a gondolattól, hogy az említett hatás oka talán nem az eredetileg képzelt specifikus hatású hormonban keresendő, hanem egyedül csak a nagyobb nukleinsav-tartalomban.

Következő kísérleteimet tisztán csak a nukleinsav nátriumsóival végeztem, ugyancsak nyulakon, teljesen hasonló módon. A leukocyták száma fokozatosan itt is 90—100.000-ig emelkedett, egyszersmind jelentkeztek ugyanazok a kvalitásbeli elváltozások is, amiket a hatásos mellékvese-kivonat befecskendezése után észleltem. Ezen elváltozások az injectiók kihagyása után fokozatosan eltűntek 4—8 nap alatt, akár csak a mellékvese-kivonattal kezelt állatoknál.

Mindazok, akik a nukleinsavval, illetve annak Nátriumsójával therapiás célból injectiókat végeztek emberen, szintén észlelték annak leukocytosist okozó képességét. Azonban sem ezek, sem pedig az állatokon egyéb szempontból kísérletező kutatók rendszeres injectiókat nem végeztek. Adtak egy injectiót s azután figyelték a hatását, a következő injectiót pedig csak akkor adták, mikor már a hatás lezajlott s a leukocytosis tökéletesen visszafejlődött, ami náluk is 3—5 nap múlva következett be.

A nukleinsavas Na tartós adagolása tehát a kísérleti állatoknál erősen kifejezett leukocytosist idézett elő, amely tartósabb jellegű volt. T. i. az adagolás kihagyása után nem szűnt meg azonnal, minl például az adrenalin-leukocytosis, hanem csak fokozatosan, napok alatt, jelöl annak, hogy a rendszeres adagolás a fehérvérsejt-képző rendszert egy izgalmi állapotba juttatta. A nukleinsav, amely ezt kiváltotta, nem valami idegen mérge, hanem egy olyan anyag, amely az állati szervezetben physiologiás körülmények között is állandóan előfordul. Valószínűnek látszik tehát a gondolat, hogy a nukleinsavnak a szervezetben valamilyen szabályozó szerepe van a fehérvérsejtek regenerációját illetőleg.

A szervezetben nukleinsav állandóan hasad le a tönkremenő sejtek magjának nukleoproteidjéből. Különösen nagy szerep jut ebben a folyamatban a tönkremenő fehérvérsejteknek, nagy nukleoproteid-tartalmuknál fogva.

Egészséges szervezetben a sejtek pusztulása egyenletes; nagyjából egyenletesnek minősíthető ennek követ-

keztében a lehasadó nukleinsav mennyisége is. A fehér-
vérséjtképző rendszerre egyforma intenzitású inger hatván,
a fehérvérséjtek képzése a fiziologiásnak ismert keretek
között marad.

Sokszorososan fokozott a sejtésztesés leukaemiában.
Az állandóan felszabaduló nukleinsav mint állandó és
nagyobb inger hatván, a fehérvérséjtképző rendszer
állandóan nagyobb izgalomban tartja, miért is az egész rend-
szer fokozatosan túlteng és létrejön a leukaemiás hyper-
plasia.

E felfogás értelmében tehát itt is ugyanaz az inger
működik, mint fiziologiás körülmények között, csupán
az intenzitása nagyobb, mert sokszorososan nagyobb lévén
a sejtésztesés, sokkal több nukleinsav is hasad le. A fo-
kozott sejtésztesés oka pedig a leukaemiás fehér vérséjtek
jelentékenyen kisebb resistenciájában keresendő, amint ezt
egyéb vizsgálataimban kimutattam.*

A fehér vérséjtek szaporodása tehát egy állandó kör-
forgalmat mutat: a tönkremenő sejtekből, elsősorban a
fehér vérséjtekből, nukleinsav szabadul föl s ez a myeloid-
rendszerre izgatólag hatván, új sejtek képzésére ösz-
tönzi azt.

Szerep juthat még ebben a körforgalomban a szer-
vezet *nukleinsav-tartalmának* is. A nuklein-forgalom automa-
tikus, szabályszerű lefolyását t. i. nagyban befolyásol-
hatja, ha az egyes szervek, illetve szövetek nukleinsav-
tartalma a rendesnél több vagy kevesebb.

A fönnebbieken folyamatban levő vizsgálatokról
óhajtottam röviden jelentést tenni, amely vizsgálatok
azonban még számos kiegészítésre szorúlnak.

Megjegyzések a korrekúra alkalmával: Újabb
sikertelt leukaemiás beteg izolált fehér vérséjtjeiből olyan
crystalloid természetű anyagot előállítanom, amely a
pyrimidin- és a purin-basisok jellemző tulajdonságait mu-
tatja és amely nyulakba fecskendezve kifejezett, tartós
jellegű leukocytosist okozott.

A soproni Erzsébet-kórház női sebészeti osztályának közleménye (igazgató: Király Jenő dr.).

Az ovarium és a tuba echinococcusa.

Közlök: Gross Sándor dr. tb. főorvos, a nőgyógyászati osztály
vezetője és Keszly István dr., a sebészeti osztály alorvosa.

Egyes vidékeken, országokban valósággal endemia
az echinococcus és így meglehetősen gyakori. Másutt vi-
szont sporadikusan fordul elő, vagy egyáltalán ismeretlen.
Azon körülmény, hogy a fertőzés megtörténtével az echino-
coccus a vérkeringés segítségével veti meg a lábát a szer-
vezet egyik vagy másik részében, egyszersmind azt is
megmagyarázza, hogy egyes szervek miért annyira prae-
disponált helyei az echinococcusnak. Közismert dolog,
hogy aránylag a májban a leggyakoribb, nyilván azért,
mert a vena portae rendszerébe a máj mint szűrő illesz-
kedik bele. Ezenkívül még a vesébe, lépbe, tüdőbe stb. és
egyeb csontokba jut el az echinococcus.

A kismedence, kiváltképpen a női kismedence képle-
tei csak ritkán szolgálnak letelepedési helyül. Még oly
vidékeken is, hol az echinococcus valósággal endemiás,
éppenséggel nem gyakori az a kismedencében, hol az
idevonatkozó adatok szerint a kismedence kötőszövetének
igen különböző részeiben helyezkedik el. Leggyakrabban a
Douglas-ür hashártyája alatt az uterus és rectum és medence-
fal között, továbbá a ligamentum latumban fordul elő,
míg az ovariumban vagy a tubában előforduló echino-
coccust jóformán alig írjuk le az irodalomban.

Esetünknek, amelyről alant referálunk, azon kívül, hogy
ehhez hasonló a rendelkezésünkre álló irodalomban kö-
zölve nem találtunk, még az is különös érdekességet köl-
csönöz, hogy itt nálunk teljesen ismeretlen betegség és
éppen ezért természetes, hogy az eset téves diagnosissal
került műtetre.

A 28 éves nőbeteg bizonytalan panaszokkal jött hozzánk.
Néhány hónapja nem jól érzi magát, étvágytalan, hasában fáj-
dalmak jelentkeznek, gyakran vannak székelési zavarai. A bővebb

* Közlés alatt.

anamnesis után kutató igyekezetünk a beteg csekély intelligen-
ciáján hajtórést szenvedett és így kizárólag az objectív vizsgá-
lati leletre voltunk utalva. A hasat körültapintva, főleg a jobb-
oldali hasfélben néhány mogorónyi-diónyi tumort észleltünk,
melyek tömör tapintatúak és jól mozgathatók voltak minden
irányban.

Egyesek felületesen, közvetlen a hasfal alatt voltak, mások
pedig mélyebben. Vaginalis vizsgálatkor a Douglast ökölnyi,
vékonyfalú, feszes cysta tölti ki, melytől az uterus jól elkülönít-
hető és tőle függetlenül mozgatható. Az adnexákon főleg jobb
oldalon szintén néhány cystosus tumor tapintható. A bal ovarium
jól kivehető, a jobboldali ellenben nem.

Ezen lelet alapján ovarialis cystának tartottuk az esetet,
malignitást nem zártuk ki. De mindenképpen feltűntek a szabad
hasüregben messze a genitáliáktól egészen a köldökig eltévedt,
jól mozgatható tumorrészek.

Laparotomia. A hasfal megnyitása két-három nagyobb
almányi és számos kisebb vékonyfalú tömlő volt látható, amelyek
úgy a hasfallal, mint a cseplesszel lazán összenőttek. Egyes
tömlők a vérbő cseplesszel együtt könnyen elmozgathatók.
Helyenként a cseplesz az alatta lévő bélkacsokra tapadt. Ezen
tömlők eltávolítása után mind több és több kisebb-nagyobb
cysta tűnt elő. Három, körülbelül ökölnyi tömlő kifejtése után
áttekinhetővé lesz a kismedence ürege is. Egy jó ökölnyi tumor
tölti ki a Douglast, azonkívül számtalan különböző nagyságú,
(borsótól galambtojás nagyságáig), vékony, feszesfalú tömlőláncokat
találtunk a medence falában, a méhszalagokban. A hasüreget
áttekinve, mindenütt a beleken, a bélkacsok közt, valamint a
mesenteriumon tömegesen voltak beágyazva kendermegtől borsó-
nagyságig apró cysták.

A kismedencét kitöltő tömlő-conglomeratumban eltemetve
találtuk az uterust. A bal tuba és ovarium serosája erősen be-
lővelt, de egyébként épek. Ellenben a jobboldali ovariumnak csak
egy csekély maradványa lehetett épen, míg állományának leg-
nagyobb része cystásan destrualódott. A jobboldali tuba pars
ampullaris két-három diónyi tömlőtől felfúvódott és ezen
cystásan elfajult tubarészlet fokozatosan megy át az ép uteri-
nális darabjába.

Mivel az összes tömlők eltávolítása technikailag kivihe-
tetlen és a cystáknak úgyszólván az egész hasürben szőlőfürt-
szerűen történt elszóródásuk miatt a végleges gyógyulás szem-
pontjából is illusorikus volt, néhány nagyobb, diagnostikai
célokra szolgáló tömlőnek a kihámozása után a hasfal bezárattott.
A hasseb nyolc nap múlva per primam gyógyult.

A tömlők falának és tartalmának vegyi és mikro-
skopiai vizsgálata echinococcust derített ki. Jelen esetben,
ahol az echinococcus ennyire multilocularissá lett, teljes
lehetetlenség annak az eldöntése, hogy a medenceköti-
szövetnek, vagy a belső genitáliáknak mely része volt a
primaer góc helye. Tény az, hogy ha az echinococcus a
kismedencében fészkel, előszeretettel ágyazza be magát
a Douglas-ür peritoneuma alatti kötőszövetben, vagy a
ligamentum latum lemezei közt, de viszont az is tény,
hogy jelen esetünkben úgy a jobboldali tuba fala, vala-
mint az ovarium stromája is cystásan destrualódott. Nem
tudunk felmutatni bizonyítékokat sem a mellett, sem pe-
dig az ellen, hogy a petefészekből, vagy a méhkürtből
indult volna ki a primaer góc.

Ami pedig a diagnostikai tévedésünket illeti, azt
kell mondanunk, hogy a női kismedencéből és belső geni-
táliákból kiinduló echinococcus kórjelzését talán még soha-
sem állították fel biztosan ante operationem, kivéve azon
keves számú esetet, amidőn a különösen kedvező körü-
lmények, adatok egyenesen echinococcusra hívták fel a
figyelmet. Így az úgynevezett hydatida-surránást (Hyda-
tidenschwirren) — amely az echinococcusra characteris-
tikus — Küstner is csak egyetlenegy esetben észlelte.
Ritka esetekben pedig a tömlő áttörhet egyes szomszédos
szervekbe, rectumba, uterusba, vaginába, a húgyhólyagba,
és ezúton deríthető fel a diagnosis. Biztosan felállítható,
a diagnosis a próba-punctio révén nyert tömlőtartalomnak
a vizsgálatával; azonban közismert dolog, hogy echino-
coccus esetén a punctio veszedelmes kísérlet. A comple-
mentkötési reactio és egyéb serologiai eljárások, melyeket
újabbán alkalmaznak, szintén segítségünkre lehetnek a
kórjelzés felállításánál, ha egyáltalán gondolunk echino-
coccusra. Még az olyan helyeken is, ahol az echinococcus
endemiás, csak valószínű diagnosis állítható fel az anam-
nesis és a manualis vizsgálatok alapján. Ha ilyen echino-
coccusos vidéken vékony, feszesfalú tömlőt észleltünk a
Douglasban, az adnexákon, pláne ha ezenkívül még
számos kisebb-nagyobb cystát találunk a hasürben és

különösen ha oly egyénről van szó, akinél már constatálattott echinococcus, ilyen körülmények közt inkább lehet gondolni echinococcusra is és az úgynevezett „kutyanamnesis“-re is.

A női kismencedéből és genitáliákból kiinduló echinococcus terapiája és ezzel kapcsolatban a prognosisa adott esetben különböző. Természetesen legbiztosabb a radicalis eljárás: hasmetszés és az összes kóros részletek eltávolítása. Ez azonban, mint esetünk is mutatja, nem mindig vihető keresztül. Ha egy nagy solitaer tömlőről van szó, főleg ha az már elernyed, elegendő a hátsó hüvelyboltozat felől, vagy hasmetszés útján az incisio és nyitott kezelés, amikor is a tömlő fala elpusztul, zsugorodik és végül meggyógyul a folyamat.

Végül még néhány szót esetünkről mint raritásról, hiszen főleg ez indított bennünket arra, hogy publikáljuk azt. Még a legnagyobb tapasztalattal bíró auctorok is csak igen gyér számban észleltek és operáltak echinococust a kismencedében. A női belső genitáliákon pedig mindössze két echinococust közöltek eddig az irodalomban. Így B. Schultze leírt egy esetet, hol echinococust észlelt az ovariumon és a hasürben. (Festschr. f. d. Berl. geburtsh. Ges. Wien, 1894.) Ezenkívül még Doléris közölt egy esetet, ahol mindkét tubán számos nagy echinococust talált. (La Gynécologie, 1896, Nr. 2.) Mindkettő a maga nemében eddig páratlanul állt az irodalomban. A mi esetünk ezen két esettel szemben is, mint ovarium- és tuba-echinococcus, szintén egyedülálló az orvosi irodalomban.

A budapesti Szt. László-kórház közleménye.

Az encephalitis lethargicáról.

Írta: Torday Árpád dr. egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

Már a régebbi (1890—94) influenza-járványok alkalmával fordultak elő encephalitis-megbetegedések, ezek azonban úgy a klinikai tünetek, mint a kórbonctani elváltozások tekintetében a legutóbbi (1918—20) influenza-járvány alatt észlelt encephalitis-esetektől különböztek. Többnyire haemorrhagiás jellegű gócencephalitisok voltak, határozott makroszkopiai elváltozásokkal, amelyek az influenza-n kívül más fertőző megbetegedések folyamán is mutatkoztak (hasi hagymáz, kanyaró, vörheny stb.). Az 1918—20.-i influenza-járvány folyamán észlelt encephalitis-esetek nemcsak járványszerű megjelenésük s a klinikai tünetek alapján különböztek az ismert alaktól, hanem az anatómiai lelet csekély volta által is, amelyre *Economo* elsőnek mutatott rá.

Az encephalitis lethargica vagy epidemica kórokozója még ismeretlen, azonban számos körülmény szól amellett, hogy sem az influenza-bacillus, sem annak toxinja nem okozza. *Economo* szerint egy pleomorph diplo-streptococcus az előidézője, mások az agy állományából különféle bakteriumokat (streptococcus, staphylococcus, influenza) tenyésztettek ki. Ezen bakteriumok pathogenitása ellen a változó leleten kívül azon körülmény is szól, hogy az idegrendszer ellen különösebb affinitásuk nincs. A bántalom fertőző voltát s majmokra való átvihetőségét (macacus rhesus) *Wiesner* mutatta ki, s ő tenyésztette ki a streptococcus pleomorphust. Amidőn azonban e coccusok tiszta tenyészetét házinyulakba fecskendezte, a 20 óra múlva elhullt állatok izmaiban és lágyrészeiben vérzések mutatkoztak (septicaemia; vegyes fertőzés). Kevés valószínűséggel bír *Rosenow* lelete (zöldesen növe streptococcus), továbbá *Hilgermann*, *Lauxen* és *Shaw*-é, akik a lépben, agygyomrocokban és a csontvelőben protozoaszerű képleteket láttak. Az agysejtekbe zárt granuláknak és különféle alakú képleteknek sincs pathologiai jelentőségük. Valamivel nagyobb érdeklődésre tarthatnak számot azon vizsgálatok, amelyek az idegrendszer iránt affinitással bíró vírusokat derítettek ki, annál is inkább, mert ezek a polyomyelitisnél és a lyssánál találtakhoz közel állanak. Ilyenek *Strauss*, *Hirschfeld* és *Loewe* leletei, akik házinyulakon való passage által filtrálható és gylcerinben conserválható virust kaptak; a torokvízből és a lumbal-punctatumból pedig kis

gömbölyű képleteket tenyésztettek ki, amelyek globoid képletekhez hasonlítanak. *Loewe* és *Strauss* később encephalitisok váladékának házinyulakba intraduralisan való oltását diagnostikai célokra is felhasználták. Újabb irányt vettek a kísérleti encephalitis-vizsgálatok, amikor *Doerr* és *Schnabel* Baselen kimutatták, hogy a házinyúl-passage-on átment encephalitis-virus mindenképen úgy viselkedik, mint a herpes febrilisé s ezen kísérletek alapján azon hypothesis állítják fel, hogy a herpes és az encephalitis virusa azonos. *Jahnel* és *Illert* ellenőrző vizsgálatai hasonló eredménnyel jártak. A herpes gyakoriságára az elmúlt influenza-járvány alkalmával *Benedict* is rámutatott. A bántalom előidézője az eddig kialakult nézet szerint egy filtrálható virus. (Újabbán habitualis torok-saprophyta, amely activálódik és neurotróppá lesz?) Az influenza-val való összefüggése csak látszólagos, hisz epidemiologiai megjelenésük is különböző. Hogyha azonban kiderülne, hogy az influenzát valamely complex filtrálható virus idézi elő, még vitatható lenne azon kérdés, vajjon az encephalitis virusa az influenzának valamely variansa-e? De ha nem is az előidézője, a folyamatra activálólólag hathat a véredényfal sérülését okozó képességénél fogva, amellyel azonban más kórokozók is rendelkeznek.

További vizsgálatok fogják eldönteni, hogy egyéb momentumok, mint infantilismus, lymphatismus, astheniás alkat, endocrin mirigyek zavara, szóval alkati és conditionalis körülmények mennyiben járulnak hozzá az encephalitis kifejlődéséhez.

A makroszkopos anatómiai elváltozások nem szembezők. Szövettanilag a hevenyszakban a dúc-sejtek jóindulatú degenerációja látható perivascularis beszűréssel. A gyulladással elváltozások székhelye többnyire az agytörzs és a központi dúcok.

A betegségnek különböző alakjait különböztetik meg, a localisatio és a klinikai tünetek különbözősége szerint (agy, közepagy, híd, nyúltvelői tünetek). A bántalomnak csak főbb klinikai tüneteit jelzik a choreatikus, myocloniás, diplegiás psychotikus stb. elnevezések. *Stern* a tünetek polymorphiája dacára három magtypust különböztet meg, ezek az *Economo*-féle mesencephal-tegmentalis typus, a hyperkynetikus-irritativ-choreatikus klonikus alak és az amyostatikus-hyperkynetikus kórforma.

Nem célok e dolgozatomban az encephalitisnek összes tüneteit leírni, amelyek a bántalomnak különböző localisatiója és a különböző gócnak kombinációja miatt felette nagyszámúak és változatosak lehetnek. E kórformával különben is *Benedict* és e lap hasábjain *Sarbó* kimerítően foglalkoztak. Jelen soraimban csak az általam észlelt főbb tünetekre akarok rávilágítani. Magas láz inkább a súlyos alakoknál fordul elő s ritkább. Rendesen kisebb a láz, typusa szabálytalan, a hosszan elhúzódó eseteknél lázatlan szak után visszatérhet a láz. A bántalom legszembeötlőbb tünete az aluszékonyosság, amely prodromalis izgalmi jelek után vagy anélkül, olykor hirtelen lepi meg a beteget, pl. munkája közben, míg máskor lassanként fejlődik ki. A betegek szótlannokká lesznek, iniciatívájuk nincs, mozgásuk lassú. Szótlannul ülnek előre-hajlott testtartással, mimika nélküli arccal, szájukból gyakran nyál csurog ki, kezeik reszketnek. A kezdeti somnolentia lassan fokozódik, emiatt a betegeket etetni kell. Erélyesebb megszólításra azonban lethargiájukból felkelhetők, amikor is megfelelő feleletet adnak. Beszédük lassú, vontatott, egyhangú s csakhamar kifáradnak. Súlyosabb esetekben a lethargiás állapotból nehezebben keltethetők fel s retentio urinae miatt csapolni is kell őket. A somnolentia okát a toxi-infectiosus agensnek az alvással összefüggő dúcokra való befolyása idézi elő. A *Trömmmer*-féle nézet az alvást a thalamussal hozza kapcsolatba, mely a motorikus, sensorikus és secretorikus gátlásnak a szerve. A thalamuson haladnak át majdnem az összes érzőidegek, viszont a mozgató fővonallakkal és a vasomotorikus központon is összeköttetésben áll (*Sarbó*). Kikapcsolása esetén az agykéregre ható izgalmak megszűnnek s ez hozza létre az alvást.

A régebbi *Mauthner*-féle nézet szerint a harmadik agykamra feneke és a központi dúcok közötti összekötte-

lés megszakítása miatt jó léte az aluszékonyosság. Az arc kifejezés merevsége és a mimika zavara a thalamusra utalnak (Nothnagel és Bechterew). A vasomotoros zavarok szintén a thalamus opticus és a corpus striatum megbetegedéseinek fordulnak elő. A fejfájás, mely eseteimben nem volt gyakori, valószínűleg az agyhártya bővérőségétől származik. Az általam észlelt esetek között leggyakoribbak voltak a polyencephalitis superior-ra emlékeztető szemtünetek és a facialis paresis, kettős látás, strabismus, ptosis és nystagmus. A szemtünetek változóak szoktak lenni. Kettős látásról, a látási képesség gyengüléséről többször panaszkodnak a betegek anélkül, hogy a kettős képeket fixálni lehetne. Gyakori az anisochoria (olykor tág pupillák) és a renyhe fényreactio (oculomotorius és obducens, ritkán a trochlearis működési zavara). Ptosis és hemiplegia cruciata is előfordulhat. Egy betegemnél a szemész (Borbély) fátyolozottságot talált a szemfenéken, egy másiknál kezdődő retinitist. Facialis paresis gyakori s néha az acusticus és az opticus magvak sérülésére utaló tünetek is jelentkezhetnek. A betegek gyakran rossz hallásról és fülzúgásról (hyperacusis) panaszkodnak. Szédülés felüléskor vagy egyszerű nézéskor mutatkozhat s a vestibularis készülék zavarával függhet össze. A nyúltvelő részéről nyelési nehézségek fordulhatnak elő, amelyeket egyesek izomkifáradásból magyaráznak. Az izmok enyhén feszesek, olykor hypotoniásak. A bőrreflexek valamint a mélyreflexek változóak. Néha a patellareflex csak gyengén váltható ki vagy hiányzik, máskor pedig fokozott. Kernig négy esetben volt kis mértékben jelen. Positiv Babinsky esetén a pyramispálya sérülésére lehetne gondolni, csak hogy encephalitisnél a pyramispálya ép. Az elhúzódó eseteknél az amyostatikus tünetcsoporthoz tartozó jelenségek mutatkozhatnak, amelynek a lencse-mag az irányítója. (Merev arc kifejezés, tarkómerevség, hypertonia a nyak- és végtagizmokban, fixatiós rigiditás a könyökizületben, reszketés, nagyobb psychikai zavar nélkül.) A tünetek egy másik csoportjánál, amelyet Sarbó myastheniásnak nevezett el, fáradékonyosság, nyelési nehézségek és a rétropulsio öllenek szembe.

A trophikus zavarok közül a bőr száraz, korpádzó volta, a kenőcsszerű arcbőr (Sarbó) eczemák, erythemák és az amenorrhoea sorolandók fel. Simons a lipodystrophiát írja le. Az érző-spherában az alsó végtagok paresisével, lancináló fájdalokkal, paraesthesiákkal és neuralgiákkal (trigeminus) gyakran találkozunk. A dermatographismus majd mindig élénk. Csontfájdalmak.

A vasomotoros zavarok közül az arc pírja és az izzadás, tachycardia említhetők.

Némely esetben az erős choreatikus mozgások uralják a képet, a betegek mozgásai túlságosan élénkek, felültetéskor felugrának, karjaikkal hadonásznak. Olykor az encephalitis kezdetén a gyökfájdalmak heves hastáji fájdalokat váltanak ki, amelyek miatt a gyanu valamely szervi bántalomra irányul (bélcsavarodás, vakbéllob).

Az encephalitisnak psychotikus és motorikus nyugtalansággal járó alakjával is volt alkalmunk a járvány alkalmával találkozni.

A különböző nevek alatt leírt encephalitisek (athetotica, convulsiva, meningitica, hemiplegica, diplegica stb.) elnevezésüket a bántalom különböző localisatiójától vették.

Elkülönítő kórjelzés szempontjából első helyen a hysteria említendő. A nyugtalanság, a reszketés, a deliriumok, a kedélyhangulat gyors változásai, az indokolás nélküli javulások és rosszabbodások a hysteria gyanuját kelthetik fel, különösen azon eseteknél, amelyeket az orvos elejétől fogva nem észlelt. A szédülési rohamok, zavart öntudat és görcsök miatt némely esetben epilepsziára is lehet gondolni. Sclerosis multiplex, dementia praecox, agylues, agytályog, meningitis tbc., encephalomalacia stb. mind szóba jöhetnek az elkülönítő kórisme felállításánál.

Úgy diagnosztikai tekintetben, mint therapeutikus célból a fejfájásról panaszkodó, nyugtalan betegeknek végezhető lumbal punctio. Némely esetben a folyadék elég bőven, nagy nyomással ürül, általában azonban a nyomás

csak mérsékelt. A folyadék sokszor opalescál, Pándy-féle reactio többször positiv volt. A sejtzaporulat mérsékelt. A vérvizsgálat alkalmával mérsékelt leukocytosis észlelhető. A vérnek és a liquornak bakteriologiai vizsgálata, amelyet a Szent István-kórház bakteriologiai intézete volt szíves elvégezni, negativ eredménnyel járt. Két esetben Baló tanársegéd volt szíves az agyat histologiailag megvizsgálni (perivascularis beszűrődés, neuronophagia, helyenkint az idegrostok kisebbfokú szétesése). Röviden fel akarom említeni a postencephalitis alvási zavarokat, tekintettel azon affinitásra, amely az encephalitis és az álomnak supponált centrumai között fennáll.

Az encephalitisnek idült alakjainál, amelyek látszólagos gyógyulás után egy idő múlva fellépnek, sectio alá került positiv májlelettel bíró esetek kapcsán arra lehet gondolni, hogy intermediaier anyagcserezavar folytán támadt toxikus képződmények jutnak be az agyba s a vérpályák útján okozzák az ismert elváltozásokat (Stern). Erre mutatnak az eosinophilia, a policitosis és a máj működési zavarai.

Az általam az 1920-i járvány alkalmával észlelt tizenegy eset közül kettő meghalt, kettő gyógyulatlannal más osztályra lett áttéve, egy javultán távozott, hat pedig teljesen felgyógyult. Eseteim közül csak két egyén volt 40 éves, a többi mind fiatalabbnak.

Ez évben három új beteget figyelhettem meg, akiket a heveny-szakban szállítottak be. Mind a három 4–5 hét alatt meggyógyult. A könnyű eseteknél a gyógyulás néhány hét alatt bekövetkezik, azonban a súlyosabb eseteknél a reconvallescencia hosszú időre elhúzódik, amire a rigiditás, a kissé tántorgó járás, a reszketés, a psychés zavarok megszűnnek, a percipiálás gyorsabb lesz s a beszéd lassú, vontatott volta elmúlik s a cselekvő- és elhatározó-képesség visszatér.

A kezelés tisztán tüneti. A könnyű esetek gyógyszeres kezelésre nem szorulnak. A középsúlyos és súlyos eseteknél a test ápolásával, a decubitusok elkerülésével, a betegek táplálásával s a helyzet szerint megkívánt gyógyszerekkel godozkodunk a testier fenntartásáról és a complicatiók elkerüléséről, amíg a somnolens szak megszűnik. Az ezüstmethylenkék (Argochrom), a serumok, az elektralgol, a collargol alkalmazása szemellátható eredményt nem hoztak. A szív működés erősítésére s egyúttal az idegekre való hatás szempontjából a strychnint és a strychnotonint alkalmaztuk. A nyugtalanság ellen brom, calcium, chloralhydrat és a morphiumberivatumok adhatók. A lumbal punctio inkább az izgalmi szakban és az igen nyugtalan betegeknek ajánlható, ahol feltehető, hogy a liquor mennyisége megszorodott. A lethargikus eseteknél, például a soporositas szempontjából, alig volt hatása. A szív erejének fenntartása céljából különösen a hosszan elhúzódó és sokszor teljesen lesoványodott betegeknek szívtonicumok és cardiotonicumok szükségesek. Specifikus szerrel nem rendelkezünk.

A bpesti Új Szent János-kórház tüdőbeteg-osztályának közleménye (vezető-főorvos: Okolicsányi-Kuthy Dezső egyet. m. tanár).

A vérsavó Darányi-féle colloidlabilitási reactiója a tüdőgümőkór diagnostikájában és prognostikájában.

Írta: Kausz János dr. alorvos.*

Darányi Gyula királyi főbacteriologus a Budapesti Királyi Orvosegylet 1921 október hó 22-én tartott ülésén egy érdekes vérsavó-reactiót ismertetett. Conclusiójában azt mondta, hogy a reactio biztosan activ tuberculosis egy esetében sem hiányzik, foka pedig a folyamat kiterjedésével, a toxinképződéssel és a szövetszéteséssel párhuzamosan halad.

Az Új Szent János-kórház tüdőbeteg-osztályán

* Előadta a Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének V. nagygyűlésén, 1922 szept. 22-én Budapesten.

189 tüdőgümőkórban szenvedő betegen és öt egészségesen eszközöltünk e módszerrel utánvizsgálatot.

Mielőtt vizsgálati eredményeinkről beszámolnánk, a reactio menetét írjuk röviden le. Reagensül 96% alkoholnak 2%-os NaCl oldattal való 1:4 arányú hígítása szolgál. Ezen alkohol 1 cm³-hez 0.2 cm³-t adva a beteg vérsavójából, a keveréket a kémcsövecskékben jól össze-rázzuk és 20 percre 60 C° vízfürdőbe állítjuk. Az eredmény a vízfürdő után azonnal, illetve 1/2—1—2—3 és 24 óra múlva olvastatik le. Vizsgálatainkhoz Darányi úr szíveségéből az általa átengedett, kitiált 1:4 arányú alkohol-konyhasó oldatot használhattuk. Amellett minden esetben a kórházunk gyógyszer-tárából kapott 97.8%-os alkoholt is használtuk a keverék elkészítéséhez s azzal ugyanazokat az eredményeket kaptuk, mint a Darányi-félével.

A következőket találtuk:

1. Öt egészséges egyénen a reactio negativ volt.
2. 23 szörtyzörejmentes I. stádiumú tüdőbeteg közül negativ volt 10, positiv 13.
3. 27 rhonchussal bíró első stádiumú tüdőbeteg közül negativ volt 8, positiv 19.
4. 55 II. stádiumú tüdővésztes közül negativ egy sem volt, positiv tehát 55.
5. 84 III. stádiumú tüdővésztes közül negativ volt 16, positiv 68.

Részletebben:

Meg-betegedés stádiuma	Esetek száma	—	+	++	+++	++++	Positiv reactiók összege	Positiv reactiók százaléka
Egészséges	5	5	0	0	0	0	0	0%
I. a)	23	10	4	4	2	3	13	56.5%
I. b)	27	8	2	3	1	13	19	70%
II.	55	0	1	2	4	48	55	100%
III.	84	16	2	1	4	61	68	81%
Közülük az osztályon elhalt:		12	1	1	2	16	31	

Látnivaló ebből, hogy a negativ reactiók száma a legkönnyebb esetekben a legtöbb, a II. stádiumban negativ reactiót nem találtunk, a III. stádiumban azonban ez ismét megjelenik, és pedig a *legsúlyosabb* esetek egy részében. A 16 III. stádiumú beteg közül, kinél negativ reactióra akadunk, öt volt kifejezett phthisis florida és a 16-ból 11 két hónapon belül még osztályunkon exitált, a 12-ik pedig tudomásunk szerint két nappal az osztály elhagyása után otthon halt meg.

A positiv reactio, amely egészséges emberen nem fordult elő, a rhonchus nélküli, tehát inactivabb I. stádiumú tüdőgümőkór-esetekben 56.5%-ban, a rhonchusokkal bíró, tehát activabb I. stádiumú esetekben 70%-ban, a II. stádiumú kifejezett tüdőgümőkór-esetekben 100%-ban fordult elő, hogy ez a szám a III. stádiumú esetekben ismét 81%-ra csökkenjen.

A III. stádiumú esetekből a positiv reactiót, mint már a fentiekből következtethető, a relatíve, mégis jobb esetek adták, főleg a +++-tes reactiót, ami kitűnik abból, hogy a 61 III. stádiumú +++-tes reactiót adó beteg közül csak 16 exitált osztályunkon és pedig ittfevésének első hónapja és 18-ik hónapja között, ellenben hét gyengébb reactiót adott III. stádiumú beteg közül osztályunkon, aránylag rövid itttartózkodás után, négy halt meg. Súlyos klinikai kép mellett tehát a gyengébb reactio kedvezőtlen prognostikon.

A reactio fokát illetőleg a rhonchus nélküli I. stádiumú esetek mutatták aránylag a legkevesebb +++-es és a legtöbb +-es reactiót (10-ből +++-es 3 és +-es 4); a kifejezett tüdővésztesetek (II. és III. stádium) pedig a legtöbb +++-es és a legkevesebb +-es reactiót (II. stádium: +++-es 48, +-es 1; III. stádium: +++-es 61, +-es 2).

Nem mernők tehát azt mondani eddigi tapasztalataink szerint, hogy a reactio biztosan activ tbc. egy eseté-

ben sem hiányzik. *Igazolhatjuk azonban, hogy foka a folyamat kiterjedésével, a toxinképződéssel és a szövetszéteséssel párhuzamosan halad, de hozzá kell tennünk, hogy csak addig a határig, ameddig az immunreactiók positivitását látjuk, vagyis amíg a szervezet mérgeérzékenységének teljes kimerülése, a legsúlyosabb esetekben, be nem állott.*

Az egy- és kétkeresztes reactio a klinikailag könnyűnek látszó esetekben csak fokozhatja készségünket kedvezőbb prognosis állítására, ellenben a *reactio negativ eredménye klinikailag súlyos esetekben határozott malum omen*. Eddigi tapasztalataink szerint diagnostikus értéke — szerintünk — (nemleges értelemben) csak a negativ reactiónak van, mert egyéb tünetek híján a tüdőgümőkór kizárásában megerősíthet bennünket.

Newyorki tapasztalatok.

Írta: Kubányi Endre dr., az Erzsébet tud. egy. sebészeti klinikájának tanársegéde.

II. A sebészet köréből.

A műtöre és műteti technikára vonatkozó észrevételeimet röviden a következőkben próbálom összefoglalni:

Varróanyagul selymet és catgutot használnak.

A *varróselymet* félóráig vízvezetési vízben főzik, utána 90%-os alkoholban tartják. A gyárilag sterilizált 20 Days Claustro Thermal chrom-catgutot használják. Amint neve is mondja, 20 nap alatt szivódik fel. Igen erős, annyira, hogy Bassini-műtétkor a mély varratokat is ezzel végzik.

Fertőzött sebek kötözésekor a *jodoformgaset* használják, melyet hasonlóan készítenek, mint mi: jodoform-glycerin-alkohol-aether keverékében, utána 20 percig steril lepedőn szárítják, majd fémdobozba csomagolják s újból nem sterilizálják.

Genyedő sebek mellett fellazult, elecsemásodott bőrterületekre *steril vaselines gasecsíkokat* használnak. Egyszeres gasecsíkokat átitatnak közönséges vaselinnel (nem bőrvaselinnel) majd kis dobozban egymás fölé rakják és kisterilizálják.

A *gummikeztyűket* úgy sterilizálják, hogy calicótból vagy vitorlavászonból készült, zsebtárca mintájú zsákocskákba 1—1 keztyűt tesznek, ujjaikba vékony gasecsíkot vezetve. Ezen táskából tízet-húszat fémdobozban egymás fölé raknak és 15 percig sterilizálják. Előnye, hogy a keztyűk nem tapadnak egymáshoz s így kevésbé romlanak, azonkívül minden táskán jellelhető, hogy milyen számú keztyű van benne, vagy melyik műtő számára való.

A *novocainoldatok* készítésekor igen nagy súlyt fektetnek a suprarenin-tartalomra. A gyárilag készített tablettákon, éppúgy mint nálunk, fel van tüntetve a suprarenin tartalom.

Minél testesebb a beteg, s minél inkább kelti az operálandó az iszákos benyomását, annál nagyobb mennyiségű suprarenint tesznek a novocainhoz. Novocainban végzett nagyobb műtéteknél túlcorpulens egyéneknek a B.-tablettás novocainhoz 100 grammonként még 5—10 csepp adrenalint adnak.

Általában azt mondhatjuk, hogy az általános narcosis sokkal inkább tartja magát, mint nálunk. Az aethernarcosis az elfogadott. A Post Graduate Hospitalban Erdmann professornak egy délután öt műtétjét néztem végig. A két appendectomia, egy myoma, egy felső hólyagmetszés aethernarcosisban történt és egy empyema helybeli érzéstelenítésben.

Altatás közben, amint nem a legnyugodtabban alszik a beteg és az állat elő kellene nyomni, narcosisintubátort használnak. (Klinikánk részére a narcosisintubátor-sorozatot a MONE műszerüzem készítette.) Előnye, hogy a nyelv egyáltalában nem csúszhatik vissza, nem kell kifogni, nem kell az állat előemelni, ezzel a narcotizáló munkája meg van könnyítve, a beteget pedig megkíméljük a nyelv kifogása és az áll előemeléssel járó kellemetlenségektől.

Néhány könnyen alkalmazható s igen célszerű kötést is láttam.

A haematomák kifejlődésének meggátlására a herezacskóban (hernia, varicocele, hydrocele után) a Bellevue Hospital urológiai osztályán (Prof. Kheys) a szellemes ragtapaszcsíkos, rögzítő módszer van alkalmazásban.

E kötéshez szükségünk van egy 8—10 cm széles és 40 cm hosszú, továbbá ugyanolyan széles, 60 cm hosszú ragtapaszcsíkra és egy hüvelykujj vastagságú, kb. 5—6 cm hosszú gasepólyára.

A 40 cm hosszú csik közepére T-pólya módjára ráragasztjuk a 60 cm-es csik egyik végét. Az utóbbit három egyenlő részre osztjuk és a 40 cm hosszú csikszélig behasítjuk. A középső rész háromnegyed részét levágjuk, a megmaradt egynegyeddel a gasepólyát a 40 cm-es csik közepéhez rögzítjük. A 40 cm-es csik közepére vékony gasedarabot helyezünk, nehogy a végtagon a szeméremszőrökhöz odatapadjon.

A rögzítőkötést előlről applikált T-pólya módjára akképen tesszük fel, hogy a gasepólya a raphae perineire kerül közvetlenül a scrotum alá, s mintegy annak feltámasztójául szolgál. A 40 cm-es csik előlről polcolja fel a scrotumot, a 60 cm-es csik két szalagja pedig hajlítot comb mellett a farredőn keresztülvezetve az elülső csípőtövisen túl végződik. A gasepólya támasztja, a ragtapaszcsíkok emelik a herezacskót. Különösen jó szolgálatot tesz nagy scrotalis herniáknál, ahol a műtét előtt állandóan belekkel kitöltött scrotum a műtét után amúgy is szívó hatást gyakorol a műtési területre. E ragtapaszcsíkos T-rögzítőkötés előnye, hogy nem mozdul el, állandóan és egyenletesen rögzít, idősebb egyéneknél végzett inguinalis műtéteknél ezzel a rögzítőkötéssel a beteg hamarabb hagyhatja el az ágyat. Jó szolgálatot tehet még az epididymitis therapiában, a herét ért traumáknál, ahol a here abszolút nyugalombahelyezése annyira fontos.

Azon genyedő sebeknél (vakbél körüli tályogok kötés-váltásánál), ahol hosszabb időn át naponként vagy másnaponként kell a kötést változtatni, olyan ragtapaszcsíkokat használnak, melynek csak egyik vége tapad a bőrhöz, másik végébe Köpper-szalag van fűzve. Célja, hogy egymással szemben applikálva kötésváltáskor csak a szalagot kell kibontani, a kötés után újból csak csomózni. A ragtapaszt nem kell minden alkalommal eltávolítani. Előnye: megkíméljük a beteget a ragtapasz naponkénti eltávolításának fájdalmától s egyben megkíméljük a seb melletti bőrterületet.

Vérátömlesztést a háború óta széles kiterjedésben alkalmaznak. A régóta kísérletezett vérátömlesztés most már tudományos alappal bír. Agglutinációs vizsgálatok alapján az emberiség IV. csoportba oszlik; csakis ugyanazon csoportba tartozó egyén vért szabad átömleszteni az ugyanazon csoportba tartozó vértigénylőbe, avagy szükség esetén a IV. csoportba tartozó vért bárkinek adagolhatjuk.

Tapasztalati úton megállapították, hogy eredetre nézve a II. csoportba tartoznak az európai népfajok, a III.-ba az ázsiai és afrikaiak, az I.-be az előbbi kettő keveréke, a IV.-be azok, akik a II. III.-ba nem tartoznak.

A vérátömlesztéskor tehát meg kell állapítanunk, hogy a vértigénylő melyik csoportba tartozik s azután ugyanazon csoportba tartozó egyén vért transfundáljuk. Erre vonatkozólag a vizsgálat úgy történik, hogy a készen tartott serumokat (Listerintézet) összehozzuk a vért igénylő vérével s amelyik serum az illető vörösvértestét 5 perc alatt nem agglutinálja, úgy az illető azon serummal megegyező csoportba tartozik. Ennek megállapítása után a már luesre, maláriára, tbc.-re stb. előzetesen megvizsgált ugyanazon csoportba tartozó „vért adó” 500—800 cm³ vérének natriumcitricumos oldaltát különböző technikával — direkt vagy indirekt methodusokkal (Kheyes, Levishon) — átömlesztjük. A transfusio megkönnyítésére az ezzel foglalkozó nagyobb intézetekben állandóan készen megvizsgálva tartanak olyan egyéneket (leginkább szolgálk, líftes boyok etc.), akik alkalomadtán, legtöbbször fizetés ellenében hajlandók vért adni.

A vérátömlesztés indiciói: 1. Anaemia acuta. 2. Anaemia chronica. 3. Haemorrhagiás diathesisek. 4. Általános mérgezések (chemiai, bakter.).

Az 1. és 2. csoportba tartozó esetekben a vérátömlesztés segítőeszköz. A 3. csoportba tartozó esetekben időleges javulás várható, a 4.-be tartozóknál az eredmények még kialakulóban vannak. A sebészi vonatkozású esetek közül anaemia acutánál és haemophiliánál a legmegbízhatóbb eljárásnak ismerik el.

Friss sérülések kezelésénél ugyanazon eljárás van alkalmazásban, mint aminő a mi osztályunkon: a 6 órán belüli sérüléseknél a seb környékének leberetválása és alapos megtisztítása után a roncsolt lágyrészeket eltávolítják; majd újbóli mosakodás után váltott sterilis keztyűben, friss sterilis műszerekkel újítva a sebszéleket, acriflavinnal kiöblítik (a mi vuzinunk, rivanolunk helyett) s pár öltéssel (nem sűrűn) zárják. Az utókezelés alatt a legkisebb reactióra annyi fonalat távolítanak el, amennyi éppen szükséges.

Indirekt közönséges sérveknél, nem nagyfokú hasfali diszpozitiónál ők is egyszerűen Bassini-t végeznek; nagy kapuval bíró direkt sérveknél ellenben a Bassini-öltések előtt Voigissen szerint a musculus transversus és fasciát odavarrják mélyen a ligamentum inguinalehoz és ezzel két rétegben szűkítik a kaput. Recidivára igen alkalmasnak látszó, széles sérvkapuval bíró nagy diszpozitónál Stetten három rétegben zár: I. Bassini, utána II. a musculus obliquus externus fasciájának mediális lebenyét odavarrja a ligamentum inguinalehoz; III. a fascia lateralis lebenyét a funiculus kilépési helyének magasságában behasítja s most a fascia alsó és felső lebenyét külön-külön csomós öltésekkel odavarrja a musculus obliquus internushoz. (Am. of. Surgery New-York 1920. Stetten.)

Az appendicitisek műteti indicióinál nem respectálják az egyszer, kétszer 24 órát. Nem barátai a conserválásnak sem. A műteti időpont megállapítására irányuló kérdésemre több helyen mosolyogva válaszolták: „Akkor operáljuk, — amikor kapjuk!”

Az appendectomiák műteti technikájára vonatkozólag jellemző, hogy a csontot paquelinezik, de nem sülyesztik, hanem paquelinezés után visszahelyezik a hasüregebe. Megfelelő esetekben teljesen elzárják a hasat, s állítólag kellemetlenséget sohasem észleltek.

Arteriosclerotikus gangraenák-nál Leriche (Lion) ajánlatára periarteriális sympatectomiát végeznek, leginkább a comb verőerén. A műtét célja, hogy a verőeret körülverő sympaticus-hálózat eltávolításával a beteg végtag verőerének vasoconstrictiója megszűnjék, az érlumen tágulhasson s ezzel a végarteria jobban tudja táplálni a végtagot. A műtétet úgy végzik, hogy a canalis adductoriusban 10—15 cm-es metszés árán kipraeparálják az arteria femoralist és 10 cm. hosszúságban éles késsel köröskörül lekaparják.

A nagy sebészet minden ágára nem tudok kitérni, mert messze túllépném ezen közlés kereteit.

Az orthopaediában az amerikaiaknak vezető szerepük van. Lange (Amerikanische Reiseerinnerungen) a Münch. med. Wochenschr. 1917-es számában megállapítja, hogy orthopaediával Amerikában régebb idő óta foglalkoznak specialista orvosok, mint Németországban. Ugyancsak Lange állapította meg, hogy Amerikában sokkal könnyebb szakavatott orthopaed-sebészeti osztályon elhelyezni beteget, mint Németországban s ebben látja az okát annak, hogy Amerikában sokkal kevesebb bénát, nyomorékot látott 1911-ben, mint Németországban. Lange ezen megállapítása mögött ott van az amerikai gondolkodása. Amerikában mindenki igyekszik dolgozni s ha valaki nyomorékká lesz, vagy annak születik, ő maga vagy hozzátartozói mindenáron azon vannak, hogy amennyire csak lehet, egészséges, ép embert csináljanak belőle, ingyenélőt-kéregetőt ők nem nevelnek.

Amerikából jött a ragtapaszcsíkos nyújtókezelés, az izületi gyulladásoknak járókészülékkel való kezelése, a spondylitisek gipszkezelése stb.

Az amúgy is igen kultivált orthopaedia a háború alatt és után még nagyobb teret hódított. Már a háború előtt is számos nyomorékkothona volt a legtöbb nagyvárosnak, a háború alatt pedig szinte luxussal berendezett és fenntartott rokkantotthonok létesültek.

A csonttörések kezelésére a Thomas-rendszerű nyújtókezelést végzik. (Ott készült rajzaim után a MONE műszerüzem készített klinikánk számára egy ilyen felszerelést.)

Az elmondottakban bátorkodtam nagy vonásokban beszámolni azon tapasztalatokról, amit egyhavi Newyorki tartózkodásom alatt láttam.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 május 5-iki ülése.

Elnök: Horváth Ákos.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutatók:

1. **Waltner Károly:** *Világrahozott Werlhof-kór esete.* Napirenden kívül. Egyhetes koraszülöttet mutat be, kinek anyja Werlhof-kórbán szenved. Első nap számos gombostűfejnyi bőrvérzés a hajas fejbőrön, azonkívül egy nagyobb bőrvérzés (2 1/2 cm) a b. alszáron és két kerek vérzéses folt a j. láb második és harmadik ujjának hegyén. A 3.—4. napon a j. comb hátulsó felszínén több gombostűfejnyi vérzés. Az anya thrombocytaszáma 60.000, vérzési ideje 27 perc, alvadási idő 10 perc. A plasma retractiója nem következik be. Az újszülött thrombocytaszáma 90.000, vérzési ideje 12 perc, alvadási idő 10 perc. Retractio nem következik be. Az újszülött születési súlya 1800 gr, ma (egyhetes) 1700 gr. Élénk, jól szopik, hangosan sír, közepes fokban icteritikus. Ezek szerint az esetet (úgy az anyát, mint az újszülöttet) Glanzmann hereditaer haemorrhagiás thrombastheniája csoportjába kell soroznunk, manifest Werlhof-os tünetekkel.

2. **Bókay János:** *Chorea minor gravissima; intravenás neosalvarsan-injectiók; gyógyulás.* A 11 éves leányka oly súlyos choreában szenvedett, hogy félni kellett a kimerüléstől. Három hét alatt hat a 0'30 intravenás befecskendést kapott: összesen 1'50 neosalvarsant. A coordinatiós zavarok a negyedik injectio után kezdtek enyhülni s a javulás rohamosan haladt előre. Öt hét után a leányka teljesen gyógyultnak volt tekinthető. Kétségtelen, hogy az intensív és gyors gyógyhatás magyarázata az arsennek a neosalvarsanban való szerves és lipotrop kötése, ami lehetővé teszi, hogy oly sejtekbe is eljusson, ahová az arsen egyszerű vegyületei egyáltalában nem, vagy csak hosszabb adagolás után juttathatók el.

Kétly László br.: Két esete kapcsán szól hozzá. Egy 20 éves asszony uterus pubescenssel és amenorrhoeával; kiújuló polyarthritiséhez chorea minor csatlakozott. Betegsége hatodik napján kerül a klinikára psychés zavarokkal, miket morphin is alig enyhít. VI. 20-án 0'30 neo-ezüstsalsvarsan intravenásan csodálatos hatású volt, mert 12 óra múlva a rángásoknak már csak nyoma volt és a psyche is feltisztult. 23-án újból annyit kap, bár a chorea megszűntnek tekinthető. Utána polyarthritise is fokozatosan javul és kiskökü kélhegyű billentyűelégtelenséggel VII. 23-án távozik. IX. 7-én kiújult polyarthritissel kerül vissza; X. 10-én gyógyulás anélkül, hogy choreája kiújult volna. A másik esete nem így feltűnő eredményű. 20 éves leány tonsillaris eredetű polyarthritiséhez chorea minor társul lázzal, psychés zavarokkal és a táplálkozást is majdnem lehetetlenné tevő choreás rángásokkal. Felvétele napján 0'30 neo-ezüstsalsvarsan kap intravenásan; a tünetek alig enyhülnek, az erős altatók is majdnem teljesen hatástalanok. Harmad- és ötödnap újabb a 0'30 gr-os adagot kap. A második után fokozatos a javulás, a psyche feltisztul, a rángások a harmadik adag után 2—3 napra végleg megszűnnek. Tehát ez esetben is a súlyos chorea nyolc nap alatt meggyógyult. Ezen eredmények jogosulttá teszik e gyógykezelésnek elterjedését annál is inkább, mert a két eset tanúsága szerint ezen elég nagy adagok sem okoznak káros mellékhatást. Nem fogadható el azonban egyesek azon nézete, hogy ex juvenilibus következtetve, a chorea minor lueses eredetű volna. E baj kórokozója nem mindig ugyanaz, de kitöréséhez az idegrendszernek csökkent ellenállóképessége, illetve túlingerlékenysége is szükséges.

Előadás:

1. **Focher László:** *Vizsgálómódszer a genuin epilepsia rohammentes időben való kórtípméréséhez.* Rámutatva a hysteriás és genuin epilepsia közötti megkülönböztető kórtípmérés nagy fontosságára s a rendelkezésre álló módszereknek részben veszedelmes és mindenképp elégtelen voltára, a saját, 918 egészséges

egyéneken s 151 betegen végzett vizsgálatairól számol be. Ezek eredményeképpen megállapítja, hogy a Weber-féle térérzéknek alább közlendő, mértéken túlmenő aszimetriája egyéb idegrendszeri megbetegedés kizárása esetén a genuin epilepsia biztos jele. Ez a tünet a g. epilepsziák 25—42%-ában megvan. Elég tekintélyes százalékban felment tehát bennünket úgy a hosszadalmas megfigyeléstől, mely a beteg további sorsára nem közbős, mint a roham művi kiváltásának veszedelmes és nem feltétlenül bizonyos kísérletétől.

Ezen, góctünet jelentőségével bíró jel az egyéves s azon aluli kórtartamú betegek 25%-ánál, az 1—5 éves kórtartamúak 33'3%-ánál s az öt évnél hosszabb kórtartamú esetek 66'6%-ánál fordul elő. Bizonyítéka ez annak, hogy ismétlődő epilepsziás paroxysmusok secundaer agyi göcök kifejlődésére vezethetnek.

Vizsgálatait a Spearman-féle aesthesiometerrel végezte, bekötött szemű egyéneken, előző begyakorolás után. A jobb, majd a bal mutatóujj körömpercének volaris felszínén egyszerre s egyenletes, közepes nyomással érintették a hossztengelellyel párhuzamosan elhelyezett aesthesiometerhegyei, melyeknek egymástól távolsága 1—4 mm volt. A j. és b. o. adott helyes reakciók száma közötti különbség szolgált az absolut differentia mérésére, mely, ha

0 ellentmondást mutató vizsgálándónál az 1-et meghaladta,

1	"	"	"	2 volt vagy azt	"
2	"	"	"	3 " " " "	" biztosan, s
ha 3'5	"	"	"	4 " " " "	" nagy való-

szerűséggel organikus idegrendszeri megbetegedés, ilyen nemlétében pedig genuin epilepsia mellett bizonyított. Az ellentmondások mérésére a positiv reactio után ugyanazon távolságnál adott minden negativ reactiót 1-nek, a következő nagyobb ingertávolságnál adott minden negativ reactiót 2-nek stb. vette. A jobb- és baloldali ellentmondások összege adta a vizsgálat ellentmondásainak számát; az ötnél nagyobb ellentmondást mutató vizsgálatokat e szempontból nem értékesítette.

Donáth Gyula: E tapintási zavarok kimerültségi tünetnek foghatók fel, aminőket különösen *Muskens* ismeretett a fájdalomérzés terén. Ilyen kimerültségi tüneteket a motorikus sphaerában is ismerünk; ezek az epilepsziás roham után fellépő múlt motorikus, sensorikus és amnesticus aphasiák, az agraphia, apraxia, vagy csak dadogás, gagyogás, dűnyögés, továbbá az órákig vagy napokig tartó hemiparesis. Ilyen a roham után az alvás is. Általában mondhatni, hogy az epilepsziás rohamot kiváltó anyagcseretermékek eleinte minden sphaerában izgalmi tüneteket okoznak, melyek bénulásokba mehetnek át, de a kettő között a görcsroham nem éles határ, és így észlelhetünk a roham előtt is hypofunctiót, vagy a roham után is izgalmi tüneteket.

2. Szondi Lipót: Két új alkattypus klinikai tünettanárol.

A modern alkati tan két irányban mutat haladást: 1. Empirikus alapon megkeresi az összefüggést a test és az elme között s így építi ki az összegyéniség psychophysiologiai típusainak rendszerét. 2. Nem elégszik meg valamely rendszert adó heuristikus szempont kitűzésével, hanem igyekszik az egyes rendszerek alapján felállított alkattypusok mögött rejlő egészséges biológiai hátteret megkeresni. Ezen elvek alapján közel 200 belső secretiót beteg klinikai vizsgálataiból a vérmirigy-rendszernek s ez alapon e betegeknek két constitutiós típusát állítja fel: I. habitus endokrinasthenicus, II. habitus endokrin-dysthenicus.

I. Az endokrin-asthenikus csoportba tartozó egyének közös tulajdonsága, hogy vérmirigyrendszerükben [túlműködő] mirigy nem található; valamennyi gyenge vagy normalis működésű. Jellemző 1. a kistermetűség, 2. a porc- és csontképzés tempója a csöves csontok epiphysisfugáiban többnyire meglassult, 3. mikrocephalia, 4. pubertas retardata, 5. adipositas (esetleg cachexia), 6. vagotonia, 7. gyengeelműjűség esetén az intellectalis defectus igen nagy, 8. a temperamentum többnyire felhangolt és túlérzékeny. Közös hormonális képlete: hypofunctio (asthenia) a pajzsmirigy, az agyfűggelék, a nemi mirigy és az adrenal-rendszer működésében.

II. Az endokrin-dystheniás habitus typologiai egységét az adja meg, hogy a vérmirigyrendszerükben gyenge, normalis és túldolgozó mirigyek vegyesen fordulnak elő. Az ideartozó egye-

dek két alcsoportba oszthatók: II. a) a kistermetű endokrin-dystheniás és II. b) a nagytermetű endokrin-dystheniás típusba.

II. a) A kistermetű endokrin-dystheniás habitus klinikai tünetei: 1. kistermetűség, 2. az epiphysisfugák korai záródása, olykor a csöves csontokban hyperossificatiós jelek, 3. normalis vagy azon felüli koponyakörfogat (makrocephalia), 4. pubertas praecox, 5. többnyire normalis zsírelosztódás, olykor soványosság, ritkán adipositas, 6. vagotonia, ritkán normalis tonus, 7. elme-egyenség esetén súlyos psychés defectus, 8. a temperamentum többnyire schizothim (hasadó) characterű és a betegek többnyire apathiások, 9. közös hormonalis képlete: asthenia a pajzsmirigyben, az agyfűggekben és az adrenal-rendszerben, valamint hyperfunctio a nemi mirigyekben.

II. b) A nagytermetű endokrin-dystheniások klinikai tünetei: 1. nagytermetűség, 2. normalis vagy fokozott porc- és csontképzés, 3. többnyire nagy koponyakörfogat, 4. hypogenitalismus, 5. normalis zsírelosztódás, ritkán adipositas, 6. sympathicotonia, 7. debilitás esetén súlyos psychés kiesések, 8. gyakori apathia, gyakori cyclothymia, 9. közös hormonalis képlete: asthenia, ill. hypofunctio a nemi mirigyekben, valamint a pajzsmirigyben, ill. hypophysisben, az adrenal-rendszerben, ritkán a thymus-rendszerben.

Mindezekon kívül a klinikai vizsgálatai során kiderült, hogy egyes betegségek a vérmirigyrendszer megbetegedései közül a habitus endokrin-asthenikus, mások a habitus endokrin-dysthenikus alkaton fejlődnek ki. Így a morbus endokrin-asthenikus csoportba sorolja: 1. Addison, 2. myasthenia, 3. Falta-féle multiplex vérmirigysclerosis, 4. myxoedema, 5. diabetes insipidus, 6. dystrophia adiposogenitalis, 7. cachexia hypophyseopriva, 8. adipositas pituitaria acquisita, 9. nansomia pituitaria acquisita betegségek.

Mint morbus endokrin-dysthenikust fogja fel: 1. a Basedow-ot, 2. Basedow-tetaniát, 3. az akromegaliát.

Kéty László br.: Az érdekes előadás, miután kissé kivonatossá és a belső secretiós mirigyek működésének megítélésére vonatkozó vizsgálatok ismertetését elhagyta, nehezzé teszi a levont következtetések megítélését. Nem világlik ki, hogy a két alkat-typusba az egészségeseket is besorozza-e? Ha igen, azt annál kevésbé tartaná elfogadhatónak, mert előadó vizsgálatait klinikai beteganyagon végezte. Ha teljesen egészséges egyéneknek nagy számmal történnék ily vizsgálat, meggyőződése, hogy ezek a felállított két fő- és a másodikkal két altpusába semmiképp sem volnának mind beilleszthetők, különösen nem a testmagasság és jellemtulajdonság szempontjából. A belső secretiós zavarokkal járó kóros esetekben szintén nem gondolja, hogy a típusok jellegzetes tulajdonságai a beillesztett betegségek mindegyikénél ily pontossággal állanak fenn. Viszont a típusok legfőbb alapját képező belső secretiós zavarokat minden egyes betegségnél és betegnél individualitás figyelembevételével kell megállapítani és akkor végeredményben minden ily betegségnél fokozott, csökkent vagy vegyes működési zavarát fogjuk találni a belső secretiós mirigyek valamely csoportjának. Ez egymaga pedig külön alkat-typus felállítására nem elegendő, sőt nagyon labilis alapon áll, mert a belső secretiós viszonyokat illető ismereteink még nagyon hézagosak. Ma pozitívnek hitt tények holnap kísérletileg megdőlnék, esetleg annak éppen az ellentéte igazolódik be. Ugyancsak a mirigyek működésének, méginkább működési zavarának klinikai felismerése igen nehéz és az erre szolgáló módszereink nem mindig megbízhatók. Ez alapon tehát a két typus felvétele tudományos szempontból érdekes és a további vizsgálatokkal való megerősítésre ugyan alkalmas lehet, de a gyakorlatban nagy jelentősége nincs, sőt talán az annyira fontos individualis viszonyok tekintetbevétele szempontjából a betegvizsgálatoknál ennek rovására menne az, ha a belső secretiós zavarokkal összefüggő betegségeket ily sablonoszerű felfogással ítélnék meg. Az előadó által elmondottak még nem elegendők a két alkat-typus végleges elfogadásához. Ennek eldöntésére sokkal számosabb megfigyelés és ellenőrző vizsgálat szükséges; az egészséges egyénre vonatkozólag pedig a két új alkat-typus egyáltalában nem fogadható el.

Vas J. Jenő: A mongol idiotia szintén az endokrin asthenia körébe sorolható. A Stefánia-gyermekkorház anyagán két mongol idiota eset sectiója a thyreoidea és a mellékvese hypoplasiáját mutatta.

Fehér László: Az elmeegyenség fiatalkori bűnözőkőn 1915-ben végzett s a háborús viszonyok miatt csak 1921-ben közzét vizsgálatára hívja fel a figyelmet, amely szerint Basedow-beteg fiatalok csak az elmeegyenség nem legsúlyosabb tüneteit mutató csoportokban szerepeltek.

Szondi Lipót: 1. Az általa felállított típusok a substitúciós anomáliákat foglalják rendszerbe; az egészséges emberek hormonalis típusairól nem beszél, mert a hormonrendszer állapotának körismérésére eddig használatos diagnostikai eszközök ma még túldurván ahhoz, hogy egészséges ember hormonkeverékébe betekintsünk. — 2. Az alkati rendellenességekre vonatkozó típusainak abban látja gyakorlati jelentőségét, hogy típusait pontosan körülírt, klinikailag jól megközelíthető tünetcsoportokkal jellemezte, melyeknek ismerete az eddiginél jóval gyorsabban tájékoztatja a gyakorló-örvost a tüneteket felmutató egyén hormon-rendszerére felől. — 3. Az alkat-anomáliák új típusait lehet ugyan kétkedéssel fogadni, ám azok létezését vagy nemlétezését kizárólag a klinikai statisztikai utánvizsgálat állapíthatja meg.

A német belorvostársaság XXXV. kongresszusának üléséről.

(Wien 1923 ápr. 9—12-ig.)

IV.

Pick (Wien). A diuresis kérdéséhez szolgáltat adatokat és fejtegeti a máj szerepét a vízkiválasztásban. **Pap (Wien)** ezzel kapcsolatban májbetegeken végezett vizsgálataiban mutatja a vízkiválasztás elhúzódot voltát.

Lemesic (Belgrád). Izolált nyúlvesén végzett diuresiskísérletekről számol be.

Seyderhelm (Göttingen). Vesebetegeken végzett vizsgálatokat colloidalis festékanyagokkal.

Veil (München). A vizelet ionaciditásának és az alveolusok levegője CO₂ feszültségének viszonyát vizsgálta endokrin és cardialis eredetű oedemas betegekben.

Beckmann (München). Veseműködési vizsgálatról számol be, savak és alkáliák kiválasztásával kapcsolatban.

Nyiri (Wien). A thiosulfattal végzett kísérletes veseműködés vizsgálatáról szól.

Lilienstein (Nauheim). Az orthometerről szól, mely egyszerű mérőeszköz arra szolgál, hogy a szív méreteit a Röntgenképről könnyen leolvashassuk.

A kongresszus harmadik napján:

Lichtwitz (Altona). Az elégtelen tápláltságról tart előadást: a zsirtalan bőr pigmentált, a hónalj és a fanszőrzet kihull, a pajzsmirigy megkisebbedik és tetaniás tünetek jelentkeznek (éhségtetania); ilyenkor az epitheltestek oxyphil sejteinek hiánya és egy esetben nekrosis is volt észlelhető. Anaciditás, a pankreasfermentumok hiánya és éhezési diabetes voltak a tünetek egy betegén, ki három évig úgyszólván csak vizen és kenyéren élt. A máj és az ivarmirigyek atrophiasak. Véryomáscsökkenés észlelhető még olyanokon is, kik azelőtt hypertoniások voltak. Scorbutot néha észlelt csak. Az oedema ritkán észlelhető, inkább csak a reá való hajlamosság; a vérmennyiség 147%-os szaporodást mutat, így egy 57 kg-os férfibetegének vérmennyisége **Griesbach** kongovörös módszerével 7 L volt. Az osteoporosis gyakori. A kóros tünetek főképpen az animalis fehérje hiánya következményeképpen fejlődnek, mert minden belsősecretiós mirigynek aminosavra van szüksége, melyet elégséges mennyiségben csak állati fehérjéből kaphat.

Faber (Kopenhága). A vércukorküszöb meghatározása a cukorvizelésben. 50 gr glucose befecskendezése után ötpercenként határozta meg a vér és a vizelet cukortartalmát. Cukorbetegeken végzett vizsgálataiból az következik, hogy a tolerancia szempontjából megengedhető szénhidrátmennyiséget sok étkezésre elosztva adjuk.

Schmidt (Prag). Proteintestekkel végzett soványító kúráról számol be. 7—10 cm³ tejet ad 2—3 naponként; eleinte feketéti a betegeit. Diétás előírások nélkül három hónapon át havi 5 kgr átlagos súlyvesztést észlelt. **Schmidt** előadásához **Falta** szól hozzá és hangsúlyozza, hogy a tej lázkeltő hatása bakteriumhatás, mely teljesen steril tej 15 cm³-ével sem idézhető elő.

Kämmerer (München). A bélbakteriumok okozta haematorporphyrin képződésről. 5%-os vérbuillonba székletet oltott és így kémcsökísérletben észlelte a porphyrin képződését; megállapította, hogy anaerob sporaképző bakteriumok játszanak szerepet. Chemiai reductio útján, natriumamalgammal is lehetséges porphyrint nyerni. Ajánlja, hogy klinikai esetekben szabályszerűen keressünk porphyrin-képző bakteriumokat.

Veil és Weiss (München). Adat az acut porphyrin kórképeinek ismeretéhez. Azt észlelték, hogy bőséges véreshurka evése után a vizeletben és a székletben porphyrin van.

Toeniessen (Erlangen). A hasnyálmirigy jelentősége a tej-sav oxydatioban. Vizsgálataiból azt következteti, hogy a pankreas Brenz-szőlősavra hasítja a szénhidratokat s a teljes oxydatiót a többi szervek, főképpen a máj végzik.

Petrén (Lund). A diabetes gravis kezeléséről szól és hosszasan fejtegeti a fehérje megszorításának a jelentőségét.

Úgy a harmadik, mint a negyedik napon az előadásra szánt idő rövidnek bizonyult és így a programban hirdetett előadások közül a negyedik napon már csak a következőket hallhattuk:

E. Weiss (Pöstyén). *Szabad szemmel megállapítható diagnosztikai módszeréről* számol be. Megfigyeli a bordaközök behúzódsát, illetve elődomborodását lihegő lélegzés, szipákolás és beszéd közben; ezzel mellkasi izzadmány határát, sőt állítása szerint kérges mellhártyában csekély izzadmányt is fel tud ismerni. E szinte túlfinom vizsgálómódszerrel éles ellentétben

Bingel (Braunschweig) a májparenchima punctiójáról tart előadást. Közvetlenül a bordaív alatt egy átlukasztott stiletel szúr bele a májba, melynek visszahúzása után a csövet még bennhagyja, hogy azon vérzescsillapítószert fecskendezhesen be. A stiletel kivágott májdarabot görccsövel vizsgálja, a punctio előtt meghatározza a vérzési időt, hypertoniás konyhasóoldatot fecskendez be, hashajtót ad. A punctiót reggel éhgyomorral végzi. 100 esetben két halálesete volt, hatszor diagnosztizált carcinomát, több ízben májamyloidot. Icterus catarrhalisban és lueses ikterusban a máj szöveteiben leukocytás beszűrődést talált, tehát valóban májgyulladás.

Nonnenbruch (Würzburg). A máj jelentősége a húgyanyag-képzésben. Májkiirtott béka háti nyirokcsákjába aminosavkeveréket fecskendezett be és a húgyanyag N.-ét a szívveréből határozta meg. Kiderült, hogy a húgyanyag egyaránt megszorodik úgy a kiirtott májra, mint a kontrollbékában és így fel kell venni, hogy a húgyanyag képződése a szervezetben mindenütt lehetséges.

Rosenthal és Falkenhausen (Breslau). Adat az emberi epesavképződés physiologiájához és pathologiájához. A duodenalis epében rendszeren több a glycochol —, mint a taurocholsav. Anaemia perniciosában viszont több a taurocholsav, s miután ennek a cystinanyagcseréhez van köze (Hofmeister), reámutatnak arra a lehetőségre, hogy a vörösvérsejtpusztulásakor a haemoglobin globinjából cystin és ebből taurocholsav képződik.

Cserna (Budapest). Adat az újszülöttek sárgaságának tanához. Szüléskor külön fogta fel a placenta és a magzat felől áramló vért és az utóbiban 25%-kal több bilirubint talált. A sárgaság keletkezését úgy magyarázza, hogy míg az intrauterin életben a képződő bilirubint a placenta választja ki, a szülés után e szerepet a máj veszi át. Az olyan újszülöttek, kiknek mája ezt a szerepet betölteni nem tudja (a kevésbbé értek), látható sárgaságot kapnak.

Hermann (Karlsbad). Az epekövök fizikalís gyógyító eljárással való megszüntetéséről. A beteget 10—15 percig ferde síkon hanyatt fekteti, úgy, hogy feje mélyebben legyen, mint a lába; a görcs az esetek legnagyobb részében meg is szűnik.

Bauer és Kerli (Wien). A phloridzin hatásáról emberben. Icterus catarrhalisban, cholangitisben, az epeutak mechanikai elzáródásában szabályszerűen extrém phloridzin-glycosuriát észlelt; épígy Basedow-betegekben is, hol a hatás 24 óráig tart. A májbetegekben a cukorvizelés idején a vér cukortartalma a legnagyobb mértékben csökkent és kétségtelen, hogy nemcsak a vesén át, hanem szövetek felé is jut ki a cukor a vérpályából.

Arnoldi és Eittinger (Berlin). Vonatkozások a bőr és a máj működése között. Tejinjectio után a Vidal-próba, mely előzetesen positiv volt, negatívvá vált.

Högler és Rivoltella (Wien). Az epepróba jelentősége a kórfelismerés szempontjából. Májbetegnek 3 gr fel tauri spissumot adva urobilinogenuria és cholaluria észlelhető, de sokszor csak az egyik irányban mutatkozott zavar.

Adler (Leipzig). *Epesavpróba a testfolyadékokban*. A szapanoldat átlátszó, de ha epesavval összekeverjük, megzavarosodik; a zavarosodás mértéke nephelometerrel meghatározva az epesav mennyiségének meghatározására szolgál. Vizeletben, epében az eljárás közvetlenül alkalmazható, a vérben előzetes tripsin-emésztés után.

A májbetegségekről szóló előadásokhoz csatlakozó discussióban Rosenthal (Breslau) Cserna előadásához azt a megjegyzést fűzi, hogy az újszülöttek májelégtelensége azzal is bizonyítható, hogy vérükben nagyobb mennyiségű albumose természetű (trypanocid) anyagot lehet kimutatni. Levin 01 gr tripaflavint ad és azt tapasztalta, hogy csak a májbetegnek választanak ki tripaflavint. Adler szerint nemcsak a marhaepe, hanem sok egyéb anyag, így különösen állati fehérje után is van urobilinogen kiválasztás. A marhaepepróbat tehát csak előzetes hűmentes táplálás után lehet alkalmazni.

Rosenthal (Budapest). Új adat a gyomorfekély belorvosi gyógyításához. Rendszeres vizsgálataiban a kisgöbületi fekélyek eltűnését észlelte belorvosi kezelés folyamán. Ujabbán Einhorn is azon az állásponton van, hogy ezekben az esetekben a belorvosi kezelés van helyén, de ezt mint új megállapítást kezeli és nem vesz tudomást az előadónak ily értelmű régebbi közléséről.

Hecht (Semmering). A napfénykezelés pontos módszerére egy photometer használatát ajánlja.

Hittmair (Innsbruck). *Myelosisban azurophil és eosinophil szemcsezettséget* észlelt.

Frank (Breslau). Az essentialis thrombopenia pathogeneséről és gyógyításáról szólva hangsúlyozza, hogy a lépdaaganat ritkaság s ha ez van, úgy a thrombopenia nem gyógyul meg. Egy esetben a csontvelő vizsgálata a megakaryocyták súlyos degeneratiós elváltozását mutatta.

Schemensky (Küstrin) A stalagmonok és véresejtsüledéséről.

Böttner és Matthes (Königsberg) A vér spermatozoon-ölő képességéről tartottak előadást.

Weiss (Wien) A lymphogranulomatosisról.

Róth (Budapest). Az asthma bronchiale pathogeneséről és gyógyításáról. Intracutan-próbák segítségével különböző táplálékfehérjével szemben észlelt túlérzékenységet. A megfelelő fehérje elhagyására sok esetben gyógyulás vagy javulás következett be és a kísérő eosinophilia is csökkent. A reactio allergiás természetét mutatják azok a vizsgálataik, amelyek szerint az érzékenységet mutató fehérjével a Vidal-Abrami-próba is positiv volt.

Heinz (Erlangen). A terpentinelaj mint gyógyszer. Cukorral keverve mint hintőpor rosszul gyógyuló sebekre hintve igert hatásos.

Götze (Frankfurt a/M.) A phrenicotomiáról tüdőtuberculosisban és

Zadek (Neu-Köln) A phrenicotomiáról, mint a mesterseges légmell készítését megelőző műtétről tartottak előadást.

Petschacher (Innsbruck) A vérsavó fehérjéről a tuberculosisban szólott.

Igyekezünk, amennyiben az lehetséges volt, a kongresszus lefolyásáról hű beszámolókat adni, sajnos azonban a hirdetett előadások egynémelyikére egyáltalán nem került sor és a kongresszus végefelé az előadók számára az elnökség alig engedélyezett anyai időt, hogy vizsgálataik eredményét összefoglalva elmondhassák. Tudományos ülések idejéből egy délutánt foglaltak el az endokrin mirigymegbetegedések és constitutiós rendellenességek köréből a bécsi Urániában tartott demonstratiók, melyen a bécsi klinikák és kórházak csodaembereit láthattuk. Ilyen körülmények között egyes kérdések komoly megvitatásáról szó sem lehetett. Azzal a benyomással távoztunk Bécsből, hogy inkább csak a kongresszus külső sikere volt jelentős és hogy a nyugodt tárgyalásra a wiesbadeni napok alkalmasabbak voltak.

Angyán.

A Kir. Magyar Orvosegyesület orr- és gégeszakosztályának április 24-iki ülése.

Elnök: Lénárt Zoltán.

Jegyző: Dörner Dezső.

1. Némái József: *Typhusfekély a gégeben halálos következményekkel*. Typhusos betegen légszömetszést kellett végezni, de tüdőtályog következtében meghalt. Boncolásnál a gége hátsó falán begyógyult fekély volt s egy tályogüreg a légszömben az ötödik gyűrű magasságában sipolynylással végződött. A bal kannaporc és a gyűrűlemez egy része kigenyedt és a leszívárgó geny okozta a tüdőtályogot.

Lénárt Zoltán: Feltételezni lehetett a perichondritist s így laryngofissio lett volna indokolt a szövödmények meggátolása végett.

Némái József: A laryngotomia nem ígért gyógyulást eleinte pleura-izzadmány, későbbben a tüdő állapota miatt.

2. Pollatschek Elemér: *Mediastinitis posterior operált és gyógyult esete*. Idegen test kapcsán retropharyngealis abscessus és mediastinitis posterior keletkezett. Az oesophagusban a gyűrűporc magasságában elődomborodás van, amelynek megnyitásokor sok eves geny ürül. Negyedik napon a bal supraclavicularis tájéki felett gyermekököllyi elődomborodás keletkezik; itt behatolva a hátsó mediastinumba jutunk. Az üreget draináljuk s háromszor naponta Magnol-oldattal öblítjük.

Röntgen-képen demonstrálja, hogy a drain a hátsó mediastinumba a VI. hátsóigolya magasságáig ér le. A beteg két hét múlva meggyógyult.

Paunz Márk: Véleménye szerint ez nem mediastinitis, hanem perioesophagealis tályog volt. A mediastinitis mindig letális.

Lénárt Zoltán: Az esetet szintén mélyre terjedő perioesophagealis tályognak tartja. Hasonló esete volt körülbelül fél évvel ezelőtt Rókusi osztályán.

Szafarek János is Paunz nézetén van.

Pollatschek Elemér: A Röntgen-kép mutatja, hogy a VI. hátsóigolya magasságáig mentek le. Állítja, hogy a mediastinitis is meggyógyulhat.

3. Lénárt Zoltán: *A tonsillák oedemás sclerosisa*. A tonsillák eddig még nem észlelt elváltozását mutatja be. A 12 éves beteg hypertrophiás tonsilláinak és a tonsilla pharyngéának egész felülete borsszemnagyságú gömbök következtében dudo-

rosan egyenellen; a garat többi része normális. A mellkasi szervek épek. A kórisme csak szövettani vizsgálattal tisztázódott. A hámon feltűnőbb elváltozás nincsen, annál kifejezettebbek a kötőszövet elváltozásai, amely egyes helyeken oedemás, felrostázódott, más helyeken már hyalin elfajulást, illetve sclerosist mutat. Ahol az oedemás sclerosis nagyobb fokot ért el, a nyirokszövet sorvadt, sőt teljesen hiányzik. A tonsilla-felületek göbösödése az oedemás sclerosisnak a következménye.

Az oedemás sclerosis fogalma és neve Krompecher-től ered, aki azt 1911-ben ismertette és mikroszkopailag egyező az Unna-féle sclerodermiával, de nem lob, hanem pangásos oedema következtében jön létre. Eddig még soha nem észleltetett a tonsillákon. A betegen oedemás jelenségek nem voltak; vitiuma, strumája nincsen, a vesére vonatkozólag sem merült fel gyanu. Talán a tonsillák hypertrophiája okozott localis venosus pangást, amely oedemás sclerosis fejlődésére vezetett. Az ilyen pangás csak egyéni sajátossággal volna magyarázható.

Taufer Emil (vendég): A mikroszkopikus készítmény igen érdekes. Ilyent láthatunk pylorushypertrophiánál, sclerodermiánál, a submucosa hyalin degenerációjánál, intoxicatiós megbetegedéseknél és rhinosclerománál. A kötőszövet hyalin degenerációjára túlnyomó részben lobos alapon jön létre; de vannak esetek, ahol a lobot kimutatni nem lehet.

Némái József: Belső secretiós elváltozásra, vagy az Addison-féle betegségnek valamely válfajára gondol.

Pollatschek Elemér: Érdeklődik a vizeletvizsgálat eredménye iránt.

Lénárt Zoltán: Nem tartja valószínűnek, hogy belső secretiós zavarra lehetne a folyamatot visszavezetni. A vesére vonatkozólag nem merült fel gyanu.

4. Campian Aladár: Öngyilkosság kísérletében teljesen átvágott gége restructiója. Az ádámcsutka magasságában kb. 7 cm hosszú harántirányú seb, a géget teljes szélességében megnyitotta. A gége hátsó fala ép. A géget restructuáljuk, per primam gyógyulás, a hang normális. A tracheotomiát sikerült elkerülni.

Lénárt Zoltán: Fontos, hogy frissen lássuk el az ilyen eseteket, hogy prima gyógyulás lehetséges legyen.

5. Kalocsay Géza: Sinusitis frontalis endonasalis operált és gyógyult esetei. A megbetegedés 11 éve áll fenn, hat hónap előtt a margo supraorbitalis alatt infiltratum keletkezett, melyet pungáltak, itt állandóan secernáló sipoly képződött. Halle szerint operálva, a fistula néhány nap alatt begyógyult.

Másik operáltjánál a sinus frontalisba kisujnyi sonda könnyen befér.

Wein Zoltán: Ajánlja a frontalis empyema Halle szerint való műtétét.

Kalocsay Géza: A Halle-féle műtét technikája nem nehéz, a fájdalom csekély, az eredmények jók.

6. Hochenburger Emil: Bronchoscopiával eltávolított idegentest esete. Kilencéves fiú celluloid ceruzavédőt dugott a szájába s aspirálván, három ízben kapott erős köhögéssel és eszméletlenséggel járó fuldoklási rohamot. A bal főbronchusba mélyen beékelődött ceruzavédőt sikerült bronchoscoppal extrahálni.

Lénárt Zoltán: Az eset igen kedvezően folyt le. Néhány év előtt osztályára egy fiút hoztak, aki ceruzavédő fémpakot aspirált, de a beteg csak a hatodik napon jött be. Itt a nehézségek nagyobbak voltak, mert a bronchialis nyálkahártya reádagadt a kupakra, amelyről a műszerek lecsúsztak, dacára, hogy a felső bronchoscopia után tracheotomiát végeztek és alulról közelítette meg az idegentestet. A beteg elvesztettnek látszott, amikor a harmadik napon egy közben készített erős műszerrel mégis sikerült a beékelte fémtárgyat eltávolítani.

Wein Zoltán: Egyik esetében egy csontdarab hétheti bentlével dacára sem idézett elő a bronchusban localis reactiót, másik esetben a lenyelt fogsor csak oesphagotomia inferiorral volt a nyelőcsőből eltávolítható.

Safranek János: Egy ceruzakupakot szintén tracheotomia útján távolított el a bronchusból.

A Charité Poliklinika április 20-iki ülése.

Elnök: Meisels Vilmos,
később: Engel Gusztáv.

Jegyző: Szemző György.

Bemutatók:

1. Engel Gusztáv: Myeloid leukaemia kilencéves fiúnál. Leukaemia a gyermekkorban elég ritka. A bemutatott esetben annak klasszikus képe van jelen: léptumor, mely a has balfelét jórészt kitölti s a középvonalat is meghaladja, valamint tipikus vérkép (2.200.000 vörös-, 550.000 fehérvérsejt [jórészt myelocyták, myeloblastok, csak 1% lymphosysta], 40% Hgb). Wassermann-reactio ++, ez azonban nem involválja a lues hereditaria felvételét, mert több szerző szerint a positiv Wa. a leukaemia egyik kísérő jelensége. Arseninjecciónra a közérzet és étvágy javult. Röntgen-besugárzás után a lép valamivel kisebbedett, a

fehérvérsejtek száma 156.500-ra esett. Jobb eredmény benzolkezeléstől sem várható.

Liebner Ernő: A Wassermann-reactio gyenge positivitása egyéb lueses tünetek hiányában és negativ anamnesis mellett nem értékesíthető. Tavaly többen ajánlották salvarsan alkalmazását s egyesek igen jó eredményekről referáltak. Leukaemia esetében azonban ex iuvantibus az aetiologióra nem következtethetünk, mert a salvarsan As-t és a leukaemiánál való különös hatásosságáról ismert benzolt tartalmaz.

Ifj. Bónis Ferenc utal a leukaemiánál néha észlelhető stomatologiai elváltozásokra.

Körmöczy Emil: Myeloid leukaemiánál sokszor van positiv Wassermann lueses elváltozás nélkül is. Sem salvarsantól, sem benzoltól nem látott oly jó eredményeket, mint Röntgentől. A foghús elváltozásai leginkább csak acut leukaemiánál fordulnak elő.

2. Bársony Tivadar: Gastroduodenalis szonda. Eredetileg Egan-nal közösen construált, később bemutató által módosított szondát demonstrál, melynek lényege két egymáshoz erősített vékony gummicső; az egyik hosszabb s a végén olíva van, a másik rövidebb s rézsútos nyílással végződik. Alkalmazásánál a hosszabb, olívaival ellátott rész a duodenumba viendő, úgy, mint az eredeti Einhorn-féle duodenalis szonda; mikor az olíva a duodenumban van, a rövidebb cső a gyomorba ér. Az eszköz előnye, hogy a vizsgálat egész tartama alatt a gyomorból s duodenumból tetszésszerűen időben vehető tartalom és fecskendezhető be akár a gyomorba, akár a duodenumba különféle kémiai anyagok, contrastanyagoknak kapcsolatos alkalmazásával pedig a gyomor, illetve duodenum configurációjának s motilitásának szélesebb mederben való tanulmányozása válik lehetővé.

Szemző György bemutatja a newyorki Jutte mandrinos duodenalis szondáját; a mandrin a szondát kissé merevíti; ez a merevség lehetővé teszi, hogy a szondát az orvos a betegnek oesophagusán keresztül letolja; az eredeti Einhorn-, vagy Gross-typusú szondát a beteg egymaga nyeli le; hyperaesthesiás garat ilyenkor a vizsgálatot nagyon megnehezíti. Annak lehetővé tétele, hogy a szondát az orvos tolja le, a vizsgálat tartamát lényegesen megrövidíti.

Bársony Tivadar: A duodenalis szondával való vizsgálatnak két akadálya lehet: egyik a garat, másik a pylorus. Az első akadályt a Jutte-féle szonda csakugyan kiküszöböli.

3. Ifj. Bónis Ferenc: Aranypótló fémek alkalmazása fogpótlásoknál. A viszonyok parancsolta takarékoság elvének érvényesítésére, már a háború utolsó éveiben végeztek kísérleteket német mintára az arany és platina pótlására. Legjobban bevált a német *Randolf-fém*, mely a sárgaréznek alumíniummal alkotott, aranyhoz hasonló színű és fényű ötvözet. A *Randolf-fém* a szájban fényesen marad meg, nem oxidálódik, ize nincsen, jól adaptálható, forrasztható, tartós, úgyhogy mindenfajta fogpótlásra, koronákra, hidmunkákra, öntött tömésekre (inlay) egyaránt sikerrel alkalmazható. Foghúsgyulladás, vagy más intoxicatiós tünetet nagyszámú eseteikben nem okozott. Szórványosan előfordult a fém megfeketedése, de ezt minden valószínűség szerint a nyál összetétele okozta. Az arany mai ára mellett általánosan használják a pauperpraxisban a *Randolf-fémet*. Hét-nyolcosztesztendős hidakat és koronákat volt alkalmuk figyelemmel kísérni; készítményeket mutat be modelleken és betegen.

4. Gerber Béla: Rákosan elfajult atheroma ritka esetéről referál. A daganat még operabilis volt.

Előadás:

Hermann Imre: Ideges fájdalmaik psychoanalytikus kezelése. Egy eset részletesebb ismertetése.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A genuin vagy vascularis hypertensio aetiologijáról. Prof. Dr. Wilhelm Weitz. (Zeitschrift f. klin. Med., 95. kt. 1—3. f. 1923.)

Elsősorban azt igyekezett kideríteni, hogy mennyiben szerepel az öröklés a hypertensio aetiologijában. 82 hypertoniában szenvedő beteg családjában végzett vizsgálatokat; a szülők, illetve a nagyszülők betegségei és haláluk körülményeire vonatkozólag anamnestikus adatokat használt fel, mivel a legtöbb esetben már nem voltak életben. Azt találta, hogy ezen családokban a szívbaj és apoplexia sokkal gyakrabban szerepelnek, mint egyébként; s hogy hypertoniások szülei korábban halnak meg ezen bántalmak következtében, mint más hasonló korúak. Ugyisint a fiatalabb hypertoniások szülei fiatalabb korukban esnek áldozatul a halálnak, mint azokéi, akik későbbi korban lettek hypertoniásakká. 42 hypertoniás egyénnek több mint 90 testvérét vizsgálva azt találta, hogy 55 éven felül azoknak fele hypertoniás. Exogen faktor aetiologailag úgy látszik nem

szerepel, amit a férfiak és nők egyenlő megbetegedési arányszáma támogat. Ezen körülmény kizárja egyúttal a nikotint és alkoholt is mint előidézőt, s legfeljebb csak kiváltó ok gyanánt foghatók fel. Alkoholistáknál egyébként sem talált nagyobb százalékban hypertenziót, mint abstinenteknél. Hogy depresszív természetű pszichikai okok sem játszanak nagyobb szerepet, ezt az bizonyítja, hogy megfelelő tébolydai betegek vérnyomása alig magasabb, mint a más hasonló korúaké. Azt szintén nem tapasztalta, hogy a testalkat valamiféle befolyással volna a hypertonia kifejlődésére. Eseteiben tehát az átöröklés játszik döntő szerepet. Antepónáló jellege azonban ezen átöröklésnek nincs.

A szív működésének lényegéről. *Haberlandt.* (D. m. W., 1923, 13. sz.)

A kivett békaszívet aethylchloriddal megfagyasztja, majd meleg Ringerrrel, illetőleg Ringer + vér keverékkel átáramoltatva újból életre kelti. Az ilyen szíven minden extra- és intracardialis vagus- és sympathicus-izgatás hatástalan, az ideges berendezés tehát teljesen elpusztultnak tekinthető, az újból meginduló szív működés tehát tisztán myogen eredetű. Különféle vegyi ingerekkel hasonlóan sikerül elpusztítani a szívben levő idegeket, a működési képesség mégis megmarad.

Más bizonyíték a myogen-elmélet mellett a szívcsúcs tartós leszorítása után nyerhető. Ha a leszorítás elég hosszú ideig tart, minden idegelem — szövettanilag kimutathatóan — teljesen tönkremegy, a szív működése ennek dacára ismét helyreállhat.

Pyramidonpróba occult vérzés kimutatására. *Hirschberg.* (D. m. W., 1923, 13. sz.)

Az eredeti eljárás módosítása a bélsárnak acetonnal való szintelenítése által, hogy a végeredmény tisztábban látható legyen.

Mogyorónyi faecest egy mozsárban acetonnal eldörzsölünk, leszűrjük, a szűrőn maradt anyagot acetonnal ismét átmoszuk, majd belőle babnyi mennyiségből az acetont üveglappal jól kinyomjuk. Az így kezelt faecesdarab ezután egy kémcsőben 2 cm³ jégcettel hozandó össze, majd alapos összerázás után leszűrhető. A leszűrt folyadék fölé 10—15 csepp 0.5%-os pyramidon oldatot rétegzünk, majd 5 csepp H₂O₂-t adunk hozzá. Vér jelenléte esetén az érintkezési felületen lila gyűrű támad.

A szerző az eljárást mint ellenőrző reakciót ajánlja benzinpróba mellett.

Sebészet.

Ablakalagcsővezés. *Schubert.* (Zentralblatt f. Chirurgie, 1923, 3. sz.)

Ajánlja a seb tampon és draincső nélküli kezelését oly módon, hogy a bőrön megfelelő nagyságú kerek ablakot metsz ki, amely így szabad levezetést biztosít. A seb aránylag gyorsan gyógyult, körkörös, nem torzító sebet hagy.

Izületenkívüli csipőmeregvedés. *Schmidt.* (Zentralblatt f. Chirurgie, 1923, 3. sz.)

Nem támogatja Hass azon nézetét, hogy a vékony sípcsontdarab nem volna elegendő a gümős csipőizületi gyulladás műtéti útoni csontos megmerevítéséhez. Három esetről számol be. Véleménye szerint a sípcsontból ajánlatos a csontlécet levésni, mivel így háromszögletű csontdarabot kapunk, amely jóval szilárdabb.

Nem kankós mellékheregyulladás keletkezéséhez. *Winkler.* (Zentralblatt f. Chirurgie, 1923, 3. sz.)

Súlyos húgycsőszűkület és colival fertőzött hólyag mellett hirtelen elzáródás után tapasztalt mellékheregyulladásról számol be, melyből gangraena és a herén vizeletsipoly fejlődött ki. A gyulladást az erőlködéssel az ondóvezetékbe beleszorított fertőzött vizelet idézte elő. A betegség az ondószínór lekötésével gyógyult.

VEGYES HÍREK

A Budap. Kir. Orvosegyesület május 12-iki ülésének napirendjei. *Bemutatás.* 1. Liczkó Andor: Epibulbaris sarcoma. 2. Ifj. Liebermann Leo: Újabb adat a fistuláló sclera-heg keletkezéséhez. 3. Grósz Emil: Idegentestek eltávolítása a szem belsejéből. 4. Frigyesi József: Rivanollal kezelt és operált genyes adnexbetegségek esetei. — *Előadás.* Molnár Béla és Csáki László: A hyperaciditás mint a konyhasóanyagcsere zavara.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztai főorvosi hivatal kimutatása szerint ápril. 22-től május 5-ig előfordult hasi hagymáz 27 (3), küteges hagymáz 4 (3), kanyaró 482 (31), vörheny 52 (6), számarhurut 50 (7), roncsolótorok és gégeleob 30 (1), influenza 8 (0), gyermekágyi láz 1 (1), bányahimlő 49 (1), járv. fültőmirigylob 164 (1), vérhas 9 (0), járv. agygerincgy-hártyalob 1 (0), trachoma 2 (0). Hólyagos himlő, ázsiai kolera, veszettség, lépfene, takonykór nem fordult elő. A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

Kivándorló orvosok figyelmébe. A hamburgi m. kir. konzulátus vezetője felhívta kormányhatóságaink figyelmét arra, hogy egyes budapesti lapokban valósággal kivándorlásra kecsegtető, valótlan és túlzó híradások jelentek meg magyar orvosoknak hajóutakra való szerződését illetőleg. Ezek a teljesen alaptalan híradások a konzulátus jelentése szerint csupán arra alkalmasak, hogy hiszékeny embereket hazájukból való kivándorlásra készítsenek és anyagi romlásba döntsenek. Kívánatos volna, hogy az ily utak iránt érdeklődők családások elkerülése végett minden esetben előzetesen az illetékes külképviseleti hatóságokhoz forduljanak felvilágosításért.

Adókérdések. A közérdek szempontjából közöljük az Orvosszövetség t. Főtitkárjának felvilágosításait néhány hozzánk intézett kérdésre:

1. Tartozik-e az orvos a kereseti adó pénztári könyvének kívül forgalmiadó-könyvet is vezetni, vagy pedig elegendő ez előbbi a forgalmiadó levonására is?

Az orvos csak egy könyvet vezet: pénztári könyvet. Ebben tételesen beírja a rendelési, látogatási (a consilium látogatásnak számít) és operációs bevételezett díjakat, azonban természetesen név említése nélkül. Minden hól végén végzi a lezárást és beragasztja a megfelelő forgalmi bélyegeket. Egyazon pénztári könyv szerepel a kereseti adó levonásakor is.

A kereseti adó ügye azonban még nem tisztázott, mert a pénzügyminisztériummal most folynak tárgyalásaink annak megállapítására, hogy ama kiadások, amelyek a bruto bevételekből levonhatók, miképpen könyveltessenek: egyes tételekben-e, vagy pedig mint a bevételek meghatározott százaléka. E kérdés rendezése után pénzügyminiszteri rendelet kerül kiadásra.

2. A fixfizetéses állás után is kereseti adó fizetendő-e vagy nem?

Az olyan fizetéses állás után, amely után az alkalmazó fizeti a kereseti adót, ilyen adó az alkalmazott által nem fizetendő.

3. Egy intézet nekem a tiszteletdíjon felül kocsidíjat is fizet minden látogatás után. Ezen kocsidíj után is fizetendő a forgalmi adó?

A kocsidíj után forgalmi adó fizetendő.

4. Az állami nyugdíj után is fizetendő a forgalmi és kereseti adó?

Az állami nyugdíj adómentes.

Orvosi továbbképző tanfolyamok Budapesten és Szegeden. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága f. évi június hó 4-étől 16-áig Budapesten négy belgyógyászati és egy gyermekgyógyászati továbbképző tanfolyamot rendez a kir. magy. Pázmány Péter tudományegyetem belklinikáján és gyermekklinikáján. Egy-egy tanfolyamon legfeljebb 10 orvos vehet részt. A tanítás az összes tanfolyamokon gyakorlati lesz s az egész délelőttöt s a délutáni órák egy részét is igénybe veszi. Ezekre a tanfolyamokra a bizottság irodájában (VIII, Mária-utca 39., I. számú szemkliniká) szóval vagy írásban május hó 31-éig lehet jelentkezni.

Szegeden a kir. magy. Ferencz József tudományegyetem tanári május hó 22-étől június hó 2-áig az orvostudomány főbb szakmáira kiterjedő továbbképző tanfolyamot tartanak, amelyre *Ditrői Gábor* dr. egyetemi magántanáránál, a szegedi intézőbizottság titkáránál (Szeged, Szemészeti klinika) május hó 19-éig lehet jelentkezni.

A tanfolyamok részletes programját a központi bizottság irodája kívánatra minden érdeklődőnek megküldi.

A tanfolyamok ingyenesek, beiratási díj nincs.

Dr. Hoffmann Lajos — Tarcsafürdő — Bad Tatzmannsdorf főorvosa május hó végén fürdőorvosi működését újból megkezdi.

A m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter a tömeges oltásokra kiszolgáltatandó himlőnyirok egységárát 1923. évi május hó 1-től további intézkedésig 60 koronában, az orvosok részére kiszolgáltatandó 3 személyre való oltóanyagot tartalmazó fiola árát 600 koronában állapította meg.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

DR. BATIZFALVY-FÉLE SZANATÓRIUM (VII, Aréná-út 82. Fasor sarok) újonnan épült műtője a modern therapia minden újításának figyelembe vételével elkészült és az eddig főleg ideg és belgyógyászati szanatórium sebészeti, szülészeti és nőgyógyászati osztállyal megbővült.

A „Tátra“-szanatórium Ótátrafüreden május 15-től ismét üzemben lesz. Elsőrendű fizikalis, diétaes intézet, magaslati klimatikus gyógyhely Basedow-kórosok, vérszegények, anyagcsere-betegek, idegesek, reconvalescensek részére. Napi teljes ellátás, beleértve a rendes orvosi kezelést, rendes fürdőket, normális ellátást, lakást, fűtést, világitást, napi 70 cseh koronától felfelé. Vezető főorvos **DR. RUTICH JENŐ**. — Bővebb felvilágosítással szolgál a tátrafüredi fürdőigazgatóság **STARY SMOKOVEC (Ótátrafüred.)**

ZUGLIGETI

ÜDÜLŐTELEP

TELEFON
54-28

FÁCÁN

TELEFON
54-28

KLIMATIKUS GYÓGYHELY MEGNYILT

HYDRO-ELEKTROTHERAPIA. NAP- ÉS LÉGFÜRDŐK. DIÉTÁS KONYHA

Dr. GRUNWALD SZANATORIUMA

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete.

IV, Ferencz József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

RÖNTGEN-ODELGA

Hűvösvölgyi Park-sanatorium Klimatikus, physicalis és diétás gyógyintézet Budapest I, Hídeggát-út 78. Telefon: 50-37 és 145-90. Bel-idegbetegek és üdülők részére hízó- és fogyókúra. Vizsgyöntézet, elektrotherapia, orvosi laboratórium. Bejárók részére vizsgyöntézet is.

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, elektrotherapia, elektromágnes- és Bergonié-készülék; oxigén, szén-savas, villanyos fény- és négyrekeszes fürdők; orvosi massage; kvarzlény; Röntgen

PÁLYÁZATOK.

A 12 községből és pedig Csögle, Adorjánháza, Egeralja, Nagypirit, Kispirit, Kerta, Nagykamond, Kiskamond, Felsőiskáz, Kiscsösz, Nagyalásny és Dabrony községekből Csögle székhellyel alakult közegészségügyi körben az üresedésben lévő **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a képesítésüket s eddigi működésüket, valamint politikai és erkölcsi megbízhatóságukat, de különösen a kömmün alatti magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelendő kérvényüket hozzám f. évi június hó 2. napjának déli 12 órájáig annál inkább is benyujtsák, mert a később érkező vagy kellőképp fel nem szerelt kérvényeket figyelembe venni nem fogom. A kérdés alatti körorvosi állás javadalmazása 1600 K évi törzsfizetés 5 évenként ismétlődő 200—200 K korpótlék, továbbá 400 K évi lakbér, s azonfelül a törvényben s rendeletekben előirt segélyek. A körorvos köteles a körhöz tartozó községeket havonként kétszer előre meghirdetett napokon meglátogatni, mely látogatásokhoz s általában a hivatalos kiszállásokhoz a fuvarokat a kör községei természetben szolgáltatják ki. A választás határidejét később fogom kitűzni. Devecser, 1923 május hó 1.

Huszár főszolgabíró.

PANACEA

CALCIUMTARTALMÚ GYÓGYTÁPKAKAO ÉS KÜLÖNFÉLE VÁLTOZATAI
• CSECSEMŐK, LÁBADOZÓK, CUKORBETEGEK SZÁMÁRA.

PANACEA
GYÓGYSZERVEGYÉSZETI RÉSZY. TÁRS.
BUDAPEST.

A foszfordús **GYERMEKTÁPDARA**
Schachner-féle
mindenkorú gyermekeknek nélkülözhetetlen.
Gyártja: SCHACHNER J. BUDAPEST, V. Nádor-utca 15. sz. Alapítva 1790-ben.

RÖNTGEN ÉS ELEKTROMEDIKAI BERENDEZÉSEK
QUARZLÁMPÁK LÜDERS ÉS KANIS
raktárról kaphatók Budapest, VII. Miksa-u. 5. T.J. 130-26.



PEPSOL

„PHARMACIA“

Dragirozott pepsinsósavas tabletták.

Egy tablettá 0'05 g koncentrált pepsint tartalmaz, amely 12 g alvadt tojásfehérjét teljesen megemészt.

Indicatio: Dyspepsiás állapotok, achylia gastrica és chlorosis, gyomortúlérzékenység minden faja.

Adagolás: 2-3 tablettá étkezés előtt vagy után.

PHARMACIA gyógyszervegyészeti gyár

Budapest VII, Dembinsky-utca 4.

Laboratoires

CHENAL & DOUILHET

22, rue de la Sorbonne, PARIS V.

Specifikus intramuscularis therapia

Trepol

indolore

KALIUM-NATRIUM-BISMUTHYL-TARTARAT

spirilloid activ bismuth-készítmény, teljesen fájdalommentes, a modern syphilitis-therapia legértékesebb gyógyszerere. SAZERAC és LEVADITI originalis praeparatuma, amely csakis a bismuth-therapia e két úttörőjének állandó felügyelete és ellenőrzése mellett készül.

MAGYARORSZÁGI KÖZPONT:

PANACEA GYÓGYSZERVEGYÉSZETI R.-T.
BUDAPEST.



ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi miniszter 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:

Sarbó Artur: Hyptokinesisről és rubralis ataxiáról, mint a közép-agy és környéke megbetegedéseinek tüneteiről. — A vörösmag- (nucleus ruber) systema, mint egyensúlyozási központ. (219—221. oldal.)

Thurzó Jenő dr: Az endolumbalis salvarsan-gyógykezelés a késői ideglueses megbetegedéseknél. (221—223. oldal.)

Bókay János dr: A Zahorsky-Veeder-Hempelmann-féle „Exanthema subitum”-ról. (223—225. oldal.)

A Bpesti Kir. Orvosegyesület 1923 május 12-iki ülése. (225—226. oldal.)

A debreceni orvosegyesület ülései márc. 10—17. (226—227. o.) Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Szemészet. — Gyermekeorvostan. — Fülgyógyászat. (227—229. oldal.)

Vegyes hírek. (229. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Szt. István-kórház idegosztályának közleménye.

Hyptokinesisről és rubralis ataxiáról, mint a közép-agy és környéke megbetegedéseinek tüneteiről. — A vörösmag- (nucleus ruber) systema, mint egyensúlyozási központ.

Írta: Sarbó Artur dr. egyetemi tanár.

Az encephalitis epidemica tanulmányozása közben figyelhettem meg azt, hogy ezen betegség azon alakjaiban, melyekben a Strümpell-féle amyostasisos tünetcsoportozat volt észlelhető, a betegek panaszai közé tartozott az, hogy álló helyzetükben gyakran hátradülöngenek. Ez irányú észleléseimet már több dolgozatomban felemlítettem.* A tünetet hyptokinesisnek neveztem el és vizsgálatára a következő eljárást ajánlottam: a beteg álló helyzetben lábfejeit zárja, állánál fogva fejét felemeljük s tarkóban hátrahajlítjuk. Néhány másodperc után beáll a jellegző tántorgás, nevezetesen először is a felső test dül hátra, majd hátra inog az egész test, sokszor egy-két lépést is tesz hátra a beteg. Ha nyitott szemek mellett nem váltható ki a tünet, úgy csukott szemekkel vizsgálom. Encephalitis amyostasiában csaknem kivétel nélkül megvan e tünet. Megtalálható régi paralysis agitans eseteiben is. Kétségtelen volt, hogy a tünet egyensúlyozási zavar következménye, csak nem tudtam azt még a központi dúcok encephalitis megbetegedéseiben egy bizonyos helyhez lokalizálni, de már akkor a nucleus ruber-re hívtam fel a figyelmet, mely a striatum és kisagy között az összeköttetést létesíti.

Igy állott a kérdés, amidőn egy agydaganatos esetben egy sajátos tapasztalatot tehettem. Az agydaganat kétségtelen általános tünete mellett a hátsó koponyagödörre utaltak a tünetek. Általános neurofibromatosis arra utalt, hogy a jelenvolt süketséget acusticus daganatra vezessem vissza. Ebben az esetben rendkívül kifejezetten volt jelen a hyptokinesis, a későbbi lefolyásban pedig kisagyi bizonytalan járás (cerebellaris ataxia) társult hozzá. Decompressió trepanatio helyéül a hátsó koponyagödört jelöltem meg, de a műtétnél Pólya által-

* Az elme- és idegkórtani szakosztály 1922 április havi, valamint a bpesti kir. Orvosegyesület 1922 jun. 3-iki ülésében tartott előadások nyomán. — Orv. Het. 34—36-ik szám 1921. Az encephalitis epidemiacáról. — Orv. Het. 1922. A hyptokinesisről, mint az encephalitis epidemica amyostasisos tünetcsoportozatának egyik tüneteiről.

nos nagyfokú agynyomáson kívül mást nem talált. Néhány nap múlva a beteg meghalt. A boncolás mogyorónyi kemény gliomát derített ki a bal corpus mamillareban. Erős hydrocephalus internus. A chiasma s a bal tractus opticus összenyomva. Kisagy sértetlen. (Baló.)

Ezen esetből tehát megtanultam azt, hogy úgy a hyptokinesis, mint a kisagyi járás előfordulhat közép-agyárok daganataiban anélkül, hogy a kisagy maga érintve lenne. Ezen tapasztalatom alapján már egy következő esetben élőben helyesen tudtam lokalizálni a daganatot a középagyárakba.

Egy 26 éves leány 1921 novemberében általános agydaganatos tünetek közt betegszik meg. Winternitz osztályára került a következő lelettel:

„M. Anna betegünket decompressió trepanatio céljából van szerencsém átküldeni. Tünete a következők: jobb szem látása 5/20; bal szem tárgylátás nincs; fényérzés nincs. Nystagmus rotatorius: tág pupillák, a jobb igen renyhén, a bal szem jól reagál. Jobb szemén temporális látótérzűkülés egész a centrumig. Atrophia n. optici simplex mindkét oldalon. Érzési eltérés nincs. Patella-reflexek kiválthatók. Körülbelül egy héttel ezelőtt négy napon át azonban Jendrassikkal sem volt kiváltható, jelenleg ismét van. Szédül, aluszékony, emlékező tehetősége rendkívül romlott.”

Műtéves előtt megvizsgáltam a beteget és a következőket állapíthattam meg: zavart psyche. Rendkívül kifejezett hyptokinesis — hátra és jobbra dül. — Szürkés-fehér papillák. Baloldalon nincs látás. Jobboldali temporális hemianopsia.

A következő véleményt adom: Az eset nagyon emlékeztet egy általunk nemrégén észlelt esetre (I. első esetünket), melyben az egyik corpus mamillareből kiinduló tumorról volt szó. Jelen esetben is arra gondolunk, hogy a középső koponyagödör táján ül a daganat, mely nyomást gyakorolva a vörösmag tájékára, hozza létre a hyptokinesist, viszont a chiasma nyomása folytán jött létre az atrophia n. optici és a jobboldali temporális hemianopsia.

Winternitz decompressió trepanatiót végzett és Anton Bramann-féle „Balkenstich”-et. Liquor nem ürült.

Műtét után a beteg nyugtalan, majd somnolens lesz. Ptosis, főleg baloldalt lép fel. Jactatio. Két héttel utóbb exitus.

Boncolás előtt is fenntartjuk körjelzésünket: középagyárakbeli daganat, mely nyomja a középagyat, főleg a nuclei rubri tájékán.

A sectio (Johan Béla) egy zöldes, galambtojásnyi daganatot derít ki az agyagon, a híd előtt, oldalt a halántéki lebenyek, elülről az erősen összenyomott chiasmaig terjedőleg. Cysta epidermoidalis baseos. A sella turcica és a processus clinoideus posterior lelapult. A har-

madik agygyomor ürege az aluról fölfelé való összenyomatás következtében virtuálissá vált.

A tumor leghátsó része szabályosan a középvonalban a két nucleus ruber felett található meg.

A két vörösmag már makroszkoposan is erősen összenyomottnak látszik.

Ezen esetben tehát bennünket a hyptokinesis képesített arra, hogy előben a helyes lokális körjelzést felállíthattuk, ezáltal e tünetnek lokális jelensége előttem biztossá vált.

Nemsokára meggyőződhettem e megismerés gyakorlati jelentőségéről. Ugyancsak Winternitz osztályára vettem fel egy beteget a következő lelettel:

„B. Ilona 33 éves varrónő. 1921 november elején elesett, homlokát az asztal sarkába ütötte, utána rövid ideig tartó főfájás eszméletvesztés nélkül. Karácsony óta fokozódó és mind sűrűbb és tartósabb alakban jelentkező főfájás, psychés zavarok, főleg az emlékező- és megjegyzőképességre vonatkozólag. Felvétel 1922 január 23. A beteg apathiás, nem érdeklődik semmi iránt. Belső szervek épek, a szíven az első hang zörejes. Szemfenék: kérdéses kétoldali kezdődő pangásos papilla. Homonym jobb oldali hemianopsia, megtartott hemianopiás pupillareactióval. Bal facialisban minimális centrális jellegű gyöngeség. Bal kar fölemelésekor kissé visszamarad és minimálisan dissociál. Hasreflexek megvannak, inreflexek kiválthatók, baloldalon valamivel élénkebbek, baloldalt Babinski.

Ittléte alatt általános állapota különösen az utóbbi időben súlyosodik. Psychés zavarok mind kifejezettebbek, a beteg semmivel sem törődik, somnolens, a tárgyakat nehezen ismeri fel, térben és időben tájékozatlan, kérdésekre adott válaszában perseverál. Két megismételt szemfenéki lelet után február 28-án kifejezett baloldali és kezdődő jobb oldali pangásos papilla.

Leromlása és gyors progressio miatt a műtétet sürgősnek tartjuk. A tünetek alapján a tumort a bal occipitális lebenybe lokalizozzuk.

Március 9-én vizsgáltam meg a beteget. Következő véleményem adom:

Homloktáj erős ütődése után fokozódó főfájások, agynyomásos tünetek, élcélődési hajlam, mellébeszélés, a psychicum megváltozása, — homloklebeny megbetegedése utal. Közel fekszik traumás abscessusra gondolni, de agydaganat is lehetséges. Valószínű, hogy a bántalom baloldalt játszódnak le, emellett szól a homloktájék ütögetési érzékenysége és azon adat, mely szerint előbb a baloldalon kezdődött a pangásos papilla.

A jobb oldali homonym hemianopsiát távolhatási tünetnek tartom, előidézve a bal tractus opticus nyomtatása által. Ezen felvétel mellett szól a nagyon kifejezett hyptokinesis, mint a középagyi tájék bántalmazottságának tünete.

Ennélfogva nem ajánlom a feltárást az occipitális lebeny felett, hanem, ha a beteg állapota megengedi, decompressió agylékelést tartok javaltnak.

A beteg a vizsgálat napján délután meghalt.

A boncolat, melyet Baló József kartárs volt szíves eszközölni, igen érdekes meglepetéseket hozott, másrészt igazolta egyes föllevéseimet.

Az agy kivétele után a gyirusok ellapult volta tűnik szembe. A jobb frontális lebenyben, az alsó részben diónyi, a környezetnél tömöttebb, néhol rózsaszínű daganat, mely az oldalgomrocok fala mentén a corpus callosumba folytatódik. A corpus callosum spleniuma erősen megvastagodott, a két columna fornicis és a septum pellucidum, a cavum septi pellucidi ellúnt, részben a harmadik agygyomor mellső része is daganattal van kitöltve. Daganat foglalja el a jobb halántéki lebeny medialis területét is.

Mindkét, de különösen a bal tractus opticus a nyomástól ellapult, úgyszintén a sella turcica baloldala is. A cerebellum a nyúltvelő felé van nyomva, az öreglikba préselődött.

E leletből kitűnik, hogy a homloklebenyi tumor felvételem helyes volt, csak az oldalt illetőleg tévedtem. E tévedés a fönt előadottakban bőven nyer magyarázatot. Helyesen értékeltem a jobb oldali hemianopsiát, mint

tractus-tünetet. A hyptokinesis tünete volt az, mely a felvételt lehetővé tette. Jogosan tételeztem fel e tünetből kiindulva a középagyi bántalmazottságát is.

A vörösmagvak tájéka úgy a corpus callosumban, mint a jobb halántéklebenyben elhelyezett daganat által erős nyomtatásnak volt kitéve, — már makroszkoposan is látható e magvak összenyomatott és megkisebbedett volta.

Ezek szerint két esetben tudtam a hyptokinesis tünetére támaszkodva, ellentétes fölvételekkel szemben a daganatot helyesen lokalizálni.

Eddigi tapasztalataimat összefoglalva, mondhatom, hogy úgy az encephalitis epidemica amyostasis eseteiben, mint paralysis agitansban szenvedőkében, végül középagyárokbeli daganatok eseteiben megeltem igen kifejezett módon a hyptokinesist. Ennélfogva a középső koponyaárok, illetve középagyi megbetegedésének lokális jelének tekinthetem a tünetet.

Biztos a hyptokinesisnek ezen lokális jelentősége, ha kivüle megeljük a következő tünetek egyikét-másikát:

1. Bitemporalis vagy homonym hemianopsia, mint chiasma- vagy tractus-részesedés jele;
2. Thalamus-megbetegedés tünete (syndrôme thalamique Déjerine, Roussy, Head);
3. Strümpell-féle amyostasia (striatum-megbetegedés);
4. Ptosis, Robertson-féle jel (mellső ikertelepek);
5. Központi süketség (hátsó ikertelepek);
6. Pinealis tünetek.

Ezeket kívül minden olyan hydrocephalus internus kell hogy mutassa e tünetet, amely a harmadik agygyomroc kitüremkedésével jár.

Messze vezetne, ha felsorolnám mindazon számos irodalmi esetet, melyekben a kórrajzok utólagos áttanulmányozása útján meg tudtam lelni a hyptokinesis tünetét s amelyekben a fent elsorolt helyek egyike vagy másikának megtámadottságát a sectio is beigazolta.

Megtaláljuk a hyptokinesist mint távolhatásnak tünetét a homlok-halántéklebeny, gerendázat és a híd bántalmaiban is.

Észleléseimből folyik, hogy a nucleus rubert és összeköttetéseit mint az egyensúlyozásban fontos szerepet betöltő systemát tekintsük.

A vörösmagvak nem egyebek, mint a kisagynak előretolt részei, előörsei. A felső kötőkarok kötik össze a kettőt egymással. Összefüggenek továbbá a striatum és thalamussal s ezek útján a fali- s homloklebennyel is. Utóbbi összeköttetés kérdéses. A rubrospinalis pálya megadja a lehetőséget az ingeráttevődésre, a vörösmagból a mellső szarvi mozgató sejtekre. Végül a Goll-kötegek a lábak mély- s tónus-érzéseit közvetítik a középső hurokpálya útján a vörösmagvakkal.

Ezen pókszerűen széjjelágazó berendezést nevezem én vörösmag-systemának. Így válik érthetővé, hogy — ha igaz azon feltevés, hogy a vörösmag-systema egy egyensúlyozási szerv, — mindazon bántalmak kapcsán, melyek ezen egyensúlyozási szerv összeköttetéseit érik, egyensúlyozási zavart kell észlelnünk. Tényleg így is van. Ez a magyarázata annak, hogy a fenti sorozatban foglalt legkülönbözőbb agyterületekre vonatkozó bántalmakban is fellelhetjük az egyensúly zavarának eme jellegző tünetét, melyet hyptokinesisnek neveztem el. Ha pedig a vörösmag maga megy tönkre, úgy súlyos egyensúlyozási zavar áll be — ezt neveztem el rubralis ataxiának. — Bizonyítékul szolgálnak a régebbi esetek közül Kolisch, Allen Starr és Barth esetei. Mindhárom szerző oly esetet írt le, melyben a vörösmagvakba vezető verőerek thrombosisa folytán e magvak ellágyulása jött létre. A klinikai képen mindhárom esetben cerebellaris ataxia volt észlelhető. Első és második esetem alapján állíthatom, hogy a vörösmag-systema részleges bántalmazottsága hyptokinesis tünetét hozza létre, az előrehaladó nyomás fokozódásával a vörösmag-működés teljes kiesése, a rubralis egyensúlyzavar jön létre.

Mindhogy a vörösmagvak, mint már említettem, nem egyebek, mint a kisagynak előretolt részei, természetes, hogy működési kiesésük a kisagyi egyensúlyozási zavarral teljesen megegyező klinikai megnyilatkozást fog adni, vagyis a kisagyi ataxia klinikai képe teljesen azonos a

rubralis ataxiával. A kísérő tünetek és azok fellépésének egymásutánja dönti el, hogy kisagyi, vagy közepagyi eredésű ataxiáról van-e szó.

Eddigélé megszoktuk azt, hogy minden egyensúlyozási zavart kisagyi eredésűnek tekintünk. Ez vezetett ahhoz, hogy igen sok esetben hátsó koponyaűrbeli folyamatot vettek fel s operáltattak meg anélkül, hogy a daganatot megtalálták volna s utólag a boncolásnál derült ki, hogy közepagyárokból ült a daganat.

Első esetemben én is így jártam, amikor még a hiptokinesis jelentőségével tisztában nem voltam.

Külön magyarázatot követel az a körülmény, hogy miért találjuk striatum-megbetegedés eseteiben csaknem állandóan a leírt egyensúlyozási zavart? Ebből arra kell következtetnünk, hogy a striatumnak az egyensúlyozásban lényeges szerepet kell játszania. Ha ez igaz, úgy azon állatfajban, mely az egyensúlyozás dolgában a legnagyobb igényeknek kell hogy megfelelni tudjon, ezen agyképletnek nagy fokban kell kifejlődnie. Tényleg azt találjuk, hogy a madaraknál a nagyagyat csaknem egymaga a striatum alkotja. Érdekes megtekinteni egy ilyen madáragyat. Két nagy gömb foglalja el a koponyaűreget, elől a striatum igen keskeny agykéreg-köpennyel fedve, hátul a kisagy, a kettőt a közepagyon átfutó rostokötegek kötik össze. E berendezést látva és a két gömb között a vörösmagokat mint összekötő képletet képzelve el, mintegy magunk előtt látjuk a természetadta egyensúlyozás céljaira létesített szerkezetet. Beigazolva látjuk így azt, hogy a vörösmag-systema a statikai egyensúly fenntartásához a bonctani berendezéssel rendelkezik.

Bármint álljon is a dolog, az agydaganatok körjelzését illetőleg észleléseimből folyik, hogy azon esetekben, melyekben mint korai tünet a hiptokinesis tünete fellelhető, a daganat a közepagyárokból vagy annak megfelelő agyi részekben székelt, ha azonban más lokális tünet van kezdettől fogva jelen, úgy a hiptokinesis alapján a közepagy nyomtatása (mint távolhatási tünet) vehető fel. Ha agydaganatos esetben a lefolyás alatt a hiptokinesis tünetéhez társul a „cerebellaris” egyensúlyozási zavar, úgy nagyon valószínű, hogy az utóbbi a vörösmagvak megtámadottságával függ össze, azaz rubralis ataxia van jelen.

Az eddigélé *frontalis ataxiának* (Bruns), „Balkenataxie”-nek (corpus callosum ataxia) nevezett tünetek a vörösmag-systema nyomás okozta dys- vagy afuníciójára vezethetők vissza és ezért e megjelölések helyett a *rubralis ataxia* elnevezés használandó.

A debreceni m. kir. Tisza István tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: Benedek László egyet. ny. r. tanár).

Az endolumbalis salvarsan-gyógykezelés a késői ideglueses megbetegedéseknél.

Írta: Thurzó Jenő dr. klinikai tanársegéd.

A neurosiphilis salvarsan-kezelésében már régi törekvés volt, hogy a gyógyszert oly úton juttassuk a szervezetbe, hogy az a spirochaetocid hatását a központi idegrendszer spirochaetosisánál közvetlenebbül kifejthesse. Először Hammond kísérte meg 1915-ben, hogy neosalvarsan-oldatot trepanálás után, kéregtesten való szúrás (Balkenstich) útján fecskendezett be mindkét oldalgyomrocsba. Paralysis progressiva néhány esetében, különösen kezdeti állapotban kedvező eredményeket látott. Beriel egy kissé nehéz technikájú és veszélyes módszert, az intraorbitalis befecskendezéseket alkalmazta; a fess. orb. superioron keresztül fecskendezte be az oldatot a koponyaűregbe. Az intralumbalis befecskendezéseket salvarsanozott vérsavóval már 1911-ben alkalmazta Marisnesco tabesnél, majd Robertson paralysis progressivánál. Swift, Gonder, Ellis, Eskuchen jó eredményeket is láttak. Ezen eljárás tulajdonképpen nem más, mint salvarsannak kis mennyiségben való befecskendezése endolumbalis úton, mert az intravénás salvarsan-befecskendezés után vett vér savójában feltételezett kis mennyiségű salvarsant igyekszik therapiásan felhasználni.

Salvarsan-oldatot közvetlenül a subarachnoidalis zsákba 1913-ban Wechselmann fecskendezett be, majd Ravaut, Marie, Levaditi s mások alkalmazták ezen módszert. De a gyakorlatban különösen Gennerich közlései óta — amelyek kedvező eredményekről számolnak be — fordítottak nagyobb figyelmet az endolumbalis salvarsan-gyógyomódra. Az eljárásban leginkább Gennerich előírásait követik.

A debreceni ideg- és elmeklinikán Benedek professor utasításai alapján a klinika neurolueses beteganyagán egyidejűleg különböző kezelési eljárásokat végeztünk, hogy közöttük hatás szempontjából összehasonlítás tehessünk. A tabes, paralysis progressiva, lues cerebri, myelitis és meningo-myelitis luetica stb. eseteiben alkalmaztuk: 1. az endolumbalis salvarsan-gyógyomódot; 2. az ezüstsalvarsan vagy neosalvarsan-kezelést, kombinálva higanykészítményekkel (novasurol-befecskendezések); 3. a Linsler-féle kevert fecskendő (Mischspritze) salvarsan-higanykezelést (különösen neosalvarsan novasurol, vagy neosalvarsan + cyarsal, vagy neosalvarsan + cyarsal); 4. néhány esetben a Knauer-Enderlen-féle intracarotidális neosalvarsan-befecskendezéseket alkalmaztuk. 5. Paraszpecifikus kezelési eljárások közül: a) a Wagner-féle malaria-inoculációs eljárás, b) a Fischer-féle phlogetan-kezelés és c) a Dölkén-féle vaccina-kezelési eljárások kerültek kipróbálás alá. Az ezekre vonatkozó közlések folyamatban vannak, ezúttal csak az endolumbalis neosalvarsan-gyógyomódról számolnánk be.

Összesen 46 endolumbalis befecskendezést végeztünk hat betegnél (egy taboparalysis és öt paralysis progressiva). A betegek mind előrehaladottabb stádiumban voltak.* Három közülük már előzőleg ezüstsalvarsan, illetőleg neosalvarsan és novasurol kombinált befecskendezési kezeléssel ment keresztül, anélkül, hogy valamelyes javulást mutatott volna úgy a klinikai képet, mint a liquor-eltávolítást (liquor-laesio) illetőleg. Az endolumbalis kezelésnél nagyjában Gennerich előírását követtük. 1—4^{0/00}-es physiologiás konyhasóoldattal készült neosalvarsan-oldatból 1—2 cm³-t fecskendeztünk be endolumbalisan. A salvarsan-oldatnak liquorral való felhígítása célszerű módon úgy eszközölhető, hogy a lumbáltű beszúrása és a mandrin kivétele után egy 10 cm³-es Record-fecskendőt illesztünk a tűre, amelybe előzőleg a megfelelő salvarsan-oldat 1—2 cm³-ét szívtuk fel. Ezután lassan szívjuk fel a neosalvarsan oldathoz a liquort és 10 cm³-ig hígítva fel a liquorral az oldatot, óvatosan lassan toljuk előre a fecskendő dugattyúját. Célszerűnek tartjuk, hogy a liquor nyomását befecskendezés előtt ellenőrizzük és ha az ülőhelyzetben 300 mm-nél magasabb, néhány cm³ liquor lebocsátását végezzük. Így elkerüljük, hogy a kezelés után esetleg kellemetlen fejfájások lépjenek fel. Kéthetenként egy befecskendezést végeztünk, összesen 6—8-at egy-egy esetben. Az adagolásban egy milligrammon kezdve, egy milligrammos emelkedéssel, a 6—7, esetleg 8 milligrammos adagokig haladtunk. A 4—5 milligrammos adagokig a betegeknek semminemű reakciók mellékhatás nem mutatkozott. A hat milligrammos adagoknál gyakran, az ennél nagyobbaknál pedig rendszerint a befecskendezés után 5—6 órával lázas hőemelkedés mutatkozott, 37,3-tól 38,9-ig is. A hőemelkedés az injectio után következő napon érte el tetőpontját, harmadnapra rendszerint lezajlott, antipireticumokkal egyébként jól befolyásolható volt. Valószínűleg a salvarsan által kiváltott enyhe meningealis izgalommal van összefüggésben ezen hőemelkedés. Ajánlatos volna ezért az endolumbalis kezelés utáni napokon többször lumbalpunkciót végezni, hogy a liquor reakciós változásait az endolumbalis kezelés hatására sorozatosan megfigyelhessük. Az irodalomban erre nézve — amennyire áttekinthettem — adatok nem találhatók. Ezirányú vizsgálataink klinikánkon folyamatban vannak. A hét milligrammos adagok befecskendezése után másnap kisebb közérzetzavarok, gyengeség, elesettség, fejfájás, derékfájdalom, étvágytalanság s kisebbfokú vényomássüllyedés is volt egyes esetekben megállapítható, amely tünetek 2—3 nap alatt enyhültek.

A betegeknek a klinikai megfigyelés eredménye az endolumbalis kezelés hatására: három esetben javulás.

* A kórrajzok részletes közlésétől itt ezúttal eltekintünk.

egy esetben kisebbfokú javulás, egy esetben változatlan állapot, egy esetben pedig a tünetek a kezelés folyamán is és utána is előrehaladtak. A hűdéses tünetek közül a pupilla-reflex viselkedése egy esetben mutatott javulást. (A direkt fényre renyhén, alkalmazkodásra jól reagáló pupillák a kezelés végén fényre prompt reagáltak.) A többi hűdéses tünet közül a facialis paresisnek, valamint a dysarthriának javulását is észlelhettük. Psychice négy esetben javulás állott be. Egyik teljesen elbutult betegünk, kinél a szellemi képességek a minimumra csökkentek volt, a kezelés végén munkaképessé lett.

Az eset a következő:

„D. J. 41 éves mosonő, 1922 III. 23. óta volt ápolás alatt az ideg- és elmeklinikán. Diagnózis: dem. paral. progr. Testileg: Előrehaladott hűdéses tünetek. Wassermann-reactio vérsavóval ++++. Sachs-Georgi: ++. Meinicke: III. M. ++. Liquor cerebrospinalis: W. R. 0'1-del ++++. 0'2—0'5-ig ++++. Sejtszám: 25. Pándy-Zalozietzky: ++++. Nonne-Appelt: ++++. Rosse-Jones: ++++. Weichbrodt: ++. Noguchi: positiv. Goldsol- és normomastix-reactiókat lásd I. és II. ábrán.

Psychice: Stuporosus, naphosszat bamba tekintettel ül széknél, nevét sem tudja, kérdezőskor vagy igen-igen-nel felel, avagy néha bambán sír. Felszólításokat sem ért meg, ha ujjunkat arcához közelítjük „halszájreflex” (Fischmaul-r.) lép fel. A kezelés végén a hűdéses tünetek, facialis paresis, dysarthria, javulást mutatnak. Psychice: térben és időben tájékozott, betegségi belátással bír, egyszerű számolási műveleteket is megold. Javulása azóta hat hónapon keresztül állandó marad.”

A klinikai megfigyelésen kívül különös figyelmet fordítottam a liquor cerebrospinalis változásaira, a liquor-laesio viselkedésére. Ravaut és Kyrle vizsgálatai óta a liquor-vizsgálatoknak nemcsak a központi idegrendszer lueses megbetegedéseinek tulajdonítanak diagnosztikus és prognosztikus fontosságot, hanem már a secundaer és latens lueses esetekben is. Kyrle felfogása szerint a központi idegrendszer syphiliticus fertőzése már rövidesen a lueses acquirálása után történik. A virus, vagyis spirochaeta pallida első elterjedési idejében, a korai secundaer szakban a paraziták a központi idegrendszerbe is elhatolnak, és pedig elsősorban a meninxekben s alkalmas helyeken depót-kat képeznek. A lueses virus, megfelelően sajátosságának, hosszú ideig inactiv állapotban maradhat s később proliferációnak indulva, egy késői ideglueses megbetegedésben manifestálódik. Gutmann, Marie, Gennerich, Kyrle, Mras, Arzt, Fuchs s más szerzők liquorvizsgálatai szerint már a lueses elsődleges szakában 6—8%-ban mutatható ki liquor-laesio.* Említést érdemelnek Fuchs adatai, aki különválasztotta a seropositív és seronegativ szakokat a lues I-nél és a seropositív esetekben 53%-nál talált liquor-laesiót. Ezen liquor-laesio értékelésére nézve különböző a szerzők véleménye. Gennerich és Kyrle felfogása az, hogy a luesnél gyakori liquor-eltávolítás egészen a késői ideglueses megbetegedésig megfelelő általános kezeléssel befolyásolható. Ezzel ellentétben áll azoknak megállapítása, akik szerint a legerélyesebb antiluetikus kúrákkal szemben is a liquor-laesio refractaer marad, míg a vérsavó pozitív Wass.-, Sachs-Georgi-stb. reakciói javulást mutatnak. Különösen a késői ideglueses megbetegedéseknél a legtöbbször igen erélyes kúrákkal sem vagyunk képesek befolyásolni a liquorban a pleocytosist, a fokozott albumin- és globulin-tartalmat s még kevésbé a W.-reaktiót és a colloid reakciók változásait; a vérsavó pozitív reakciói még inkább befolyásolhatók.

Az endolumbalis salvarsan-kezelésben részesült összes betegeinknél a kezelés előtt, alatt és után a vérsavó vizsgálatain kívül (Wassermann-, Sachs-Georgi- és Meinicke-reactio) a liquorban a Wass.-reaktiót Hauptmann-Hössli ktitrálási módszerével (Auswertungs-Meth.), továbbá a pleocytosis viselkedését, a globulin-reactiókat (Pándy, Zalozietzky, Nonne-Appelt, Rosse-Jones, Weichbrodt és Noguchi); végül a Lange-féle goldsol-reactiót és a Kafka által módosított festett normomastix-reactiót is elvégeztük.

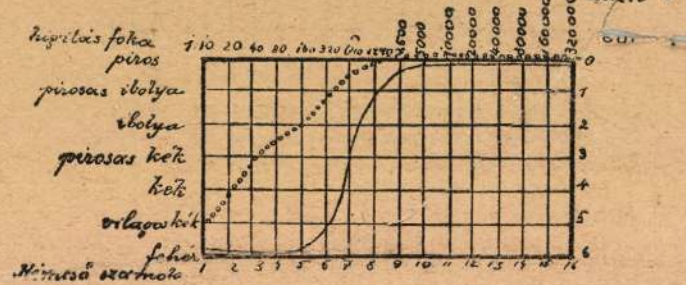
* Weigeldt, Mras és Brandt említik fel, hogy lues latens, I. secund. és I. recid. eseteiben antiluetikus eljárásokkal igen kevésbé befolyásolható liquor-laesio található néha, a colloid reakciókat illetőleg jellemző paral. görbe típusok, amely esetek volnának azok, melyek késői ideglueses megbetegedésre dispoáltak. (Paralysis candidansok.)

A liquorban a W.-reactio csak egy esetben mutatott hátrózott javulást. A kezelés előtt a W.-reactio 0'1-el +++, 0'2—0'5-ig ++++; a kezelés után pedig 0'1-el negativ, 0'2-el negativ, 0'3-al ++, 0'4—0'5-ig ++++. Tehát ez esetben sem értük el a W.-reactio teljes negativvá válását. A globulin-reactiók is párhuzamosan a W.-reactióval ezen esetenél nagyfokú javulást mutattak, három esetben pedig csak kisebbfokú volt a javulás. A pleocytosist a kezeléssel három esetben némileg befolyásoltuk (a positiv phasis csökkenése), egy esetenél a kezelés előtt sejtszám cm³-ként 40, kezelés után 1¹/₃ volt (Fuchs-Rosenthal-kamarában számolva). A colloid reakciók is változást szenvedtek. Négy esetünkél a kezelés előtt nyert tipikus „paralytikus görbe” a kezelés után az ú. n. „abortiv paralyticus görbe typus”-ba ment át (lásd 1-ső és 2-ik ábra):

Név: D. J.

Diagnózis: Dementia paral. progr.

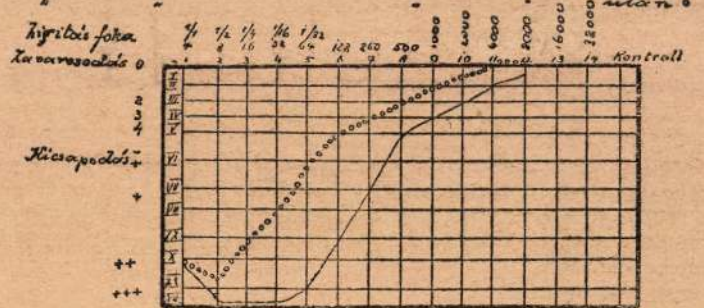
Goldsol reakció endolumb. kezelés előtt — után



Név: D. J.

Diagnózis: Dementia paral. progr.

Festett normomastix reakció endolumb. kezelés előtt — után



1-ső és 2-ik ábra.

azonban nagyobbfokú javulást, a görbesüvedés balra és föfelé való lényegesebb eltolódása csak egy esetben következett be (lásd 3-ik és 4-ik ábra). Ez esetben a görbe typus a kezelés végén a lueses görbesüvedés (Lues-Zacke) typusnak felelt meg. A Goldsol- és normomastix-reactiók teljesen negativvá válását egy esetben sem értük el.

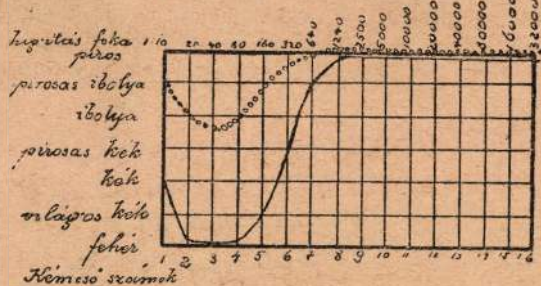
A liquor-vizsgálatok támpontot nyújtanak arra nézve, hogy a liquor-laesiót mily módon befolyásolhatjuk jobban: az intravénás, vagy pedig az endolumbalis salvarsan-kezeléssel. Az újabb irodalomból említést érdemelnek ezzel összefüggésben Stern és Gaultier vizsgálatai. Ők a különböző anyagoknak közvetlenül az idegközpontokra való hatását tanulmányozták a hatóanyagoknak intraventricularis befecskendezése után. Megállapítják, hogyha bizonyos anyagoknak akár a corticalis, akár a subcorticalis idegközpontokra való hatását akarjuk tanulmányozni, akkor a legjobb és legbiztosabb módszer a hatóanyagoknak az oldalgomrocokba való befecskendezése. Az idegállományra nézve antitoxikus vagy anti-septikus hatás kifejtésében, valamint a hormonoknak az idegrendszerre való hatása tanulmányozásában is legbiztosabb eljárás volna szerintük ez az eljárás. Hasonló eredményekről számolnak be Meltzer és Strecker közleményei. Strecker az alicyklikus tetrahydro-naphthylamin hydrochlorid-nak a hőszabályozó központra való hatását tette tanulmány tárgyává, azon célból, hogy hatásfok tekint-

tevében összehasonlítást tehesen az anyagnak intravénás és endolumbalis alkalmazása között. A lázas hőemelkedés az endolumbalis befecskendezés után már oly kis adagoknál bekövetkezett, amelyek intravénásan adva teljesen hatástalanok. A hatások az endolumbalis úton való bejuttatás mellett a tetrahydroβnaphthylamin-nál az adagok összehasonlítása mellett 140-szeresnek volna mondható.

Név: V.H.

Diagnózis: Taboparalýsis

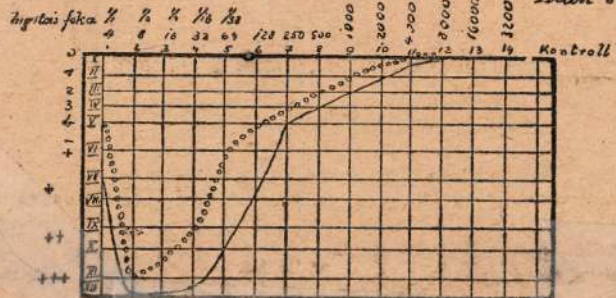
Goldsol reaktív endolumb. kezelés előtt - után



Név: V.H.

Diagnózis: Taboparalýsis

Testet normomastu reaktív emulzióval. kezelés előtt - után



3-ik és 4-ik ábra.

Számos szerző más anyagokra nézve is megállapította ezen hatások különbséget. Stern és Gaultier elmélete a „Haematoencephalialis gát”-ról (Barrière haematoencephalique, haematoencephalische Schranke) ezek szerint eléggé megalapozottnak mondható. A központi idegrendszer ezek szerint a véráram útján hozzájutó anyagokkal szemben relative bizonyos „védőgát”-tal rendelkezik, míg a liquor útján bejuttatott anyagokkal szemben ily hatás nem érvényesül. Ezen védőhatás különböző hatóanyagokkal szemben különbözőképpen szerepel. Kétségtelenül az endolumbalis úton bejutó neosalvarsan-oldat hatásfoka nagyobb (theoretikusan kifejezve körülbelül 100-szor akkorának) volna mondható, mint az intravénás alkalmazásnál. Az endolumbalisan adott, kellemellen mellékhatást nem okozó adagok is kb. századrészei az intravénásan adott neosalvarsan-adagoknak. Bár a fenti tétel összehasonlítólag quantitative kimutatva nincsen (arsen-kimutatások az idegállományban intravénás és endolumbalis injektók után), a megfontolások erre mutatnak.

Összefoglalás:

1. Az endolumbalis neosalvarsan-kezelés megfelelő eljárással és adagolással végezve a betegre nézve veszélytelen.
 2. Késői ideglueses megbetegedéseknél sok esetben a más kezelési eljárásokkal szemben refractaer módon viselkedő liquor-laesio és a klinikai kép kisebb-nagyobb javulást mutat az endolumbalis kezelés hatására.
- Ennélfogva nemcsak metalueses megbetegedéseknél, hanem veszélytelensége folytán az idegrendszer korai lueses megbetegedéseinél, valamint a lues sec., lues latens és lues recidiva azon eseteinél is, ahol a liquor-sérülés fennáll és más kezelési eljárásokra kevés javulást mutat, az endolumbalis salvarsan-kezelést is ajánlatosnak tartanánk.

Irodalom: Wechseltmann: Über intralumbale Injektionen von Neosalv. Münch. m. W. No. 6. 1915. — Gennerich: Die Syphilis des Nervensystems. Berlin 1921. — Gennerich: Die Liquorveränder. in den einzelnen Stadien der Syphilis. Münch. m. W. No. 43. 1911. — Kyrle: Über den derzeitigen Stand und Lehre von den Path. und Th. . . . Leipzig 1919. — Stern und Gaultier: L'emploi de l'injection intraventric. . . lpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 86. No. 12. 1922. — Nonne: Syphilis und Nervensystem. Berlin 1921. — H. Strecker: Exp. Beitrag zur Frage der Liquorzirk. bei Menschen. Münch. m. W. No. 50. 1922. — L. Arzt und Fuchs: Arch. f. Dermt. und Syph. Bd. 136. (H. 2.) 1921. — Kafka: Zeitschrift f. g. N. und Psych. Bd. 74. (Heft 1—3.) 1922. stb., stb.

KLINIKAI ELŐADÁSOK.

A Zahorszky-Veeder-Hempelmann-féle „Exanthema subitum”-ról.*

Írta: Bókay János dr. egyet. tanár.**

Ha a mai gyermekorvoslanon végigtekintünk, majdnem azt a benyomást nyerjük, minthogyha a klinikai kóralakokat számbelileg már teljesen kimerítettük volna s csak az ismert kórképek további klinikai kiépítése lenne feladatunk. S mégis még mindig bukkanunk újabb és újabb kórképekre s a kimerítettnek látszó talaj értékes leletekkel gazdagítja tovább szaktudományunkat.

Az alábbiakban egy eddig ismeretlen kóralakot kívánok vázolni, mely határozottabb formában csak a legutóbbi időben (1921—1922) merült fel, s melyről eddig kizárólag amerikai kartársak írtak (Zahorszky,¹ Westcott,² Levy,³ Veeder és Hempelmann,⁴ Greenthal,⁵ Park és Michael,⁶ L. Fischer,⁷ s végül Ruh és Garvin⁸) s melyről az európai szakemberek között tudtommal én teszem meg elsőnek megjegyzéseimet.

A véletlen hozta magával, hogy Veeder-Hempelmann és Greenthal idevonatkozó közlései, megjelenésük után csakhamar tudomásomra jutottak s figyelmemet megragadván, klinikai beteganyagomban, valamint magánygyakorlatomban ügyelettel lehettem arra, hogy hasonló kórkép szerepel-e nálunk is? Miután rövid idő alatt két esetben láthattam hű másolatát az amerikai kartársak által leírt érdekes klinikai képnek, időszereinek tartom, hogy arra, ezen ismertetés keretében, kartársaim figyelmét felhívjam.

A betegséget először J. Zahorszky írta le 1910-ben roseola infantilis néven, majd 1913-ban roseola infantum elnevezés alatt. Ezen utóbbi közlésében szerző már 33 esetről tesz említést. Veeder és Hempelmann adták a kórnek az exanthema subitum elnevezést, mely a folyamatnak valóban találó megjelölése.

Veeder és Hempelmann egy esetüket, mely egy 10 éves fiú volt — a többi leközölt eset úgyszólván kizárólag a két éven alóli korra esett —, következőleg írják le vázlatosan:

Egy reggel egyiküket egy 10 éves fiúhoz hívták, kinek 104 F⁰*** láza volt. Gondos vizsgálat mellett sem lehetett semmi kórosat nála kimutatni. Előző napon a fiúnak már fájt kissé a feje s gyengélkedett, de azért iskolában volt, sőt ott labdázott is. Az iskolából hazajöve bágyadt, nem eszik s hőmérséklete ekkor 102 F⁰, míg másnap reggel 104 F⁰. E napon a temperatura állandóan magas maradt, de másnap reggel 101 F⁰-ig leesik. A physikális vizsgálat eddig még minden irányban teljesen negatív, így léptompulat sem volt constatálható. A fiú fájdalomról nem panaszkodik, sensoriuma tiszta. Harmadnapon a has bőrén három apró rózsaszínű folt jelenik meg, a legnagyobb mintegy 5 mm átmérővel. Hőmérsék ekkor 103 F⁰. A vérvizsgálat 3200 fehérvérsejtet mutatott, 80% lymphocytosissal. Aznap reggel egy ízben hányt. Negyednap reggelre 100 F⁰ mellett egész törzsén maculás, kanyarószerű exanthema. A foltok nagysága 3—5 mm között változott s élénk rózsaszínűek.

* Minden jog fenntartva.

** Egyetemi előadás 1923 ápr. hó 17-én.

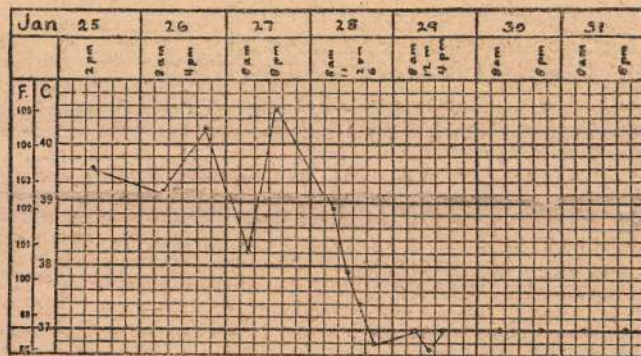
*** 37 C⁰ 98—99 F⁰ között van s 104 F⁰ körülbelül 40 C⁰-nak felel meg.

helyenkint kissé összefolynak, ujjnyomásra eltűnnek. Papulás jellegű folt köztük csak alig van néhány. A végtagon s az arcon kiütés alig látható. Torokpír, Koplik-tünet nincsen. Nem köhög, kötőhártya s ornyálkahártya szabad. Nyaki és tarkómirigy-duzzanatok nincsenek. *Már aznap estére a kiütés halványodott s másnap reggelre teljesen eltűnt.* A kiütés megjelenésétől kezdve láz többé nem jelentkezik, a convalescentia zavartalan s a fiú gyorsan rendbe jön. Hámlás a kiütés elhalványulását nem követte.

A vázolt eset mintegy *typusa* a kérdéses megbetegedésnek, melyet *Veeder* és *Hempelmann* az utolsó 3—4 évben szórványosan láttak, különösebb figyelemmel azonban csak az 1920. év vége óta kísérték. Ezóta, aránylag rövid idő alatt, 20 esetkerült észlelésük alá.

A betegség fő karakteristikumai szerintük, részletesebben kifejtve, a következők lennének:

A kezdet mindig hirtelen, az aránylag jó közérzet folytán a szülők csak véletlenül jönnek reá, hogy a gyermek lázasan beteg, — eseteik közül csak a fent ismertetett 10 éves fiú panaszkodott az első napon fejfájásról s némi rosszullétről. Három-négy napig a lázon s némi bágyadtságon kívül nincs más körtünet s az erős láz dacára az étvágy jó. *Mihelyt a láz leesik s a kiütés megjelenik, a betegek ismét a normális élénkséget mutatják.* A lefolyást illetőleg az esetek meglepően egyformák. A láz kb. négy napig áll fenn, *febris continua* typussal, csekély ingadozásokkal (l. a mellékelt láztáblát), ekkor a láz kritice esik s beáll az euphoria.

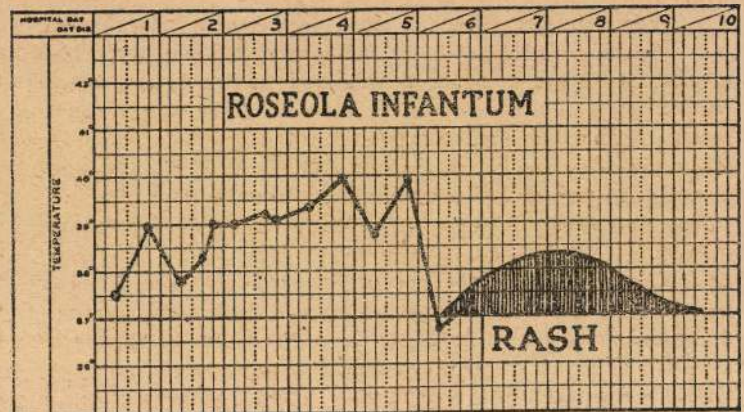


1. ábra. *Hempelmann* és *Greenthal* esete. Exanthema jelentkezése 28-án este, 30-án a kiütés már alig látható.

Ritkábban a kritikus hőesés már a harmadik napon bekövetkezik, míg máskor elhúzódhatik az ötödik napig. A láz maximuma szerintük 104—105 F° (40°—40.5°-ig). A convalescentia zavartalan. A vérkép mindig jellegzetes: *kifejezett leukopenia észlelhető 3200-ig, 80—90% lymphocytosissal.* Betegeik zöme 6—18 hónapos volt, mely körülményt *Zahorszky* és *Greenthal*, de a többi észlelők is, így *Ruh* és *Garvin* is hangsúlyozzák. Sohasem észleltek egy családban több esetet, pedig öt családnál volt több gyermek. Az iskolába járó 10 éves fiú osztályában sem fordult elő több megbetegedés.

A kiütés mindenkor a hőesés alatt kezd jelentkezni, gyorsan kifejlődik, 12 óra alatt láztalan állapot mellett eléri tetőfokát s 24—48 óra alatt, elhalványul s nyom nélkül eltűnik. Hámlás nincsen. A kiütés kanyarószerű, rózsaszínű, a maculák nagysága 1.5—5 mm között váltakozik. Nyomásra elhalványulnak s a nyomás szüntével újból megélnkülnek. A törzsön a kiütés rendszerint sűrűbb és több, mint az arcon és végtagon, s ritkán folyik össze. Kanyarótól, rubeolától mindenkor jól elkülöníthető. Szerzők szerint csak *különálló* kórfomáról lehet szó, melyet az elmondottak *élesen* körülírnak. A folyamat azonos azzal, amit *Zahorszky* 1910-ben, majd 1913-ban *roseola infantilis* és *roseola infantum* néven leírt, mely leírás a fent vázolt kórképet teljesen fedi s mindössze a vérkép leírása hiányzik *Zahorszky* két közlésében. Érdekes, hogy úgy *Zahorszky*, mint *Veeder* és *Hempelmann* megfigyeléseiket St. Louis-ban tették.

Azon cikk, mely *Greenthal*tól 1922-ben megjelent, az imént elmondottaktól semmiben sem tér el s így új mozzanatokat nem is tüntet fel, legfeljebb azt, hogy *Greenthal* észleléseit más helyen (Arm Arbor Michigan) tette s ezáltal kétségtelenné vált, hogy a kórfolyamat fellépése nincs egy helyhez (St. Louis) kötve. Különbösen hasonló eseteket *L. Fischer* is látott New-Yorkban, *Ruh* és *Garvin* Clevelandben, *Park* és *Michael* pedig Houston-ban (Texas). *Ruh* és *Garvin* közlésében egy tábla, melyet idemellekelek (l. 2. ábra), tanulságosan érzékíti a lázas

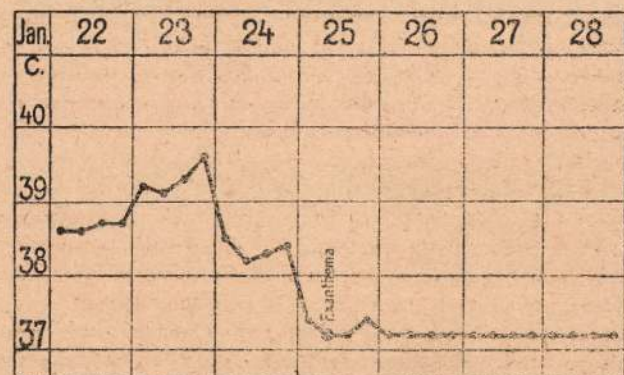


2. ábra. A lázas állapot s a kiütés időbeli egymásutánja. *Ruh* és *Garvin* rajza.

állapot és kiütés időbeli megjelenését, mely, mint láttuk, egyki fő jellegzetessége a kórnak.

Az én két esetem mindegyike a magánygyakorlatban fordult elő s kórtörténetük kivonatosa a következő:

Az I. eset hathónapos, erőteljes leánygyermek, kit anyja szoptat. 1923 január 22-én lázas lesz s a végbélhő 38.6—38.7 C°-ig emelkedik. A gyermek közérzete alig alterált, a fizikális vizsgálat eredménye teljesen negatív. 23-án a láz 39.2—39.6 C°, a lelet újból negatív s az anya csodálkozik azon, hogy a láz intenzitása dacára a leányka élénk s alig nyugós. 24-én a végbélhő 38.5, majd 38.4, még mindig teljesen negatív fizikális lelet mellett. 25-én reggelre a láz spontán, kritikusan esik (l. a mellékelt láztáblát) s 37.4 C° végbélhő mellett a törzsön rózsaszínű, kanyarószerű kiütés fejlődik, anélkül, hogy az arcon s végtagon a kiütés feltűnőbben jelentkezne. A kiütés este éri el intenzitását, míg másnapra már jelentékenyen halványul s 27-dikére nyomtalanul eltűnik. A kiütés megjelenésétől kezdve a *testhő teljesen normális*. A kiütés eltűntével a gyermek gyógyultnak volt tekinthető.*



3. ábra. Saját esetem.

II. eset. A kilenc hónapos, pompásan fejlődött fiúcska márc. 18-án délután lázas lesz s a végbélhő 39.2 C°-ig emelkedik. A fizikális vizsgálat úgyszólván negatív, amennyiben a gyermeknél csak igen enyhe hurutos tünetek (conjunctiva- és torokbelőveltség) konstatálhatók. A közérzet az erős láz dacára

* Az esetet *Bosányi* A. tanársegédem látta magánygyakorlatában s ő vezette elem consultatio céljából.

feltűnően jó s étvágya kielégítő. 19-én a láz tart, sőt estére 40 C^o-ig emelkedik, emellett a fizikális vizsgálat még mindig negatív. 20-án reggel a láz 38'8 C^o-ra, estére pedig 38'20-ra száll alá s késő este a törzsön néhány piros foltocska lesz látható. 21-én 36'8 C^o végbélhő mellett főleg a törzsön elég bő, élénk rózsaszínű, kanyarószerű kiütést észlelek, míg az arc és végtagok bőrét majdnem szabadnak találom. Hurutos tünetek, Koplik-foltok nincsenek. Közérzet jó s a fiúcska derülten játszik ágycskájában. A kiütés 22-én már alig látható s 23-ára teljesen s nyom nélkül eltűnt.

Vérvizsgálatot, fájdalom, egyik esetben sem végezhettem.

Vázolt két esetem klinikai képe tehát teljesen egyezik az amerikai esetekkel s tekintettel arra, hogy az esetek összességében az ismert heveny fertőző ragályos kiütések, anaphylaxiás reactio, erythema medicamentosa-k stb. teljesen és határozottan kizárhatók voltak, azt hiszem, jogosult azon feltevés, hogy a kérdéses kór egy, a gyermekkorban jelentkező, eddig nem ismert, úgy látszik fertőzőes eredetű, de ragályozó képességgel nem bíró megbetegedés. A ragályos kiütések közül, differentialis körjelzési szempontból, csak a kanyaró és rubeola jöhetnének számba, de a hurutos tüneteknek s a nyaki és tarkómirigy-duzzanatoknak hiánya, továbbá és főleg a láz jellegzetes lefolyása s a kiütés kiterjedése s időbeli megjelenése s gyors eltűnése s emellett a közérzetnek alig alterált volta s végül a jellegzetes vérkép az exanthea subitum-ot élesen elkülöníti úgy a morbilli-tól, mint a rubeolá-tól. Az ismertetés célja volt, hogy a jelzett, mindegyik esetben úgyszólván teljességében észlelt syndromára kartársaim figyelmét felhívjam, mert csak a további megfigyelések fogják végleg eldönthetni azt a kérdést, hogy ezen ú. n. „exanthea subitum” mint önálló kór helyet foglalhat-e az orvosi nosológiában?

Irodalom: ¹ Zahorszky, John: Pediatrics, 1910, XXII. 60—64. — J. Am. Med. Ass., 1913, LXI. 1446—1450. — ² Westcott, Thompson S.: Am. J. Med. Sci., 1921, CLXIII. 367—372. — ³ Levy, David J.: J. Am. Med. Ass., 1921, LXXVII. 1785—1786. — ⁴ Veeder B. S., and Hempelmann, T. E.: Am. Pediatr. Soc., 1921. — J. Am. Med. Ass., 1921, LXXVII. 1787. — ⁵ Greenthal, R. M.: Am. J. Dis. Child., 1922. — ⁶ Park, J. H., and Michael J. C.: Am. J. Dis. Child., 1922, XXIII. 521—526. — ⁷ Fischer, L.: Disease of Infancy and Childhood. Philadelphia, 1922, Davis Comp. — ⁸ Ruh H. O., and Garvin, I. A.: Pediatrics, 1923, XL. No. 3. 150—157.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 május 12-iki ülése.

Elnök: Bókay János. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis K.
Bemutató:

1. Licskó Andor: *Epibulbaris sarcoma*. Három beteg epibulbaris melanosarcómája közül a harmadik, amely az alsó áthajlási redőbe is betejedt, három hó múlva recidivált. Ez álképletek relative jóindulatúak, ritkán okoznak metastasist, annál gyakoribb azonban a recidiva. Fontos a korai kórisme és sugaras kezeléssel kombinált kiirtásuk.

2. Ifj. Liebermann Leó: Újabb adat a fistuláló scleraheg keletkezéséhez. Egy évvel ezelőtt az Elliot-féle scleratrepantio különböző eredményeit mutatta be glaucomás betegeken és azon véleményének adott kifejezést, hogy ilyenkor további baj felidézése nélkül a scleranyílás el is záródhatott, mert a gyöki iriskimetszés egymaga is elegendő volt a nedvkeringés helyreállítására, tehát valószínű, hogy csak akkor van hajlam a fistula állandósulására, ha arra szükség van. Most ellenkező példát mutat be e felfogás támogatására. A glaucomából gyógyult betegének szeme oly képet mutat, melyet mindenki iriskimetszéssel kombinált scleratrepantio eredményének tartana: typosus képe a fistuláló hegnek, szivárgásos párnának 16 mm tensio mellett, megtartott teljes látással, szabad látótérrel, ép szemfenékekkel. Pedig nem trepanálás, hanem előbb cyclodialysis, majd néhány nappal utána iridectomia történt. Az eredmény ugyan néhány napi igen küzdelmes körlefolys után, mely a supponált malignus hajlamot igazolta, teljesen szabályos fistuláló

heg lett, nyilván, mert szükség volt rá s mert a szivárgó csarnokvíz állandó utat készített magának az iridectomiás seben át.

A jelenségnek megfigyelése nem új, rendszeren irisbecsípődésnek szokták azt tulajdonítani, melyről azonban itt szó sincs. Ő újból hangsúlyozza, hogy glaucoma-műtétek eredményei csak úgy hasonlíthatók össze, ha a glaucoma fajai és stadiumai szerint osztályozott csoportokban vizsgáljuk az eredményeket.

3. Grósz Emil: *Idegentestek eltávolítása a szem belsejéből*. Intraocularis idegentesttel jelentkezett betegeket mutat be. Ezek: 1. helyesen lokalizált nem mágneses idegentest eltávolítása sclerán át teljes látással, 2. öt év után önként kilökődött rézszilánk jó látással, 3. vasszilánk eltávolítása 20 év után mágnessel, 4. siderosis bulbit okozó szilánk eltávolítása négy év után, 5. gránátszilánk eltávolítása kilenc év után jó látással, 6. 12 mm-es rézlemez eltávolítása a szem megtartásával, 7. ostorcsapással sérült szemből rézdrót eltávolítása három év után, 8. 12 mm-es vasszeg eltávolítása az üvegtestből jó látással, 9. rézszilánk eltávolítása az iris gyökéből jó látással, 10. idegentestet tartalmazó enucleált szemtekék s ipari és háborús idegentestek demonstrálása. Az utolsó 100 intraocularis idegentestben szenvedő beteg közül csak nyolc jelentkezett aznap, pedig a látás megmentése érdekében az idegentest mielőbbi eltávolítása szükséges. Csak a békés szemekben hosszú idő óta betokolt idegentest esetében tartja a várakozást indokoltnak. A fémek lokalizálására a Liebermann Leó által meghonosított Sweet-féle készüléket ajánlja. A vasat legtöbbször Haab módszere szerint corneán át távolítják el. A már kitört szivárványhártya-gyulladás teinjektiokkal csillapítják. A vidéki kórházaknak Röntgen-localisatorral s mágnessel való felszerelését sürgeti.

Ifj. Liebermann Leó: A ritka szép sorozat meggyőzően bizonyítja a Röntgen-lokalizálás fontosságát, ami nem versenytársa a sideroscopnak, hanem értékes kiegészítője annak a nem mágneses idegentestek felkeresésében. Újabb időben a fényképezőlemezek csökkent érzékenysége (kevesebb czüstöt tartalmaznak) hosszabb expositiót kíván és ez baj, mert csökkenti a kellő ideig megtartandó optikai iránybeállítás s ezzel esetleg a lokalizálás biztosságát. Ajánlja a nagy pontosságot igénylő esetekben a szemre magára rögzített fixpontestek létesítését, melyek eltolódás esetén is helyes mérőpontokat adnak. Az inhártyának alkalmas pontján cocainbefecskendés után öltünk finom fonalat a kötőhártyába, csomózzuk meg, s utána öltjük a fonalat átfúrt fémgolyócskán vagy lemezkén át s csomózzuk rá az első csomóra. A sikerült Röntgen-felvétel után a golyócskát a felső hurok átvágásával eltávolíthatjuk, de a fonalat az első csomóval benne hagyjuk, mert ez a műtétkor jelzi a fotográfált fixpontot. A módszer nagy biztosságot fog adni különösen a nem mágneses idegentestek felkeresésében s egyszersmind ellenőrzi a Sweet-készülék optikai beállítását, sőt helyettesítheti is a készüléket s nem jár azzal a hibával, mint a szemre csak ráhelyezett, de hozzá nem rögzített irányponttartó műszerek, melyek alatt a szem elmozdulhat.

4. Frigyesi József: *Rivanollal kezelt és operált genyes adnex-betegségek esetei*. Hivatkozással a nyolc hét előtt Láng Adolf-fal tartott előadására, újabb punctióval és 10/100 rivanol-oldattal kezelt nyolc esetről számol be. Bemutat hét operált és gyógyult genyes adnex-daganatot, melyek műtete alkalmával szövettani mély desinfectiót végeztek.

1. A hüvelyboltozat felől szürccsapolással és rivanol-oldattal való töltéssel kezelt hét eset közül hat gyógyult műtét nélkül; egy esetben colpotomiát kellett végezni. 1. Douglas-tályog esetében egyaránt végezhető a megnyitás, nyitvakezelés és a szürccsapolás és belső desinfectio, de ez utóbbinak előnye, hogy megkíméli a beteget a műtétől és a drainezés és genyecsurgás kellemetlenségétől. 2. Genyes adnex-tumoroknál a nyílt kezelés káros következményei általánosan ismertek és ezért itt a belső desinfectio kezelés minden esetben megkísérlendő. (Retentiók, hónapokig tartó kezelése elkerülése.) 3. Nagyobb, kemény izzadmányba ágyazott, vagy afölött elhelyezkedő genyes adnexdaganatok sok esetében meg sem kísérelhető a colpotomia, mert a genygyülem nem közelíthető meg, ellenben a szürccsapolás és rivanol-oldattal való töltés eredménnyel végezhető. Vannak azonban genyes folyamatok, melyek egyik eljárással sem üríthetők ki (magasan fekvő, kis, multiplex tályogok).

II. Genyes adnexdaganatok kiirtását most már 14 esetben

végezte fokozott szövethiányos prophylaxis alkalmazásával. A műtét alkalmával minden esetben a műtét területét geny szennyezte, melyben pathogen csírákat találtak. Valamennyi ekképen végzett laparotomia gyógyult és még az oly gyakori hasfali tályog sem zavarta a gyógyulást. Feltűnő a hashártya izgalmanak csaknem teljes hiánya, a bélműködés korai megindulása. Nagyjelentőségű előnye eljárásuknak, hogy legtöbbször célt érnek a genytartalmú petefészkek vagy petevezető kiirtásával és nem kell a belső nemi szerveket teljesen kiirtaniok.

Előadás:

Molnár Béla és Csáki László: A hyperaciditás mint a konyhasóanyagcsere zavara. Vizsgálataik kiderítették, hogy a hyperacidoknál a konyhasóanyagcsere zavart, amennyiben a konyhasó kiválasztása lényegesen lassúbb. Új megállapításuk, hogy a hyperacid panaszú hyp- és anacidoknak ugyanilyen konyhasóanyagcsere-zavara van, tehát ezen esetek is a hyperacidok közé sorolandók. Az atropin- és alkali-vizsgálatok megállapították, hogy e szerek nagy dózisban a zavart még fokozzák. A célnak igazán csak kis dózisok felelnek meg, melyek a subjectiv panaszokat szüntetik, a konyhasókiválasztást is kedvezően befolyásolják. Az a tény, hogy a hyperacidok az intravenásan adott konyhasót sem választják ki jobban, a vese szerepére utal a sóretentio létrejöttében. Thyreoida-praeeparatumok szedése a hyperacidok sóretentióját megszünteti. A hyperacidoknál bizonyos fokú oedemaképzés volt megállapítható. A vizsgálatok eredményéből következik, hogy a hyperaciditás nem egyszerű gyomor-baj, hanem konyhasóanyagcsere-zavar. Therapiájában tehát a konyhasószegény diétának kell előtérben állni. A vizsgálatok először nyujtanak tárgyilagos alapot annak a felvételére, hogy a hyperacid panaszú norm-, hyp- és anacidok tényleg a hyperacidokhoz sorolandók. Ezen megállapításnak nemcsak pathologiai, hanem therapijai fontossága is van.

Bálint Rezső: A sókiválasztási zavart nem anyagcsere, hanem beidegzési zavarnak gondolja a vagus-tonus változása alapján. Erre utalnak vizsgálatai tympanismus vagotonicus és ulcus eseteiben, amelyekben a gyomorjelenségeket kétségtelenül ideges (vagus) eredetű só- és vízkiválasztási zavarok kísérték.

Korányi Sándor báró: A kis és nagy szénsavnátrium-dózisok ellentétes hatása a hyperacidok sóretentiójára emlékeztet egyéb tényekre, amelyek azt mutatják, hogy a só viselkedését a szervezetben uralkodó reactio befolyásolja, még pedig oly módon, hogy eltolódásának befolyása úgy a savi, mint a lúgos felé ugyanaz lehet. Kis dózis szénsavas nátrium a sókiürülést fokozza, mert a vesén átszűrődő folyadék reakcióját az optimalishoz hozza közelebb, vagy gátolja, mert a reactiót lúgos irányban az optimalison túlmenően változtatja meg.

Csáki László: Az ő atropin- és thyreoida-vizsgálatai is mutatják, hogy az anyagcserezavar ideges és belső secretiós hatás alatt áll.

A debreceni orvosegyesület ülései.

1923 március 10.

Elnök: Tüdös Kálmán.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Bemutatók:

1. **Csiba Zoltán:** Lúggal mérgezett beteget mutat be, ki a lúg megivása utáni nyolcadik napon nyelőcsővének egész nyálkahártyáját kihányta 28 cmnyi cső alakjában. A praeparatumot demonstrálja. A beteg jelenleg aránylag jó állapotban van.

Jelinek Károly: A korai szondázást elveti, a mérgezés után 6—8 héttel kezdi az óvatos tágitást. Súlyt helyez az utószondázásra; a gyomorsipoly csak kiegészítő műtét. Az oesophagus plastica sebészi curiosum; hosszadalmas és nagy a mortalitása. Lúgot csak ellenőrzés mellett kellene árusítani.

Hozzászóltak még Láng Sándor, Horváth Arthur, Brunner Károly és Halmágyi Béla.

2. **Verzár Frigyes:** Guajacol-készítmények pharmacologiai értékmegállapítása. A guajacol-készítményeknek kétségtelen, hogy nincsen direct hatásuk a kórokozókra, de valószínű, hogy fokozzák és hígítják a bronchiális secretiót, és ezzel könnyítik a subjectiv panaszokat. Subcutan injectiókkal nyálsipolyos kutyán kimutatta, hogy a guajacolnak serkentő hatása van a mirigysecretióra. Ez a hatás felhasználható a praeparatum pharmacologiai értékmegállapítására, mert az injectált mennyiséggel arányos ez a kiválasztás. E módszerrel guajacol-készítmények-

ről megállapíthatjuk, vajjon a guajacolnak megfelelő hatást fejtenek-e ki, ami annál fontosabb, mert sok guajacol-készítmény chemiai szerkezetében oly lényeges változás van, hogy a priori egyáltalában nem bizonyos, vajjon a szervezetben a guajacolnak megfelelően viselkednek-e. E módszer azonban csakis a bőr alá fecskendezhető és fájdalomtalan készítményekkel vihető ki.

Hozzászól: Zempléni Vilmos, Bella Imre és Nagy Géza

Előadások:

1. **Molnár Elek:** A lumbalis folyadék törésmutatója. Megjelenik kivonatban az O. H.-ban.

Hozzászól: Thurzó Jenő.

Ambrus Matild: Adatok a thymus-kérdéshez. Klinikai anyagon végzett kórbonctani vizsgálatairól számol be. 30, nagyobb részt dystrophiás csecsemőn végzett thymusmérést. A talált súlyértékek mélyen a Hammar-féle normal súlyérték alatt vannak. Szövettanilag a kötőszövet nagymérvű szaporodása a lebenyeken belül (Hassal-testek a kötőszövetben) jellemző az elváltozást. Felveti a kérdést, hogy a parenchyma ily nagyfokú megkevesbedése és ezzel parallel valószínűleg functiókiesés nem játszhat-e szerepet a csecsemő oly kevésbé befolyásolható atrophiajának kifejlődésénél. Majd a scarlatnál észlelt thymus-elváltozásokat demonstrálja.

1923 március 17.

Elnök: Szontagh Félix.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Bemutatók:

1. **Verzár Frigyes:** Szájvizek H-ionconcentrációjának jelentősége. A különböző forgalomban levő szájvizek H-ionconcentrációját a következőknek találta: Zozo ph. 2'57, Kalogen 3'14, Menthol 3'81, Odol 5'27, Hygeol 9'02, Ovenall 9'41. Az első négy eszerint savanyú. A legtöbb szerző véleménye szerint a fogcaries oka savtermelő bakterium meglepedése a fognyak körül. Majdnem általános felfogás szerint ezek ellen desinfiensekkel sikerrel küzdeni nem lehet. Azonban lehetségesnek látszik a káros, savanyú anyagcseretermékeket alkaliás szájvizekkel közömbösíteni. Sőt savanyú szájvizek ugyanolyan maró hatással lesznek a fogállományra, mint ezen savtermelő bakteriumok s ezáltal még előmozdítják a cariest, előkészítvén a talajt genykeltő bakteriumok részére. A H-ionconcentratio ellenőrzése eszerint fontos a szájvizek megítélése szempontjából. Ph. 5'0-nél savanyúbbak eltiltandók. Az első három szájvíz aciditása olyan nagy, hogy annál a nyál mucinja is kicsapódik. Meghatározásaik szerint ez ph. 3'8 és 4'0 között következik be. Ez fogkóképződéshez is vezet. Különböző fogpaszták Ca CO₃ tartalmuk folytán lúgosaknak bizonyultak, úgy hogy ezek ellen ilyen szempontból kifogás nem emelhető.

2. **Bácker István:** Nyolcnapos kizárt sérv gyógyult esete. 28 cm ileumkacs teljesen elhalt. Műtétek: Herniotomia-ante-positio, hat hét múlva entero-enteroanastomosis, majd két ízben csonkok zárása.

3. **Hüttl Tivadar:** Darabos koponyatörés agyalapi töréssel és kiterjedt agyi roncsolással. Elsődleges varrat után az agyi tünetek gyorsan visszafejlődtek, seb is gyógyult, a beteg jól van.

Jánossy Gyula: A fejseb azonnal zárása ott gyakorlati jelentőségű, ahol a másodlagos fertőzés veszélyei nagyok.

4. **Zempléni V. Gyula:** Ischuria paradoxa gyermekágyban. 10 napos gyermekágyashoz hívták, ki szülés óta állandóan „nedvességben feküdt”. Vizeletcsurgást és télt hólyagot talált, anatómiai kiürülési akadály vagy sérülés nem volt. Ismerteti a hólyagkiürülés physiologiás mechanizmusát és ennek zavarait, valamint az ischuria paradoxa kifejlődésének módját. Ilyen esetet gyermekágyban nem észlelt.

Hozzászólnak: Strelinger Győző, Ohrnstein Lajos.

Előadás:

1. **Thurzó Jenő:** A bicolorált benzoëgyantareactio. (Megjelenik a Magyar Orvosi Archivumban.) A liquordiagnostika a colloid reactiókkal értékes eljárással bővült ki. Röviden felemlíti az aranyosol és a Kaffka által módosított festett normomastix-reactiók klinikai fontosságát. A Guillain-féle benzoëgyantareactióról számos szerző nem kedvezően számol be. 78 vizsgálata alapján ő következteti, hogy a reactio nem eléggé qualitativ, nem lehet jellemző görbealakokat jól differentiálni. Reactio eredménymegítélése nem jó. Általában a zavarodás s a kicsapódás fokozatai pontosan nem ítelhetők meg. A Benedek-klinika laboratoriumában bicolorált benzoëgyantareactiót dolgozott ki. A methodika lényege: 40 cm³ aqua bidestillataval elegyített 1/2 cm³ 0'5%-os natriumcarbonicumot lombikban 35°-ra melegít. 0'6 cm³ benzoëgyanta törzsolatot (5 gr benzoëgyanta + 50 cm³ abs. alk. három napi állás után filtrálva) 5'2 cm³ abs. alkohollal hígítva pipettával a lombikba bocsátjuk, azután Lichtgrün 0'55%-os vizes oldatból 0'1 cm³-t, utána brillantfuxin 0'5%-os abs. alkoholos oldatából 0'17 cm³-t és 8 mp-en belül újból 0'30 cm³ Lichtgrün-t adunk hozzá és 20 percnyi érési idő

mulva használjuk a reakcióhoz. Liquorból 0.3%-os natriumchlorid-oldattal $\frac{1}{1}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{4}$. . . $\frac{1}{2000}$ hígítási sorozatot készít s ebből $\frac{1}{2}$ cm³-hez $\frac{1}{2}$ cm³ bicolorált suspensiót kever. Saját schemájában 10 fokozat van: 0. lila, 1. liláspiros, 2. piros, 3. halványpiros, 4. kis sedimentum liláspiros (I.), 5. kicsapódás piros, 6. kicsapódás halványpiros, 7. kicsapódás kékes, 8. kicsapódás zöld, 9. kicsapódás világoszöld, 10. kicsapódás fehér. Differensek a görbék paralysis, tabes, meningitis purulenta, meningitis tuberculosa és lues cerebrinél. Részletesen foglalkozik az elméleti magyarázattal. 120 reakciója alapján a gyakorlatban eléggé használhatónak tartja.

Verzár Frigyes: A liquordiagnostikának bővítése kétségtelenül kívánatos. Az előadó kétféle festéknek a a benzögyantaoldattal való keverése által egy igen komplikált rendszert létesít, amelyben nemcsak adsorptió és kicsapódási hatások érvényesülnek, hanem a liquornak nagyon sok, különböző minőségi elváltozása okozhat ebben a rendszerben színváltozásokat és ugyanaz a színváltozás különböző okok miatt is előállhat. A teljes elszíntelenedés oka a colloid olyfokú kicsapódása, hogy mindkét festék a csapadékhoz adsorbeálódik. Kisebbszámú kicsapódásnál a könnyebben adsorbeálódó fuxin adsorbeálódik csak s ezért lesz piros a csapadék és a felette álló folyadék zöld az oldatban maradó Lichtgrüntól. A színváltozásoknak itt nem az az oka, mint az arany-sol-reakciónál, melynél a szín a részecskék dispersitásának a kifejezője. Kívánatosnak tartja a liquordiagnostika kifejlesztését exact physialis chemiai módszerekkel, amelyek a színváltozások magyarázatát is megadják. Az új módszernek is jelentősége lesz, ha bebizonyosodik, hogy vele az eddiginél érzékenyebb és biztosabb diagnózisok lehetségesek.

Thurzó Jenő (zárszó): Az elméleti magyarázatra nézve vizsgálatok még folynak. A liquor fehérjecolloidjainak változásain kívül kétségtelenül a H-ionconcentrációnak is van szerepe. Ezért vizsgálja Mayer a H-ion koncentrációt a liquoroknál mint „actualis reactio”-t s gyakorlatilag is következtetéseket akar levonni. A bicolorált reakcióban egy könnyen elvégezhető érzékeny reakciót kíván nyújtani a gyakorlat számára.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Pulsusdifferentia mint functionalis szívizválati módszer. Dr. P. Holzer és Dr. E. Schilling. (Zeitschrift f. klin. Med., 1923, 96. kötet, 1—3. füzet.)

A gyakorlati orvos szempontjából igen fontos egy egyszerű eljárás a szív functionalis vizsgálatára, különösen a compensatio határán álló szíveknél. Vannak ugyan komplikált vizsgálati eljárások, de ezek drágaságuk és körülményességük miatt nem jöhetnek a gyakorlati orvos számára tekintetbe. Több egyszerű módszert írtak már ugyan különböző vizsgálok le, de utána vizsgálva jórésztük nem bizonyultak megfelelőnek. Vizsgálataikhoz azon rég ismert tény alapján fogtak, hogy arhythmia perpetuánál számos szívcontractio nem tapintható a radialison. A két szám közötti különbséget *pulsusdeficit*-nek nevezték el. Eljárásuk a következő volt: egyikük a pulstus tapintotta, a másik a szíven auscultált. Nyugalomban egy percig munkavégzés után fél percig számoltak. Eredményeik a következők: P. D. mindig manifest vagy latens szívgyengeség jele. 25 esetükben (különböző vitiumok) nem volt P. D., 18 esetben nyugalomban vagy munkavégzés után 4—120-ig terjedő P. D. lépett fel, hét esetben pedig nyugalomban a radialis pulsus és szívystolék száma egyenlő, azonban lépcsőjárás, vagy az ágyban való 10-szeri felültetés után P. D. lépett fel. Ha a P. D. megfelelő kezelésre eltűnik, a prognos is jó, különösen ha munkavégzés után sem lép újra fel. Ha azonban csak csökken, a prognos tovább is rossz, vagy legalább is igen kétséges. Eljárásukat különösen arhythmia, extrasystoliáknál, részleges szívblocknál és a latens szívinsuffitientia felderítésére ajánlják.

Tóth Kálmán dr.

Az accidentalis diastolés aortazörejeiről. Ortner. (Med. Klin., 1923, 13. sz., 408. oldal.)

Az aorta fölött hallható nem organikus diastolés zöreje létezését a klinikusok egy része nem ösmeri el, mások az ép billentyűk mellett létrejövő zöreje okát a nagyfokú aortasclerosis, vagy erős hypertensio okozta aortatágulás miatt keletkezett relatív billentyűelégtelenségben találják; észleltek ilyen zöreje az aortának valamely mediastinumbeli folyamat, leginkább actinomyosis miatt történő nagyfokú elhúzása alkalmával is; Ortner egy acut Basedowos betegén is hallott aortatágulás okozta relatív elégtelenségre visszavezethető diastolés zörejeit. Nem tekinthető accidentalisnak az a diastolés zöreje, melyet szerző három anaemia perniciosa betegén észlelt hosszabb időn át, anélkül, hogy akár a szíven, akár a környéki ereken a billentyűelégtelenségre utaló valamely egyéb tünet is lett volna. A boncolás

alkalmával a billentyűk alapját alkotó izomnyalábok nagyfokú zsíros degenerációját találták (a szívizom többi része jóval kevésbé volt degenerált) és így az egyébként ép billentyűk hiányos záródását nyilvánvalóan ezeknek az izomnyaláboknak megbetegedése idézte elő.

Pákozdy dr.

A vészes vészeségység kórtanárol. Moses és Warschauer. (Klin. Wochenschrift, 1923, 13. sz.)

Seyderhelm emberi és állati bélférgekkel és a bél bakteriamaiból alkoholos kivonatot készített, mely in vitro nem okozott haemolysist, állatkísérletekben azonban úgy viselkedett, mint egy haemolysáló mérge. A szerzők e kísérleteket egészen hasonló módszerrel megismételték és a következő eredményre jutottak: ha háziynulát ilyen kivonattal kezelték, valóban jelentkeztek normoblastok a vérpályában, a vörösvérsejtek átmenetileg megkevesbedtek: de sohasem volt a festődési index nagy, soha nem láttak megalocytát, megaloblastot, leukopenia pedig csak nagyon rövid időre jelentkezett, hogy egy leukocytosis váltsa föl. Egyszóval ez anyagokkal, éppúgy, mint a régebben készített más ilyen eredetű anyagokkal, állatokban vészes vészeségységet előidézni nem lehetett: a vérkép nem felelt meg e betegségnek; az állat úgy reagált ez anyagokra, mint más parenteralisan beadott különféle anyagokra; és ezek a kísérletek az anaemia perniciosa lényegét nem tisztázták.

Sarvay dr.

A strychnin szerepe a szívbetegség kezelésében. Dr. Siebelt. (Zentralblatt f. Herz- und Gefässkrankheiten, 1923, 5. füzet.)

Edens szerint a strychnin a vasomotor-centrumon át a splanchnicusok által ellátott edényeket szűkíti. E szűkület nem egyenlőtlen teljesen ki a bőr- és agyereg tágulása által, úgyhogy a vérnyomás emelkedik. Műtétek és fertőző betegségek utáni szívgyengeségek, azonkívül a climacterium, a Basedow részben ideges szívpanaszai leghálásabb terrénuma a strychnin-kezelésnek. A testi és szellemi kimerültség, valamint bizonyos mérgek (alkohol, dohány) által létrehozott ideges szívbizonytalagnál a szokásos szerek — digitalis, strophanthus, CO₂ fürdők stb. — gyakran felmondják a szolgálatot, különösen akkor, ha a magas pulsuszám alacsony vérnyomással társul. Ilyenkor sokszor meglepő hatást látunk a strychnintól, vagy még inkább egy arsen-strychnin keveréktől, az optarsontól. (Ennek megfelel a magyar strychnonin.) Az egyes betegek érzékenysége a strychnin iránt változó, úgyhogy a milligramm töredékeivel kell e kezelést kezdeni és még így is lesznek betegek, akik a szert nem tűrik. Eleinte két-három naponként, majd mindennap ad összesen mintegy 16 injectiót. A jó hatás elsősorban a pulsuszám csökkenésében, a vérnyomás emelkedésében és általános jóérzésben nyilvánul, mint azt Klemperer is hangsúlyozza. Az öregek kimerültségi állapotánál a szernék szintén igen jó hatása van.

Sümege dr.

A kőnélküli epeutak fertőzése. Umber. (Klin. Wochenschrift, 1923, 13. sz.)

Az epe, illetőleg az epeutak fertőződnek és egy helyi és általános megbetegedés okozói lesznek. Az egészséges ember epéje is tartalmazhat baktériumokat (coli és typhus-csoport), s vagy ezek lesznek pathogenné, vagy pedig a steril epe fertőződik egyszer a véráram útján, egyszer a bél felől és előáll a cholangitis. Az epe fertőződése — dacára annak, hogy súlyos klinikai elváltozást okoz — néha alig jár anatómiai elváltozással, ezért a kőboncnoknak nem szabad a negatív lelet miatt a cholangitis diagnosist kifogásolni; a kórjelzésben a klinikai lefolyásnak kell dönteni. Naunyn cholangiának nevezi e betegséget, ha anatómiai elváltozás az epeutak körül és ezek falában nincs és a cholangitis szót a beszűrődött vagy genyes epeutak eseteiben használja. A cholangia vagy cholangitis az első lépés a súlyos májmegebetegedésekhez (májsorvadás, cirrhosis); és a rossz szociális viszonyok miatt észleljük most gyakran. A cholangia könnyen diagnosztizálható a tünetekből: általános rosszullét, fejfájás, étvágytalanság, láz és a máj helyére utaló panaszok. A láz természetesen nem typosus: egyszer intermittáló, majd rázóhidegekkel tarkított. Másiképp lázas a streptococcus és másépp a typhussal fertőzött beteg. Ha az epe a vér útján fertőződik, a betegség hirtelen köszönt be; a bélből történt fertőzés esetén előbb a dyspepsiás zavarok jelentkeznek. Ez utóbbiak azok az esetek, melyeket eddig egyszerűen mint icterus catarrhalist intéztek el. A betegség a jobb bordaív alatt tompa fájdalmakat okoz, mely hátra és a jobb lapocka alá is kisugárzik. Néha egész epekökölka keletkezik és a kő hiányát csak a laparotomia igazolja. A máj megnagyobbodik, jóval túlhaladja a bordaívet és nyomásra fájdalmas. A lép annál nagyobb és annál keményebb, minél tovább tart a betegség. Az icterus ritkán hiányzik és a mechanikus icterus tüneteivel jár. A lefolyás a kórokozótól, az epe szabad áramlásától függ: pár nap alatt, vagy hét alatt meggyógyul; vagy pedig az icterus fokozódik, rázóhidegek jönnek, a máj nagyon megduzzad és ez a kórkép évekig is tarthat. Gyógyítás: könnyű, zsírszegény étrend, meleg borogatás a májra. Súlyos, makacs esetekben az epéhólyag kivétele és a choledochus drainézése eredménnyel járhat. Sarvay dr.

Sebészet.

További közlemény a gyomorresectio és a G. E. A. kérdéséhez gyomorfekélynél. *Hütten.* (Zentralblatt f. Chirurgie, 1923, 3. sz.)

Mint a gyomorresectio kiterjedt alkalmazásának visszahatása azon felfogás kezd tért hódítani, amint azt Schmieden és Garré is állítja, hogy a fekély gyógyulását általában a G. E. A. jobban segíti elő már a természetes levezetés miatt is, míg a resectió hosszú heg újabb fekélyre hajlamosít. A resectiót csak rákgyanu esetén ajánlja. *Borsos.*

Egyszerű műfogás a gastroscopia veszélyességének csökkentésére. *Sternberg.* (Zblt. f. Chir., 1923, 2. sz.)

A gastroscopiánál a gyomor más-más szakaszainak vizsgálatához mindig újabb levegőt kell befujtatnunk. Ez a túlnyomás igen veszélyes lehet, miért is a már fölösleges levegőt a gastroscopia beiktatott Wolff-féle kétnyílásos csapon kiereszti, melyre Susmann által ajánlott záró-, illetve nyitószerkezetet szerelt. *Scheitz.*

22 év golyvasebészet. *Urbán.* (Zentralblatt f. Chirurgie, 1923, 3. sz.)

2500 eset alapján foglalja össze tapasztalatait. Félsszázalékos novocainos érzéstelenítést használ adrenalin nélkül. Kochermetszéssel operál s 48 óráig drainez. Hypothyreosisnál emlőbe ültet át s a beültetett mirigyszövet megóvására nagyobb mennyiségű pajzsmirigytablettát adagol. Kellő óvatosság mellett tetania nem fordult elő operálójainál. Végleges recurrens hűdés 3%-ban volt tapasztalható. Összhalálozás 0,8%. Basedow után 80%-nál határozott javulást észlelt, újraoperálni csak ezek 1%-át kellett. Rosszindulatú golyvánál tapasztalatai igen kedvezőtlene. A golyvának minden más kezelési módját elvetendőnek tartja. *Borsos.*

Tapasztalataink az osteotomia subtrochantericával vissza nem helyezhető világrahozott csipőizületi ficam eseteiben. *F. Hahn.* (Münch. med. Wochenschr., 1923, 3. sz.)

Egy-két év előtt operált esetei alapján ismerteti tapasztalatait. A betegek legnagyobb része bizonytalan járása miatt s nem a fájdalomkiből kifolyólag vetette magát alá a műtétnek. A betegek életkora 8—19 év közt váltakozott, hét kétoldali s két egyoldali luxatióval. Műtétnél Lorenz szerint járt el. Röntgenfelvételt alapján a combcsontot az izvápa magasságában, alulról-kivülről felfelé-befelé átvési, azután az alsó törvégnék csúcsát az acetabulumhoz kb. 30—40 fokos szög alatt állítja be, úgyhogy főleg kétoldali ficamnál a két törvég még egy hátrafelé nyitott szöveget alkotson, vagyis túlnyújtja a végtagot, miáltal a lordosis megszűnik. A beállítást a 8—9-ik napon Röntgennel kontrollálja s esetleg javítja. A gipszkötés a medencén s a combon kívül az alszárát és lábat is magában foglalja s legalább nyolc hétig marad fenn. Ezután ugyanennyi ideig utókezelés következik — torna s főleg az ülőideg massage-ja —, amely után a gyermek rendszerint elbocsátható. Azonban a tulajdonképpeni eredmény csak hónapok múlva jelentkezik, amidőn a test az új statikai elváltozásokhoz már hozzászokott. A műtét eredményének elbírálásához a beható vizsgálatokon kívül nagyon fontos szerepe van a szülők észrevételeinek, akik az ily gyermekeiket különös gonddal figyelik meg. Ha az eredmények a működés szempontjából nem is teljesen kielégítőek, mégis a beteg testtartását s alakját lényegesen befolyásolják. *Tirczka Kolos dr.*

Az epehólyag-átfúródásról. *Hilgenberg.* (Bruns Beitr. z. klin. Chir., 1922, 127. sz.)

A marburgi klinikán az utolsó 10 év alatt operált 30 epehólyag-átfúródással foglalkozik. 27 esetben az epehólyag, egyben a cysticus és choledochus határán történt az átfúródás, kettőben az epés peritonitis oka nem volt kimutatható; 19 esetben kövek, egy esetben trauma (rúgás), nyolcban az epehólyag súlyos gyulladással elváltozásai okozták az átfúródást. Általános hashártyagyulladás 10 beteg kapott (négy haláleset), a többinél körültekintő tályog képződött. A műtétnél 23-nál az epehólyag kiirtását, hét erősen legyengült betegnél csak a has feltárását és tamponálását végezték (összesen hét halt meg). Cikkével fel akarja hívni a figyelmet az elkésve történő epekőműtét súlyosságára és a rossz kilátásra. *Pommersheim.*

A paranephritikus tályogról. *Franke.* (Deutsche med. Wochenschr., 1923, 7. sz.)

Egy esete kapcsán, melyben a késői felismerés műtét dacára egy héttel a műtét után a beteg halálát okozta, felhívja a figyelmet a gyakori téves kórismére. Kisfokú genyedés, furunculások, eczema, panaritium kapcsán vérbeli áttétel útján keletkezik a paranephritikus tályog, de fellép súlyos általános megbetegedések, influenza, typhus, angina, empyema stb. folyamán is. A vesekéregben kis tályog keletkezik, mely a vesetokon áttör a vesekörültsi zsírszövetbe. Rendesen a vese mögött találjuk s teáskanálnyiól egy literig változó mennyiségű genyet is tartalmazhat. Általában hirtelen, heves fájdalommal, lázzal, hidegrázással, néha súlyos septikus tünetekkel kezdődik, mely fel-

szívódás útján, miként a heveny appendicitis, el is múlhat, vagy pedig tályog képződik remittáló lázzal. Nem is oly ritkán csak a kryptogenetikus sepsis jelenségeit látjuk typhusra emlékeztető tünetekkel, de a vesetájék mindig érzékeny. Összetéveszthetjük vesebetegségekkel, lumbago, spondylitis, myositis, pericholecystikus és májtályoggal, továbbá nem genyes paranephritissel, mely az aortabillentyűk betegsége kapcsán lép fel. Próba-csapolást mindenkor kíséreljünk meg s lehetőleg világítsuk át Röntgen-sugarakkal. Az idejekorán fel nem ismert paranephritikus tályog rossz műtét eredményt ad. Fontos tehát a korai felismerése s a korai műtét, melyet helyi érzéstelenítéssel végezhetünk s így majdnem veszélytelennek mondhatjuk.

A betegség lefolyása nem mindig ily egyszerű. A genyedés a vesében is továbbfejlődhetik s vesecarcinoma keletkezhetik. Ilyenkor nem elég a tályog megnyitása, el kell a beteg vesét is távolítanunk. Kimutatása functionális vesevizsgálattal történik. Megemlíti még a bakteriumok áttétele útján keletkezett septikus nephritist. A vese megnagyobbodott, de tályogot nem találunk. Ezek az esetek a vese felmetszése s a vesetok eltávolításával gyógyulhatnak. *Schmidt.*

Szemészet.

Vizsgálatok a cataracta diabetica előfordulásáról és morphológiájáról. *Walter F. Schnyder-Solothurn.* (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1923, LXX. kötet.)

A cataracta diabetica előfordulása, morphológiája, fejlődési tartama, kórbonctana és a még nem tisztázott aetologia tárgyalása a tekintélyesebb autorok idézéséből áll, akik megegyeznek abban, hogy a cataracta diabetica fiatal korban gyorsan érik és hogy az öreg korban nem mindig különböztethető meg a cataracta senilistől. 59 részletesen megfigyelt cukorbeteg cataractája közül egyet tart a szerző igazi cataracta diabeticanak s ennek réslámpa-leleteit hat színes képben mellékeli. A cataracta diabetica jellemző a subcapsularis kezdet, a felszínes lencserostok láthatóvá válnak a közöttük képződött hasadékok miatt és a lencse egész felszíne alatt vacuolálás szétesések képződnek. *Becker Jenő dr.*

A szem tuberculosis és annak specifikus kezelése. *Löwenstein, Prága.* (Zentralblatt f. die ges. Ophthalm., 1923, IX. kötet, 5. füzet.)

Általános összefoglalás a szemgümőkórnak és specifikus kezelésének mai állásáról. E téren sok kérdés még ma sincs tisztázva, így pl. a sympathiás szemgyulladás viszonya a gümőkörhöz. A tuberculindiagnostikában óvatosnak kell lenni, csak a szemem fellépő gócreakciónak szabad fontosságot tulajdonítani. Ez a reactio igen ritka. Viszont máskor az oltás után a gyulladt szem feltűnő halványodását lehet észlelni; ezt is specifikusnak kell tartani. Felnőtteknél a subcutan tuberculindiagnostika, gyermekeknél a cutan-módszer ajánlatos. Egyszeri injectióhoz 1 mgr. Alttuberculin használandó. A tuberculinnal való gyógyításnak vannak barátai, de ellenségei is. *Dimmer* retinaleválasztást kezelt sikeresen, míg *Bernheimer* sympathiás gyulladással ajánlja. *Hertel* a tuberculinterápiára bekövetkező javulást 20%-ra becsüli. *Igersheimer* igen nagy anyagon összehasonlítva az eredményeket azt következteti, hogy tartós gyógyulás nem nagyon érhető el, sőt kétségbevonja a tuberculinnal specifikus hatását. *Hess* tagadja az előnyét. *Schieck*, aki főleg az uvea tbc.-val foglalkozik, a következő therapiát ajánlja: kezdődő iristuberculomoknál erőlyes Alttuberculin-kúrát, míg a chronicus stadiumban hosszú, kis dosisú specifikus kezelést tart indokoltnak. *Köllner* a scrophulotikus szemgyulladások eruptióját a bőr tuberculinnal érzékenységgel hozza összefüggésbe. Felteszi, hogy ily egyéneken nem specifikus ingerek is válhatnak ki phlyctenás gyulladást a szemem. Ezért fontosnak tartja a bőr tuberculinnal érzékenységet 1—2 teinjectióval lecsökkenteni. Ilyen injectiók után a szervezet jóval nagyobb tuberculindosisokat bírt el. Gyakran előfordul, hogy a szervezet csak előzetes teinjectiók után reagál lázzal a tuberculinnal. Általában a szerző nem barátja a kis dosisoknak és hibáztatja, hogy a tbc. különböző alakjai egymódon kezeltetnek. Fontosnak tartja, hogy megszabadultunk a merev adagolási előírásoktól és új irányelveket találtunk, amelyek a szemészetben nagyobb sikereket ígérhetnek. *Horay G. dr.*

Symmetriás szaruhártya-fekélyek diabetes mellitusnál. *Rosenstein, Mährisch-Ostrau.* (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1923, LXX. kötet.)

Két esetben mindegyik corneán ugyanazon helyen: alul, közel a limbushoz, felszínes fekélyek léptek fel conjunctiva-vérzésekkel. A fekélyek néhány napi kezelés után gyógyultak, de hamarosan kiújultak a cornea más helyén: belül a limbus közelében. Az általános panaszok miatt végzett belorvosi vizsgálat diabetest derített ki. E szabályosan fellépő ulcusok a diabetes kezdeti stadiumára jellemzők, mikor a betegnek még nincs tudomása bajáról és útmutatóul szolgálhatnak a diagnosishoz. *Becker Jenő dr.*

Gyermekorvostan.

Adatok a noma ismeretéhez. Kuhn P. (Zeitschr. für Kinderheilk., 35. kötet, 2. füzet.)

Hogy a noma ragályozhat-e, az kérdés. Szerző által Mainzban észlelt esetek erre látszanak utalni.

Mainzban a kórházban hét beteg feküdt egy teremben, hol egy noma lépett föl, morbilli kiállása után. Ezt a beteget elkülönítették, de az elkülönítés dacára ugyanott a második napon ismét egy újabb noma-megbetegedés fejlődött. Erre a termet kiürítették, desiniciálták s az így fertőtlenített kórteremben új eset azóta nem fordult elő. Megjegyzendő, hogy a morbilli-járvány, amelynek kapcsán a noma kifejlődött, igen heves és súlyos volt, feltűnő halálozással. A két előbb említett nomán kívül a járvány kapcsán egy harmadik nomát is észleltek.

Bókay Zoltán dr.

Eczemahalál és myocarditis. Bernheim Karrer. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1923, 35. kötet, 2. füzet.)

Az eczemas gyermekek hirtelen halálának okát több ténnyezőben keresték. Szerző, több esetére támaszkodva bizonyítja, hogy a szívhús elváltozása, szívmegeállás az oka ezeknek a hirtelen haláleseteknek. A nagyon körültekintő módon megejtett boncolások, bakteriologiai vizsgálatok és görcsövi szövettani vizsgálatok kapcsán kimutatja, hogy egy fertőzőes (pneumococcus, streptococcus) myocarditis áll ezekben az esetekben be, amelynek létrejöttéhez a veleszületett dispositio szükséges. Úgy fogja fel a dolgot, hogy az exsudatív diathesisben szenvedő gyermek bőre és nyálkahártyái a folytonos lobosodás következtében megkönnyítik a pathogen csiráknak s anyagcseretermékeknek a véráramba jutását, és ha egy ily eczemas gyermek egy intercurrentis bántalmat áll ki, a myocarditis könnyen áll elő.

Bókay Zoltán dr.

Ascariasis érdekes esete csecsemőnél. Bischoff. (D. m. W. 1923, 15. sz.)

Egy 12 hónapos csecsemő hirtelen betegszik meg lázzal, hányással, amikor is 12 ascaris a szájon át s kilenc a végbélben át távozik. Az ileocecalis tájon egy nyolc cm hosszú, fájdalmas, hurkaalakú tumor tapintható. Helminalra, ol. ricinire, majd ol. chenopodiire összesen 151 db ascaris távozik. Ebből 33 hányással, 67 a székllettel s 51 per anum. 12 nap múlva teljesen gyógyultan elbocsáttatik.

Az ascarisok távozásával az intoxicatiós tünetek eltűntek. A betegség kezdetén a Hglb. 55%, a gyógyuláskor 93% volt. A betegség kezdetén eosinophil sejtek nem voltak a vérben található, amit azzal magyaráz, hogy az ascarisok a hatásuk helyén mint anaphylactikus agens odavonzották az eosinophileket s csak a gyógyulás után kerülhettek ezek újra a vérplázába.

Tüdős dr.

Fülgyógyászat.

A középfül elváltozásai lupus vulgarisnál. A. Plum. (Acta Otolaryngologica, 1923, IV. köt. 1. füzet, 96. oldal.)

A kopenhágai Finsen-intézet lupusbetegeinek hallószerveit vizsgálta (556 eset). Csak 22%-ban láttak normális hallószervet, a többi betegnél heveny vagy idősült genyedő elváltozásokat vagy ezek következményeit találtak meg. Azon esetekben, ahol a lupus a nyálkahártyákra is ráterjedt, kétszerannyi volt a fülmegbetegedések száma, mint amikor a lupusos elváltozás csak a bőrre szorítkozott. Maga a fülváltozás azonban csak elvétve volt kifejezetten tuberculotikus jellegű.

Kellemen György.

Fülcimpakicsinyítés. E. Eitner. (Wien. med. Wochschr., 1923, 5. sz.)

Sajátságos módon végrehajtott fülcimpakicsinyítésről számol be szerző. Az eset történetéhez tartozik, hogy egy szokatlanul nagy fülcimpával bíró beteg hosszú időn át sajátkezűleg úgy kicsinyítette meg fülcimpáját, hogy ennek alsó felét egyszerűen mastix-sal hozzáragszta a felső rész hátulsó felületéhez. Tekintettel azonban társaságban előfordult ama kellemetlen incidenseire, hogy a ragasztás többször felmondta a szolgálatot, műteti úton való fixálást kívánt, amit páciens által felvetett eszme alapján következőképen végeztek: a fülcimpa hátsó felén sarlóalakú darabkát metszettek ki, amelynek belső íve közvetlenül a kagyló alsó szélének felel meg, külső íve pedig közel és párhuzamosan az alsó cimpaszélen húzódik; a csúcsok a cimpa elülső és hátsó határán fekszenek; ezután kivágták a lágyrészeket, a két metszés közti terület felső feléből egészen az elülső bőrig, az alsó részt pedig felhajtották és felvarrták a felső sebszélhez. Előnye ezen eljárásnak, hogy a metszés a fül mögé esik s ellentétben Joseph eseteivel, a heg mentén esetleg keletkező keloid nem csúfítja el a fület.

Zimányi dr.

Agytályog és agytumor differentialdiagnosisa. Carl Seeland. (Beitrag zur Anatomie und Pathologie des Ohres, 1923, 1—2. füzet.)

Az otogen agyagtályogok diagnosisjának felállítására néha igen nagy nehézségekbe ütközik, mert gyakran annyira utánoz-

zák az agytumorok symptomáit, hogy csak a boncolásnál derül ki, hogy tályogról volt szó.

Mindkét bajnak közös symptomái vannak: fejfájás, szédülés, hányás, zavartság, localis göctünetek, pangásos papilla, néha pulsuslassúbbodás stb. A főkülönbség a hőmérséklet viselkedésében van, amennyiben tályognál többnyire, ha nem is mindig: láz jelentkezik. Előfordul azonban lázalan agytályog és lázas agytumor is. A másik lényeges pont a differentialdiagnosishoz az, hogy tályognál rendszerint ki tudunk mutatni valami traumát, ahol a fertőzés történt. De éppen az otogen tályognál nagyon nehéz ennek a diagnostikai momentumnak az értékelése, amennyiben genyes középfülgulladás mellett lehet a betegnek agytumora is. A lumbal punctio is diagnostikai segédeszköz, mivel a lumbal punctatum tályognál gyakran zavaros, fehérvérsejtekkel és bakteriumokkal van tele. Igen gyakran azonban dacára a tályognak, tiszta lumbal punctatumot kapunk.

Szerző a berlini fülklinikán szerzett tapasztalatai szerint ajánlja, hogy az ilyen kétséges esetekben a forogási utónystagmus iránti érzékenység vizsgálata meg. Ugyanis forogási utónystagmus iránti nagyfokú érzékenység tumor mellett; normális, vagy gyengébb forogási utónystagmus tumor ellen szól.

Fialowski Béla.

VEGYES HÍREK

A félév vége közeleg s a „Pázmány Péter” egyetem orvosi kara e hó 25-én és 26-án fejezi be előadásait s ugyan e napokon kezdik meg a lecke könyvek láttatását is.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 19-iki ülésének napirendje: Bemutatás; Bókay Zoltán: a) Exostosis familiaris cartilaginea multiplex 13 éves fiúnál. b) Mellkas-fejlődési rendellenesség median fekvésű szívvel. Előadás: 1. Morelli Gusztáv: A beteg fogak szerepe az ízületi bántalmak kóroktanában. 2. Cserna István: Adatok az icterus neonatorum keletkezéséhez.

A „Pázmány Péter” egyetem május 14-én tartotta disz-közgyűlését, újjáalakításának 143-ik évfordulója alkalmával. A kultuszminisztert Tóth Lajos államtitkár képviselte; az aulát előkelő közönség, az orvostanárak csaknem teljes számban és az egyetemi hallgatóság, főleg orvostanhallgatók nagy tömege töltötte meg. Bársony János Rector ünnepi beszéde „az élet prophylaxisáról” mindenkit érdeklő themájával és vonzó előadással nagy sikert és elismerést aratott. Ezután a pályadíjakat osztották ki, melyek mindegyikét 2000 K-val toldotta meg a Felső Oktatásügyi Egyesület tudományt mentő bizottsága. Örömmel látni a dicsőségtől kipirult fiatalokat, kiknek amaz érdemét, hogy tisztán a tudomány szeretetéért, és mert a nemes versenyes nemes ambíciójukból fakadt, pályáztak a dicsőségért még a ma jelentéktelen jutalmak mellett is, — a Rector szép beszédében külön kiemelte.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztí főorvosi hivatal kimutatása szerint május 6-tól május 12-ig előfordult hasi hagymáz 5 (0), küteges hagymáz 3 (1), kanyaró 260 (5), vörheny 12 (1), szamarhurut 17 (5), roncsló torok- és gégeleob 17 (1), influenza 2 (0), bárányhimlő 18 (0), járv. fültömírgylob 73 (0), vérhas 3 (0), trachoma 35 (0). Hólyagos himlő, ázsiai kolera, gyermekágyi láz, járv. agygerincagyhártyalob, veszettség, lépene, takonykór nem fordult elő. A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

Külföldi előfizetések 1923-ra egy évre: Cseh-Szlovákiában Eleőd Solt, O. H. úrnak küldendő 60 cs. K (Katalinahuta Novohradská župa); Jugoszláviában Duchon János dr. orvos, O. H. számlájára a Zombori Takarékpénztárnak küldendő 175 din.; Romániában 400 lei; Amerikában 2 dol.; Hollandiában 3 frt; Angliában 8 sh.; Franciaországban 25 fr.; Svájcban 8 fr.; Olaszországban 35 lira; egybeüft 6000 K, átutalando a Magyar Országos Központi Takarékpénztár Kálvin-téri fiókjánál számlánkra. Negyedévre, illetve félévre megfelelő kisebb összegek küldendők be. Három hónapnál rövidebb időre külföldi előfizetést nem vállalunk.

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

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

ZUGLIGETI

TELEFON
54-28

FÁCÁN

ÜDÜLŐTELEP

TELEFON
54-28

KLIMATIKUS GYÓGYHELY MEGNYILT

HYDRO-ELEKTROTHERAPIA. NAP- ÉS LÉGFÜRDŐK. DIÉTÁS KONYHA

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. Vizgyógyintézet, elektrotherapia, orvosi laboratórium. Bejárók részére vizgyógyintézet is.

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

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 vizgyógyintézete ez évben nyílt meg. MÉRSÉKELT ÁRAK. SZABAD ORVOSVÁLASZTÁS.

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

RÖNTGEN-ODELGA

VÍZKÚRÁK ÉS DIAÉTÁS KÚRÁK

Dr. Pajor-Sanatorium újonnan berendezett I degbetegek, bel- beteges és üdülők gyógyhelye.
vizgyógyintézetében Budapest VIII, Vas-u. 17

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest.

A régi nagyírú Sárosfürdő 47° C. forrása. Termális és fisikotherapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatórium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diétás konyha belső bajokban szenvedők számára. Nőgyógyászat. Gégészet. Laboratórium. Röntgen. Vezető főorvos: dr. Benczúr Gyula, egyetemi magántanár.

Physicalis, Röntgen-, serologiai és bakteriologiai vizsgálatok. Specifikus oltások, quarz és művi-pneumothorax - kezelés.

DR. RAJNIK PAL Budapest VII, Vilma királyné-út 11. szám (Fasor) Telefon: József 14-51.
Tüdőbetegségek diagnosztikai rendelője

Dr. Fonyó János gynäkologiai hystologiai vizsgáló laboratóriuma VIII, Baross-utca 43.

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

PÁLYÁZATOK.

A 12 községből és pedig Csögle, Adorjánháza, Egeralja, Nagypirít, Kispirít, Kerta, Nagykamond, Kiskamond, Felsőiskáz, Kiscsösz, Nagyalásony és Dabrony községekből Csögle székhellyel alakult közegészségügyi körben az üresedésben lévő kórorvosi állásra pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a képesítésüket s eddigi működésüket, valamint politikai és erkölcsi megbízhatóságukat, de különösen a kommün alatti magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelendő kérvényüket hozzám f. évi június hó 2. napjának déli 12 órájáig annál inkább is benyújtják, mert a később érkező vagy kellőképp fel nem szerelt kérvényeket figyelembe venni nem fogom. A kérdés alatti kórorvosi állás javadalmazása 1600 K évi törzsfizetés 5 évenként ismétlődő 200-200 K korpótlék, továbbá 400 K évi lakbér, s azonfelül a törvényben s rendeletekben előírt segélyek. A kórorvos köteles a kórhöz tartozó községeket havonként kétszer előre meghirdetett napokon meglátogatni, mely látogatásokhoz s általában a hivatalos kiszállásokhoz a fuvarokat a kör községei természetben szolgáltatják ki. A választás határidejét később fogom kitűzni. Devecser, 1923 május hó 1. Huszár főszolgabíró.

Hajduböszörmény rendezett tanácsú városban elhalálozás folytán üresedésbe jött városi tisztü ügyvezető orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az állás választás útján tölletik be. Az állás javadalma a IX. fizetési osztálynak megfelelő fizetés és összes állami pótlékok. Felhívom a pályázni kívánókat, hogy képesítésüket igazoló orvostudori oklevéllel a forradalmak és oláh megszállás alatt tanusított magatartásukat igazoló bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket Hajduböszörmény város képviselőtestületéhez címezve hozzám legkésőbb folyó évi június hó 6-ig annyal is inkább adják be, mert a később beérkezett kérvények nem fognak figyelembe vétetni. A választás iránt később fogok intézkedni.

Debrecen, 1923 május 4.
2740/1923.

Nátráczky dr. s. k. alispán.

Baja város közkórházánál újonnan rendszeresített s a VIII. fizetési osztályba sorozott egy kórboncnoki és egy bőrbujakórós osztályos főorvosi állásra pályázatot nyitok. Folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy kellő szakképzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos dr. Krudy Ferenc főispán úrhoz címezve a pályázat megjelenésétől számítandó 30 nap alatt közvetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyujtsák be. Baja, 1923 május hó 7.

44/1923. eln. sz.

Olvashatatlan aláírás.



PEPSOL

„PHARMACIA“

Dragirozott pepsinsósavas tabletták.

Egy tablettá 0,05 g koncentrált pepsint tartalmaz, amely 12 g alvadt tojásfehérjét teljesen megemészti.

Indicatio: Dyspepsiás állapotok, achylia gastrica és chlorosis, gyomortúlérzékenység minden faja.

Adagolás: 2-3 tablettá étkezés előtt vagy után.

PHARMACIA gyógyszervegyészeti gyár
Budapest VII, Dembinsky-utca 4.

ELADÓK: orvosi és vegyészeti laboratóriumi eszközök és berendezési tárgyak. Budapest IV, Párisi-utca 4. szám, félemelet. Laboratórium.

Orvossal társulnék vidéken, 3 tagú családommal, 20 éve praktizáló, fővárosi. vidéken is ismert nevű vizsgázott fogász, a nyári sasonra. Szabad lakást igényel. (Elegendő 1 megfelelő szoba.) Feles haszonra. Sürgős ajánlatot kérek »Jó levegő« jeligére Petőfi irod. vállalat. Budapest, VII, Kertész-utca 16.

MIKROSZKÓP

Immerziós lencsékkel, Reichert-féle legújabb minta, eladó **HATSCHEK NÁNDOR**
Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 33.

ORVOSI MŰSZERÜZEM

Főüzlet:

BUDAPEST IX, Üllői út 1.

TELEFON: JÓZSEF 32-73.

Fióközlet:

DEBRECZEN Kistemplom Bazár.



„CITO“ GYÓGYSZERKÜLÖNLEGESSÉGEK A VILÁGON A LEGOLCSÓBBAK!

Fagifor Sirup: légzőszervi bántalmak esetén. • **Robocalcin:** Anémia esetén.
Citolax mite vel forte: biztos hatású laxans. • **Neurocit:** prompt ható tonico-sedativum.
Maltomel: csemegetápszér. • **Citolin:** Legmodernebb összetételű fagykenőcs.

Mintát, Irodalmat készséggel küldi a gyár: Budapest X., Lengyel-u. 33. Telefon: 55-63.

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:

Tornai József: A sepsises betegségeknek intravenás resorcinkezeléséről. (231—234. oldal.)

Erdélyi József: A tüdőcsúcs vetületén látható foltos árnyékok megkülönböztetése a „nyelési tünet” alapján. (234—235. old.)

Gerlóczy Géza: Klinikai adat a diabetes insipidus kórtanához. (235—236. oldal.)

Büben Iván: Az enuresis nocturna gyógyítása thermopenetrációval. (236—237. oldal.)

A Bpesti Kir. Orvosegyesület 1923 május 19-iki ülése. (238. oldal.)

A Közkórházi Orvostársulat 1923 május 9-iki ülése. (238—239. oldal.)

A debreceni orvosegyesület ülései márc. 24. és május 5. (239. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Szülészeti és nőgyógyászat. — Fülgyógyászat. 239—241. oldal.)

Könyvismertetés. (241. oldal.)

Vegetes hírek. (241. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A sepsises betegségeknek intravenás resorcinkezeléséről.

Irta: **Tornai József dr.,** egyetemi magántanár.¹

Az 1918-iki súlyos jellegű influenza-járvány idején alkalmam volt a Szent Gellért járványkórházban ezen veszedelmes betegségben szenvedők nagy tömegét megfigyelni és az ilyen súlyos influenza és a septico-pyaemia között én is sok vonatkozást találtam. A súlyos influenza aetiologiája nincs tisztázva, mégis sok a közlés arról, hogy gyakran a betegek véréből is sikerült pyogen baktériumokat kitenyészteni. Mind általánosabbá vált az a feltevés, hogy az influenzának súlyos esetében másodlagos vagy vegyes fertőzésről lehet szó, indokolt tehát az a feltevés, hogy az influenza súlyos esetei a pyaemiához hasonló kezelésmódot követelnek.

Az említett járvány alkalmával száznál több ilyen „sepsises” influenza-beteget ezen elvek szerint kezeltem. Az első időben különféle antitoxikus, illetőleg antisepsises hatóanyagokkal próbálkoztam, és pedig többnyire intravenásan alkalmazva azokat. Ezek között néhány olyan hatóanyagot is használtam, amelyeknek intravenás alkalmazása addig ismeretlen volt. Így jutottam el a resorcinhoz. Intravenás resorcin-kezeléssel 98 „sepsises” influenza-esetet orvosoltam nagyon kedvező eredménnyel, mert mindössze háromat vesztettem el. Elért eredményeimről annak idején külön is beszámoltam² és hangsúlyoztam, hogy a resorcint más sepsises természetű megbetegedés ellen is használhatjuk. Abban az időben két olyan kezelt esetem is volt, amelyek inkább a kryptogen sepsis körképébe illettek és mind a két beteg hamarosan és teljesen meggyógyult.

Azóta a resorcint a sepsis különböző fajtájában sok esetben alkalmaztam. Használtam azt az influenzának utóbb már csak szórványosan előforduló súlyosabb eseteiben azóta is. Alkalmaztam a resorcin-kezelést a rheumás, valamint a kifejezetten sepsises polyarthritisek több esetében, továbbá sebészeti és kryptogen septico-pyaemiák ellen, valamint a terhesség, illetőleg a gyermekágy idején támadt coli-sepsis, azonkívül gonococcus-fertőzés és recidiváló endocarditis esetében is és előre is jelenthetem, hogy eredményeim az annakidején ugyanilyen kezelés-

móddal sepsises influenza-esetekben elérték mögött semmi-
ben sem maradnak el.

A sepsises betegségek orvoslása még mindig bizonytalan alapokon nyugszik. A sepsis elleni serumok a specifikus orvoslásnak jóformán csak elvét szolgálják, mert kitűzött céljukat legtöbbször meg sem közelítik, nem-hogy elérnék. A sepsisnek még oly esetében is, amikor a beteg véréből közvetlenül is kitenyészítették az egyik vagy másik fajta baktériumot, a megfelelő ellenserumok alkalmazása csak ritka esetben járt sikerrel. Másrészt tagadhatatlan, hogy kivételes esetekben az ilyen serumok alkalmazásától is láttunk kedvező eredményt. Így a háború előtti időben különösen az Arronsohn-féle serum és a Sächsische Serumwerke, továbbá a höchsti gyár által forgalomba hozott antistreptococcus-, illetőleg polyvalens serum, a megfelelő esetekben és megfelelő időben alkalmazva, némelykor igazán meglepő jó sikerrel járt.

Az újabb időben a serumkezelés mellett a chemotherapia mind nagyobb tért hódít. A hatást nem úgy kell képzelni, hogy a szer a vérben keringő baktériumot közvetlenül elöli, hanem inkább úgy, hogy a beteg szervezet természetes védekező erejét aktiválja, támogatja. Azért mégis fölvehetjük, bár a vérben a baktericid hatás a nagy hígítás folytán nem is érvényesülhet, hogy a bakteriotrop hatóanyagok a baktériumok fejlődését a szervezetben belül is órákra, akár napokra is meggátolják vagy korlátozzák. És ha emellett a szervezetnek természetes védekezését serkentik és támogatják — a subjektív és objektív tüneteknek, legelsősorban pedig a táplálkozásnak feltűnő javulása révén —, olyan esetekben, ahol a beteg sorsa a „qui habet tempus, habet vitam” elvén fordul meg, az ilyen hatóanyagok — legalább is közvetve — életmentők lehetnek.

Minthogy a serumkezelés nem bizonyult specifikus orvoslásnak, érthető, hogy a sepsises betegségek kezelésében (a parenteralis protein-kezelést szóba sem hozva) a chemotherapia jutott jelentékeny szerephez. A chemotherapiás orvosszerek hosszú sora napról-napra növekszik. A legtöbben ezen hatóanyagok közül a fémsók sorozatát, főképen az ezüst colloid oldatait, egyesek pedig a különböző chininszármazékokat, mások bizonyos festékanyagokat tisztán vagy fémsókkal keverve használják. Az irodalomban a collargol, electrargol, electrocollargol, fulmargin, dispargen, trypaflavin, argofflavin, flavicid, argochrom, azután a kámforolaj, auramin (pyoktannin, aurum), pyromin, akriflavin és proflavin, újabb időben pedig a chinin, optochin, eukupin és a rivanol szerepelnek gyakrabban. A sebészi fertőzésekben a vuzinnak inkább mint helybelileg alkalmazható antisepticumnak

¹ A Budapesti Királyi Orvosegyesületben 1922 május 20-án tartott előadása nyomán.

² Orvosi Hetilap 1919. Berliner klin. Wochenschr. 1919.

sok híve akad. A gyermekági sepsis kezelésében a *Bársony* tanár ajánlotta sublimat-befecskendezést is többen dicsérik.

Régebbi időben az említett serumok és szerek egyikét-másikat váltakozó sikerrel én is használtam. A sepsisnek enyhébb, de elhúzódó alakjaiban az ezüst-készítmények intravenás alkalmazása után többször látam teljes gyógyulást. Az 1918-iki sepsises influenza-járvány alkalmával egyéb, intravenásan még nem alkalmazott szerrel (pl. salicyl, urotropinnal) is próbálkoztam. Végül pedig a resorcin került sorra, amit én akkor és azóta is a leghatásosabbnak találtam.

A resorcin (metadihydroxybenzol) mint becses anti-septicum különféle bajban és különféle módon eddig is használatos volt. Azonban általános sepsis eseteiben belső és különösen intravenás adagolásban előttem senki sem használta azt. 1918-ban ilyen módon kezeltem 98 sepsises influenza-eseten felül a resorcint a sepsisnek egyéb alakjában még 39 betegen alkalmaztam. Ezek között sebészi sepsis volt 6 eset, leginkább gyermekágyhoz társult coli-sepsis 3, kryptogen sepsis 4, sepsises polyarthritisz 3, enyhébb acut, illetőleg recidiváló polyarthritisz 9, visszatérő endocarditis 6, sepsises bronchopneumonia 6 és gonococcus-fertőzés 2 eset. Eredményeim az influenza-kezelésben nyert kedvező eredményekkel csaknem azonosak, amit annál többre értékelek, mert mindenkor a súlyos és olyan eseteket választottam, amelyekben előbb egyéb orvosló eljárásokkal is próbát tettünk.

Az acut vagy recidiváló rheumás polyarthritisz minden esetében már egy-két befecskedésre néhány nap alatt teljes gyógyulás állott be. Hasonlóképpen a coli-sepsis bakteriologice igazolt 3 esetében 2-4 befecskedésre a betegek hamarosan talpraálltak. Sepsises polyarthritisz eseteiben a befecskedéseket már második-, harmadnaponként többször is meg kellett ismételnünk, amíg az ízületek gyulladása lassan visszafejlődött. Egyik nagyon súlyos esetünkben a resorcin is eredménytelennek bizonyult: boncolás alkalmával csaknem valamennyi ízületben sok sűrű genyet találtak.

Acut, illetőleg visszatérő rheumás polyarthritisznek 9 esetét kezeltük resorcinnal, miután eleinte salicyl-kezeléssel eredménytelenül próbálkoztunk. Legtöbbször már az első befecskedésre feltűnő javulás állott be, néha azonban harmadnapra újabb kisebb hőemelkedés mutatkozott s a fájdalom kisebb mérvben újból jelentkezett. Újabb befecskedésre a láz végleg megszűnt s az ízületi fájdalmak is teljesen megszűntek.

Gonococcus-fertőzés kapcsán támadt makacs gonitisnek két esetében alkalmaztuk a resorcint. Egyik esetben két, a másikban három befecskedés után már hat, illetőleg nyolc nap alatt teljes gyógyulás állt be.

Idősült endocarditis eseteiben a befecskendést második-, harmadnaponként összesen háromszor-négyszer kellett megismételnünk. Sepsises endocarditis két makacs esetében négyszer, illetőleg hatszor kellett azt (második-, harmadnaponként) ismételnünk, de végül is a láz mindkettőnél megszűnt és a még régebbi billentyűhibától tekintve, mindkettő meggyógyult. Rheumás pericarditis, illetőleg polyserositis két esetében másodnaponként alkalmazott befecskedésre mindkét betegünk rövid idő alatt meggyógyult.

Újabban acut polyarthritisz esetében már a salicylrel való próbálkozás nélkül nyomban resorcint adunk. És azóta ismételt tapasztaltam, hogy acut polyarthritisz egy, két vagy legfeljebb három resorcin-injectióra 5-6 nap alatt teljesen megszűnik olyan betegeken, akiknek egy-egy polyarthritisz recidivájuk annakelőtte nem 5-6 napig, hanem legalább is ugyanannyi hétig szokott elhúzódni. Ily módon a polyarthritisz időtartamának megrövidítése az endocarditis eshetőségét is leszálítja.

Mint említettem, a resorcin-kezelés a sepsises influenza eseteiben különösen jól bevált. A resorcint csakis kifejezett bronchopneumonia eseteiben alkalmaztam. Ilyen esetekben is egy, két, legfeljebb három befecskedésre a láz megszűnt és azután a többi tünet is rohamosan visszafejlődött. Mindnyájan tapasztaltuk, hogy az influen-

zás bronchopneumonia nemcsak lebeben belül terjeszkedik, hanem egyik lebebről a másikra és egyik tüdőfélről a másikra nagyon gyakran szokott átvándorolni. Több esetben a resorcint készakarva olyankor adtuk, amikor a pneumoniának feltűnő átvándorlása tegnapi mára észrevehető volt. És több ilyen esetünkben egyetlen egy befecskedésre a láz szinte krízisszerűen leszállt és a többi tünet is napok alatt visszafejlődött. Az ilyen feltűnő változást, aminőt a resorcin nyomán nem egyszer láttunk, talán mégsem lehet pusztán csak véletlennek tartani. Annál kevésbé, mert bárha egy nap alatt oldódó pneumoniák is vannak, de az ilyenek bizonyára nem a bronchopneumoniák és különösen nem az influenzás pneumoniák sorából kerülnek ki.

Az influenza-esetek complicatiói sorában az orr melléküregeinek gyulladásával elégszer találkozunk. Két esetemben a sinus maxillarisnak, egyben pedig a homloküregnek kifejezett gyulladása egy-két nappal megelőzte a bronchopneumoniát. Két esetben egyenként egy, a harmadikban pedig két resorcin-befecskedésre az állkapocsüreg-, illetőleg homloküreg-gyulladás a pneumonia tüneteivel együtt 2-3 nap alatt nyomtalanul eltűnt.

Néhány nagyon súlyos sepsis reménytelen esetében is alkalmaztuk a resorcint. Mindamellát a befecskedésnek közvetlen hatása még az ilyen elveszett esetben is szembeűnő volt. A befecskendést követő napon a láz jelentékenyen leszállt és néhányszor egy-egy napra csaknem teljesen szűntelt a láz. A betegek subjektív állapota, főképpen pedig a táplálkozás, ha csak órákra is, határozottan javult. Egy ilyen nőbeteg hosszú évek óta tartó lázas vergődés után többszörös tályog és phlegmone miatt sebészi osztályra került. Baja a tályogok felnyitása után sem javult; sülyedéssé pneumoniája és nagy felfekvése támadt. Napokon keresztül alig táplálkozott, csontig lefogyott, gyenge pulsusá állandóan 160-180 között volt, s már teljesen öntudatlanul feküdt. Ilyen moribund állapotban kapta az első resorcin-befecskendést és másnap — amikor mindannyian biztosra vettük, hogy meghal — határozottan felélénkült, láza csökkent. A befecskendést harmad-, negyednaponként ismételtük rajta még azután nyolc ízben. A beteg azután még öt héttig élt. Eleinte erőbeli állapota is javult. Azonban a gyógyulni nem akaró sebei, három mély decubitus és kétoldali sülyedéssé tüdőgyulladásá mégül is minden erejét kimerítették. Ezenkívül még két nagyon súlyos staphylococcus-sepsis esetében tapasztaltam, hogy a resorcin-befecskedésre a subjektív és objektív tünetek javulása mellett a beteg testének valamelyik részén tályog támadt. Szóval, a resorcinnal az általános sepsis mintegy helybelivé zsugorodik. A tályog megnyitásával rendszerint az általános tünetek is javultak. De az is előfordulhat, hogy a geny valamely belső szervben, vagy a testnek valamely üregében gyülemlik össze. Ilyenkor aztán a tályognak elhelyeződésétől és a betegnek erőbeli állapotától függ a sebészi beavatkozás lehetősége és sikere.

A resorcin-befecskedésnek még bizonyos diagnosztikai jelentősége is lehet. Így, ha az influenzás bronchopneumonia resorcin-kezeléssel sem gyógyul, akkor ott valamely komolyabb tüdőfolyamat támadt (idősült induratio, caseosus pneumonia, bronchiectasia, pleura-empyema, miliaris tuberculosis, tüdőgangraena stb.). Azt is gyakran tapasztaljuk, hogy az influenza kapcsán a régi tüdőcsúcshurut ismét aktívává lesz. Ilyenkor a resorcintól semmi eredményt sem várhatunk. Valamint olyankor sem, amikor az általános sepsis mellett a szervezet belsejében hozzáférhetlen helyen geny gyülemlik össze. Ha tehát sepsis esetében betegünk állapota a resorcin-kezelésre semmit sem javul, ebből ilyen rejtett tályog, avagy más, irreparabilis szervi folyamat keletkezésére gyanakodhatunk.

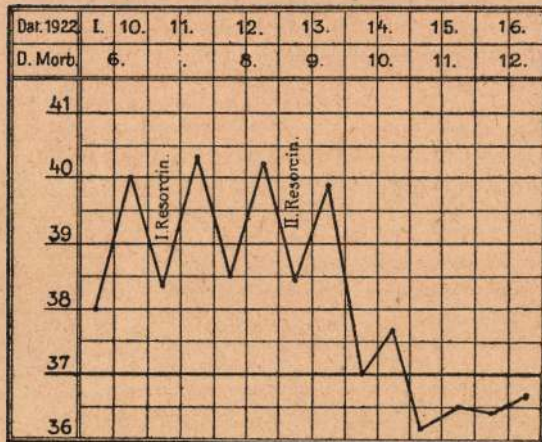
A resorcinnal kezelt betegeink közül csupán háromnak tipusos kórtörténetét közlöm rövid kivonatban:

B. Andor 19 éves. Diagnosis: Influenza septica, bronchopneumonia. Betegsége négy nap előtt hidegrázással és erős köhögéssel kezdődött; köpete eleinte kissé véres volt, nagyon elgyengült; ajkai, körmei lividek; lélegzése szapora, dyspnoés.

A bal tüdő alsó lebenyének megfelelő helyen, leginkább hátul kifejezett tompulat, durva crepitatio. Szív működés fokozott, pulsus kicsiny, percenkint 118. A láz maximuma: 40^o. — Rendelés: Digipuratum, ipecacuanha-forrázat, törzsborogatás stb.

Körlefolys: Január 11-én délelőtt 11 órakor 0'60 gramm resorcin intravenásan, d. u. négy órakor a láz 40'3 fok. Jan. 12. A tompulat hátul a bal felső lebenyre is áterjedt, valamint a hörgi lélegzés és durva crepitatio is. Január 13. Második resorcin-befecskendés (0'80 gr). Délutáni hőmérsék maximuma 39'8 fok. Másnap feltűnő subjectiv és objectiv javulás. Reggeli hőmérsék 37'8, este pedig 36'9. Január 15-én teljesen láztalan. Tompulat nincs, csak még kissé dobos színezetű a kopogtatás hangja.

B. A. Influenza. Bronchopneumonia.



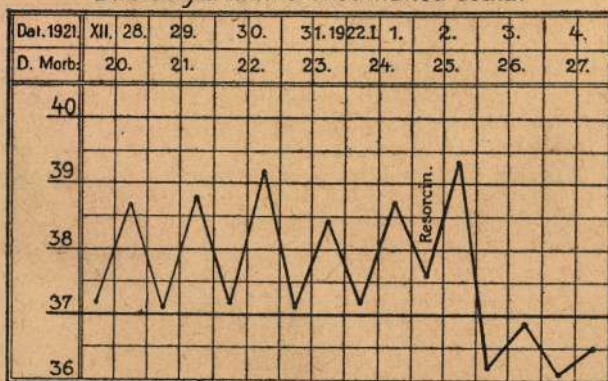
1-ső ábra.

Mindkét bal tüdőlebeny felett nagyon finom crepitatio. Január 16. Teljesen jól van és január 21-én a kórházat gyógyultan elhagyta. (Lásd az 1-ső lázgörbét.)

B. Zsófia 20 éves. Diagnosis: Polyarthrits rheumatica acuta recidivans. A gyengén fejlett beteg bal tüdőcsúcsa felett rövidült a kopogtatási hang és érdes a be- és megnyúlt kilélegzés. A szív ép. Mindkét boka- és térdizület duzzadt, nagyon fájdalmas, szintűgy a bal vállizület; valamivel kisebb mértékben mindkét kéztőizület is. A felvétel napján a hőmérsék maximuma 38'8 fok. Az első néhány napon át naponta 5—6 gr natrium-salicylicumot kapott, minden különösebb eredmény nélkül. Január 2-án 0'60 gr resorcin intravenásan. Délutáni hőmérsék 39'2 fok. Másnapra a beteg teljesen láztalan, a végtagjait elég szabadon mozgatja. Január 6. Izületei már nem duzzadtak, nem fájdalmasak. Január 10-én teljesen gyógyultan távozott. (Lásd a 2-ik lázgörbét.)

K. Jenőné 23 éves. Diagnosis: Coli-sepsis. Egy hóval a felvétele előtt szült. A gyermekágy első hetében csekély hőemelkedése volt. A második héten a láz fokozódott; étvágyát el-

B. Z. Polyarthrits rheumatica acuta.



2-ik ábra.

vesztette, a szoptatást kénytelen volt abbahagyni. A gyermekágyi folyás a rendes volt, hasában nem érzett fájdalmat. Azóta a láza folytonos; ereje fogy. A gyengén táplált, nagyon vér-

szegény beteg tüdeje ép, szív működése szapora, szívcsúcán accidentalis systolés zöreje. A genitális szervek rendben. A vizelet koncentrált, üledékében leukocyták. Május 22. A láz napi maximuma 38'5—39'8, kisebb-nagyobb re- és intermissiók, rövid ideig tartó borzongások. Leukocyták száma: 8700. A vérből ismételten colibacillus tenyésztett ki. A beteg több ízben kapott intravenásan argochromót, szintűgy electrargolt, de eredmény nélkül. Lázellenes szerekre és néha önként is erősebb izzadás. Június 15. Leukocyták száma: 9200. Június 16-án első resorcin-befecskendés. Délután láza 39'8 fok; nagyon erős izzadás. Június 17. a láz maximuma 38'9. Június 19. Táplálkozása elég jó, láza még ma is 39'2. Június 20-án második resorcin-befecskendés. Az injectio előtt a leukocyták száma: 9000, két óra múlva: 12.000. Délután a láz 39'4 fokra szökött, nagyon erős izzadás. Június 22. A beteg határozottan frissebb. A láz maximuma 38'2. Június 23. Elég jól van, de még lázas. Délben a harmadik resorcin-befecskendés. Délután a hőmérsék maximuma 38'8; bőséges izzadás. Június 24. feltűnő subjectiv és objectiv javulás; hőmérsék délelőtt 37'2, délután 37'8. Ettől kezdve láztalan, napról-napra erősödik és július hó elejére egésze helyreállt.

A sepsis ellen használatos chemotherapiás szerekkel nagyon sokan végeztek laboratoriumi vizsgálatokat is. A kutatók azonban ma tisztában vannak azzal, hogy az „in vitro” eszközölt vizsgálatok eredménye nem azonosítható a betegágy mellett szerzett tapasztalatokkal. És ez a tétel fordítva is áll. Behring az ő kísérleteinek alapjául még felvette, hogy a vegyi desinficiensek a szervezetben belül is éppen úgy hatnának, mint ahogyan azt in vitro vizsgálódásai közben tapasztalta. Azóta kitént, hogy több, a laboratoriumban kiváló desinficiensnek bizonyult orvos-szer a betegben jóformán hatástalan. Viszont a laboratoriumban gyenge baktericid hatású vegyszerek az orvosi működésben szinte meglepően hatásosaknak bizonyultak. A resorcinnak sincs nagy desinficiens értéke. Ezt a kérdést felkérésre Kiss Gyula kollégám nagy gondnal és alaposággal vizsgálta. Úgy találta, hogy a resorcinnak bakteriumfejlődést gátló hatása általában nem nagy. Mindamellét a staphylococcus pyogenes, bacillus coli és a bacillus typhi fejlődését bouillonban már 3/4—1^o/o-os töménységben is megakadályozza. Különösen kiemelendőnek tartom, hogy a streptococcusok fejlődését már 1/4^o/o-os oldatban is jelentékenyen gátolja és már 1/2^o/o-os töménységben teljesen megszünteti. A resorcin hatására vonatkozó eddigi adatok Kiss Gyula vizsgálása alapján helyesbítésre szorulnak. Ő ugyanis úgy találta, hogy a resorcin 5^o/o-os oldata meglehetősen desinficiál, mert ebben a staphylococcus pyogenes, streptococcusok és a bacillus typhi már 10 perc alatt teljesen elpusztulnak. A bacillus coli elpusztulása csak kissé hosszabb idő alatt várható. Ellenben az anthrax spórák ilyen oldattal szemben is meglehetősen ellentállók. Kiss Gyula szerint a resorcin csak 5—10^o/o-os töménységben okoz haemolysist. Ha az ilyen tömény oldatot feleslegben adjuk a vérhez, vagy a vérsavóhoz, akkor erős fehérjecsapadék támad. 1/2—1^o/o-os resorcin-oldat még két óra alatt sem okoz haemolysist és a vérsavóban csak alig észrevehető zavarodást idéz elő.

Az utóbbi időben a resorcinnál egy-egy befecskendésre még kissé nagyobb adagokat használok, mint amilyeneket megelőzőleg az 1918-iki sepsises influenza-járvány alkalmával használtam. Ma 0'60—0'80 grammot, sőt némelykor ennél is többet adok egy befecskendéssel. A resorcint ilyen adagokban (charta ceratában) készen tartom és külön rendeltem hozzá a lehetőleg frissen destillált és kétszer sterilizált vizet. Nem szükséges konyhasó-oldattal adni azt. A resorcint 15—20 köbcentiméter ilyen vízben frissen oldva, kicsiny Erlenmeyer-palackban vízfürdőben, közvetlenül a befecskendés előtt felforralom. A fecskendést az ismert szabályok szerint végzem. Mégis, hogyha a resorcin-oldat egy része nem a vénába, hanem véletlenül a bőrbe, vagy a bőr alá kerülne is, ez ott sem okoz kellemetlenséget, gyulladás ott sohasem támad. A bőr alá adott resorcin hatása azonban az intravenásan adottét még csak meg sem közelíti.

A resorcint eddig több száz alkalommal adtam, de attól sem közvetlenül, sem később semmi káros hatást nem tapasztaltam. A legtöbb beteg azonban közvetlenül

a befecskendés után, sőt sokszor már a befecskendés alatt kisebb-nagyobb fokú fejfájást emleget. Erre mi már előre is számítva, a hidegborogatást a fejre a befecskendéssel szinte egyidejűleg alkalmazzuk, amire aztán a zúgás pillanatok alatt nyomtalanul megszűnik. Nagyon eromlott betegek némelyike a resorcin-injectio után közvetlenül szintén csak pillanatokig tartó kisebbszerű convulsiót kapott, de csak az arc és a felső végtagok izomzatában.

A befecskendést követő órákban néha erős izzadás szokott jelentkezni. Három-négy órával később a láz magasra szokik, hogy azután újabb erős izzadás mellett, órák lepergése alatt krizisszerűen leszálljon. Makacsabb fertőzés esetében azonban megcsúszik, hogy a hőmérsék 12—36 órai láztalan szak után újból felszökik. Ilyenkor célszerű a befecskendést harmad-, negyednaponként és ha kell, több ízben is megismételni.

Mi a resorcin-befecskendés előtt és azután is több betegen végeztünk vérvizsgálatot és a fehérvérsejtek számát a befecskendés előtt is rendszerint növekedettnek találtuk. Ami természetesen is, mert hiszen éppen sepsises betegekkel volt dolgunk. Ez a leukocytosis a befecskendést követő egy vagy több órára kisebb-nagyobb mértékben rendszerint még tovább fokozódott.

A vénába fecskendett 0.60 gr resorcin már 15 perc múlva a vizeletben kimutatható és átlag 20 óra múlva tűnik el az abból. A szájon keresztül adott 1.50 gr resorcin csak félóra múlva jelent meg a vizeletben és 24—30 óra múlva tűnt el abból. Sem a resorcin-adagolás alatt, sem pedig azután a vizeletben fehérjét, avagy éppen vesealakelemet nem találtunk.

Összefoglalás:

A sepsises betegségeknek specifikus ellenszere, illetőleg kezelése még ma sincsen, de az újabb időben az úgynevezett polyvalens, illetőleg antistreptococcus serumok értékét és hatását túlszárnyalja a *chemotherapy*. Az ily hatóanyagoknak változatos sorozata van alkalmazásban, azonban kutatásaim közben a resorcint (*metadihydroxybenzol-t*) találtam a leghatásosabbnak.

A resorcin a sepsis különféle fajtájában sikerrel alkalmazható. A leghatásosabb az mégis egészen friss rheumás polyarthrit, coli-sepsis és sepsises influenza (bronchopneumonia) ellen. Továbbá elég sikeresen alkalmazható a septico-pyaemiának még friss, el nem hanyagolt eseteiben is. Az intravenás resorcin-befecskendés a szükséghez és az adott eset súlyosságához képest másodharmadnaponként egyszer, kétszer, vagy ha kell, többször is megismételhető. Nagyon súlyos, elhanyagolt esetben, amikor már irreparabilis körbonctani szervei elváltozások, roncsolások támadtak, természetesen a resorcin is, csakúgy, mint bármely más orvosság: teljesen hatástalan és eredménytelen. A resorcin-befecskendésnek egynemű esetben diagnostikai értéke is lehet. A resorcin többféle genyedet keltő bakterium fejlődését in vitro már $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ %-os töménységben is meggátolja. A resorcin-befecskendést számtalan esetben használtam, de attól egyetlen egy esetben sem tapasztaltam semmiféle, szóra érdemes kellemetlen hatást.

Nagyon fontosnak tartom, hogy indicatio esetén nem szabad sokáig habozni és várni. Mennél előbb adjuk a resorcint, annál biztosabban várhatjuk jó hatását, mert ilyenkor még a beteg természetes védekező ereje a bakteriumokkal és toxinokkal szemben felrészható. Nem szabad próbálkozással, kapkodással, többféle szernek tapogatózó adagolásával a drága időt pocsékolni, hanem azonnal ahhoz a szerhez kell nyúlni, amelyikben legjobban megbízunk.

Sepsises betegségekkel szemben én a resorcint tartom ma a legjobban megfelelő orvosszernek és minden alkalmas esetben ehhez folyamodom legalább is mindaddig, ameddig csak azt jobban nem pótolhatom. Hogy ezen állásfoglalásom helytálló-e vagy elfogult, mindenki eldöntheti, aki ilyen betegekkel többször foglalatalkodik és a resorcinnal kockázat nélküli kísérletet tesz.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tud. egyetem IV. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: Herzog Ferenc egy. ny. r. tanár).

A tüdőcsúcs vetületén látható foltos árnyékok megkülönböztetése a „nyelési tünet” alapján.*

Közli: Erdélyi József dr.

(Két ábrával.)

A foltosan árnyékolt tüdőcsúcs olyan diagnostikai jel, mely úgy a kezelés szempontjából, mint a beteg további sorsára nézve komolyan jön számításba. Ellenben a tüdőcsúcson kívül, a supraclaviculáris árok lágyrészeiben lévő meszesedő vagy meszes gócnak ilyen tekintetben alig van nagyobb jelentőségük. Azonban ez utóbbiak éppen elhelyezkedésüknél fogva diagnostikai tévedésre adhatnak alkalmat, miért is minden esetben fontos annak biztos elkülönítése, hogy a csúcs vetületében látható folt extra- vagy intrapulmonalis eredetű-e.

Általános volt a vélemény, hogy a tüdőcsúcsok átvilágítása a felvétellel szemben alárendelt jelentőségű és egyes szerzők egyenesen figyelmeztettek, hogy végleges ítéletet csak a Röntgen-lemez birtokában mondjunk. Az 1912-ben ismertetett *Kreuzfuchs*-féle köhögéti tünet az első érv amellel, hogy a mozgással egybekötött jelenségeket a tüdőcsúcs diagnostikájában nem nélkülözhetjük. Ezeket pedig legjobban átvilágítás közben figyelhetjük meg. Gazdasági okok szintén arra kényszerítettek, hogy az átvilágításnak minél nagyobb teret adjunk. Mivel egyre ritkábban támaszkodhattunk felvételekre, a megfigyelés intenzívebbé vált. Ennek köszönhető több eljárás és műfogás, melyeknek célja, hogy az átvilágítás értékét s az átvilágítás útján nyert diagnosis biztosságát növeljék.

A csúcs vetületében körülírt, intrapulmonalisnak látszó árnyékok adhat a tömöttebbé vált, elmeszesedett nyirokcsomó, — ritkán a megnagyobbodott pajzsmirigyben lévő meszesedés. A hátizmokban árnyékok adó gócnak oly ritkák, hogy gyakorlati szempontból alig jönnek tekintetbe.

Az előbbieket elkülönítésére leggyakrabban használt fogás a nyakizmoknak, illetőleg a supraclaviculáris árok lágyrészeinek eltolása. Ha a csúcs vetületében látható folt ily módon kimozdul, extrapulmonalis helyzetű. Azonban erősebb izomzatú egyéneken, vagy mélyenfekvő apró góc esetén ez az eljárás nem minden esetben vezet eredményre. A vizsgálat ezenkívül a Röntgen-égés védelemre fenyegeti, annál inkább, mert a nyakon ujjait direct sugarak érik.

A köhögéti differenciálásra nem alkalmas, mert ilyenkor kisebb-nagyobb mértékben úgy az intra-, mint az extrapulmonalis gócnak kimozdulnak.

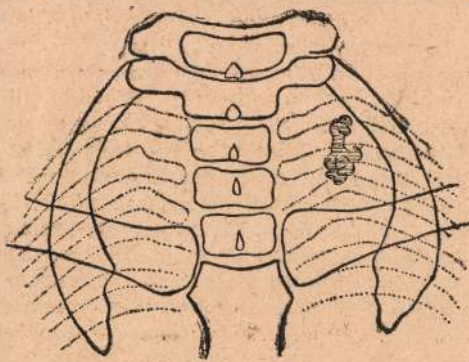
Ha a csúcs vetületében lévő góc az elülső vagy hátsó felszínhez van közelebb, két irányból való átvilágításkor a folt nagyságában, élességében különbség észlelhető. Kifejezett különbségből arra következtethetnénk, hogy pl. a meszes góc egész közel a felszínhez, tehát a csúcson kívül lévő lágyrészekben van. Azonban e szempontból a tüdőcsúcs felületi részén, vagy ennek megfelelően az extrapulmonalis lágyrészek mélyén lévő góc képei közt különbség alig van. Számítani azért sem lehet erre, mert a csúcsban lévő góc árnyékának nagysága nemcsak a focus-tárgytávolságtól függ, hanem adott esetben attól is, hogy a fluorescáló ernyő milyen messze van a tárgytól. Ez pedig lényegesen változik az elülső mellkasfal alakja, illetőleg a scapula állása szerint. Az így adódott különbség nagyobb lehet, mint az, mely a csúcsban vagy a lágyrészekben lévő meszes góc excentrikus elhelyezkedéséből, tehát a focus-tárgytávolság változásából származik.

Az extrapulmonalis gócnak a csúcsból különböző csőállással kivételen szintén csak az esetek egy részében sikerül.

* Bemutatás a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1923 márc. 3-iki ülésén.

Az alábbiakban új tünetet ismertetek, melynek segítségével a csúcs vetületében lévő folt eredetét több esetben tisztázhattam. Röntgen-átvilágítás közben abban nyilvánul, hogy nyeléskor a csúcs vetületében lévő extrapulmonalis árnyékok kimozdulnak, míg magában a csúcsban levők helyzetüket nem változtatják. A kimozdulás több centiméter is lehet, mint az ábra is bizonyítja, máskor csak néhány milliméter. Azonban kis kimozdulás is jól észrevehető, mert a beteg is, a vizsgáló is mozdulatlan. A nyelés tökéletesebbé tételére a beteg szájába egy korty vizet adunk.

E tünetnek magyarázatát az anatómiai viszonyok adják meg. Nyeléskor a mm. geniohyoidei, stylohyoidei, mylohyoidei, a m. digastricus és egyéb izmok a nyelv-

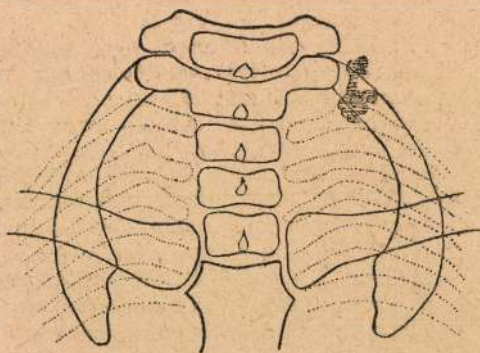


I. ábra.

csontot és gégét előre és fölfelé húzzák. A gége emelkedése több centiméter. Természeteszerűleg a kulcsfont feletti árok lágyrészei, melyek közvetve vagy közvetlenül összefüggnek a nyelvcsonttal, gégével és pajzsmiriggyel, kisebb-nagyobb mértékben szintén kimozdulnak.

A nyelvcsonton, illetőleg a pajzsmirigyen tapad a m. sternohyoideus, sternothyroideus, a m. omohyoideus, mely az egész kulcsfont feletti árkot áthidalja s melynek közbeiktatott inát a lamina profunda fasciae colli köti össze a kulcsfonttal. A nyaki pólya felületes és mély lemeze elől a gégén s nyelvcsonton közös lemezen egyesül. Ezen összeköttetések miatt a kulcsfont feletti árok lágyrészei nyeléskor elmozdulnak, amit elősegíthet a góc körül lévő esetleges összenövés e lágyrészekkel.

Az eljárás egyszerű. A betegnek nem okoz kellemetlenséget, a vizsgálóra pedig kétségtelenül kényelmesebb s veszélytelenebb, mint más eljárás.



2. ábra.

Rövid idő alatt 11 olyan esetet volt alkalmam észlelni, ahol a nyelési tünet segítségével állapíthattam meg a tüdőcsúcs vetületében lévő folt extrapulmonalis eredetét s ezek között hat volt olyan, melyben egyéb eljárás nem vezetett eredményre.

M. J.-né 39 éves asszonyon a tünet annyira kifejezett volt, hogy a foltosan árnyékolt bal csúcs a nyelés pillanatában exponált lemezen teljesen szabad. A góc több centimétert emelkedett s a csúcs vetületén kívül látható. Az extrapulmonalis góc ez esetben a kulcsfont feletti lágyrészek eltolásakor is változtatta helyét. A két rajz ugyanezen beteg csúcsfelvételéről készült. Az egyik

nyugalmi helyzetben (1. ábra), a másik a nyelés pillanatában ábrázolja a csúcsot (2. ábra).

Az extrapulmonalis góc okozta, foltosan árnyékolt tüdőcsúcs esetében csak átvilágítás közben, a mozgási jelenségek segítségével juthatunk helyes diagnosishoz. Csak a felvételt véve figyelembe, nem kerülhetők volna el a tévedést.

Összefoglalás: 1. A nyelési tünet alkalmas a tüdőcsúcs vetületében lévő folt extra- vagy intrapulmonalis eredetének meghatározására.

2. A tüdőcsúcs vizsgálatában maga a Röntgen-felvétel nem elegendő. A mozgásjelenségek megfigyelése végett átvilágítást is kell végeznünk.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tudományegyetem II. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Kétly László dr. ny. r. tanár).

Klinikai adat a diabetes insipidus kórtanához.

Írta: Gerlóczy Géza dr. tanársegéd.

A diabetes insipidus pathogenesisét meglehetősen homály fedi. E gyűjtőnévvel jelölt polyuriák úgy látszik igen változatos eredetűek lehetnek, ami érthetővé teszi, hogy a betegség kutatói a diabetes insipidus kórtanát illetőleg sokszor merőben ellentétes felfogást vallanak. A legtöbbet vitatott kérdés a *hypophysis* szerepe. Vannak, akik egyáltalán kétségbe vonják, hogy része lehessen a diuresis szabályozásában; mások, akik *hypophysis*-daganatok kapcsán láttak diabetes insipidust létrejönni, teljes joggal mutatnak rá a mirigy kórtani jelentőségére. De ezek véleménye sem egységes abban, hogy a szabályozó működés a mirigy egészének, vagy külön egyik lebenyének teljesítménye-e, s hogy e működés zavarát a mirigy-funkció kiesése, vagy túltermelés hozza-e létre.

Kétségtelenül sokkal tisztább képet alkothatunk magunknak az idegrendszer diuresist szabályozó tevékenységéről. Az idegeitől megfosztott veséből bőséges, híg, kevés szilárd alkotórészt tartalmazó vizelet ürül, hasonló ahhoz, aminőt a diabetes insipidusban szenvedők ürítenek. A szabályozó központok: a *negyedik agygyomroc* (Jungmann,¹ Veil²), és a *köziagy infundibuláris része* (Leschke³). E központok sérülése mindenkor a tipikus vizeletlelettel jár, előbbi bántalmazottságánál fokozott, utóbbinál gátolt sókiválasztással.

A centrumok és a vese közötti összeköttelést fenntartó vegetatív idegek: a *vagus* és a *splanchnicus*. Míg a *splanchnicus*-ról tudjuk, hogy átmetszése polyuriát, izgalma diuresisgátlást és hyperchloruriát eredményez (Eckard⁴), a *vagus*-ról Jungmann azt tartja, hogy annak működése a vese szempontjából csekély jelentőségű; bizonyos, hogy eddigelé nem sikerült kísérleti úton a *vagus* szerepének teljes tisztázása, de korántsem lehetetlen, hogy a két rendszernek a többi zsigereknél érvényes antagonizmusa a veséknél is fennáll, még pedig valószínűleg olyképen, hogy a *sympathicus*-rendszer tónusa állandóan túlsúlyban van.

A vegetatív idegek tónusát a belsősecretiós hormonok szabályozzák. Itt kapcsolódik a *hypophysis* a diuresis problémájába. A *hypophysis* hormonjának az előállítását mindeztideig nem sikerült, azonban az egyes lebenyek kivonataival már számtalan kísérlet történt. Az a hatás, amelyet a *neurohypophysis* kivonatával érhetünk el, igen sokoldalú, jól áttanulmányozott, de a vegetatív idegek szempontjából nem szisztematizálható, mert pl. ingerli a *vagus*-centrumot (bradycardia), s ugyanakkor a *sympathicus*-végződéseket is (pl. diuresis-gátlás, gyomorsecretiógátlás⁵). A mirigy *első-lebeny* kivonatával eddigelé nem voltak szembeeszközhető eredmények elérhetőek; úgy látszik, a diuresist semmiképen sem befolyásolja. (Leschke³). Azonban úgy az extirpációs kísérletek eredményei, mint pl. a nemi-mirigyekkel való szoros correlációjára mutatnak, hogy az *első-lebeny* a belső-secretiós kapcsolatban nagy jelentőséggel bír. E jelentőség természetesen csak

hormonjának felismerése esetén lesz bírálható, mint ahogy a diuresisre való befolyásának kérdése is szorosan a hormon-kérdés tisztázásától függ. Az irodalomban felbukkanó adatok addig is, amíg a végleges bizonyítékok rendelkezésre állhatnak, segítséget nyújthatnak a tájékozódáshoz. Az elülső-lebénynek — Leschke szerint — a diuresis menetében semminemű szerep nem jut, amit azzal bizonyít, hogy izolált kiirtása után úgy a vizelet mennyisége, mint sűrűsége változatlan marad. Ebből azonban legfeljebb az következik, hogy ez elülső-lebény működésének kiesése nem okoz diabetes insipidust, míg fennmarad az a lehetőség, hogy az elülső-lebény működésének fokozódása, az elülső-lebény túlsúlyba kerülése a hátsó-lebény felett bírna felelősséggel a diabetes insipidus létrejöttében. E felfogást képviseli Hann⁶, ki hypophysistumorral elhaltak boncolatánál azt észlelte, hogy mindannyiszor, amiközben csak a hátsó-lebény pusztult, de az elülső sértetlen maradt, az élőnél diabetes insipidus tünetei voltak észlelhetők, míg a tünetek hiányoztak, ha a daganat az elülső lebényre is ráterjedt. Az ekként túlsúlyba került elülső-lebény belső-secretiós csoportja ezután — akár közvetlenül: hormon-képzés útján, akár közvetve: az idegrendszer útján — idézné elő a betegséget.

Az itt közlendő eset egy ily felfogás jogosultsága mellett szól:

K. J.-né, 27 éves, vasutas neje. Felvételt a klinikára: 1920 nov. 20-án. Atyját nem ismerte; anyja vesebajban szenvedett. Megelőzőleg beteg nem volt. Luest, alkoholt negál.

Két szülés, rendes lefolyású terhességből. Abortus: — Utolsó havivérzés: 1920 július.

1920 augusztus óta egyre fokozódó szomjúsága miatt igen nagy mennyiségben fogyaszt vizet és sokat vizek. Jó étvágy, kielégítő táplálkozás dacára három hó alatt 10 kg-ot fogyott.

Jelen állapot: Sovány, gyenge, vérszegény. Sem belső szerveiben, sem idegrendszerében nincs kimutatható kóros elváltozás. A vizelet napi mennyisége 15 L, fajsúly 1001, Na Cl: 0.028%.

Hat órás szomjajzatás sem a vizelet mennyiségére, sem fajsúlyára nincs befolyással, a vérsavó Δ -ja azonban -0.58 -ról -0.61 -re emelkedik. Ugyancsak emelkedik a vérsavó maradék N-tartalma (52—56 mgr %), valamint a vérfaajúly és refractio is.

Koponyaalapi Röntgen-felvétel (bilateral): sekély és nem dilatált sella turcica (Henszelmann dr.). — Ép szemfenék. Wa. R.: — Szülési vizsgálat: háromhónapos terhesség. Pituglandola gyorsan lezajló, csekély mérvű diuresis-csökkenés; a fs. 1008-ig emelkedik. Sóterhelési vizsgálatok a terhesség miatt fennálló gyakori hányása miatt nem voltak keresztülvihetőek.

Négy heti eredménytelen diaetás, strychnin-, pituglandolkezelés után távozik a klinikáról.

A beteg teherbejutása és a diabetes insipidus tünetek kifejlődése között oly szembeszökő a kapcsolat, hogy az időbeli összeesésből jogosultnak érezzük magunkat az oki összefüggés felvételére. Bár a terhesség alatt — helyesebben a terhesség vége felé — többé-kevésbé állandó jelenség a vizelet napi mennyiségének felszaporodása s a konyhasó-kiválasztás csökkenése, a között körtörténeti adatok nyilvánvalóvá teszik, hogy a betegnél nem egy ily — hogy úgy mondjuk: physiologiás — terhességi polyuria, hanem kétségkívül valódi diabetes insipidus van jelen. A bőséges vízdiuresissel a sűrítő-képeség kiesése párosult.

Ha a kórtani összefüggést megengedjük, a graviditás és a diabetes insipidus közötti találkozási pont gyanánt bizonyára a hypophysis volna megjelölendő. Kérdés, miként válik ez összefüggés elképzelhetővé?

Már Schäfer alapvető kísérleteiből arra az eredményre jutott, hogy a hypophysisnek a diuresis szempontjából két ellentétes tulajdonsága van, amennyiben azt úgy gátolni, mint előmozdítani képes. Hann felfogásában hasonló vélemény nyilvánul meg: az elülső-lebény diuretikus, a hátsó-lebény antiuretikus hatású, és a diabetes insipidus az elülső-lebény működésének túlsúlybakerüléséből (a hátsó-lebény-funkciók egyidejű gátoltsága miatt) volna magyarázható. A túlsúlybajutás azonban — véleményünk szerint — akként is elképzelhető, hogy a hátsó-lebény hyperfunctióval kerül a hátsó-lebény ellensúlyozó működése fölé. A hyperfunctio következménye a túltengés, valamint túltengésből több-kevésbé bizonyossággal követ-

kezethetünk hyperfunctióra. A terhes nő hypophysisének túltengését is akként szokás felfogni, hogy az mintegy compensatiós következménye az ovarium-funkciók kiesése folytán reááramló munkatöbbletnek (Fichera⁷). A gravidák külsejének bizonyos acromegaloid típusú elváltozása is hyperfunctio mellett szól (Tandler és Gross⁸).

A hypophysis anatomiai elváltozásait terhességnél Erdheim és Stumme⁹ kutatták behatóbban. Mint ismeretes, a szerv megnagyobbodása kizárólag az elülső-lebényt illeti, s e megnagyobbodás — főleg multiparánál — nem egyszer oly intenzív és gyors, hogy az a hátsó-lebényt valószínűleg elnyomja. Egy ily értelmű gyors és intenzív nagyobboldás elképzelhetővé tesz egy oly helyzetet, amikor az elnyomott hátsó-lebény működése kiesik, s a már ezáltal is túlsúlyba kerülő elülső-lebény még ráadásul a lebény túltengése folytán hyperfunctionál is. Vagyis röviden: létrejönne a diabetes insipidus pathogenesisének Hann által vallott módja. Miután azonban a terhesek hypophysis-elváltozásai a terhesség lezajlása után hosszabb-rövidebb idő alatt visszafejlődnek, az asszony pedig ma — 12 hónappal szülése után — még mindig változatlan állapotban van, a kérdés ily értelmű egyszerű magyarázatához újabb feltevést kell keresnünk; talán nem egészen valószínű, hogy a neurohypophysis az összenyomatás kapcsán oly anatomiai elváltozásokat szenvedett, melyek regenerációra már nem képesek, és így a hypophysis-dysfunctio a hátsó-lebény kárára állandósult.

¹ Jungmann: Münch. med. Wochschr., 1913, 32. ² Veil: Arch. f. exper. Path. u. Ther., 1920, 87. ³ Leschke: Zschr. f. klin. Med., 1919, 87. 3—4. ⁴ Eckard: Zschr. f. Biol. 1903, 44. ⁵ Gorke-Deloch: Med. Klin., 1921, 38. ⁶ Hann: Frankf. Zschr. f. Path., 21. 3. ⁷ Fichera: Arch. Ital. de Biol., 43. ⁸ Tandler és Gross: Arch. f. Entwickl., 1909, 27. ⁹ Erdheim és Stumme: Zieglers Beitr., 1909, 46.

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

Az enuresis nocturna gyógyítása thermopenetrációval.

(Előzetes jelentés.)

Írta: Bűben Iván dr.

Az orvosi tudományt kevés betegség foglalkoztatta oly sok időn át és — sajnos — oly kevés eredménnyel, mint éppen az enuresis nocturna. A hosszú időközön át folytatott szorgalmas kutatás a betegség keletkezésére és okára számos elméletet állított fel és még több gyógyító módot hozott javaslatba, mégis a betegségnek úgy az aetiologiájára, mint therapiájára vonatkozólag ma sem vagyunk sokkal előbbre, mint a mult század elején, amikor gyakoriságára való tekintettel először kezdtek vele behatóbban foglalkozni.

A betegség okát igen különböző körülményekben keresték. Okolták a rendkívül mély alvást, önfertőzést, hólyaghurutot, a hólyag nyálkahártyájának megbetegedését, a hólyagizomzat gyengeségét, belső secretiós zavarokat, veleszületett gerincvelőelváltozásokat, általános ideggyengeséget, lueses terheltséget és más egyebeket.

A gyakorlóorvost inkább a bántalom therapiája, mint az aetiologiája érdekli és így érthető, hogy a betegség okát kutató elméletek hosszú sorozatát jóval túlszárnyalja azon gyógyító eljárások száma, amellyel ezt a betegre rendkívül leverő hatású, de a hozzátartozók türelmét is erősen próbára tevő bajt gyógyítani igyekeztek. A sok gyógyító eljárás közül csak néhányat említünk. A belső gyógyszerek közül helyel-közzel eredmény mutatkozott belladonna, strychnin, atropin, antipyrin, urotropin, camphor, papaver rhoeas és más gyógyszerek használata után. Kiterjedten alkalmazzák a legkülönbözőbb organo-therapiás készítményeket is. A helybeli kezeléseket hólyagmosásokból, a hólyagnyak edzéséből, az egy időben igen kedvelt állandó katheter alkalmazásából, a húgycső tágitásából és a hólyag kapacitásának apránként emelkedő

hólyagmegtöltéssel való fokozásából állanak. A folyadék-felvétel korlátozása, főként az esti órákban, sőt újabban a diéta kezelés is tért hódított. Szokásos a betegek éjjeli egy, vagy több ízben való felkeltése és éjjeliedényre való nógatása. A mély alvás legyőzésére a találékonyság a legkomplikáltabb szerkezetű önműködő elektromos ébresztő készülékekig ment el. Újabban az epidurális injekciókat is alkalmazzák. Nagy szerepet játszott és játszik az enuresis nocturna gyógyításában ma is az elektromosság: faradisatio, galvanisatio, franklinisatio. Ezeknek célja a hólyag tónusának fokozása és részben az idegrendszer erősítése. Ugyanezt a célt szolgálják a hideg- és meleg-fürdők. A betegségnek talán legkedveltebb és legerjedtebb kezelési módja a psychotherapia: hypnosis és suggestio. Némelyek szerint a többi eljárással elért eredmények is nagyrészt suggestió hatásán alapszanak.

A fent elsorolt kezelési módok közül az idők folyamán, aszerint, amint a betegség aetiológiájában inkább az ideges, vagy a helyi elváltozások látszólag valószínűnek, majd az egyik, majd a másik kezelési eljárás örvendett nagyobb elterjedésnek. Mindazon igyekezetek, melyek az ágybavizelést egyetlen okra akarták visszavezetni és minden esetet egyforma eljárással gyógyítani — mind-ezideig hajótörést szenvedtek. Azon kezelési módok, melyekkel az esetek egy részében gyógyulást érünk el, az esetek más részében sikerteleneknek bizonyulnak.

A budapesti I. sz. női klinikán thermopenetrációval végzett egyéb női betegségek gyógyítása közben azt tapasztaltuk, hogy az incontinentia urinae tünetei feltűnően javulnak, amikor azt a hólyagzáróizomzat gyengése idézi elő. Ez vezetett bennünket arra, hogy az enuresis nocturna hasonló eseteiben thermopenetrációval kísérletet tegyünk.

A thermopenetratio mélybeterjedő hőhatása, melyet a testbe vezetett szapora váltakozású áram ellenállási hő alakjában magában a szövet mélyében termel, lényegében különbözik a kívülről bevezetett hőhatástól, mely a szervezet rossz hővezetőképességének következtében nem jut be a mélybe és csak felszínes hatást gyakorol. A szövetek mélyében keletkezett hő nemcsak a felszínesen fekvő idegvégződésekre fejti ki jótékony anyagcserefokozó és hyperaemiasáló hatását, hanem a mélyben levő egyéb trophikus idegvégződéseket és szövetrészek chemismusára és táplálkozására is kedvező behatást gyakorol.

Összesen 12 enuresis nocturnában szenvedő nőbetegen tettem kísérletet thermopenetrációval. Ezek közül 9 gyermek és 3 felnőtt volt. Legtöbbnyire gyors javulás következett be. A szám kicsiny ahhoz, hogy belőle messze-messze mentő következtetéseket vonjunk le, de elegendő arra, hogy a figyelmet a kezelési módra irányítva, az enuresis nocturna terapiáját habár szerény lépéssel is előbbre vigye. Betegeim részben klinikánk urológiai rendeléséről, részben az egyetemi gyermekklinika igazgatóságának szíveségéből kerültek hozzám.

A kezeléseket hetenként háromszor oly módon végeztem, hogy a hólyag két elektród között való átáramoltatására egy kis hőmérvél ellátott elektródot vezettem be a hüvelybe, külső elektród gyanánt pedig a symphysis fölé egy tenyérnyi ólomlemez alkalmaztam. Több esetben ez a külső — extravasicalis — eljárás is eredményre vezetett, máskor azonban hosszabb időn belül sem mutatkozott eredmény. Ilyenkor a belső — intravesicalis — kezelésre tértem át. E célra egy könnyen kifőzhető, végén csappal ellátott, középső elvékonyított részében selyemmel átszőtt, gummival izolált fémkathetert szerkesztettem, amelyen át a hólyagot nagyobb fecskendő segítségével — kapacitásához mérten — megtöltöm — áramot jól vezető physiologiás konyhasóoldattal. A megtöltés után a csapot elzárom és magát a kathetert használom elektródnak. Külső elektródot itt is a symphysis fölé helyezett ólomlemez szolgál. Kezelésnél az áram a sóoldaton át a hólyagra terjed, úgy, hogy az intenzív hőhatás a hólyagfalat egész terjedelmében éri. Ezen intravesicalis thermopenetratio több esetben eredményes volt akkor is, amikor az extravasicalis kezelés eredménytelennek bizonyult.

Hogy a javulás pontosan ellenőrizhető legyen,

mindenféle más kezelést beszüntettem, csupán az esti órákban tiltottam el a bővebb folyadékfelvételt.

A kezelt 12 esetből:

Gyógyult 3, lényegesen javult 4, kevésbé javult 3, változatlan maradt 2.

Gyógyultnak azokat tekintetem, akiknél a 4—5 hétig tartó kezelés után legalább 6 hónapig ágybavizelés nem fordult elő, ami az eddig naponként, sőt éjjelenként több szöri ágybavizelőknél ha nem is tekinthető minden esetben végleges eredménynak, mert hiszen későbbi recidívákat teljességgel kizárni nem lehet, mindenesetre elfogadható alap a gyógyulás felvételére.

Lényegesen javultnak azon eseteket tekintetem, amelyeknél 6—8 heti kezelésre az eddig naponkénti ágybavizelés 10—20 napos időközre tolódott ki. Ez a hosszabb szünet is eredmény a beteget és hozzátartozóit egyaránt kétségbeejtő bajban.

A kevésbé javult esetekben 10—12 heti kezelés után is csak 3—7 napi szüneteket sikerült elérni.

Változatlanoknak tekintetem azokat a betegeket, akiknél 15 heti kezelés után sem értem el eredményt.

A különböző időtartamú kezelés befejeztével a betegeket — a gyermekeket szüleikkel együtt — eleinte kéthetenként, később havonként magamhoz rendeltem, hogy a lefolyt időben történekről beszámoljanak. A gyermekek bemondásai megbízhatatlanok, azért a hozzátartozók kikérdezése szükséges.

A thermopenetrációs kezelés néhány alkalommal való feltűnő gyorsan beálló gyógyító hatásának jellemzésére a három gyógyult és egy jelentősen javult eset rövid leírását közlöm.

I. H. R. 11 éves, nyolc év óta éjjelenként ágybavizel. Baja az első öt kezelés után csak 4—5 napi időközökben jelentkezik. A 10-ik kezelés után ágybavizelése két hétig szünetel, ezután pedig újabb visszaesés nem fordul elő. Egy hó múlva közlik, hogy időközben nem vizelt ágyba. Jelenleg hat hónapja tünetnélküli.

II. J. K. 15 éves házileány négyéves kora óta éjjelenként több ízben is ágybavizel. Extravesicalis kezelésre nem javul. Már a harmadik intravesicalis kezelés után 3—4 napi szünet áll be. Ettől kezdve állapota gyorsan javul, úgyhogy a 12-ik kezelés után kilenc napig nem vizel ágyba. A kezelés befejezése után négy héttel közlik, hogy időközben baja nem tért vissza. Ma már több mint hat hónapja nem vizel ágyba.

III. Z. A. 10 éves tanulóleány két év óta éjjelenként ágybavizel. Eredménytelenül részesült különféle kezelésben. Az első néhány kezelés után lassan kezd javulni. A 10-ik kezelésre 5—6 napos szünetek állanak be, melyek csaknem kezelésenként hosszabbodnak, úgyhogy most már hónapok óta teljesen rendben van.

IV. B. V. 28 éves gyári munkásnő gyermekkorában ágybavizelésben szenvedett. Baja 16 éves korában megszűnt. Két év előtt méhbjaj miatt operálták. Félév óta éjjelenként újra ágybavizel. Az első 10 extravasicalis kezelésre javulás nem mutatkozik, aminek következtében intravesicalis kezelésre térünk át. Erre lassan javul. A 17-ik kezelésnél 3—4 napi szünetek jelentkeznek. A 22-ik kezelés után 10—14 naponként van ágybavizelése, tehát lényegesen javult.

Látjuk ebből, hogy a thermopenetrációs kezeléssel az enuresis nocturna több esetében gyógyulást, vagy lényegesen javulást lehetett elérni. Ha messze is vagyunk attól, hogy általa egy minden esetben abszolút biztos gyógyításnak a birtokában legyünk, mégis ezek az eredmények is figyelemreméltók és az érdeklődést az enuresis nocturna sivar terapiájában a thermopenetrációra már más téren elismert kiváló gyógyító hatására irányítják.

Irodalom: Konrádi: Az ágybavizelés organoterapiája. Gyógyászat, 1910, 39—40. — Klotz: Enuresis nocturna. Deutsche med. Wochenschr., 1912, 49. — Heymann: Das Bettnässen. Münch. med. Wochenschr., 1918, 2. — Rotschild: Zur Aethiologie der gegenwärtig weitverbreiteten Enuresis und Pollakurie. Deutsche med. Wochenschr., 1918, 11. — Pototzky: Zur Behandlung der Enuresis nocturna. Deutsche med. Wochenschr., 1920, 7. — Die Kampftherapie der Enuresis. Deutsche med. Wochenschr., 1922, 22. — Bossert: Enuresis und Kreislaufstörungen. Deutsche med. Wochenschr., 1921, 17. — Lippmann: Zur Entstehung und Behandlung der Enuresis. Deutsche med. Wochenschr., 1921, 27. — Zappert: Die Behandlung der Enuresis. Klinische Wochenschr., 1922, 1—2. — Büben: Thermopenetratio a női hólyagbajok gyógyításában. Orvosi Hetilap, 1922, 19.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 május 19-iki ülése.

Elnök: Horváth Ákos.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutatók:

Bókay Zoltán: *Exostosis cartilaginea familiaris multiplex congenita esete.*

13 éves, 125 cm magas fiú, hetedik gyermek. Első öt gyermek szűk medence következtében halva született. Idősebb leánytestvére és a bemutatott fiú császármetszéssel jött világra. Leánytestvérénél több exostosis észlelhető, egyet közülök 1916-ban kiirtottak. A fiúnál már a születéskor észrevették az exostosisokat. Baloldala, ott ahol legtömegesebbek az exostosisok, rövidebb, mint a jobb, különösen a bal alkar és a bal alszár. Súlyos genuin epilepsiában szenved. A koponya Röntgen-képén csak a nyakszirtscsont erős megvastagodása látható. Wassermann: negatív. Lumbalpunkciókor erős nyomás mellett ürül normalis liquor. Intelligentiája kissé csökkent.

Faludy Géza: 1901-ben észlelt és írt le Deutsch Ernővel egy ily esetet (12 éves leány). Az exostosisok az összes hosszú csöves csonton s a kéz- és lábujjakon fejlődtek. Familiaris dispositiót nem lehetett kimutatni.

Előadás:

1. Morelli Gusztáv: *A beteg fogak szerepe az ízületi bántalmak kóroktanában.*

Az oral sepsis fogalmának meghatározása után a kórbönceni, bakterologiai, kísérleti kórtani és klinikai megfigyelések alapján az egyes ízületi bántalmak, valamint fogbetegségek közötti összefüggések lehetőségeit tárgyalja. Az összefüggés megállapításának nehézségeit saját megfigyelése alapján egy esetben ismerteti. A gyakorlat számára levonható megállapítások:

1. Valószínű, hogy rossz fogaktól származó gnyes gókok némely esetben ízületi megbetegedést idézhetnek elő és tarthatnak fenn. 2. A különböző ízületi bántalmak közül fogeredet leginkább polyarthrititis rheumatica acuta, vagy chronica, valamint septikus jellegű ízületi lob eseteiben jöhet tekintetbe, míg az egyéb ízületi bántalmakat illetőleg az összefüggés felvétele minden tapasztalati alapot nélkülöz. 3. A fogbántalmak közül kóroktani szempontból mint septikus gókok elsősorban szümentes, de elhalt fogbelü fogak idült lobra mutató csontos periostalis összenövése, továbbá periapicalis granulomák és interradicularis abscessusok jönnek számba és csak másodsorban a pyorrhoea s ez is talán csak akkor, ha periodontalis másodlagos lobokat okoz. 4. Az arthritisek javulása a fenti értelemben beteg fogak eltávolítása után is csak kis %-ban várható, mert a másodlagos szervi elváltozások, mint amilyenek az ízületek alaki és működési változásai, az elsődleges ok megszűntével sem javulnak, legfeljebb nem rosszabbodnak. Ugyanezért a javulásra annál nagyobb a kilátás, minél rövidebb ideig tartott a betegség. 5. Mindezek alapján kizárólag alaposan vizsgált (Röntgen) és biztosan beteg fogak eltávolítása engedhető meg túlságos optimistikus eredmény kilátásba helyezése nélkül. A fogak kihúzása helyett, amikor csak lehetséges, a genyócnak gyökércsúcsresecióval való kiirtása végzendő, minthogy ez egyenértékű a fog eltávolításával.

Benczur Gyula: A tél folyamán négy, fogbántalomból keletkezett látszó polyarthritisek betege volt. Egy esetben pyorrhoea, másikban genyes foggyökérbántalom találtatott. Egyike pericarditissal, másika chorea minorral szövődött.

A genyes fogbántalmak aránylag kis része vezet polyarthritishoz. Viszont, ha a polyarthrititis kiinduló pontját nem találjuk, a fogak és foggyökerek megvizsgálását el ne mulasszuk, mert néha itt lesz az elsődleges góc.

2. Schuster Gyula: *„Újabb adatok a dementia praecox kórszövettanához.”*

1. Azon betegeknél, kiknél a hallási érzécsaladások uralják a kórképet, a Flechsig-féle hallókéregben általános, a kéreg két rétegében „vesicularis” sejtdegeneratio észlelhető; e mellett a III. réteg (lamina pyramidalis) sejtjei teljesen elpusztultak, míg a homloklebensy kérgében a harmadik és negyedik sejttréteg mutat súlyos vesicularis atrophíát.

2. A Vogt-féle areákon belül a sejttrétegek, ha a kisebb göcszerű laesióktól (Verödungsherde) eltekintünk, a vesicularis és a toxikus atrophia legváltozatosabb formáit mutatják. A sejttrétegek ellentállása a kórral szemben igen különböző; úgy látszik, a VII. és VI. sejttréteg a legellentállóbb.

A halálos betegség okozta elváltozásokat a szellemi betegség okozta kórszövettani elváltozásoktól gyakran nehéz megkülönböztetni. A laminák, kéregtrétegek sejtelemei mikrochemiailag is különböző képletek; ezt festődésük foka, metachromasiás viselkedésük is elárulja.

A Közkórházi Orvostársulat május 9-iki ülése.

Elnök: Boytha József.

Jegyző: Toldi Lóránt.

Bemutatók:

1. Csutorás Sándor: *Callosus ulcus esetek.* Négy esetet mutat be. Az elsőnél (53 éves férfi) pylorus előtt acut gyomor-átfűródás miatt végzett műtét után három hó múlva a pankreasba áttört koronányi callosus fekély keletkezett a pylorus előtt. A másodiknál (33 éves férfi) a dodenumban a pylorus alatt áttöréshez közel álló callosus ulcust talált Pólya. Finney-féle gastroduodenostomia a fekély kimetszésével. A harmadiknál (42 éves nő) kis curvaturán koronányi callosus ulcus, mely homokóra-gyomrot jézelt elő. Ulcusos területet a pylorusal együtt resecálják. A negyedik eset (55 éves férfi) öt hó óta gyakran hány és lesóványodott. Műtétkor pylorus-szűkület, hátsó gastroenteroanastomosis. Mind a négyenél zavartalan gyógyulás.

2. Sirovicza Mihály: *Diagnostikus nehézségek egy vesetumoránál.* 54 éves férfi, 1 1/2 év óta rendszertelen haematuriak. Cystoskopia, vesefunctionalis vizsgálatok, Röntgen negatív. Megfigyelés közben újabb haematuria s ekkor cystoskopiával megállapítja, hogy a vérzés a bal veséből eredt. Rihmer feltárja a bal vesét s ennek felső polusában kis almányi hypernephromát talált.

Szabó Imre ép és kóros vesékről készült pneumoradiographiás, illetőleg pyelopneumoradiographiás Röntgen-felvételekben demonstrálja e módszer előnyeit.

Rihmer Béla: A pneumographia segítségével esetleges kétoldali feltárást mellőzhetünk ott, ahol az ureterkatheterezés nem volt kivihető. A daganatok korai diagnosisában, ha a functionalis vizsgálat sikertelen, feltárás végzendő, mert a műtét a daganatok korai felismerésére szükséges. Óva int az indigokarminnal való túlzásoktól.

3. Rauch Iván: *Baloldali kövese, jobboldali ureterkő pyelitissel.* 36 éves nőnél az ureterkatheter a bemenetnél megakad, baloldalt. Állandó jobboldali fájdalmak. Indigokarminnal j. o. öt perc, b. o. 17 perc alatt jelentkezik. Intravenás urotropinra vizelet fs. 1009-ről 1023-ra emelkedik s öt napra vizeletnél borsónyi kő távozik. Másnap ureterkatheter mindkét oldalt felvezethető. A bal vese 1^o-os kiesést mutat. B. o. nephrectomia (Rihmer), sorvadtt kéregállomány, a kelyheket és a pyelont kitöltő számos kő.

4. Donáth Gyula: *Tetania thyreopriva esete.* 45 éves nőnél struma miatt műtét. Másnap és hetedik napon a varrat kivételénél két óráig tartó tetaniás görcsök, melyeket még négy roham követett. Távozáskor Chyostek és Trousseau, amely a kézítő felett a n. medianusra újjal gyakorolt nyomással is kiváltható. Továbbá Pool-Schlesinger-tünet, amikor is a láb felemelésekor az öregujj extendáltatik és a lábujjak kiterpesztetnek.

Ilk Viktor: Az osztályon 132 strumektomia esetében négy postoperatív tetania szerepel.

Előadások:

1. Furka Sándor: *A kiütéses typhus kórszövete.* Fontos a korai diagnosis, mely a láz, a kiütés és a cerebralis tünetek alapján két-három nappal a serologiai vizsgálat előtt állapítható meg. A Weil-reactio csak a 7–8-ik naptól positiv mindig. Abortív vagy már lefolyt eseteknél a kórjelzés csak a Weil-féle eljárás segítségével lehetséges. A hatósági orvosok már a klinikai kórjelzés után tegyék meg az intézkedéseket. Minden hirtelen lázzal, hidegrázással kezdődő, objectív tünetek nélküli esetben kiütéses typhusra kell gondolni, a járvány továbbterjedésének megállítására céljából.

2. Balogh Ernő: *A typhus exanthematicus laboratoriumi kórszövete.* A kórszövettani suverain a klinikai vizsgálat, melyet a laboratoriumiak kiegészítenek. A Weil-Felix-kémlel értékét a liquor vizsgálatával fokozni lehet (Fuchs Dénes). Az agglutininek megjelenése a plexus chorioideus ereinek falát desoláló histologiai elváltozásokból adódik. Hullaaanyag is megbízható a Weil-Felix, amelyet kórszövettanilag a bőr- és

agyrészletek vizsgálásával lehet kiegészíteni az in vivo felderítetlen eseteknél. *Abrikosoff* histológiai leleteinek (plasma sejtes infiltrációval járó sympathicoganglionitis) utánvizsgálásánál biztató eredményekre jutott.

Gerlőczy Zsigmond: A Budapesten és a vidéken szórva-nyosan mutatkozó esetekből a vasúti közlekedés kevésbé élénk volta miatt nem fejlődött ki járvány. A diagnosissban legnehezebb a sok roseolával járó hasi hagymáz és a kevés exanthemával vagy anélkül járó kiütéses typhus közötti diff. diagnosis. Ugyancsak nehéz az abortív alakok felismerése. Eseteket említ, amelyekben a bélvérzés és csekélyszámú roseola inkább abd. mellett szólt és mégis az eset kétségtelen exanthematicus volt. Ma a Weil-Felix-reactio révén könnyebb az eligazodás, de minthogy a gyakorlott klinikus a betegséget a tünetekből már korábban meg tudja állapítani, ezért kívánatos, hogy az orvos a bajt minél előbb felismerje. Látni kell minél több esetet. A tetvek szerepe kétségtelen, ennek ellenére nem tartja helyesnek, hogy sokan csupán a tetvek útján való fertőzés lehetőségét vallják.

A debreceni orvosgyesület ülései.

1923 március 24-iki ülés.

Elnök: Tüdős Kálmán.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Bemutatók:

1. **Geszti József:** *Gyógyult tüdőcavernák.* Négy beteg mutat be, akik közül háromnál a pneumothoraxkezelés a tüdőcaverna teljes zsugorodására, illetve eltűnésére vezetett. A negyedik betegben ez a változás spontán következett be. Eseteivel demonstrálni akarja, hogy a tüdőcaverna nem jelenti a beteg halálos ítéletét, amint azt Gräff az elsteri német tuberculosiskongresszuson mondotta.

2. **Follmann János** *agyvelőben talált cysticercust mutat be.*
Hozzászólnak: Jánossy Gyula, Dóczy Gedeon, Fazekas Sándor és Pruzsinszky István.

Előadás:

1. **Tamássy Géza:** *Védekezés a fertőző betegségekkel szemben, tekintettel a debreceni viszonyokra.* A heveny és fertőző betegségekkel szemben a védekezés kivitele a mai lakásviszonyok, élelmezés, ruházódás ki nem elégítő volta miatt Csonka-Magyarország elsőrendű problémája. Vidéken a védekezés eljárások nagyrésze az iskolák bezárásával bevégződik s nincsenek tekintettel az Alföld egyedülálló viszonyaira. Az összes fertőző betegek kötelező bejelentését még gyanú esetében is szükségesnek tartja, az orvos ezen bejelentésben a tett intézkedéseket is tudassa a hatósági orvossal.

Debrecenre veszélyes, hogy a környező erdősegekben jelenleg 1500 család erdőtelepítő (vákáncsos) földkunyhóban, a lehető legprimitívebb viszonyok között, piszkosan, eltervekedve lakik. Sürgősen szükségesnek tartja, hogy szétszedhető és áthelyezhető baraklakásokat építsenek ezeknek az embereknek.

A fertőző beteg elkülönítése távol eső tanyákon és kis-községekben lakó emberek subintelligentiája miatt jóformán lehetetlen. Vörheny, diphtheria, hastyphus, vérhas kötelező kórházi kezelése hatóságilag végrehajtandó volna. Ez esetekben és kiütéses typhus, cholera, pestis, malleus, lissa eseteiben a kórházi kezelést teljesen ingyenessé kellene tenni. Járvány- és megfigyelő-kórházak szaporítását sürgeti. Járvány esetén a bezárt iskolák kórházi célokra legyenek igénybe vehetők. Fontos a fertőtlenítés kérdése. A község kezéből ki kell venni és állami intézménnyé kell fejleszteni. Mozgó fertőtlenítő intézetek nagy haszonnal működhetnének kisebb községekben. Fertőző betegeket, hullákat erre alkalmas fertőtlenítő kocsikban volna szabad csak szállítani.

Zempléni V. Gyula: Városrendészeti szempontból észlelt szomorú viszonyokat. A város külterületén vannak helyek, ahova nehezebb eljutni kocsival, mint egy távoli községbe vonattal.

Tüdős Kálmán: Azokat a nehézségeket ismerteti, amelyek Debrecenben a közegészségügy javításának akadályai. Így elsősorban a város vezető köreinek nagy közömbösségére és szűk-markúságára utal közegészségügyi kérdésekben.

1923 május 5-iki ülés.

Elnök: Szontagh Félix.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Bemutatók:

1. **Petheő János:** *Súlyos és ritka lügmérgezés esete.* A 14 hónapos kisdédnél sem a szájban, sem a torokban nem történt sérülés, hanem csupán a gégében, teljes összenövessé, úgyhogy tracheotomiát végeztek rajta. Most kezelés, tágitás alatt áll. Egyúttal felemlíti, hogy másfél év alatt 55 lügmérgezés fordult elő, akik közül 12 halt el. Szükségesnek látná, hogy az államhatalom a lüg árusításánál elrendelendő intézkedésekkel ezt a nagy számot csökkenteni igyekezze.

Halmágyi Béla: Beteg lügmérgezés után hat hétre nehezen lélegzett, nyelni csak folyadékot tudott igen nehezen, kortyonként, a garat és gége heges köteggé zsugorodott. A gége bemenetét, valamint az oesophagus szájadékát heges membrana diaphragmaszerűen zárta el, melynek közepén, 4 mm-es nyíláson át légzett. Gastrostomia után a heges membrán eltávolítja és a bársingot oesophagoscopon át szondázza. Jelenleg a légzés teljesen szabad s kilences szonda könnyen levezethető.

2. **Hüttl Tivadar** *egy 28 éves férfibeteget mutat be,* kinek hátáról emberfejnyi fibrosarcomát távolított el. A daganatot callus-sarcomának tartja, mert a négy év előtt elszenvedett és hat hét alatt, begyógyult lövésű sérülés után a löcsatorna kimeneti nyílásának helyéről indult ki, pontosan a második borda törésének helyéről. A daganat domborulatának táján csillagalakú bőrheg jelezte a kimeneti nyílás helyét. Részletezi a trauma és sarcoma közötti összefüggést, megjegyzi, hogy ilyen esetekben a daganat fejlődésének a sérüléshez számított idejét, annak maximumát megállapítani nem lehet.

3. **Hüttl Tivadar:** *Carcinoma epitheliale laryngis* miatt teljes gégekiirtást végzett Glück szerint, 47 éves betegnél. A beteg csupán két napig fennálló pharynx-sipollyal elsőlegesen gyógyult. Ezt az eredményt a kétszakos műtétnek — tracheotomia, később resectio — tudja be. Ez eljárás előnyeit abban látja, hogy egyrészt a beteg a tracheotomia után átesik azokon a lázas tüdőszövődményeken, melyek a seb elgyenyedésehez szoktak vezetni, másrészt a pharynxvarratok sem válnak szét, mert a köhögési rohamok ezeket nem feszegetik.

Előadás:

Liszt Nándor: *Az orvosok helyzete s az orvosképzés a XVI. és XVII. században.*

Kreiker Aladár: *Az élő szem szövettanának a réses lámpa feltalálásával kapcsolatos haladásáról* tart előadást. A réses lámpa jelentőségének méltatása után ismerteti annak elméleti alapjait és a műszer világító és megfigyelő részének szerkezetét. A szemnek a szövetei nagy átlátszóságuknál fogva különösen alkalmasak arra, hogy a fény sugaral a mélyükbe hatoljunk. A veresjek és erek különösen a kórosan ereződött szarun tanulmányozhatók kitűnően. Ismerteti az erek viselkedését és azokat az eredményeket, amelyeket a debreceni szemklinikán az erek fejlődése és az anastomosisok létrejöttének megfigyelése körül ért el, amelyek szerint az új capillarisek nem érsarjadzás, hanem a bulbaris kötőhártya normálisan meglévő ereinek hosszanti és vastagságbeli növekedéséből keletkeznek. Ismerteti a Vögt-eljárás szerint láthatóvá tett endothel és a szaru hátsó felszínén megfigyelhető leukocyták amoeboid mozgását.

Kísérleteket folytat a szem vitalis festésével, amellyel Knüsel és Vonwiller már láthatóvá tette a hámot, a kötőszövet sejtjeit és a kötőhártya idegrendszerét. A methylenkével láthatóvá tett normális hámlási folyamat különböző kötőhártyabetegségek folyamán jellemző különbségeket mutat. A mélyebb szövetek festése még csak a kísérlet stádiumában van.

A réses lámpa szerencsésen egészíti ki a holt szövetek szövettanát, amennyiben a szöveteknek éppen azt a finomabb strukturáját teszi láthatóvá, amely a rendes rögzítő és keményítő eljárás folyamán tönkremegy. Különösen a lencsének és az üvegtestnek a szerkezetét és a betegségeit illetőleg nagy a haladás, amelynek főbb eredményeit ismerteti. A természetes öregedés azon elváltozásai, amelyek a holt szöveten nem észlelhetők többé, szintén behatóan tanulmányozhatók a réses lámpával. Ezek közül különösen a endothel göröngyössé válása és a pigment-szóródás érdekes, mert olyan elváltozást látunk a természetes öregedés kapcsán, amelyet fiatalabb korban még fokozottabb mértékben fellelünk egyes betegségek folyamán.

Röviden kitérve a szűk réssel történő lokalizálásra, megállapítja, hogy valóban lehet már az élő szem mikroszkópiájáról beszélni, mert ha tökéletlen is még az eszköz és gyenge is az elérhető legerősebb nagyítás, a haladásnak minden lehetősége megvan.

Hozzászól: Nagy Géza; zárszóval él előadó.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Syphilis hatása a gümőkór fellépésére és lefolyására.
Dr. R. F. Weisz. (Beiträge zur Klin. d. Tuberculose. 1923, 54. kötet, 3. füzet.)

A berlini Charité II. sz. belklinikájának kb. 500 esetéről tett megfigyeléseit közli. A két betegségnek egymásra való egyéges hatását nem lehet tapasztalni. A hatás változik a szervezet immunitásának, illetve ellenállóképességének a foka szerint. Friss lueses fertőzést erőteljes szervezet könnyen kiáll, csak labilabb állapotba kerül, úgyhogy ha további ártalmak is ki van téve, könnyen csatlakozhat hozzá aktív gümőkór is. Gyöngő

constituciónál már elegendő a lappangó gümőkór fellobbantására a friss syphilises fertőzés egyedül. Némely ritka esetben előfordul az is, hogy ha activ gümőkórhoz syphilis társul, erőteljes constitutio mellett a syphilis mintegy heteroprotein hatást fejt ki s a gümőkór lefolyását hasznosan befolyásolja. Ha régi syphilishez társul activ gümőkór, a szervezet erősebben igénybe van ugyan véve, de fokozottabb veszélyt ez nem rejt magában. Észlelt eseteinek 5^o/o-ában volt lues is jelen, amely arányszám nem nagyobb, mint két igen gyakori megbetegedés együttes előfordulása. Ebből is látszik tehát Dominicus tellogásának elévessége, aki az esetek 80^o/o-ában tételezi fel a syphilis aetiologiai factorként. Ami ezen kettős fertőzések kezelését illeti, azon meggyőződést képviseli, hogy csak a gümőkór végső stádiumában nem szabad a syphilist kezelni; egyébként azon syphilitikusoknál, akiknél latens gümőkóra gyanu van, akár csak constitutionális dispositio alapján is: óvatos antilueses kúrát tart szükségesnek s kerül minden olyan eljárást, mely a szervezetet gyengíthetné (kenőkúra). Activ gümőkór és friss syphilis esetében, ha erőteljes szervezetről van szó, ugyancsak enyhe antilueses kúrát lát jónak. Gyöngébb szervezetűeknél vár a tuberculinnal az antilueses kúra befejeztéig. Csak régi syphilis és activ gümőkór esetén ad jót, mely mindkét betegségre egyformán jó hatású. Általában azonban a főszólyt a salvarsanra helyezi.

Tóth Kálmán dr.

Összehasonlító epefestékmeghatározások Herzfeld és H. van den Bergh módszerével. *Frigger*. (Klin. Wochenschrift, 1923, 12. sz., 532. o.)

Szerző Herzfeldnek legutóbb ismertetett quantitativ eljárását 1/10-es serumhígítások közbeiktatásával érzékenyebbé tette és 140 normális, valamint számos kóros esetben végzett meghatározásainak alapján úgy tapasztalta, hogy a kapott értékek valóban megfelelnek az esetek klinikai kórképének. Normális emberek versavójának epefestéktartalmát 125 és 80 mgr % között találta; a 62^o mgr %-on fölüli értékek az ú. n. „physiologias hyperbilirubinaemia” csoportjába tartoznak. A normális Herzfeld-értékek a számos esetben párhuzamosan végzett van den Bergh-eljárással is normálisak voltak, azonban a normális felső határához közelfekvő Herzfeld-értékeknek a mgr %-ban jóval kisebb v. d. Bergh-értékek felelnek meg. A kétféle eljárással nyert értékek közötti különbség kóros esetekben még sokkal nagyobb, a Herzfeld-értékek azonban inkább megfelelnek a klinikai képnek s így megbízhatóbb képet adnak az epefesték mennyiségéről. A v. d. Bergh nagyon érzékeny eljárásával nyert értékek kicsiny és egyben kevésbé megbízható voltának oka az, hogy a serum fehérjementesítése alkalmával a kicsapott fehérje az epefesték egy részét adsorbeálja és hogy ennek az adsorbeált epefestéknek a mennyisége ismeretlen körülményektől függ és rendkívül változó. Herzfeld módszer szerint végezve a meghatározást, a fehérjét nem kell kicsapni; az összehasonlítás céljából fehérjementesített serumban szerző itt is 1/2—1/3-dal kisebb értékeket kapott. A valódi epefestékmennyiségnek a Herzfeld-értékek számai sem felelnek meg s miután nem abszolút, hanem csak tájékoztató értékekről van szó, szerző szerint ajánlatosabb volna azokat mgr % helyett egységekben kifejezni.

Pákozdy dr.

Polycythaemiával járó madártuberculosis esete embernél. *Dr. Kurt Lederer* (Wiener Archiv für inn. Med. 1922, V. kötet, 1. füzet.)

Egy 49 éves nő tíz héttel halála előtt betegedett meg, léptáji fájdalommal és lázzal. Vizsgálatnál feltűnt a látható nyálkahártyák sötétvörös elszíneződése, lépe igen tömött, a köldök alá két ujjal ér, a máj szintén tömött és a köldökig ér. Vörösvérsejtszám 9,000,000, fehérvérsejtszám 6,000, haemoglobin 140^o/o. Anisocytosis, poikilocytosis. Wa. R. negativ. Vörösvérsejt-resistentia fokozott. Diagnosis: polycythaemia rubra. A szivgyengeség tünetei között beálló halál után megejtett boncolás kiterjedt, disseminált tbc.-s folyamatot mutatott mindkét tüdőben. A lépben számos, egész lencse nagyságú, száraz, sajtos góc volt látható, úgyszintén a vesékben; ez utóbbiak vérzéses udvarral voltak körülvéve. A szövettani vizsgálat szerint a közönséges tbc.-től az eset sok mindenben különbözött, jöllehet a sav- és alkoholálló pálcikák Ziehl-Neelsen szerint úgy a tüdő-, mint a lép- és vesemetszetekben rendkívül nagy számban voltak kimutathatók. A tüdőben azonban, melyben a szöveti kép leginkább egy sajtos pneumoniának felelt meg, az izzadmány leginkább genyesejtekkel állott, úgyszintén a vesékben, míg a proliferatio és elsajtosodás hiányzott. Ez utóbbi egyedül a lépben volt meg. A lépben és májban különben typosus óriássejtes gümők is voltak. Tbc.-bacillusokat igen nagy számban és főként intracellulárisan lehet kimutatni. Az egész kép leginkább egy septikus-pyaemiás folyamatnak felelt meg, melyet tbc.-bacillusok hoztak létre. A polynuclearis leukocyták jelenléte, melyek a human-tbc.-nél nem szoktak az izzadmányban előfordulni, a kórokozók igen nagy száma, a sejtek belsejében való elhelyeződése és könnyű festhetősége, valamint a szöveti kép Lipschütz-analog és állatkísérlettel is igazolt esetével való össze hasonlítása alapján szerző a kórképet a tbc.-bacillustypus

gallinacea által létrehozottak veszi föl. Ezek az esetek általában a többé-kevésbé chron. septikaemia képeben folynak le.

A polycythaemiának a lép-tuberculosisissal való összefüggését Lederer tagadja, mert ha a lép a vörösvérsejtek elpusztításában akadályozva lett volna, úgy a resistentiának csökkenni kellett volna. Ezzel szemben a vörösvérsejt-resistentia emelkedése számos fiatal alaknak a vérben való keringése mellett szól. Valószínű, hogy a szervezetnek madártuberculosis-bacillus-sal való elárasztása a vörösvérsejtek laesiójához vezetett, ami mellett a lépben és májban található haemosiderosis is szól. Erre a csontvelő erősen fokozott vörösvérsejtképzéssel reagált, ami szövettanilag nagyszámú erythroblastfészek jelenlétében nyilvánult a marasmushoz vezető betegség következtében fibrosusan átalakult csontvelőben.

Sümegei dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A terhesség, méhenküli terhesség és a petefészek-vérömleny közötti elkülönítő kórismezés nehézségeiről. *Samuel dr.* (Klinische Wochenschr. 1923, 6. sz.)

Több esete kapcsán figyelmeztet arra, hogy petefészek-vérömleny teljesen utánozhatja méhenküli terhesség tünetcsoportját (havibajkésés, rohamokban jelentkező fájdalom, méh mellett puha, kevésbé érzékeny resistentia stb.). Ha kimaradt mens mellett a méh környezetében diónyi s ennél nagyobb, mozgékony, nem fájdalmas képlet tapintható, gondolni kell mindig petefészek-vérömlenyre is. Az elkülönítő kórismezés igen nehéz, csakis intetben, igen gondos megfigyeléssel lehet lehetséges. A várakozás ilyenkor semmi veszélyt sem rejt magában; ruptura esetén azonnal lehet operálni. Hasonló tüneteket okozhat még sárgatest-cysta is esetleges bevézések kapcsán. Az esetek ilyen értelemben való megfigyelése sok felesleges műtéttől óv meg.

Liebmann István dr.

Az eklampsia prophylactikus quarfénykezeléséről. *Hochenbichler Adolf dr.* (Mon. f. Geb. u. Gyn., 1923, LXII. kötet, 5—6. füzet.)

A szerző a terhességnek eklampsiával fenyegető állapotainál, az ú. n. eklampsismusnál (fokozott vérnyomás, oedemák, fejfájás, albuminuria stb.) prophylactice végzett quarfény-be-sugárzások eredményeiről számol be. Ezen kísérletek azon feltevésből indulnak ki, hogy az eklampsia a szervezet különböző szerveiben fellépő érgörcsre vezethető vissza, melynek egyik közvetlen következménye a vérnyomás emelkedése; ez a legfontosabb és legbiztosabb tünete az eklampsismusnak. Quarfénybesugárzása a felületre a vérnyomást lényegesen csökkenti. A kísérletre felhasznált 50 eklampsismusos előszörterhesnél a négy mezőre osztott egész testfelületre történt a besugárzás fél méter távolságból, az első napon mezőnkint 5', majd naponként 5'-cel emelkedve egész mezőnkint 20'-nyi időtartammal, míg a pigmentatio kifejezetten fellépett. Minden esetben lényegesen csökkent a 4—5-ik napon a vérnyomás, a vizelet mennyisége szaporodott, fajsúlya, fehérjetartalma csökkent, a fejfájások megszűntek. Egyetlen esetben sem lépett fel roham. A már fellépett eklampsiánál az eljárás hatástalannak bizonyult. A fényhatás magyarázatát a szerző az edények idegkészülékeinek a sugarakkal szemben való érzékenységében keresi.

Kovács Ferenc dr.

A Gabarton-féle eljárás jelentőségéről a lepényleválasztásánál. *Borell.* (Mon. f. Geb. u. Gyn., 1923, LXII. kötet, 5—6. füzet.)

A szerző a lepényvisszamaradás eseteiben a düsseldorfői női klinika anyagán tett tapasztalatai alapján igen ajánlja, különösen a nagy gyakorlatban működő szülésznek számára a lepénynek a köldökvenán át befecskendezett physiol. konyhasó-oldat útján való duzzasztását. Az eljárásnak igen nagy előnye egyszerű, veszélytelen és mindenütt alkalmazható volta, amellyel sok esetben igen súlyos következmények veszélyével járó műtét — mint a kézzel való leválasztás, vagy a narcosisban forcirozott Credé-műfogás — elkerülhető. A technika egyszerű: a harántul átvágott uterinalis köldökcsomok tátongó venájába fecskendő segítségével 300 cm³ steril physiologias konyhasóoldatot injiciálunk, mire a lepény csakhamar spontán leválik, vagy enyhe Credé-féle fogással is kinyomható. Feltűnt a szerzőnek, hogy az eljárás után az utóvérzés, atonia ritka. Az eljárás segítségével a kézzel való leválasztás eseteinek száma felére redukálható, viszont hátránya egyáltalában nincs.

Kovács Ferenc dr.

Rákbesugárzás alkalmával fellépő biológiai folyamatok és azoknak a kezelésnél való kihasználása. *Opitz.* (Archiv für Gynäkologie, 1923, 61. kötet.)

A rák sugaras kezelésénél tett tapasztalatokat foglalja össze. Az irodalom és saját tapasztalatai azt mutatják, hogy túlságosan erősen besugárzott rákok még jobban progrediáltak, mint azelőtt, illetőleg a besugárzott helyen, pl. a bőrön lépett fel rák. Túlerős besugárzások béníthatják a szervezet védekező berendezéseit. Az, hogy néha kis dosisoktól is meggyógyulhat a rák, mutatja, hogy a hatás nemcsak a dosis nagyságától függ,

nemcsak a ráksejtekre gyakorolt direkt hatásról van szó, hanem valószínűleg a sugarak hatása alatt immuntestek lépnek fel a szervezetben. Besugárzás után a vérkép is megváltozik és a kötőszövet is reagál a besugárzásra. Túlerős besugárzások bénítják a fehérvérsejtképző helyeket is. Cachexiás egyén nem reagál a besugárzásra. Nemcsak a rákot kell gyógyítani, hanem a szervezetet kell védekezésre alkalmassá tenni. Szerző radium- és Röntgen-kezelést végez, a dosisokkal nem megy túlzásba, a kezelést 6—8 hetenként megismétli. Emellett thymus- és lépbesugárzásokat végez, caseosant, arsenvasat ad, vértransfuziót is alkalmaz.

Gál Félix dr.

Fülgyógyászat.

A fülkagyló gyulladásainak kezelése leukotropinnal. Alberti O. (Zeitschrift f. Hals-, Nasen- und Ohrenheilk., 1923, IV. kötet, 292. oldal.)

Mendel a Cohnheim-féle kísérlet megfelelő módosításával kimutatta, hogy az atophan úgy egészséges, mint beteg, azaz köszvényes egyéneken egyforma intenzitással növeli a húgysav kiválasztását. Így azután azt is következtették ebből, hogy urathikus diathesisnél az atophan gyógyító ereje nemcsak a húgysavmobilisatió mulik, hanem még sokkal inkább ezen szer antiphlogistikus-analgesias hatásán. Mendel ezt az állítást oda bővítette, hogy az atophan alkalmas minden heveny gyulladás kedvező befolyásolására, ill. meggyógyítására, függetlenül attól, hogy mely testrész gyulladásáról van szó és mi okozta. A gyógyító hatás oka a gyulladásos reactio legyöngítése, ill. gátlása, ami viszont az atophan leukocytotrop és leukocytolytikus tulajdonságának következménye. Elpusztult fehérvérsejtek magvaiból származik az a megnövekedett húgysavmennyiség, amit atophan beadása után a vizeletben kimutathatunk. Szerző 1/2 grammos atophan-adagot adott intravenásan (a hexamethylantetramin segítségével oldott praeparatumot leukotropinnak nevezte el) három olyan esetben, amidőn a fülkagyló gyulladása került kezelés alá részben spontán, részben sziklacsontműtéthez társulva. A szer mindhárom esetben kitűnően bevált, a fájdalom megszűnt, a genyes beszűrődés serosussá vált, az incisio helye legrovidebb idő alatt linearis heggel gyógyult, ami nagy szó ezen oly macacsnak ismert megbetegedésnél. Jó volt az eredmény fülkagyló-táji, valamint egyebütt lokalizált eczema eseteiben is.

Kelemen György.

KÖNYVISMERTETÉS

Über Hysterie. Dr. Ernst Kretschmer. (Leipzig, 1923. Georg Thieme. Gr.-Z.: 2 Mk.)

Szerző ebben a könyvében nem a hysteria teljes klinikai complexumát felölelő értekezést ad, hanem inkább Janet, Kraepelin, Freud ezirányú eredményeit saját vizsgálataival kiegészítve és biológiai megvilágításban annak psychologiai és ideg-életteni oldalát tárja elének. Sok tekintetben szerzőnek orvosi psychologijában elmondottaknak kiegészítőjét alkotja ez a könyv. A leírás tisztán klinikai tapasztalatokon alapszik, amelyek szerint a hysteriás jelenségek egyszerű, primitív vagy szellemileg fejletlen emberek homályos, ösztönyszerű reactiók módja; ritkábban reagálnak ily módon erősen differentiált, az élmények bonyolult főlépüléséből kialakuló rejtjelmes egyéniségek. A bevezetésben a modern hysteria-kutatás rövid összefoglalását adja, mely Gauppnak azon tételében alakul ki leghelyesebben, hogy a hysteria az élet követelményeivel szemben létrejött rendellenes reactio. A hysteria még sematikus megnyilvánulásaiban is psychés indulatok és befolyásoló gondolatok által adott, azaz psychogen; a hysteria tehát nem betegség, hanem psychés reagálási mód. A hysteriás tünetek az ösztönös lelki alapon fejlődésileg meglévő reagálási módok. Másrészt bizonyos szándékoság rejlik bennük, „a betegség akarása”, „a betegségbe való menekülés”, „valami nem igazi”, „az egészség tudatának defectusa”. Majd részletesen tárgyalja a hysteria, az ösztön és impulsus közös megnyilvánulásait, azután a hysteria psychophysikai dynamikájára tér át. Egyes erőltetett belemagyarázások dacára a tárgyalás megkapó erővel hat.

Reuter.

Die Erkrankung des inneren Ohres und die psychogenen Hörstörungen. Prof. Kümmel. (Georg Thieme, Leipzig. Diagnostische und Therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Ohrenheilkunde. II. Heft.)

33 oldalon sok részletre kiterjedőleg tárgyalja azon előfordulható kóriszmészeli és gyógyászati tévedéseket, amelyek a fül — a labyrinthus — megbetegedéseinél előfordulhatnak részint azért, mert egyes mellék-, de külsőleg észlelhető, tehát feltűnőbb tünetek kerülnek előtérbe, részint azért, mert a jellegzetes tünetek átmenetileg hiányozhatnak, vagy töredékesen kerülnek észlelésre. Az egész közleményen végigvonul azon tapasztalati tényeken nyugvó megállapítás, hogy a belsőfül vizsgálatának módszerei, mert meglehetősen bonyolultak, különösen a kellő jártasság és bírálat hiányában végkövetkeztetéseinkben meszemenő téve-

désekre adhatnak alkalmat annyival is inkább, mert a labyrinthus és a vele összefüggő központi idegrendszer vizsgálatának módszerei még meglehetősen ingatag alapon állanak.

Az úgynevezett vestibularis tünetek mint a subjectiv panasz tárgyát képező szédülés, valamint az objective is észlelhető egyensúlyi zavarok és a nystagmus tárgyalásánál reámutat arra, hogy ezen tünetek a szervezet más részeinek megbetegedése révén is keletkezhetnek, így hovátartozandóságukat csakis az egész szervezet, különösen az idegrendszer alapos és szakszerű vizsgálatával lehet tisztázni. A spontán keletkezett, valamint a művileg előidézett nystagmus tárgyalásánál reámutat a vizsgálati módszerekből származó hibákra. A kalorikus nystagmus kiváltásánál alkalmazott kvantitatív mérések szerinte nem megbízhatók és így tévedésre adhatnak alkalmat. Destruált, de száraz dobüreg esetén a kalorizálás céljából alkalmazott fecskendezést mint műhibát elítéli. A hallószerv hallóképességének és az erre alapítható kóriszmészeli eredmények megállapítása mellett hosszabban foglalkozik a subjectiv hallási panaszok és pszichikai hallási zavarokkal.

A diagnostikai tévedések lehetőségének tökéletesebb megértése céljából befejezésül tárgyalja külön fejezetekben a dobüreg gyulladáshoz társult labyrinth-lobot, a haematogen labyrinth-gyulladást, a központi idegrendszer megbetegedéséhez társult acusticus-bántalmakat, a vérkeringési szervek bántalmával kapcsolatos hallási zavarokat és a belsőfül sérüléseivel járó tüneteket.

A meglehetősen tömör nyelvezettel írt és nagy áttekintést nyújtó munkát nemcsak a szorosan vett szakorvosok, de általában véve minden orvos haszonnal olvashatja.

Krepuska Géza dr.

VEGYES HÍREK

Felhívás előfizetőinkhez. Hónapokon át nagy anyagi veszteségekkel küzdödvé, kénytelenek voltunk lapjaink előfizetési díját a címlapon feltüntetett arányban június elsejétől fogva felemleni, amit a korona esése és ezzel kapcsolatban a nyomdai és papírárak több mint 100%-os emelkedése indokol. Lapunk azonban oly súlyos válságba jutott, hogy kérnünk kell tehetősebb előfizetőinket, kik azt az igyekezetet, mivel hivatásunkat szolgáljuk, méltányolják és abban segítségünkre akarnak lenni, hogy a III. negyedévi előfizetésüket (1500 K) minél sürgősebben, előfizetésük lejártá előtt küldjék be, hogy rendelt nagyobb papírananyagunkat kiválthassuk és lapunk megjelenése fennakadást ne szenvedjen. Küzdünk, amíg csak bírjuk: s ez elsősorban előfizetőink áldozatkészségétől függ. Új előfizetők toborzására is nagyon kérjük barátainkat, mert 1170 előfizetővel valóban nem lehet e küzdelmet megívni.

Meghaltak: Borbély László dr., a Zita-kórház ny. szemész-főorvosa, f. hó 14-én 60 éves korában; Ligeti Ármán dr. visegrádi községi orvos, az élettannak sok éven át szorgalmas bűvára és magántanára.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 26-án d. u. 6 órakor tartja közgyűlését, melyen Bókay János elnöki megnyitója után Semmelweis képét leplezik le és Tauffer Vilmos „Visszaemlékezés Semmelweis Ignácra” címen tart felolvasást. Ezt a tisztviselői jelentések s az új tagok választása követi. Utolsó tudományos ülések június 2-án és június 9-én lesznek.

A Charité Poliklinika harmincezes fennállását ünneplő közgyűlését Andrassy Gyula gróf elnöklele alatt május 27-én, vasárnap d. e. 1/2 12-kor tartja a Lloyd Casinóban. (Mária Valéria-u. 12.) Beszámol Körmöczy Emil dr.

Eötvös-ünnepély. A Pázmány Péter egyetem bölcsészeti kara 27-én, vasárnap d. e. 11 órakor, az egyetem aulájában dísz-ülést tart Eötvös Lóránt báró emlékeztére. Az emlékbeszédet Tangl Károly pofessor tartja.

A Budapesti Orvosok Kamarazene Egyesülete f. hó 30-án, szerdán este 7 órakor, az Orvosegyesületben tartja évről közgyűlését.

Külföldi előfizetések 1923-ra egy évre: Cseh-Szlovákiában Eleőd Solt, O. H. úrnak küldendő 60 cs. K (Katalinhufta Novohradská župa); Jugoszláviában Duchon János dr. orvos, O. H. számlájára a Zombori Takarékpénztárnak küldendő 175 din.; Romániában 400 lei; Amerikában 2 dol.; Hollandiában 3 frt; Angliában 8 sh.; Franciaországban 25 fr.; Svájcban 8 fr.; Olaszországban 35 lira; egyebütt 6000 K, átutalandó a Magyar Országos Központi Takarékpénztár Kálvin-teri fiókjánál számlánkra. Negyedévre, illetve félévre megfelelő kisebb összegek küldendők be. Három hónapnál rövidebb időre külföldi előfizetést nem vállalunk.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

ZUGLIGETI

ÜDÜLŐTELEP

TELEFON
54-28**FÁCÁN**TELEFON
54-28

KLIMATIKUS GYÓGYHELY MEGNYILT

HYDRO-ELEKTROTHERAPIA. NAP- ÉS LÉGFÜRDŐK. DIÉTÁS KONYHA

Dr. Fonyó János gynaekologiai hystologiai vizsgáló
laboratóriuma VIII, Baross-utca 43.**Dr. JUSTUS** kórházi főorvos bőrgyógyító
és kozmetikai intézete.
IV, Ferencz József rakpart 26. Telefon: József 56-76.**RÖNTGEN-ODELGA****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 vizsgygy-
ntézete ez évben nyílt meg. MÉRSÉKELT ÁRAK. SZABAD ORVOSVÁLASZTÁS.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, elektromágnes- és Bergonié-készülék; oxigénes, szén-savas, villanyos
fény- és négyrekeszes fürdők; orvosi massage; quarzfény; Röntgen

PÁLYÁZATOK.

Zala vármegyében a nyugdíjazás folytán megüresedett pacsai és a Zalabaksán székelő alsólendvai járásai tisztiorvosi állásokra az 1876. évi XIV. t.-c. 153. §-a alapján pályázatot hirdettek. Az állás a IX. fizetési osztálynak megfelelő évi fizetéssel, megfelelő lakáspénzzel és segélyekkel, valamint családi pótlékkal van javadalmozva. Felhívom mindazokat, akik az állásokat elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-c. 9. §-ában, a 80099/1893 B. M. sz. rendelet III. rész 18. pontjában megkivánt minősítésüket, és pedig: orvosdoktori oklevél két évi orvosi gyakorlat kimutatóására, tisztiorvosi képesítést igazoló okmányokkal, továbbá születési anyakönyvi kivonattal, valamint nem a vármegye szolgálá-

tában állóknál a forradalmi idők alatti viselkedésüket tanúsító bizonyítvánnyal felszerelt, kellően felbélyegzett és az 1886. XXI. t.-c. 80. §-a, 81921/1887 B. M. sz. r., a 125000/902 B. M. sz. szabályrendelete 3. és 4. §-ai értelmében Tarányi Ferenc dr. főispán öméltsőségéhez címzett kérvényeiket hozzám 1923. évi május hó 31-ig annyival is inkább adják be, mert a később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.
Zalaegerszeg, 1923 május 8.

Alispán h.: Dr. Brand s. k. vm. főjegyző.

HELYETTESÍTÉST VÁLLAL ORVOS

kórházi gyakorlattal június-július hónapokra; esetleg rövidebb időre is. Tájékoztató ajánlatot „Minimálisan 2 hét” jellegre „PETŐFI” Irodalmi Vállalathoz, VII, Kertész-utca 16 kér.

Orvosvegyészeti előképzettséggel, egy évi gyakorlattal bíró **laboratoriumi asszisztens** állást keres. Leveleket „Laboratorium” jellegre „Petőfi” Irodalmi Vállalat VII. ker., Kertész-utca 16 továbbít.

ÚJ, TUBERKULOSIS ELLENI SPECIFIKUS GYÓGYSZER

ANGIOLYMPHA

Legfényesebben kipróbálva a tbc. legkülönbözőbb eseteiben.

Referatumok: W. r. Klin. Wochenschrift 1922 júl. 15. — Progrès Médical, Paris, 1922 febr. 26. — A Folha Medica, Rio de Janeiro, 1922 apr. 30. — Le Courrier Médical, Paris, 1922. nov. 19.

Prospektus és irodalommal készséggel szolgál a magyarországi vezérképviselő.

PARÁNYI DÉNES gyógyszerész GYŐR 8.A foszfordús **GYERMEKTÁPDARA**
Schachner-félemindenkorú gyermekeknek nélkülözhetetlen.
Gyártja: SCHACHNER J. BUDAPEST, V. Nádor-utca 15. sz. Alapítva 1790-ben.**NUCLÉARSITOL ROBIN**
GRANULÉ INJECTIO

A nucleinsav, calciumnucleophosphat és natriumcacodylat kombinációja.

NEURASTHENIA.

SCROPHULOSIS.

TUBERCULOSIS.

PEPTONATE DE FER ROBIN

ANAEMIA.

CHLOROSIS. HAEMORRHAGIA.
DYSPEPSIA. DIABETES.
LYMPHATITIS.

(A vaspepton tudvalevőleg Robin professor felfedezése.)

IODONE ROBINARTHRITISMUS.
ARTERIOSCLEROSIS.
ASTHMA. RHEUMA.
GOUTTE.

(Robin professor könnyen asszimilálódó jod-pepton-készítménye.)

GLYCEROPHOSPHAT GRANULÉ ROBIN

RACHITIS

stb., csontrendszer gyengesége,
szellemi kimerültség, terhes
és szoptató nők
elerőtlenedése.

(Calciumnatriumglycerinophosphat.)

Mindezek a speciális vegyületek Robin professor párisi gyárában készülnek és a nyugati országok összes állami kórházaiban hivatalosan is rendelhetők. E vegyületek kidolgozását Berthelot, a nagy francia kémikus személyesen vezette.

Laboratoires M. ROBIN, 13. Rue de Poissy, PARIS.

Magyarországi központ:

„PANACEA” Gyógyszervegyészeti Részvénytársaság, Budapest, 41. postafiók.