

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:

Somogyi István: Cerebroathia infantum két érdekesebb esete. (135—137. oldal.)

Szabó Ince: A vesetáj pneumoradiographiája. (137—139. oldal.)

Ifj. Matusovszky András és Laczka Sándor: A vizelet stalagmometriás vizsgálatainak diagnosztikai értékéről. (139—141. oldal.)

A Bpesti Kir. Orvosegyesület 1923 márc. 24-ikén tartott ülése. (142—143. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Bőr- és nemikórtan. — Szemészet. — Gyermekorvostan. (143—145. oldal.)

Könyvismertetés. (145. oldal.)

Vegyes hírek. (146. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájának közleménye (igazgató: Moravcsik Emil udv. tanácsos, egyet. ny. r. tanár).

Cerebroathia infantum két érdekesebb esete.

Írta: Somogyi István dr. klinikai tanársegéd.

A gyermeki agyhüdések kóroktanilag, kórbonctanilag, valamint tünettanilag oly változatos formájúak, hogy célszerűbb azokat a cerebroathia infantum elnevezés alá összefoglalni, mint azt Moravcsik professor ajánlotta.

A betegséget előidéző különböző kórokok abban egyeznek meg, hogy nem engedik kifejlődni, vagy elpusztítják a már kifejlett részét a motoros nagyagynak. Ritkábban endogének, főleg exogének. Az endogen okok lehetnek agenetikaiak, mint mikrocephalia, következményes mikrogyria, hydrocephalia, porencephalia, sclerosis lobaris és tuberosa; familiáris heredo-degenerációk, mint idiotia amaurotica, Friedreich-kór. Az endogen-okoknál fontosabbak az exogének, amelyek minőségük szerint gyulladásos, mechanikai, vagy tisztán vasculáris folyamatok. A foetust érő gyulladásos infectiosus folyamatok előidézője többnyire a lues, amely főleg az erekre localisálódik s könnyen vérzéseket s következményes meningo-encephalitiszes folyamatokat indíthat meg. Nagyobb szerepet játszanak a fertőzőes gyulladásos okok az első életévekben, s a gyermeki agyhüdések nagy része ebben a korban lezajlott infectiosus betegségekre vezethető vissza. A gyermeki agy minden fertőzéssel szemben érzékeny s csaknem minden fertőző betegség után keletkezhetik encephalitis, meningo-encephalitis.

Az infectiosus gyulladásos folyamatok mellett a cerebroathia infantum aetiologiájában a legnagyobb jelentőséggel bírnak azok a traumák, amelyek a magzatot a szülés alatt érik. Ezen traumák: asphyxia, elhűződő, nehéz szülések, fogóműtét, koraszülés, szűk medence folytán beálló komplikációk rendszerint az egész agyat, illetőleg az agy mindkét oldalát érik s ezért a kétoldali bénulások aetiologiájában a legnagyobb szerepet játszzák. Traumák a szülés után is érhetik a gyermek fejét; sérülésekhez, vérzésekhez, következményes bénulásokhoz vezethetnek.

A tisztán vasculáris folyamatok a szív, az erek betegségei folytán keletkeznek, vérzés, embolia, thrombosis alakjában nyilvánulnak meg és kiterjedésüknek s elhelyeződésüknek megfelelően különböző elváltozásokat okoznak.

Kórbonctanilag agenetikai fejlődési rendellenességeket, kéregmegbetegedéseket, vagy a cortico-motoricus pályák elpusztulását találjuk. A gyulladásos, mechanikai és vasculáris formáknál a végső stádiumból gyakran nem ismerhető fel a kezdődő folyamat. A végső stádium többnyire heg, diffus vagy lobaris sclerosis, cysta-képződés, porencephaliás defectus, plaque jaune-hoz hasonló területek, amelyek mikroszkopaiilag gliosis, hegesedő folyamatokat mutatnak s részint lefolyt jellegűek, mint atrophia, heg; részint progrediáló jellegűek, amennyiben a heg-szélék kiindulási pontjai a tovaterjedő atrophias folyamatoknak. A heg-széléken azután láthatjuk a friss elváltozásokat, gömbsejtes, plasmasejtes beszűrődéseket, a gliasejtek megsaporodását, a gliaprotoplasma burjánzását s a specifikus idegszövetnek, az idegsejteknek és rostoknak friss pusztulásos jelenségeit.

Tünettanilag a cerebroathia infantum eseteinek két főcsoportját különböztetjük meg: a diplegiás és hemiplegiás csoportot. Mindkét esetünk a diplegiás csoportba tartozik. Bár ez a forma a gyakoribb, érdekessé teszi őket, hogy mindkettőnél a diplegiás bénuláson kívül általános spasmus, athetose double, pseudobulbaer paralysis, végül epilepsia együttesen áll fenn, az egyik esetben gyenge-elméjűséggel, a másik esetben a szellemi képességek érintetlenségével. Ez utóbbi eset annyiban is érdekes, amennyiben már több ízben történt nála operatív beavatkozás a bénulások, illetve a merevség javítása s az epilepsia megszüntetése érdekében.

Az esetek kórajzkivonatát az alábbiakban közlöm.

I. eset. M. J. 20 éves férfibeteg felvételét a klinikára 1920 szeptember 21-én. Családi terheltég nem mutatható ki. Születése hosszabban elhúzódott. Kétnapos korában vitték a baba tanácsára orvoshoz, mert egészen merev volt. Hároméves koráig „frász“-a volt. Kétéves korában kezdett beszélni, akadozva beszélt. 13 éves korában kezdett járni, 11—13 éves korában epilepsia nocturnája volt. Azóta nem emlékszik, hogy görcsös rosszulléte lett volna, de gyakran előfordul, hogy éjjel bevizel. Beszéde valamit javult, bénulása, merevsége nem változott. Nemi ösztön még nem nyilatkozott. Iskolába nem járt, írni nem tud, akadozva olvas.

Jelen állapot: Közepesen fejlett és táplált férfi. Az agykoponya kicsi, homlok alacsony, hátrahajló, halántéktájak benyomottak, pofacsontok kiállóak, orrgyök benyomott, orrlukak tátongók, állkapcsok erősen fejlettek. Pupillák tágabbak a rendnél, kissé renyhébben reagálnak. Szemmozgások minden irányban szabadok; 28°-os strabismus convergens alternans van. A bal faciális gyengébben innervál. A nyelv kissé jobbra, uvula kissé balra deviál. Belső szervek kórosat nem mutatnak. Az ágyéki gerincoszlopon kis kyphosis. Wassermann-, Meinicke-, Sachs-Georgi-reactiók negatívak.

Testtartása merev, felsőtestével hol az egyik, hol a másik oldalra dől, az állás is látható megerőltetésébe kerül. Az akarat-

lagos mozgásoknál nemcsak a szükséges izmok húzódnak össze, hanem a szomszéd, sőt távolabb eső izomcsoportok is, emiatt a mozgások nagyfokú incoordinációja jön létre. Különösen szembe-tűnik ez kisebb, finomabb mozgások kivételénél, amikor számos akaratlan mozgást (Mitbewegung) végez. Járása a végtagok nagyfokú spasmusa miatt nehézkes, bizonytalan. Mindkét alsó végtag a térdben kissé hajlított helyzetben van s mivel a jobb alsó végtag 15 cm-rel rövidebb, a flexio nem egyenlő s a lépései is egyenlőtlenek. Bal lábával mindig nagyobbakat lép, magasra emeli, hangos dobbantással teszi a földre, jobb lábát inkább csak utánahúzza. Úgy érzi, mintha mindenik lába egy-egy merev, ízület nélküli darab volna, amelyet előre kell vetnie. Járás közben az egész test izomatát innerválja, karjaival hadonászik, fejét jobbra hajítja s kissé balra fordítja, a típusos diplegiás tartásban. Izomtonus spasticusan fokozott, a jobboldali végtagokban erősebb a spasmus, jobb térdizület hajlítási, boka-izület plantárflexiósi contracturában (Spitzfußstellung) van. Az akaratlan mozgások kivételkor, de nyugalmi helyzetben is, különösen psychicus emotióra mindkét kéz és láb ujjában típusos athetoticus mozgások lépnek fel. Térd-, Achilles-in-reflexek fokozottak. Clonus nincs. Mindkét láb spontán Babinski-állásban. Schäfer-féle keresztezett gastrocnemius tünet. Oppenheim negatív. Pectoralis-, biceps-, tricepsin-, radius-reflexek jól kiválthatók. Cremaster-reflex élénk, hasreflex baloldalt élénk, jobb- oldalt nem váltható ki. A jobb alsó és felső végtag izomzata sorvadt, az izmok elfajulási reakciót nem mutatnak.

Beszéde az arcizmok spasmusa, trismusa miatt akadozó, a szavakat explosíószerűen löki ki. Különösen járás közben észlelhető ez. A rágás és nyelés is nehézségekbe ütközik. A mimikát a kísérő mozgások torzítják.

Rendkívül érzékeny, ingerlékeny, csekély okok sirást, lehangoltságot váltanak ki nála. Amellett nagyon ijedékeny, hamar összerenzen, elsápad, reszket, felsikolt. A szellemi körben mérsékelt gyengeelműség áll fenn. Irni nem tud, akadozva, igen gyengén olvas, elemi számműveletek elvégzésénél is hibákat ejt. Emlékezőképessége gyenge. Associációja vonatott, szintelen.

II. eset. B. T. 22 éves férfi felvétele a klinikára 1920 október 19-én. Egy unokabátyja dementia paralyticában halt el, más családi terheltég nem ismeretes. Asphyxiában jött a világra. Az orvos Schultze-lóballással élesztgette s ezt oly drasztikusan vitte keresztül, hogy a család a betegséget innen származtatja. A szülés alatt a falcsoni tájak felhorzsolódtak, csakhamar megduzzadtak, cephalhaematomája keletkezett, mely több nap alatt gyógyult. Orvosi kezelésre hároméves korában kezdett járni, nem tudta a kezét sem rendesen használni, nem tudott tárgyakat a kezébe venni. Egyéves elmúlt, mikor beszélni kezdett, beszéde nem volt egészen rendes. Szellemileg semmi kórosat nem észleltek nála.

Hétéves korában hirtelen görcsös rosszulléte keletkezett, egész testében rángások léptek fel. Ezen rosszulléte körülbelül két percig tartott, eszméletét nem veszítette el. Ettől kezdve a görcsös rosszullétek eleinte ritkábban, később mind sűrűbben jelentek meg s hosszabb ideig tartottak. 14 éves korában észre- vették, hogy karjait nem tudja kinyújtani, az ujjai állandóan, akarata ellenére is mozognak, beszéde, járása romlani kezd. 16 éves korában állapota mind rosszabbra fordult, karjai még görcsösebben behajoltak, akaratlan mozgásai erősödtek, törzse elferdült, alig tudott járni. 17 éves korában finomabb műveleteket elvégezni, pl. írni, folyadékot a szájához vinni, már egyáltalán nem tudott. Ekkor az I. számú sebészeti klinikán 6—6 havi időközben mindkétoldalt decompressiósi trepanatiót végeztek nála. Az első trepanatio után három hónapig javult állapota, athetosisa megszűnt, karjai ki tudta nyújtani, járása biztosabb lett. Három hó múlva ismét rosszabbodott. A második trepanatio után négyhónapi javulás állott be.

18 éves korában görcsöket kapott a jobb felső végtagjában, most már eszméletét is elvesztette. 1919-ben ismét operálták az I. számú sebészeti klinikán. Baloldalt ismét megnyitották a koponyát s farado-uniculáris elektróddal megállapítva a váll, könyök, kéz centrumait, Graefe-késsel $\frac{1}{2}$ cm mélyen kéregalá- metszést végeztek nála. A koponya megnyitásakor az agy kocsonyás, felső részében fehéren elszíneződött volt, a lágyburokkal szorosan össze volt növe. Az alámetszést a gyrus centralis anterior és posteriorban a sulcus centralisból végezték. A műtét után a jobb felső végtag teljes bénulása állott be. Két hét múlva kezdte a vállát emelni, mutatóujját mozgatni, csupán a csukló lógott mereven. Néhány hónapig javult, a görcsök kimaradtak. Majd a felső végtagok spasmusa ismét erősen fokozódott, úgy- hogy ugyancsak az I. számú sebészeti klinikán a nervus medianus és ulnaris vezetőképességét mindkét felkaron aethylchlorid fagyasztással megszakították. Ezután kezét használni egyáltalán nem tudta, mindkettő petyhüdtlen lógott le, míg a váll, különösen jobboldalt, erős spasmust mutatott. Csakhamar a spasmus kiterjedt a felső végtagokra, athetosisa ismét jelentkezett, s ekkor vétette fel magát klinikánkra.

Jelen állapot. Közepesen fejlett és táplált halvány férfi. A koponya szélességi átmérője és kerülete valamivel kisebb a rendesnél (140 mm, 544 mm). A sutura sagittalis gerincszerűen kiemelkedik. A falcsonokon a szokásos trepanatióból eredő hegek. A homlok igen alacsony, lapos. A bal arcfél valamivel gyengébben fejlett. Nyelvét kiöltöni nem tudja. Uvula balra tér el. Pupillák excentricusak, egyenlőtlenek, a jobb szélesebb s fényre úgy direct, mint consensualisan gyengébben reagál, mint a bal. A convergentia hiányos, egyébként a szemmozgások szabadok. A faciális beidegzés mindkétoldalt egyforma, az alsó ág, főleg az orbicularis oris beidegzési gyengesége van jelen, száját csu- csoritani, arcát felfújni nem tudja. Belső szervek épek. Wassermann-, Meinicke-, Sachs-Georgi-reakciók negatívak.

Testtartása ferde, állásánál a bal lábára támaszkodik erősebben, a bal csípő magasabban áll, a gerincoszlop háti segmentuma balra, az ágyéki jobbra convex görbületet mutat. Járásnál mindkét karjával evező mozgásokat végez, miközben mindkét kéz ujjában intenzív athetosis lép fel. Ugyancsak athetoticus mozgások vannak a lábujjakban is. Activ láb a bal, a jobbat kaszálva húzza maga után.

Valamennyi izomműveletnél nemcsak a működéshez szükséges izomcsoport húzódik össze, hanem a távolabbiak is, úgy- szólván minden kis akaratlan mozgást pl. szembehúnyást, az egész testre kiterjedő incoordinált mozgások kísérnek. A beszéd- nél nemcsak arca torzul el, hanem feje, törzse, végtagjai is mozognak.

Passiv mozgattal szemben a térd-, könyök- és vállizület hajlítózimái képeznek ellenállást. Jobb kéz izomzata sorvadt, kezével fogni nem tud, jobb láb kisfokú equino-varus állásban. Térdreflex mindkétoldalt fokozott, Achilles-in-reflex mindkétoldalt igen élénk, Babinski, Oppenheim mindkétoldalt pozitív, mindkét lábon spontán Babinski-állás, clonus nincs.

Beszéde bulbáris jellegű, nehezen érthető, egyes szótagok- nál megáll, másokat explosíószerűen lök ki, egyenlőtlenül hang- súlyoz, látható megerőltetésébe kerül a beszéd. Az érzőkö a két kéz hypaesthesiáján hypalgésiáján, thermohypaesthesiáján kívül defectust nem mutat.

Az intelligentia feltűnően gyengesége nem észlelhető.

A klinikán jobb karjának spasmusa erősen fokozódott s az ábrán látható állást vette fel, úgyhogy ez mindenben akadályozta őt; amellett erős feszüléssel járdalmi voltak, ezért kéré- sére visszahelyeztük az I. sz. sebészeti klinikára műtét végett. Ott a jobb nervus axillarisát átmetszték, mire a jobb felső végtag petyhüdtlen leesett. De már egy hónap múlva az alkar izmaiban észrevehető spasmus mutatkozott, amely a csukló- izületben már elég tekintélyes volt. Félév múlva a végtag előbbi állását vette fel s spasmusa ismét a fájdalmas feszülésig fokozó- dott. Ekkor ajánlatunkra az I. sz. sebészeti klinikán dr. Ollé fő- orvos Förster-műtét végeztet nála s baloldalt az V., VI. és VII., jobboldalt a VI., VII., VIII. cervicalis érzőgyököket $\frac{1}{2}$ cm le- futásban subdurálisan átmetszték. Műtét után a spasmus csök- kent a fájdalmasság megszűnt, subjectív közérzése jelentékenyen javult.

Amint látjuk, az első esetben elhúzódó, nehéz szülés szerepel az aetiologiában. Sajnos, a nehéz szülés okozta esetleges külső elváltozásokról az anamnesist elmondó apától unintelligens volta miatt adatok nem szerezhetők, a már második napon kifejezett spasmust is a baba veszi észre. Ez az eset meglehetősen stationaer jellegű mutat s ilt a therapiás javaslatunk csak általánosságban moz- gott s a testi fejlődés elősegítésére s az idegrendszer erő- sítésére szorítkozott.

A második esetben a nehéz szülés szerepe a beteg- ség előidézésében szembe-tűnő. A koponya a szülés alatt erősen összenyomatott, valószerű, hogy nemcsak külső vérzés, hanem belső is keletkezett, amelyet az után az erőszakos Schultze-lóballás nagy mértékben fokozott. A második eset súlyosan progrediáló jellegű mutat. Itt a peripheriás idegek vezetésének megszakítása, decompressiósi trepanatiók, kéregalámetszés is csak gyors- san múlt javulásokat eredményeztek. Mivel a spasmus- contracturák úgy az alsó, mint a felső végtagokra kiter- jedtek, a Hoffa-féle inátültetési, inmeghosszabbítási, in- átmetszési methodust nem igen lehetett volna kivinni, a Förster-féle eljárást kíséreltük meg. A spasmus ugyanis olyképp fokozódik annyira, hogy a peripheriáról érkező ingerek a nagyagykéreg csökkent befolyása mellett csak- nem egészükben tevődnek át a motoros pályákra. A Förster- műtét által csökkentjük a peripheriáról érkező ingerek számát és nagyságát. Betegünknek is a műtét után szembe- tűnő javulás mutatkozott; tekintettel azonban arra, hogy a beteg socialis és egyéb körülményei miatt a Förster

által ajánlott gyógymechanikai eljárásokat a műtét után nem lehetett kivinni, kérdés, hogy a javulás mennyi ideig fog tartani.

Jegyzet. Közleményemnek nyomtatásban megjelenéséig két év telt el és ezen idő alatt a beteg állapota a műtét után ismét rosszabbodott, s jelenleg a végtagokban megnyilvánuló spasmus és athetosis csaknem a műtét előtti intenzitását érte el.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tud. egyetem II. sz. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Kuzmik Pál egy. ny. r. tanár).

A vesetáj pneumoradiographiája.¹

(Egy fénykép-melléklettel.)

Írta: Szabó Ince dr. egyet. tanársegéd.

A vesék pneumoradiographiája alatt azon eljárást értjük, mellyel a retroperitoneálisan fekvő vese zsíros tokjába 5—600 ccm gáznemű anyagot juttatunk, s így ezen negatív töltés által a vese és az őt környező lágyrészek között oly kontrasztkülönbséget teremtünk, hogy úgy a vese, mint a vele szomszédos szervek körvonalai a Röntgen-felvételen, sőt az átvilágító ernyőn is élesen elkülöníthetők.

A légnemű anyag befecskendezésének technikája a következő: A beteget a vizsgálandó vesével ellenkező oldalra fektetjük, dereka aká homokzsákok helyezünk; ezáltal a vizsgálandó vesetáj jól kidomborodik, a szervek pedig saját súlyuknál fogva le- és előresülyednek, és eltávolodnak a hátsó hasfalától, ami a melléksérülések elkerülése szempontjából igen fontos. Most egy 10 cm hosszú finom punctiós tűvel a második ágyékcsigolya közepének magasságában a hátegyenesítő izmok külső szélén a bőr előzetes deszficiálása után beszúrunk. E helyen a bőr alatti kötőszövetet, fascia lumbodorsalis, musculus quadratus lumborumot és aponeurosisat találjuk. Míg az izomzatot és az aponeurosison átmegegyünk, bizonyos ellenállást érzünk; mihelyt ez utóbbit is áthaladtunk, egy zökkenés érezhető, tűnk könnyen mozog, a helyes rétegben vagyunk, a gáz befecskendezése a laza szövetbe könnyen sikerül. Tűnk a mondott helyen való beszúrás után kissé befelé és fölfelé irányítva vezetjük, mert így úgy a vesének, mint a psoasnak a megsértését elkerüljük. A tűt kb. 7 cm-re, kövér egyéneknél 9 cm-re kell beszúrni. Ha a beszúrás megtörtént, megfigyeljük nem-e csepeg vér a tűn keresztül; ha igen, úgy a tű helyzetét meg kell változtatnunk, mert vérben van és a légembolia veszélye miatt ilyenkor semmi esetre sem szabad gázt befecskendezni. Az ilyenkor megsérülő ér a zsíros tokban futó, vese körüli vénák vagy arteriák egyike. A nagy erek sokkal mélyebben és mediálisabban fekszenek, semhogy azokat megsérthetnénk; de ha túlmélyen való beszúrás esetén meg is szúrjuk őket, ily vékony tű mellett nem jelent semmit, mert a mélyen fekvő idegek vezetési érzéstelenítésénél ez többször is minden baj nélkül megtörténik. Hasonlóképpen a sympathicus-idegdúcok, illetőleg idegek megsértése is kizárt. A beszúrás megtörténte után meg kell győződnünk arról is, hogy a tű vége nincs-e a veseállományban. Erről úgy győződünk meg, hogy a beteget mélyen belélegeztetjük és ha a tű külső vége erős ellentétesirányú kilengéseket végez, úgy a hegye a parenchymában van, vagy legalább is szórosan érintkezik vele. Mindaddig húzzuk vissza a tűt, míg belélegeztetésnél mozgása megszűnik. Különben a gáz befecskendezésénél is azonnal jelzi a beteg, hogy a tű a veseparenchymában van, mert rögtön erős, a vesére jellemző kisugárzó fájdalomról kezd panaszkodni. Ugyancsak elkerülendő a diaphragma és a pleura megsértése is. Az előbbinél apnoë az utóbbinál pneumothorax-képződés veszélye fenyeget. Ezt elkerülendő, tudnunk kell, hogy a pleura-üreg legalsó tasakja kb. az első ágyékcsigolya felső szélé magasságában, a rekesz pedig az első ágyékcsigolya alsó szélé magasságában fektetett vízszintes

¹ A budapesti IX. sebésznapgyűlésen 1922 szept. 16-án tartott előadás nyomán.

síkiig ér le; épp ezért tűnkét mindig a második ágyékcsigolya-tést közepének a magasságában kell beszúrunk és csak kismértékben szabad hegyét fölfelé irányítanunk. Túl mediális irányban sem szabad tűnkét vezetni, mert különben a musculus psoasba jutunk, minek emphysemája kellemetlen, az inguinális táj felé kisugárzó fájdalmakat okoz a betegnek.

Ha a fentiek betartása mellett biztosak vagyunk, hogy tűnk hegye a helyes rétegben van, megkezdjük a gáz befecskendezését. Klinikánkon a majd alább részletesen kifejtett okok miatt oxigént használunk e célra. A befecskendezést egy kétjáratú csappal ellátott, 100 cm³ kifőzhető, fémburkolatos üvegfecskendővel végezzük. A csap egyik járata egy kifőzött gummicső segítségével egy oxigéntartállyal, a másik csapja egy másik steril gummicső segítségével a vese zsíros tokjában levő kanüllel áll összeköttetésben. Minthogy az oxigenbombából túlnagy nyomás alatt jön az oxigen, a szükséges mennyiséget víz felett fogjuk fel. E célra a legmegfelelőbb a Brauer-féle pneumothorax-készülék. A fecskendő oxigen felőli csapját megnyitva, oxigént szívunk fel a fecskendőben; e csapot elzárva, megnyitjuk a beteg felőli csapot és szép lassan, egyenletesen nyomjuk az oxigént a vesét körülvevő zsíros kötőszövetbe. Az oxigen befecskendezése közben a betegnek sohasem szabad fájdalomról panaszkodni. A beteg, ha helyes rétegben vagyunk, többé-kevésbé kellemetlen telődési érzésről panaszkodik csak. Mihelyt fájdalmat jelez, szüntessük be az oxigen-befecskendezést, mert vagy a vesében, vagy a psoasban van a tű vége, amit már a fentemlített kisugárzó fájdalomkból állapítunk meg, vagy pedig perirenális összenövés akadályozza a gáz egyenletes eloszlását. Előbbi esetben a tűt kissé visszahúzzuk, utóbbi esetben álljunk el a zsíros tok gázzal való megtöltésétől, mert ha erőltetjük a dolgot, a nagy nyomással besajtott gáz szétrobbantja az összenövéseket, véredek szakadnak meg, melyeken át a nagy nyomással besajtott gáz a véráramba kerül és emboliává alakulhat. E tényt többször tapasztalták mesterséges pneumothorax-képzésnél, mikor az összenövéseket erős nitrogennyomással robbantani igyekeztek, hogy ezáltal lehetségessé tegyék a fixált tüdőfélnek a collabálását.

A helyes technikai kivitel mellett az a kérdés, hogy milyen gáznemű anyagot használjunk a perirenális zsírszövet megtöltésére. Láttuk, hogy pneumoperitoneumnál 5—6 liter levegőt lehet minden kár nélkül a szabad hasüregbe befújni. Ezen alapon első kísérleteinket mi is levegővel végeztük. Egy alább részletesen közlendő esetünk kapcsán, mely határozottan légembolia benyomását tette, áttértünk az oxigenre, és pedig Gärtner figyelmeztetésére és kísérleteire támaszkodva. Gärtner ugyanis kimutatta, hogy egy állat venájába nagymennyiségű oxigént fecskendezhetünk be minden veszély nélkül, csak arra kell vigyáznunk, hogy a befecskendezés lassan történjen, hogy a véresejteknek ideje legyen a beáramló oxigént megkötni. Csak ha a befecskendezés oly gyors, hogy az oxigént a venosus vér nem képes megkötni, alakul át emboliává és blockirozza a kis vértörte. Más az eset a levegőbefúvás esetén. Ezt a vér nem köti meg, tehát mindenképpen emboliává alakul. Mint láttuk, a befúvásnál alkalmazott nyomás igen fontos szerepet játszik. Erős nyomással besajtott gáz erőszakosan teremt magának utat és ilyenkor elsősorban a vékonyabbfalú vénák repednek meg. Hogy nagy nyomás mellett az oxigen is képes emboliát képezni, láttuk a háború elején a gázphlegmonok kezelésénél. Ezek ellen ugyanis azt ajánlották, hogy a megbetegedett szövetekbe nagy nyomás mellett oxigént sajtoljanak, mely művelet nem egy halálos kimenetelű emboliával végződött, mikor is véletlenül a vénába került tűn a vér elnyelőképességét meghaladó mennyiségű oxigen jutott a jobb szívbe és onnan a kis vértörte. Nem tudjuk eléggé hangsúlyozni, hogy a befúvás legyen lassú, egyenletes és óvatos. Az egész művelet alatt hallgatózzunk a szív felett, mert már a legelső gázbuborék egy zörejt okoz (Plätschengeräusch). Ez, oxigen használata esetén, nem jelent komolyabb bajt, mert ha ezt nem követi nagyobb és újabb mennyiségű oxigen, úgy az hamarosan, mielőtt kijutna a jobb szívből, absorbeálódik.

Levegőnél azonban már az első buborék is veszélyes lehet, mert a vér nem nyeli el, tehát feltétlenül bejut a kis, esetleg a nagy vércsőbe és kiszámíthatatlan esélyeknek teszi ki a beteget. Gärtner igaza mellett szól az alábbi, általunk észlelt eset, mely még vizsgálataink kezdeti idejéből, mikor levegővel végeztük vizsgálatainkat, származik.

H. J.-né, 35 éves. Néhány hónap óta deréktájéki fájdalmakról panaszkodik. Vizelete utóbbi időben zavaros, keveset lefogott. Mellkasi lelet, szív működés rendes, has közepesen feszes és közepesen elődomborodott. Bal bordaív alatt két ökölnyi, könnyen mozgatható terime-nagyobbodás van, mely a légzést követi, bimanuálisan ballotálható, erősebb nyomásra érzékeny. 1922. III. 4-én pneumoradiographia. Körülbelül a 150 cm³ levegő befúvása közben collabál a beteg, a légzés kimarad, a pulsus szaporává, alig érezhetővé válik. Az azonnal alkalmazott, pár percig tartó mesterséges légzésre a cardiacumok intravenás befecskendezésére az apnoë megszűnik, a pulsus valamit javul. A beteg azonban csak három óra eltelte után kezd eszméletét visszanyerni III. 5. Beteg még mindig elesett, pulsusa szapora, csak inarticulált szótagokat tud kimondani. III. 6. Jobboldali végtagok hűdöttek, felemelés után petyhüdtlen visszaesnek, active nem mozognak. Baloldalt spastikus összehúzóadás a kézben, clonicus görcsök az ujjakban. Babinszky pozitív. A beteg még mindig csak szótagokat tud kiejteni, összefüggően nem beszél. III. 7-8. Hasonló állapot, csak valamivel enyhébb tünetekkel. III. 10. Beszéd javul, spasmusok engednek, hűdés még mindig megvan. III. 12. Beszéd hibátlan, spasmusok megszűntek, hűdés is kezd engedni. III. 14. Beteget javultán saját kérésére hazabocsátjuk.

Ez esetben éppoly ijesztő tüneteket láttunk, mint amelyeket nem egyszer látunk pleurapunctio után is fellépni. E tüneteket négy csoportba oszthatjuk (Forlanini): psychikus, motorikus, légzési és vérkeringési elváltozásokra. A psychikus elváltozás a hosszabb-rövidebb ideig tartó öntudatlanságban; a motorikus az öntudatlanság után fellépő spastikus bénulások vagy tonikus-clonikus görcsök fellépésében; a légzési zavar felületes légzésben, cyanosisban, sokszor apnoëban; a keringési zavar pedig rendetlen és filiformis pulsusban nyilvánul. Sokszor látjuk, hogy két-három rendes pulsus után a következő kimarad. Sokszor az apnoë csak mesterséges légzéssel és izgatószerrel intravenás befecskendezésével tudjuk megszüntetni. Néha minden igyekezetünk dacára beáll a halál. Ezt a pleurapunctio után fellépő állapotot a szerzők egy része levegőemboliának, más része pleurareflexnek tulajdonítja. Az emboliatheoria szerint a tű megsérti az ereket, ezekbe levegő kerül, amely emboliává alakul. Az embolia az agyba jut és ennek izgalma folytán fejlődik ki a symptomadús kórkép, mely halálhoz is vezethet.

Ez ellen a reflextheoriát védők felhosszák, hogy a sectiós lelet az emboliára vonatkozólag mindig negativ. Ne feledjük azonban, hogy kis légembolia kimutatása szerfelett nehéz és hogy fel is szívódhat időközben. A reflextheoria szerint a reflectorikusan kiváltott pleura eclampsia okozza a kórképet. Mi, a fenti kóresetet tanulmányozva, azt inkább emboliás eredetűnek tartjuk, mert a 4-5 napig tartó spastikus, illetve hűdéses állapotot csak agyizgalomból, illetve hűdésből tudjuk magyarázni és nem hisszük, hogy azt akármilyen pleura-görcs is ki tudná váltani. Ennek a reflexe, véleményünk szerint, csak a légzésre és a vérkeringésre lehet hatással, de nem okozhat agyi tüneteket. E feltevésünket megerősítve látjuk egy második, közvetlenül a fenti előtt történt esetünk kórtörténeti adataiból:

L. J.-né. Két év óta keresztitaji fájdalmi vannak, egy hó óta jární sem tud. A has lapos, petyhüdt, a bal vesetájon érzékenység és gyermekfejnyi, mozgatható, légzőmozgást nem követő, elmosódott határu, fájdalmas terimenagyobbodás érezhető Febr. 4. Pneumoradiographia. Vizsgálat közben a beteg collabál, pulsusa alig érezhető, spontán légzés megszűnik. Mesterséges légeztetés, cardiacumokra az apnoë megszűnik, pulsus javul, a beteg tűrhető állapotba jut; következő nap még igen gyenge, pulsusa szapora, de jól érezhető. Harmadnap javultán távozik.

Ez esetben rövid ideig tartó, de megszüntethető apnoë és rendetlen, szapora érverés állott elő, de semmi görcsös, illetve hűdéses állapot. Ez utóbbi esetet mi is reflectorikusnak, a rekesz, illetve a pleura megsérülése folytán létrejöttnek tartjuk. E mellett szól az is, hogy a beszűrés helyét az első ágyékcsgolya magasságában, tehát a megengedettnél magasabban csináltuk.

Ismervén a módszer lényegét, veszélyeit és azok kikerülésének módjait, lássuk, mit nyújt diagnosztikai téren. Gyönyörűen látható ily felvételen az egész vesekontúr, a rajtaülő, háromszög alakú mellékvesével. Igen szépen látszanak a szomszédos szervek, máj, lép szélei és kontúrjai, különösen ha átvilágítással előre megállapítjuk az optimális helyzetet és úgy vezetjük a központi sugarat a testen át, hogy a részben egymást fedő szervek képei ne fedjék egymást. Ha fluoreszkáló ernyővel vizsgáljuk az egyént, hol ide-oda forgatva különböző irányból történhetik az átvilágítás, gyönyörűen el tudjuk egymástól különíteni a vese és a vele szomszédos máj, illetve lép árnyékát, ferde átmérőben igen szépen mutatkozik a máj alsó széle és megnagyobbodás esetén az epehólyag. Szépen látható a vese viszonya a gerincoszlophoz és a vese légzőmozgása, illetve a helyzetváltoztatás folytán létrejövő kilengései; különösen akkor, ha az előbb fekvő helyzetben vizsgált beteget álló helyzetben is megvizsgáljuk. Ha pl. egy vándorvesénél mindezen helyzetekben a vese fekvéséről egy-egy rajzot készítünk s a vizsgálat után e rajzokat összehasonlítjuk és magunk előtt látjuk a helyzetváltoztatás okozta variációkat, meg tudjuk érteni, hogy ezen megbetegedés vonalás következtében még a vese, illetve a kelyhek anatómiai elváltozása nélkül is oly sok subjectív panaszt tud a betegnek okozni. Még tökéletesebbé válik a kép, ha e módszert összekötjük a pyelographiával, mely módszer, mint ahogy már számtalan esetben észleltük és többször közzé is tettük, szintén egy teljesen ártalom nélküli beavatkozás. E kombinált negativ és positiv töltés segítségével magunk előtt látjuk a vesét mondhatni kívülről és belülről.

Előttünk áll az egész veseparenchyma és vesemedence képe. Láthatjuk a két főalkatrész egymáshoz való viszonyát. Meg tudjuk becsülni, hogy az esetleges kóros vesekelyhek milyen mélyen nyúlnak a parenchymába. Láthatjuk a parenchyma vastagságát, illetve kóros esetben annak megfogyatkozását. Szóval oly tökéletes a kép, amilyent csak a kórboncnok nyújthat. Ha már előzőleg egy functionális vesevizsgálatot is megejtettünk, akkor el-értük a diagnosis szempontjából azt a maximumot, amit mai tudásunkkal egyáltalán elérni lehet. Fontos, ha tökéletes és szép képet akarunk nyerni, hogy a vizsgálandó bélrendszere jól ki legyen tisztítva, miért is a megelőző két napon alapos hashajtás, a vizsgálat előtt pedig beöntés adandó a betegnek.

A vesék pneumoradiographiája révén biztosan meg tudjuk állapítani, hogy megvan-e a kérdéses, illetőleg mindkét vese? Ez igen nagyfontosságú oly esetekben, midőn valamely oknál fogva, mint pl. hólyagszugarodás, urether szájadékok oedemása volta, illetve azoknak rejtett volta, stricturák, illetve a patiens kis kora folytán cystostomia, urether-catheterezés nem végezhető, midőn sem mandrinos catheter, sem pyelographia révén nem dönthető el, hogy vajjon megvan-e mindkét vese, illetőleg, hogy a két uretherszáj anomális fejlődés miatt nem-e csak az egyoldali veséből kiinduló két uretherhez tartozik. Az irodalom nem egy solitaire vesekiirtásról tesz említést a vizsgálatnak fenti említett okok miatti kivihetlensége folytán.

Igen szépen láthatók a vesékben a concrementumok. Láthatjuk, mint helyezkednek el a parenchymában, illetve rajta kívül a medencében. Különösen az apró és puha kövek diagnosztikáját könnyíti meg, melyeket épp a kevés sugárelnyelő képességük miatt rendes felvételen nem tudunk érvényre juttatni. A kövek pontos helyzetmeghatározása megkönnyíti a műtéti beavatkozást is, mert előre tudjuk, hogy a vese mely részében keressük a követ, és így sokkal kisebb sérülés árán jutunk hozzá. Még átvilágító ernyőn is szépen látjuk a nagyobb vagy kemény concrementumokat; látjuk, mint mozognak légzésnél ide-oda a vesével, tehát biztosan kizárhatjuk a vese előtt vagy mögött fekvő, a légzőmozgásokat nem követő elmeszesedéseket.

Kitűnően láthatók a vese nagysági viszonyai, topographikus elhelyeződései, alakváltozásai. Ha mindkét oldalon megtöltjük oxigénnel a zsíros vesetokat, mit egyidejűleg is bátran megtehetünk, mert a betegek minden nagyobb subjectív panasz nélkül tűrnek e műveletet, igen

szépen összehasonlíthatjuk egymással a két vesét, amiből, különösen ha functionális vizsgálatot is végeztünk előzőleg, igen messzemenő következtetéseket vonhatunk le.

Legnagyobb hasznát e módszernek a vesedaganatok kórismézésében látjuk. A vesedaganatok sokszor igen nagy dimenziót érnek anélkül, hogy a terimenagyobbodás és vesetájék tompa, húzó fájdalom kívül oly jellegzetes functionális elváltozásokat okoznának, melyek rájuk nézve jellegzetesek és amelyekből a vesedaganat kórisméjét felállítani tudnók. A vesediagnostikába újabban bevezetett pyelographia, midőn a vesemedence abnormis helyzetéről, illetve egyrésztének vagy az egésznek összenyomottságából, eltorzultságából arra következtethetünk, hogy a terimenagyobbodás a vesével függ össze, sokat lendített e téren, de azt a tökéletességet azonban nem tudjuk elérni, mint amely a pneumoradiographiával sikerül. Különösen jól sikerül a differential-diagnosis más hasúri szervek daganataival szemben. A vesedaganatot látjuk egész nagyságában izolálva a többi szervtől, illetve látjuk az ép vese képét a szomszédos más szervből induló daganat képe mellett.

Egy év leforgása alatt 39 esetben, háromszor mindkétoldalt volt alkalmunk a pneumoradiographiát részint a vese, részint más hasbéli daganatok eseteiben — midőn a többi vizsgálómóddokkal nem tudtuk a pontos diagnosist megállapítani — kipróbálni és általa mindig sikerült a helyes diagnosist felállítani. Helyes technika és a vér által könnyen absorbeálható anyagok (oxigen, széndioxid) befúvása esetén kevés subjectív panaszon kívül semmi más kellemetlenségnek és veszélynek nem tesszük ki a beteget e módszer alkalmazásával. A fentebb említett 2 kellemetlen incidens is a helytelen technika és a helytelenül megválasztott légemű anyag befecskendezésének rovására írható. Úgy saját, mint az irodalomból merített tapasztalataink szerint mindig elkerülhető e veszély. E módszer alkalmazásakor fellépő subjectív panaszok, a deréktáji feszülési érzet hamarosan megszűnik, ha a beteg nyugodtan fekvé marad. Maga a befúvott gáz 5—6 óra alatt legnagyobb részben resorbeálódik.

Véleményünk szerint a vesék pneumoradiographiája jelentős lépéssel gazdagította diagnostikai módszereink tárházát, vele igen sok esetben fogunk világosságot deríteni oly kérdésekre, melyekre eddig csak a próbalaparotomia révén tudtunk felelni. Épp ezért alkalmazását, meggyőződésünkkel árthatatlan voltáról, nyugodt lélekkel ajánljuk.

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

A vizelet stalagmetriás vizsgálatának diagnostikai értékéről.

Írták: Ifj. Matusovszky András dr. és Laczka Sándor dr.

Már régi törekvés az orvostudományban oly reakciók kidolgozása, amelyek segítségével egyes betegségek korai stádiumukban felismerhetők lennének, midőn a beteg klinikai vizsgálatával a diagnosist teljes bizonyossággal még nem állapítható meg, vagy a baj nem különíthető el a hozzá hasonlóknak mutatózó kórfolyamattól; mások meg felhívná a figyelmet a vizsgált egyének physiologiás határok közt mozgó elváltozásaira vagy ezeknek a pathologiásba való átcsapására. Egy elméletileg jól megalapozott s a gyakorlatban eredménnyel felhasználható módszer szükségét eléggé igazolja azon mindennap tapasztalt nehézség, mellyel pl. egy korai terhesség megállapítása vagy egy extrauterin graviditásnak egyéb adnexmegbetegedéstől való elkülönítése jár, valamint azon tehetetlenség, mely a rák elleni küzdelemben annak későn való felismerése miatt ránk nehezedik; ezért minden olyan kutatás értékesnek nevezhető, mely a szervezetben végbemenő folyamatokat akár physikai, akár chemiai, akár biologiai vagy egyéb módszerekkel vizsgálja s azok megváltozásait a jelzett irányban használja fel. A biologiai s a chemiai eljárások mellett egyesek a physikai módszerekkel próbál-

koztak meg. Ezek közül fölemlíthetjük *Ascolit* s követőit, kik a vérsavó felszíni feszültségének bizonyos változásait, legújabbban pedig *Schemensky* a vizeletnek hasonló irányú vizsgálatát igyekeztek diagnostikai célból felhasználni. Utóbbi a vizeletben physiologiás viszonyok között változó mennyiségben található colloidanyagok tanulmányozását tűzvé ki célul, vizsgálatai folyamán észrevette, hogy a szervezet bizonyos állapotaira nagyon jellemző ezen anyagoknak a vizeletben való felszaporodása, kimutatásuk tehát felhasználható diagnostikus célokra is. Minthogy a colloidanyagok direct quantitativ vizsgálata igen körülményes, azért az indirect módszert alkalmazta, mely a vizelet felszíni feszültségének a meghatározásából áll. Az eljárás azon alapszik, hogy a vizeletben jelenlévő colloidanyagok annak felszíni feszültségét többé-kevésbé csökkentik, ha tehát a felszíni feszültséget mérjük, egyúttal a colloidanyagok megszaporodását is kimutathatjuk.

A felszíni feszültség legcélszerűbben a stalagmometerrel mérhető. Az eszköz nem egyéb, mint egy a végén hajszálcsovő kihúzott osztályozott pipetta, melyből egy bizonyos mennyiségű folyadékot lecsepegtetve, a kiömlő cseppek számából az illető folyékony anyag felszíni feszültségére következtethetünk. Ez a szám az egyes folyadékok szerint változó, s jellemző az illető folyadék felszíni feszültségére. A folyadékok felszíne ugyanis úgy viselkedik, mint egy hártya, melynek kisebb-nagyobb feszültsége van. Ez a feszültség igen jól szemléltethető oly módon, hogy pl. egy pipettából vizet, a másikkól pedig alkoholt csepegtetünk ki, midőn is látjuk, hogy a víz nagy cseppekben, az alkohol pedig kisebbekben szakad le a pipetta végéről, tehát a nagyobb felszíni feszültséggel bíró víz felszínén képződő hártya az alkoholénál sokkal nagyobb terhet bír meg a csepp leszakadásáig. A nagyobb felszíni feszültséggel bíró folyadék ugyanazon térfogatából tehát a nagyobb tömegű cseppek miatt kevesebb számú cseppet nyerhetünk, mint a kisebb felszíni feszültségűből, mely szám egyúttal a mértéke az illető folyadék felszíni feszültségének is. *Schemensky* fölvétele szerint a vizelet felszíni feszültségét csökkentő anyagok a folyadék felszínén gyűlnek össze, melyeket a vizeletből állati szénrel való rázás után absorbeálva, a maradékból a víz cseppszámához közelálló értéket kapott. Így pl. midőn a colloidtartalmú s megfelelően előkészített vizelet cseppszáma 847 volt, a jelzett colloidanyagok absorptiója után a már csak cristalloidokat tartalmazó vizeletben 716 cseppet számlált. E két értéket ő arányba állította s a nyert számot stalagmetriás hányadosnak nevezte el, mely az említett viszony-

latban $\frac{847}{716} = 1.182$ -nek felelt meg. Ajánlatára e számból csak a tizedesekkel fejezzük ki azon különbséget, mely egy másik vizelettel szemben fennáll. Ha pl. egy következő vizsgálat eredményeképpen $\frac{80.2}{71.4} = 1.123$ számot nyer-

tünk, a 123-as szám alapján ezen vizelet felszíni feszültségét nagyobbak nevezhetjük, mint az előbb említett, 182-ös stalagmetriás hányadossal bíró vizeletét, mint-hogy az előbbi ugyanazon mennyiségben kevesebb cseppszámot tartalmazott az utóbbinál. Ez alapon leszögezhetjük, hogy minél nagyobb cseppszámot kapunk a vizsgálatnál, azaz minél nagyobb a stalagmetriás quotiens, annál kisebb az illető vizelet felszíni feszültsége, tehát több colloidanyagot tartalmazott, mint a kisebb hányadosal bíró, azaz kevesebb cseppszámú vizelet.

Az ily módon vizsgált s egészséges egyénektől származó vizeletek stalagmetriás hányadosa *Schemensky* szerint a 200 alatt mozog. Ha a vizelet epefestékeket, vagy fehérjét tartalmazott, ezek, mint a felszíni feszültséget csökkentő anyagok, a hányadost rendszerint megnövelték. Így az epefestékeket tartalmazó vizeletek hányadosa a 272—465 számok, a nephritiszes vizeletek pedig 273—395 között mozgott. Hasonlóan emelkedett a stalagmetriás quotiens a pyelitiszesek és cystitiszesek genyelt tartalmazó vizeleténél. Diagnostikai szempontból megállapításainak legjelentősebb eredménye a graviditásnál mutatózó felszíni feszültség csökkenéskimutatása, amit a 290—430 közti értékek jeleznek. A vizsgált terhesek egy részénél a vizelet, habár kis mennyiségben, bilirubint s

fehérjét is tartalmazott, melyek már maguk növelik a folyadék cseppszámát, de az ily alkatrészekből mentes terhes vizeletek mérése is a jelzett határok közötti hányadost eredményezett. Minthogy a felszíni feszültség mérése kilátást nyújtott bizonyos elváltozások felismerésére s egyes betegségek kimutatására, azért további vizsgálatokat végeztek, melyek során a tuberculosos és rákos betegek vizeletének nagy percentjében is magas quotienst talált, míg diabetsnél az érték a normálisnak felelt meg. A szülészet és nőgyógyászat körébe tartozó elváltozásoknál eddig még csupán Oettingen próbálta ki az eljárást s azt találta, hogy a stalagmometriás hányados gravidáknál a 235—444 szám között mozgott, mely érték a gyermekágy első hete után rendszerint a 200 alá süllyedt. A legmagasabb számot egy eclampsiás vizeletének vizsgálatánál nyerte. Hasonló emelkedést látott malignus tumoroknál, lázas megbetegedéseknél, míg egyéb genitális bajban szenvedők vizeletének felszíni feszültsége csökkenést nem mutatott.

Biztató eredményeik alapján mi is megpróbáltuk a betegek vizeletének felszíni feszültségéből szervezetük állapotára következtetéseket vonni, adott alkalmakkor pedig az elkülönítő kórisme felállításánál vettük igénybe a vizsgáló módszert. Vizsgálatainkhoz Schemensky előírása szerint készítettük elő a vizeleteket, azaz először filtráltuk, majd destillált vízzel 1010 fajsúlyúra hígítottuk, azután sósavval addig savanyítottuk, míg az indicatorul alkalmazott kongópapír vörös színe halványkékbe csapott át. Az utóbbi eljárást azért írta elő Schemensky, hogy ezáltal az egyazon vizeletnél a savtartalom növekedésével kapcsolatosan észlelhető cseppszámváltozást a lehetőség szerint megszüntesse. Tapasztalata szerint ugyanis a sósav hozzáadására a vizeletnek növekvő H-ion-concentrációjával a vizeletnek cseppszáma is nőtt, mely hiba forrását a vizsgálati methodusnak kiküszöbölendő, igyekezett a savanyítással oly fokot elérni, melyen túl a cseppszám emelkedni már nem szokott, mit legjobban az említett indicatorral megállapítható 10^{41} — 10^{38} H-ion-concentrációnak megfelelő savanyúsággal ért el. Az összehasonlító vizsgálatok számára szükséges állandó viszonyok teremtése a célja a vizelet hígításának is. Ezzel ugyanis elérjük azt, hogy a különböző koncentrációjú vizeletekben a víztartalom változásával növekvő vagy csökkenő felszíni feszültség alapján a keresett colloidszerű anyagok mennyiségére helyes következtetéseket vonunk le. Így pl. egy 1026 fajsúlyú vizelet cseppszáma annak 1010 fajsúlyúra való felhígításával a felszíni feszültség 36%-os növekedését vonta maga után s ezen, a vizelet különböző koncentrációja folytán létrejövő hiba elkerülésére választottuk mi is középértékként az ajánlott 1010-es fajsúlyt minden vizelet vizsgálásához. Kísérleteinket a Traube-féle 40'5 cseppszámot adó stalagmometerrel végeztük 602 vizeletben, melyek 200 különböző egyéntől származtak s ezek szerint:

Alacsony volt a quotiens egészséges férfiaknál, amenorrhoeás, s a climaxban levő asszonyoknál, polypusoknál, myomáknál, ovarialis cystáknál, a hüvely sülyedéseinél s a méh helyzetváltozásainál.

Magas hányadost kaptunk mastitisnél, bubo inguinálisnál, ovariumabscessusoknál, a fehérjét vagy epealkatrészeket tartalmazó vizeleteknél, a genyet tartalmazók 50%-ában, a tüdőtuberculosisban szenvedők 50%-ában, az idült gümős hashártyagyulladásoknál, a látat okozó adnextumorok s parametrális exsudatumok 83%-ában, a már láztalan állapotban észlelés alá került hasonló bántalmak 50%-ában. A vizsgált méhrákosok közül 10 inoperabilis collum-rákos, kik 2—6 hónap óta Röntgenkezelés alatt állottak, mind alacsony hányadost adtak, úgyszintén azon két operabilis folyamat, melyekben a portión diónyi, már széteső, fekélyes tumor ült. Magas hányadost csupán négyszer láttunk: egy hólyagba átterjedt, egy a peritoneumon disseminált göböket előidéző, egy total exstirpatio után a környezetben recidivált s egy előrehaladó cervicalis ráknál. A terheseknél a 9—12. hétben levők közül 50%-nál láttunk emelkedést, az idősebb gravidok 90%-ánál. Feltűnő volt ezek közül a vizsgált 3 eclampsiásnak roham utáni 400-on felüli stalagmomet-

riás quotiense. A terheseknek szülés előtt igen magas értéke a gyermekágyban csökkenni szokott, úgyhogy az 5—6-ik napon már a 200 alatt mozgott.

Ezek szerint a reactio, ha feltétlen megbizhatósággal nem is mutatja ki a graviditást, vagy valamely a genitáliákban székelt elváltozást, mégis nyilvánvaló, hogy bizonyos körülmények között a szervezet egynemely állapotára jellemző oly anyagokra hívja fel a figyelmet, amelyek a felszíni feszültséget csökkentik. Ezen anyagokat Bechhold s Reiner stalagmonoknak nevezték el. Minemőségük kimutatására előbb Schemensky végzett vizsgálatot, de csupán annak megállapítása sikerült, hogy nemcsak az albuminok, albumosok s epealkatrészek jelenléte az egyedüli oka a vizelet felszíni feszültségi csökkenésének, hanem más anyagok is részvesznek a csökkentésben, amelyeknek sokkal fontosabb szerepük van a hányados emelésében. Ezekről Bechhold s Reiner kiderítették, hogy a colloidok s a semicolloidok közé tartoznak, dispersitásuk finomabb, mint a fehérjéké, savi, részben pedig amphoter vegyhatásúak, vízben jól oldódnak, s a hőbehatásokkal szemben stabiloknak mutatkoznak, mely alapon ők elsősorban az oxyproteinsav-, albumos- s pepton-szerű fehérjebontásterméket tekintik ilyenekül. Habár végérvényesen nevezettek sem tudták ezen anyagok mibenlétét megállapítani, mégis nagy fontosságot tulajdonítanak nekik, mivel úgy vélik, hogy ezeknek a vizeletben való megjelenése egyrészt a fehérjebontások zavarára mutat, s így pótolja majd azon hiányokat, melyek a vizeletben foglalt fehérjebontástermékek vizsgálatára eddig használt, de nem nagyon érzékeny analitikus módszereket jellemzik, másrészt pontosabban megállapítható lesz azon viszony, mely a szervezet fehérjeanyagforgalma s a vizeletben foglalt fehérjebontástermékek között fennáll. Nagy perspektívát nyújt azonkívül szerintük ez a megállapítás a fehérjeanyagforgalom zavarainál a prognosis felállítását illetőleg, úgyszintén az infectiós betegségek szempontjából is, tekintve az immunitás s a fehérjebontások közti szoros összefüggést. Több betekintést nyújt a stalagmonok mibenlétére vonatkozólag szerzők azon megállapítása, miszerint a vörösvérteteknek Fahraens s Plaut által ismertett sülyedési gyorsulása szintén a stalagmonok behatására jönnek létre, mit ugyancsak Schemensky a parallel végzett két reakciónak 70%-ban megegyező eredményével bizonyít. Ez egyúttal megerősíti Bechholdnak azon felvételét is, hogy a stalagmonok a vérből kerülnek a vizeletbe, miközben alig, vagy igen csekély mértékben szenvednek változást. A két tényező indentitását illetőleg legfőbb bizonyíték azon kísérletük, amellyel a vizelet stalagmonjait a vérbe juttatva, a vörösvérteteknek sülyedési sebességét meggyorsították, tehát az agglutinatio egy bizonyos fajtát hozták létre, mint ahogyan a reakciót Plaut is magyarázza.

A szervezet kóros fehérjeanyagforgalmának s a pathologiás fehérjebontások ismeretének szempontjából nem lesz érdektelen saját vizsgálataink ama része, melyet narcosisált betegekben végeztünk azok vizeletének felszíni feszültségi változásait illetőleg. 21 asszonyt vettünk vizsgálat alá, kiken narcosisban különböző indiciók alapján laparotomiát végeztünk s láttuk, hogy azon 19 betegnél, kiknek a műtét előtt meghatározott stalagmometriás quotiense a normális határként felvett 200-as szám alatt mozgott, a műtétet követő méréseknél a vizelet különböző fokú s különböző időben fellépő felszíni feszültségi csökkenést mutatott, ami a hányadossal kifejezve igen jól szemleltethető. A csupán aetherrel narcosisáltaknál (1. és 2. sz.) a műtét második napján emelkedett a hányados a physiologiásnak fölvevő érték (200) fölé s a hatodik napra süllyedt a normális keretek közé. Az elhasznált aether mennyisége az egyik altatótnál 120 gr, a másiknál 200 gr volt. A tisztán chloroformmal, vagy vegyesen altatótt (chloroform + aether) 17 betegünk közül 13-nál már a narcosis követő 6—8-ik órában emelkedést láttunk (ezek közül 8-nál a 309—384 közt mozgott a hányados), kettőnél csak a műtét első napjától, más kettőnél pedig a műtét 2-ik napján lépett fel a felszíni feszültség csökkenése. A normális érték a legkorábban a 4-ik napon, legkésőbbben a 14-ik napon állott ismét vissza. Két operált betegnél a quotiens tartós sülyedését nem vártuk be, mivel az egyiknél a 7-ik napon

	Név- és fejlapszám	Betegség	Műtét	Altató- szer	Műtét előtt	Műtét után	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	XIII.	XIV.	XV.
1	839/1922. Hartmanné	Retroflexio uteri	Ventroxif.	120 gr. aether	120	160	176	261	375	208	237	64	61	—	—	—	—	—	—	—	—
2	854/1922. Kissné	Myoma uteri	Amput. supravag.	210 gr. aether	48	165	190	258	324	221	185	151	278	150	—	—	—	—	—	—	—
3	529/1922. Beczné	Cysta ovarai	Cystect.	65 gr. chlor.	173	240	210	236	255	271	300	342	121	316	286	338	—	—	—	—	—
4	904/1922. Szendekné	Deg. ovar. cystica Retroflexio ut.	Adnexot. Ventroxif.	55 gr. chlor. 75 gr. aether	90	159	200	241	—	139	200	155	161	98	—	—	—	—	—	—	—
5	802/1922. Szombatiné	Retroflexio uteri	Ventroxif.	90 gr. chlor. 100 gr. aether	180	309	200	290	377	240	189	103	201	232	109	161	—	—	—	—	—
6	833/1922. Zacheráné	Cysta paraov.	Cystect.	35 gr. chlor. 100 gr. aether	169	330	224	397	327	278	140	126	113	107	67	—	—	—	—	—	—
7	807/1922. Serfőzőné	Desc. vag. Retroflexio ut.	Colporraph.+ Ventroxif.	20 gr. chlor. 100 gr. aether	160	218	200	323	248	302	157	188	165	—	—	—	—	—	—	—	—
8	863/1922. Ribáné	Cysta ovarai	Adnexotom.	30 gr. chlor. 135 gr. aether	189	327	243	333	—	393	283	186	251	148	168	194	195	—	—	—	—
9	746/1922. Nagyné	Grav. tub. Cysta paraov.	Adnexot. I. sin.	70 gr. chlor. 130 gr. aether	140	—	302	—	238	250	—	124	212	194	—	—	160	48	—	—	—
10	860/1922. Wawasowskyné	Cysta paraov.	Cystect.	25 gr. chlor. 125 gr. aether	98	274	213	276	420	319	257	148	80	120	—	—	—	—	—	—	—
11	758/1922. Brecskáné	Sactosalp. I. d.	Adnexotom.	25 gr. chlor. 150 gr. aether	125	312	242	—	—	345	321	170	120	184	113	—	—	—	—	—	—
12	942/1922. Szabadosné	Tumor adn. Pyovarium	Adnexotom.	50 gr. chlor. 600 gr. aether	166	267	307	269	—	305	297	—	118	154	154	155	—	—	—	—	—
13	838/1922. Józsefné	Myoma uteri	Amput. suprav.	80 gr. chlor. 160 gr. aether	150	232	426	358	354	346	212	248	244	140	100	115	—	—	—	—	—
14	Külön- szoba	Retroflexio uteri	Ventro- fixat.	25 gr. chlor. 100 gr. aether	160	193	243	221	349	225	211	242	207	178	150	—	—	—	—	—	—
15	928/1922. Ferlinderné	Cysta ovarii lat. utr.	Adnexotom.	100 gr. chlor. 250 gr. aether	174	384	298	296	360	244	289	303	20	171	—	—	—	—	—	—	—
16	908/1922. Irányiné	Cc. portio.	Exst. ut. tot. per vag.	30 gr. chlor. 300 gr. aether	87	189	193	208	149	336	137	332	285	316	244	309	258	251	192	180	59
17	856/1922. Vidáné	Tumor adnex. I. u. ¹	Adnexot. I. utr.	30 gr. chlor. 180 gr. aether	42	237	241	331	398	176	171	273	310	301	—	—	—	—	—	—	—
18	846/1922. Mártonné	Myoma uteri ²	Amput. supravag.	55 gr. chlor. 135 gr. aether	122	247	201	244	375	281	315	295	291	280	245	287	300	363	—	—	—
19	875/1922. Németné	Cysta ovar. + gravid.	Adnexotom.	180 gr. chlor. 120 gr. aether	200	384	247	318	252	204	318	461	360	304	260	247	139	—	—	—	—
20	804/1922. Berinkei	Tbc. perit. Cysta ov. ³	Cystectom.	30 gr. chlor. 150 gr. aether	231	306	204	255	—	288	254	193	248	204	233	210	—	—	—	—	—
21	791/1922. Rákné	Anexitis I. d. Retroflexio ut.	Adnexotom. Ventroxif.	30 gr. chlor. 130 gr. aether	351	—	300	347	—	349	265	261	61	190	—	—	—	—	—	—	—

¹ A 6. napon cystitis fejlődött ki. — ² Exsudatum fejlődött ki. — ³ Tbc. peritonei.

cystitis (17. sz.), a másikkal az 5-ik napon láz kíséretében exsudatum fejlődött ki (18. sz.), mely elváltozások a vizelet colloidanyagainak szaporodását maguk is okozhatták. Az említett 17 asszonyon kívül még két, chloroformmal altatott beteg vizeletén végeztünk hasonló méréseket (21. sz.), melyet külön említünk, minthogy az egyiknél a hashártya gümös elváltozása miatt (20. sz.), a másikkal eddig ismeretlen okból (21. sz.) a műtétet megelőzően is magas volt a stalagmometriás quotiens (351), de ez utóbbinál is a normális alá süllyedt az érték a műtét 8-ik napjától kezdődőleg. E vizsgálatok alapján narcotizáltaknál a fehérjeanyagforgalom s fehérjebontások zavarára kell gondolnunk, mely a szervezetebe juttatott narcoticumok, főleg pedig a chloroform mérgező hatása következtében jöttek létre. Az elváltozások súlyosságát a hányados jelzi, mely-

nek nagysága a narcoticum minőségén és mennyiségén kívül individualis különbségekkel is összefüggésbe hozható, de lehetséges, hogy egyéb eddig ismeretlen körülmények is szerepet játszanak a változatokban.

A vizsgáló módszer által a vizeletben kimutatott colloidyszerű anyagok jelentőségét csak akkor fogjuk a maguk valóságában megítélhetni, ha pontosabban ismertek lesznek egyrészt maguk a változást előidéző anyagok, másrészt ha a vizeletben normális viszonyok közt is mindig észlelhető felszíni feszültségi ingadozások okai, úgyszintén azok mikénti összefüggése a táplálkozással s egyéb életkörülménnyel, — kiderülnek.

Irodalom. Schemensky: Münch. med. Wochenschr. 1920., 27., 43. és 49. sz. — Bechhold: u. ott 1920., 31. sz. — Oettingen: Zbl. f. Gynaek. 1922., 28. sz.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 március 24-i XVIII. tudományos rendes ülése.

Elnök: Horváth Ákos. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis K.

Bemutatók:

Dörner Dezső: a) *Tonsillektomiára gyógyult sokizületi csúsz érdekes esete.* 46 éves férfinek tonsillitis kapcsán fellépett, nyolc évig tartó polyarthritise és endocarditise tonsillektomiára rövidesen meggyógyult. Négy év óta recidivamentes. Szükségesnek tartja minden polyarthritises beteg tonsillit megvizsgálni.

b) *Új tüttartó mélyvarráshoz.* Tonsillektomia után halálos kimenetelű vérzések is voltak. Ezért olyan tüttartót szerkesztett, mellyel a garatíveket könnyű átölni. A fogantyúja a tüttartó síkjától hegyesszögben eltér és a tüttartó varráskor vízszintben mozog. A sebészet más ágában is alkalmasnak tartja mélyvarratok eszközlésére.

Hozzászólások: Tóvölgyi Elemér: A tonsilla-műtétek tekintetében nagy nézeteltérés tapasztalható az utóbbi időben. Fein prof. élesen kikel azok ellen, akik kritika nélkül minden tonsillit kioperálnak. Abban egyetért Feinnel, hogy a gyulladásnélküli, egyenetlen felületű tonsilla nem feltétlenül okoz polyarthritist, endocarditist vagy sepsist. Azonban tályognál és idült gyulladásnál tonsillektomia, igen nagy manduláknál tonsillotomia javallt; a scarificatiót minden esetben elveti. A tonsillektomiát az esetleges nagy utóvérzés miatt soha ambulánsan ne végezzük, csakis kórházban, ahol az orvosi felügyelet állandó.

Benczúr Gyula: Polyarthritise acuta esetében, ha tonsillitisből származik, célszerű a tonsilla operációja. Vannak esetek, melyek a salicyl- és physiotherapiával dacolnak, de a tonsilla eltávolítása napjaitól gyógyulásnak indulnak.

Rejtő Sándor: Tagadhatatlan, hogy van tonsillitis chronica, amely tonsillektomiára gyógyul. Hogy mennyiben igaz Fein állítása s hogy véletlenek-e a tonsillektomiák után hirtelen gyógyuló polyarthritisek, nephritisek, subfebrilis állapotok, ezt a gyakorlat alapján dönthetjük csak el. A vérzések elkerülésére több óvintézkedés áll rendelkezésünkre: intézetben, a reggeli órákban végezve, nőknél a menstruatio után csak 8–10 nappal stb., calcium nélkül is csökkentni a vérzések esélyeit. Ha a garatíve varrására kerül a sor, fontos a jó műszer. A freiburgi Fischer cég műszerénél bemutatotté annyival tökéletesebb, hogy különböző vastagságú tűk alkalmazását engedi meg.

Simicska Gábor: Azon polyarthritisek esetekre hívja fel a figyelmet, amelyek a tonsilláknak a szervezetből való eltávolítása után is fennállnak. Három esetet említ, hol külön-külön Highmor-üreg gnyedés, pyorrhoea alveolaris, illetőleg abscessus alveolaris chronicus volt s amely arthritisek a tonsillektomia után sem múltak el s csak a tonsillákon kívül fekvő góc eltávolítására gyógyultak.

Zimányi Vidor: Stöhr eredményes kutatása óta a tonsillákat a legkülönbözőbb szempontból vizsgálták és egész sorát közölték le a különféle megbetegedéseknek, „tonsillektomiára gyógyult érdekes eset” címén. Ily kórfolyamatnak az újabb tonsilla-problémák szempontjából történő alapos megfigyelése megadná a lehetőséget, hogy az egyébiránt plausibilis „anginosis” elméletre vonatkozó pro- v. contra-érvek birtokába jussunk.

Weltmann Mór: A chron. polyarthritisek legtöbb esetében tonsillektomiára kevés eredményt látunk; Pemberton szerint 85%-ban hatástalan. Indokolt tehát a ma mindinkább érvényesülő felfogás, hogy a polyarthritisek nem mitigált sepsis, hanem a szervezet különleges érzékenysége s így érthető is, hogy physicalis kezeléstől több eredményt látunk.

Előadás:

1. **Büben Iván:** A diathermia, különös tekintettel nőgyógyászati alkalmazására. Gyógyító hatásban az eddigi hőkezelési eljárásokat felülmúlja azáltal, hogy itt a hőt nem kívülről visszük a testbe, hanem az a bevitt szopora váltakozású elektromos áram energiájának átalakulásával, ellenállási hő alakjában, a szövetek mélyében képződik. A therapiába 1907-ben Nagelschmidt és Zeynek vezették be és főképpen a német orvosok alapos kísérletei nyomán csakhamar kellő méltánylásra talált hyperaemialis és ezzel kapcsolatos felszívó, fájdalomcsillapító és baktericid hatása miatt. Az I. számú női klinikán Kelen tanár kezdeményezésére 12 éve alkalmazzák. Négyszáz női beteget kezeltek diathermiával. Eredményeket értek el a női gonorrhoea azon makacs eseteiben, amelyekben a megbetegedés észke más helyi kezelést kizár és amelyek a szokásos kezelési

eljárásokkal dacolnak; a hólyagkezelésben a fájdalmas vizezés és incontinentia gyógyításában; ugyanígy az enuresis nocturna néhány esetében. Felszívató hatása adnextumorok, exsudatum utáni összenövések, valamint para- és perimetritisek kezelésében bizonyult kiválóknak.

Eljárásukban igyekeztek a külföldi szerzők által felállított indiciókat kipróbálni és a gyakorlati kivitelt tökéletesíteni azáltal, hogy speciális nőgyógyászati elektródokat készítettek. Eredményeik igazolják, hogy a diathermiával a nőgyógyászati therapia értékesen gazdagodott.

Mansfeld Ottó: A Siemens-Halske-féle diathermiakészülékkel dolgozik. 1921 óta 200 esetet kezel. 1. A főértékét fájdalomcsillapító hatásában látja. A fájdalmakkal járó betegségek és neuralgiák 90%-a kevés idő múlva gyógyult. 2. Nagyon becsüli a próba-diathermiát intrauterin vagy műtėti beavatkozás előtt. Ha a diathermiára hőemelkedés lép fel, a méh körül még meg nem nyugodott lobos göcöt kell feltételezni és minden activ therapia kerülendő. 3. Adnextumorok és exsudatumok eseteiben a subjectiv hatás kitünő. Az anatómiai gyógyulás jobb, mint minden egyéb conservativ eljárással, de mégsem kielégítő. Anatómiai értelemben gyógyult 28%, javult 40%, nem javult 32%. 4. Legkevésbé tudott meggyőződni a baktericid hatásáról a gonococcusokkal szemben. Még 3 óráig adott 45°-os hő alkalmazása után sem látta a gonococcusok végleges eltűnését.

Simicska Gábor: A localis hyperthermiás hatáson kívül igen mélyreható hyperaemialis hatása is van. Ez a bőrvérzés kísérletileg bizonyított módon napokig áll fenn s talán magyarázza a kezelés közben fellépő menstruációs zavarokat. Érdekes, hogy a kevésbé intenzív áram nagyobb bőrvérzést csinál, mint az intenzivebb, mert ez utóbbi heves reakciót vált ki a bőr ereiben és ezáltal az itt támadt élénkebb keringés a hőnek elvezetése útján a mélyebb rétegek bőrvérzését részben megakadályozza.

Benczúr Gyula: Lényegében ugyanaz, mint más hőeljárás, ugyanazok az ellenjavallatai és javallatai. Különösen jó fájdalomcsillapító, belevizsi a meleget a szervezet belsejébe és jó baktericid; nagy előnye, hogy jobban kíméli a szövetet.

Henszelmann Aladár: Az enuresis nocturna gyógyításában mellőzendőnek tartja, mert jóval egyszerűbb módon, verbális vagy villamos suggerálással 100% eredményt érnek el a II. sz. belklinikán.

Büben Iván: Ischias esetében szintén gyógyulási eredményeket ért el, de előadásában csupán a diathermia nőgyógyászati alkalmazásmódjait és eredményeit ismertette. A 220 gonorrhoeás nőbeteg legnagyobb részének minden más kezeléssel dacoló cervix gonorrhoeája volt. Kyáv drezdai urologus az előadó által tavaly leközölt 78% gonorrhoeás gyógyulást keveselte. A gonorrhoeás kezelést kivéve, — hol a 46–47° C a gyógyulás elérésére feltétlenül szükséges — a közép 42–44° C-os kezelést tartja célravezetőnek. A hozzászólásokból látja, hogy a diathermia ma már nemcsak a nőgyógyászati, hanem egyéb therapiában is mind szélesebb alkalmazást nyer.

2. **Vigh Ágoston:** A Biermer-féle vérszegénység körlefollyása és gyógykezelése. Az előadás első részében a II. számú belklinikán az 1914–1922. években észlelt Biermer-anaemiás betegek körlefollyásáról és sorsáról számol be 23 eset kapcsán. Él a nyolc év alatt kezeltek 40%-a; remissio 61%-ban; eredménytelen a kezelés 39%-ban. Egyiknél 6 éve áll fenn a súlyos kór és már 7 vagy 8 recidiván és remissión ment keresztül (bemutató). Ezt a nem gyakran észlelt spontán remissiók esetek közé sorolja, mert a sok remissio, egy kivételével, mind spontán állt elő. Achlorhydria 81%-ban, léptumor 30%-ban, májtumor 22%-ban. Lázat a recidivák 70%-ában látott. A haemolysisre való vizsgálatairól, továbbá egyéb tünetani tapasztalatairól számol be részletesebben.

Előadásának második részében főleg a modern tüneti therapiát ismerteti. Az arsenről röviden emlékezik meg, mert a gyógyszeres kezelésnek ez a módja úgyszólván közismert. Csak a therapiás eredményeit közli. A legtöbb esetben arsennt adott, illetve arsenelt kezdte betegeinek gyógyítását s így a remissiók is legtöbbször arsenre álltak elő. Bemutatója legszebb remissiók betegét, hol a Hb. 20%-ról 106%-ra, a vörösvérsejtszám egy-milliőről ötmilliőrre szökött fel.

A vérátömlesztésről, éppen arra való tekintettel, hogy nálunk kevésbé terjedt el, részletesebben emlékezik meg. A hatástani fejtegetés után a transfusiót megelőző serologias vizsgálatra tér ki és az agglutinációra vizsgálok felfogását teszi

magáévá. Majd a citratos vér átültetésével remissióba segített betegét mutatja be.

Az elektroferrol kapcsán önálló kísérleteit ismerteti és odanyilatkozik, hogy e szer a haemopoesisnek prompt ingere lehet. Bemutatja elektroferrolra remissióba jutott betegét, továbbá a csontvelő mély besugárzására megjavult esetét. Mindezen esetekben az arsen és sokszor más egyéb gyógyszer is hatástalan maradt.

Végül ismerteti az általa nem végzett gyógyeljárásokat. A lépküirtással csak remissio érhető el, azonban még ekkor sem helyezhető az arsennel és a transfusióval egy sorba; olyan gyógyeljárás, mihez kétségbeesett esetekben szoktunk nyúlni.

Torday Árpád: A Biermer-féle anaemia kezelése kóroktani alapon volna a legjobban megejthető; ezért az aetiológiára tér ki részletesen s elsősorban Eppinger, majd Seiderhelm vizsgálatairól emlékezik meg. Klemperer és Hirschfeld, majd Decastello álláspontját fejtegeti. Wildschur és Cederberg felfogását is tárgyalja. Végeredményképen az anaemiát a csontvelő gyengébb működéséből kell magyarázni, amely akár toxinhatás, akár valamely közelebről nem magyarázható okból keletkezik is, csak akkor támad, ha a csontvelő működése constitutionálisan familiáris okból vagy szerzett körülmények miatt gyengült. Ezen felfogás mellett bizonyítanok egyrészt az achylia gastrica, másrészt egyéb degeneratív constitútiós tünetek is, amelyek vészes vészegységben szenvedőknél vagy azok családtagjainál kimutathatók. Az arsennek és a solarsonnak nagy adagokban való alkalmazásával Neisser, Klemperer és Wohlrath antifermatativ hatást akartak elérni. Bizonytalan, hogy belőle mennyi szívódik fel s mivel a haemolytikus alaknál a máj ügyis igénybe van véve, vesélytelennek sem tartja. Némely esetben a salvarsantól látott eredményt. A transfusio haladást jelent; a gyakorlatban azonban a vérnek intramusculáris befecskendezésével is eredményt érhetünk el. A Röntgen-kezelésről nincs tapasztalása. Az eredmények megítélése nehéz, mert a spontán remissio lehetőségével mindig számolni kell.

Vigh Ágoston: Torday tanár hozzászólása főleg aetiologiai kérdéseket érintvén, azt előadása természetesen kiegészítésének tartja.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Újabb tapasztalatok a diabetes mellitus Insulinnal való gyógyításában. Banting és Tarsai. (Brit. Med. Journ. 1923., 32—36. szám.)

Már comában, vagy csak azokat a betegeket vették Insulin-kezelés alá, akik hosszabb időn át folytatott diaetás kezelésre nem reagáltak. 50 Insulinnal kezelt eset alapján állítják, hogy az Insulin adagolására 1. a glycosuria elmarad, 2. a ketonok eltűnnek a vizeletből és a vérből, 3. a vércukor normálisra száll alá, 4. a szövetek alcalicitása és az alveoláris CO₂ mennyisége acidosisnál és cománál a normális értékekre tér vissza, 5. a respiratiós quotiens a szénhidrátok gazdaságosabb kihasználását mutatja, 6. a cardinális tünetek eltűnésével a beteg szembetűnő javulást mutat. Úgy találták, hogy az Insulin a diabeteses coma specifikus gyógyszere. Hypoglycaemiás reakciókat is észleltek, melyeket azonban jól lehet ellensúlyozni szénhidrátok bő adagolásával vagy mellékvese-kivonatokkal. *Mészáros dr.*

A bujakóros savók complementkötő anyagának elkülönítéséről és meghatározásáról. Skrop Ferenc, Budapest. (Zeitschr. für Immunitätsforschung und experim. Therapie. 1923., 35. köt., 5—6. füz.)

Különböző kutatók különbözőképen vélekednek a bujakóros egyének savójában jelenlévő complementet kötő anyagokról. Sokan a savófehérje változott állapotában, a savóban lévő colloidok labilis voltában, mások a lipidok megváltozásában keresték az okot. Vizsgálatait több irányba kiterjesztette, s arra az eredményre jutott, hogy a complementkötő anyag se nem albumin, se nem globulin. Ha extrahálta a savókból a lipidokat, a complementet kötő anyag legnagyobb része a savóban maradt vissza. Kataphoresis segítségével végül sikerült pergamenthártyán át fehérjétől mentesen a savót a-elektrodon izolálni. Kaolin teljesen absorbeálja a complementet kötő anyagot, csontszén csak részben. Berkefeld-szűrőn a complementet kötő anyag nem megy át a filtrátumba, mert a szűrő absorbeálja. Az antigenben levő hatóanyag ugyanezen tulajdonságokkal van felruházva, tehát szintén pos. elektromos töltést mutat, hasonlóképen a complement is. Mindezek alapján arra a következtetésre jut, hogy a Wa. R. fizikai-chemiai folyamat, ahol a pos. savóban bőségesen jelenlévő és talán jobban disszociált részecskék a kevésbé disszociált complementet a reactio második fázisában hatástalanná teszik. *Tóth Kálmán dr.*

Magas és alacsony antitoxintartalmú diphteriasavókkal végzett összehasonlító vizsgálatok. Kazufusa Sato (Osaka). (Zeitschr. für Immunitätsforschung und experim. Therapie. 1922., 35. köt., 4. füz.)

Főként a francia orvosok részéről történtek az utóbbi időben nyilatkozatok, melyek amellől szóltak, hogy célszerűbb nagyobb tömegű, alacsonyabb antitoxinegységgel bíró savót alkalmazni, mert így a savó hetero-proteinhatása is érvényesül, mint magas ATE-t kis térfogatú savóban adni. Bár ezt többen a serum-betegségekre való tekintettel elleneztek, mégis jónak látta a szerző kísérleteket végezni ezen irányban. Kísérleteit tengerimalacokon végezte. Alapelve az volt, hogy ugyanazon ATE-t egy sorozatban kis térfogatban (0,5 ccm), a másik sorozatban nagy savótérfogatban (5 ccm) fecskendezte be a mesterségesen fertőzött állatoknak ugyanazon időközökben (2—10 ó.). A különböző variációkban végzett kísérletekből az tűnt ki, hogy a savómennyiség az állatok megmentése szempontjából teljesen figyelmen kívül hagyható, s az egyedül döntő tényező megfelelő ATE bevitele. *Tóth Kálmán dr.*

A phthisikusok éjjeli izzadásának kezeléséről. Anti-hydroticum „Salvysatum Bürger“. Georg Katz dr. (Die Th. d. Gegenwart 1923., II. sz.)

A tuberculosisban szenvedők egyik legkellemetlenebb panaszának, az izzadásnak a megszüntetésére jelentékeny számú gyógyszer áll rendelkezésünkre. Ezeknek hatása úgy minőségileg, mint mennyiségileg nagyon különböző, azonban egyik sem teljesen kielégítő. Az atropinnál a torokszárazság a kellemetlen mellékhatás, az agaricin nem hat prompt, vagy pedig gyomorpanaszok miatt kell elhagyni. A méz-praeparatumoknak kellemetlen mellékhatásuk nincs, de gyakran hagynak cserben.

Az antihydroticus hatású régi népies szerhez, a *Folia Salviae*hez folyamodott szerző. A zsálya leveleiből vízgőzzel való párolás útján 1,3—2,5% mennyiségben egy sárgás-zöldes színű, aethericus olaj nyerhető, ami 96%-os alkoholban minden arányban oldódik. Ennek az illóolajnak felét a *salviol* néven izolált, ketonszerű (C₁₀H₁₆O) alkatrész képezi, aminek a többi componenssel szemben (*pinen, cineol stb.*) a legerősebb antihydroticus hatást tulajdonítják. A *salviol* hatásdjára vonatkozólag *Kobert* azt állítja, hogy centrálisan hat közvetlenül a verejtékközpontra. Míg a vérben keringő toxinok és a felhalmozódott szénsav a fokozott verejtékkelválasztást idéznék elő, addig a *salviol* ezekkel szemben antagonisticus hatást fejtenek ki: csökkentik az izzadást.

Eleinte a zsályalevél főzetével, majd a tincturával próbálkozott, azonban hatást nem látott. Felveszi, hogy csak a zöld levelekből készült *dialysatum* tartalmazza a hatóanyagokat kellő mennyiségben. Ezért a „*Salvysatum Bürger*” néven forgalomba hozott és friss levelekből készült dialysatumot próbálta ki 34 esetben, és 29 esetben az izzadás teljes megszüntét tapasztalta. Az indurativ és productiv tuberculosis-formáknál 3—10 nap alatt szünteti meg az izzadást. Pneumoniás és bronchopneumoniás alakoknál maximálisan öt hét alatt ért el eredményt.

Adagja 3 × 15 csepp napjában. Ha egy héten túl adjuk, hétnapos időközönként iktassunk be többnapos szüneteket és legfeljebb hat hétig adagoljuk. Kellemetlen mellékhatásokat nem észlelt. *Vigh dr.*

Sebészet.

Az angolkór lényege. *Aschenheim E.* (D. m. W. 1923., 3. sz.)

A rachitis, osteomalacia és spasmophylia egymással rokon megbetegedések, melyeknek lényege a sóanyagcserét szabályozó endocrin-mirigyek működésében beállott egyensúlyi zavar. Ezt különböző kórok válthatják ki s így valószínűleg több aetiologiai tényező szerepel. Ez a nézete, melyet először 1914-ben fejtegetett, az ezen a téren azóta folytatott újabb kutatások eredményeivel, nevezetesen az avitaminosis-elmélettel, a Schloß-féle teoriával, a quarz-fénykezelés által felmutatott eredményekkel és a Freudenburg-féle acidosis-elmélettel összhangzásba hozhatók.

Az avitaminosis-elmélet szerint a rachitist egy zsírban oldható póttápanyag, az ú. n. A-factor hiánya okozza. Stözlnerrel együtt azt tartja, hogy ez az A-factor hiánya egyik oka a rachitistnek, de nem egyedüli oka.

A Schloß-féle elmélet szerint a rachitis nem specifikus megbetegedés, hanem csak egy részét képezi a gyermekkor általános növekedési és fejlődési zavarainak. Különböző exogen és endogen tényezők együttműködése szükséges a csontok rendes fejlődéséhez, s ha ezeknek egy része hiányzik, rachitis lép fel. Az ő elméletével szemben a különbség csak a számos közrejátszó tényező különböző értéklésében van. Schloß sem tagadja a belső secretio jelentékeny befolyását, csak a többi kór-ok mellett meglehetősen szerény helyet biztosít neki. Ezzel szemben szerző domináló befolyást tulajdonít annak.

A quarzfénykezeléssel elért eredmények sem cáfolják a belső secretió elméletét.

Freudenburg a lassúbb anyagcsere által okozott viszonylagos acidosis tartja a rachitis okának. Ezt a csökkent anyagcserét az izgató tényezők (fényinger, hormonok) hiánya okozza, tehát összeegyeztethető a szerző nézetével, mely szerint a rachitis végső oka pluriglanduláris belsőválasztó mirigyek működésében fellépett egyensúlyi zavar.
Stoll Kálmán dr.

A helybeli gyulladások és tályogképződések gyógyhatása sepsisnél. Rolly Fr. (M. m. W. 1923., 5. sz.)

Súlyos sepsisbetegeken végzett kísérleteiben igen meglepő hatást látott argochrommal a bőr alatt több helyen előidézett gyulladásoktól és tályogoktól. Ellenőrző egérkísérletei hasonló eredménnyel jártak. Hogy azonban mi a pontos aetiologiai gyógyító tényező: a szervezet allergiájának megváltozása-e, baktériumfelszívódás a tályogba, vagy fajidegen fehérje speciális hatása, nem állapítható meg. Tény az, hogy mesterségesen gyulladásba hozott szövet a szervezet reakcióképességét meg tudja változtatni.
Borsos dr.

Szállítható légmellkészülék. Apel. (Münch. med. Woch. 1923., 6. sz., 179. o.)

A könnyen kezelhető és szállítható készülék alap gondolata, hogy víz bebocsátásával egy üvegedényből a levegőt csőrendszerbe nyomjuk, mely a punctiós tűn keresztül a mellhártya-ürbe jut. Vízirtályként bádogedény szolgál, mely egyszersmind a készülék tokja is, s amelyből a víz gummicsovön jut egy mér-cézett üvegedénybe, s nyomja ki a levegőt egy ugyancsak az üveg dugójába torkolló csövön át. A cső zárócsappal van ellátva, amelyen túl kettéágazik, az egyik rész az ugyancsak az üveg dugójába alkalmazott U-alakú feszmérőhöz, a másik a punctiós tűhöz vezet. A készülék egyszerűsége és könnyen szállíthatósága miatt főleg a gyakorlóorvos gyakorlatában van hivatva hézagot betölteni.
Sailer.

Actinomyces gyógyítása gümöbacillus-oltással. Friedmann F. (Münch. med. Woch. 1923., 6. sz., 176. oldal.)

Szerző azon régebbi megállapítása alapján, hogy a gümöbacillus és a sugárgomba rendszerbelileg egymáshoz közel állnak, szarvasmarhák sugárgombabetegségénél próbálta meg a teknősbéka gümöbacillusából készült oltóanyaggal való oltásokat. Eseteiben 5—6 hét alatt teljes gyógyulást ért el, s ennek alapján módszerét emberi sugárgombabetegedésnél is eredményt ígérőnek tartja.
Sailer.

A gümös csigolyagyulladás műtéti kezeléséről. Baumann M. (Münch. med. Wochenschr. 1923., 3. sz.)

A gümös csigolyának sebészi kezelése céljából hat esetben végeztek műtétet felnőtteknél Pólya eljárása szerint. Ezek közül kettő meghalt más gümös gócból kifolyólag kb. 4—12 hóval a műtét után, háromnál igen jó, egynél jó eredményt ért el. A betegek műtét után átlag a 6—10-ik héten támasztófűzővel bot nélkül jól járnak, s úgy objective, mint subjektive lényeges javulást mutatnak. Az ellenőrzésre készített Röntgen-felvételeken feltűnő volt az átültetett bordadarabnak a csigolyák ívével való összeolvadása. Zavart a sebgyógyulásban, ami tibia-léc átültetésénél is kivétel, nem láttak, mégis az alsó bordarésznek a bőrön át való kinyomódása ritkábban jön létre. Jó ajánlatnak látszik, hogy a csigolyák elhajlásának kiegyenlítését az átültetett darab alsó végének megrögzítésével elősegítsük. A műtéti technika Albee's Heinele eljárásától abban különbözik, hogy Pólya nem hasítja be a tövisnyujtványokat, hanem azokat alapjukról levésve elhajlítja, s a behelyezett borda fölött újra visszahelyezi. A beteg műtétkor jobb oldalán, a bordát bal oldalról veszi oly módon, hogy annak külső részét borító periosteumot sértetlenül a bordán hagyja.
Tirczka Kolos dr.

Bőr- és nemikórtan.

A Basedow-tünetcsoport és kraurosis vulvae jelentkezése menopause után. P. Balmoutier. (Paris Médical. 1922, 41. sz.)

A belső secretiós mirigyek együttműködése közismert dolog. Úgy látszik, a szervezet egyensúlyi állapotában egymást kiegészítőleg működnek és nemritkán egyiknek kiesése mások túltengéséhez vezet. Szerző szerint az ovariumok és a glandula thyreoidea ily viszonyban vannak egymáshoz. A külső genitáliák szoros összefüggésben vannak az ovariumok belső secretorius működésével; könnyen érthető tehát, hogy amint az ovariumok kiesnek, túlsúlyra jut a thyreoidea hatása, amely anaemiasólólag és sclerotisálólólag hat a genitáliákra (Bandler) és lassan a senilis involutio tünetei kezdenek jelentkezni. Balmoutier egy esetben a menopausát két hó múlva genitális pruritus és ezt egy hó múlva a Basedow-tünetcsoport jelentkezése követte, amely egyre fokozódott, miközben hamarosan kraurosis vulvae-hoz vezetett. Szerző esetén kívül Tillman hét megfigyelése is ismeretes, ahol a Basedow-tünetcsoport, valamint a genitális viszketős ovarium-készítmények adagolására visszafeljöttek, és ezen kezelés megszüntetése után ismét jelentkeztek. Fentiekből következik, hogy hasonló jelenségek fellépésekor, különösen kraurosis vulvaenál, amely rendszeren

a climacterium idejébe esik, mindig gondolni kell ovarialis zavarokra és ebben az irányban kell a therapiát is irányítani.

Steiger-Kazal.

A vitiligo-ról. Dr. A. Jordan. (Dermat. Wochenschr. 1923., 5. szám.)

A vitiligo és a leukoderma közötti hasonlatosság alapján sok neves szerző a syphilissel hozta összefüggésbe a vitiligot, mások a leprával való elég gyakori előfordulását emelik ki, sőt egyesek a tuberculosissal való vonatkozására is gondoltak. Jordan 4000 bőrbajos betege közül csak 20 esetben ($1/200$ -ban) észlelt vitiligot, a két nemre majdnem egyenlően elosztva. Az esetek felében külső okok (kaporás, hegképződés, nyomás, bőrbajok) szerepeltek; 35% -ban acut (diphtheria) és chronikus fertőző betegségek (syphilis), valamint idegrendszeri zavarok (traumatikus neurosis, lelki megrázkódások); 15% -ban pedig semmi aetiologia nem volt lelhető. A vitiligo therapiája igen kilátástalan. Miután az irodalomban Finsen- és kvarclámpakezelés után kedvező eredmények vannak feljegyezve, szerző kísérletet tett radiummal (10 mg radiumot 15 percig alkalmazott). Hat héttel e kezelés után pigmentfoltok jelentkeztek, amelyek tartós vagy ephemer voltáról egyelőre még nem tud nyilatkozni. Steiger-Kazal.

Haemorrhagiás aplastikus anaemia novarsenobenzol után. P. Émile-Weil és V. Isch-Wall. (Bull. Soc. Méd. d. Hôpit. Paris. 1923, 30. sz., 1424. lap.)

Nöbeteget a harmadik antilueses kúra folyamán 5 gm Novart (francia salvarsanutánzat) kapott; arra 10 nap múlva elesetté, subicterikus állapot, májmegnagyobbodás, majd petechiák a bőrön, metrorrhagia, haemoptoë jelentkezett; a vörösvérsejtek száma 2,200.000. 2 hó múlva 650.000; fehérsejtek száma 3800, majd 900-ra csökkent. Haematoblastok eltűntek. Beteg mégis sikerült férjétől vett, 7 hó alatt összesen 14 à 200 cm^3 -es transfúzióval megmenteni.
Somogyi.

Benzin-erythema a sympathicus-központok beteg praedispositiója következtében. M. G. Milián. (Bull. Soc. Méd. Hôpit. Paris. 30. sz. 1441. lap.)

Aranyozómunkásnál szimmetrikusan a végtagokon, törzsön, füleken viszkető erythemák keletkeztek, melyek a kórházban rövidesen meggyógyultak. A pathogenesis szerző szerint ez: a benzín, amely normálisan is vérétágitó hatással bír, a légzőutakon felszívódva, a sympathicus izgalma útján hozta létre az erythemát. A sympathicus ezen fokozott érzékenységét a beteg luesének — leukoplasia, positiv Wa. R. — tulajdonítja. A sympathicus praedispositióját az általa felfedezett ú. n. epidermolyoscopiával vizsgálta: galvanocauterrel érinti a bőrt, s az időből, amely szükséges, hogy 24 órán belül bulla keletkezzék, következtet a sympathicus tonusára. A betegnél ezzel az eljárással a sympathicus izgalmi állapota volt kimutatható.
Somogyi.

Pemphiguskezelés. Dr. Jos. Iser. (Derm. Wochenschr. 1923, 1. sz.)

Két esetet közöl. 1. Pemphigus foliaceusnál neosalvarsanra rosszabbodás. Combinált terpichin, chinin, serum + afezil kezelésre (külsőleg trypaflavin ecsetelések) a betegség 14-ik hetében exitus.

2. Pemphigus vegetansnál 3 havi, kis dosisokban adagolt (à 0'15 g, 0'3 g, összesen: 6'25 g) neosalvarsan + naponkénti 1'2 g chininnel combinált kúrával (külsőleg trypaflavin) tünetmentesség.

Fenti két esettel kapcsolatban és régi észleletei alapján azt a következtetést vonja le, hogy: 1. A pemphigus foliaceus prognosisa a legrosszabb. 2. P. vulgarisnál belsőleg chinin, arsen, serum (egy esetben strychnin), külsőleg trypaflavin kezelésre tünetmentesség, esetleg javulás. 3. P. vegetansnál alt-(neo)-salvarsanra combináltan chinin, vagy arsenel (külsőleg trypaflavin) hasonlóképpen tünetmentesség, vagy javulás észlelhető.
Czibor.

Szemészet.

Statisztikai kimutatás 1000 szemsérüléséről. Alexander Garrow. (The Brit. Journ. of Opth. 1923., febr.)

Az egészségügyi ministerum megbízásából — a vakság okai és előfordulásának felderítésére — a glasgowi királyi kórház szemosztályának 5 évi (1909—13) sérülései beteganyagát dolgozza fel. Kizárólagosan statisztikai kimutatást közöl a szem-sérülések minemiségének gyakoriságáról, az egyes társadalmi osztályok szerint való relatív gyakoriságukról, a sérülések gyógyulásának lefolyásáról. Esetei közül 70'7% foglalkozásából eredő, 29'3% nem foglalkozásból eredő sérülés.

Az ipari sérülések gyakoriság szempontjából: 1. hideg fémmel dolgozó műszaki munkások, 2. bányamunkások, 3. forró fémmel dolgozó munkások között oszlanak meg.

A nem foglalkozásból eredő sérülések feltűnő nagy száma esik a 15. életévet bezárólag (82'3%); az ilyesfajta sérülések 21'8%-ban totális vesztéssel (enucleatio) végződnek, szemben az ipari sérülések 12'02%-ával. Foglalkozási ágak szerint legtöbb sérülést a hideg fémmel dolgozó ipari munkások között

talált, itt is kor szerint második helyen a 15. életévig bezárólag. Legkevésbé a chemiai munkások vannak sérülésnek kitéve.

A sérülések neve: corneális abrasio, áthatoló corneális sebzés, szemhéj- és conjunctiva-, majd sclerális sérülések, intra-oculáris haemorrhagia.

A sérülést előidéző agens: fémszilánkok, vágószerszámok, üvegnyeműk, szén- és fadarab, égetés, kőszén, 1 esetben madár csőre.

Licskó dr.

Gyermekorvostan.

Ventriculoscopia és intraventriculáris fotografálás hydrocephalus internus esetében. Fay és Grant. (Journ. of Am. Med. Ass. 1923., 8. sz.)

10 hónapos hydrocephal csecsemő koponyáját kis területen trepanálták a jobb postparietális régióban. A durát felhasítván, puha canullel hatoltak át a mindössze 1 cm vastag agyállományon, a folyadékot lebecsátották s a canul helyére vékony cystoscopot vezettek be. A cystoscopon keresztül a kamra-entriur kitűnően volt vizsgálható. A seb néhány nap múlva simán gyógyult. 2 héttel később az eljárást megismételték a bal koponyafélén s fotografáló cystoscoppal felvételeket készítettek a kamrafalakról. 1 hét múlva, állandó fistulát óhajtván készíteni a corpus callosumon keresztül a kamrák folyadékának a subarachnoideális ürbe való levezetése céljából, újra alkalmazták az eljárást éppen a műtét menetének ellenőrzése céljából, azonban technikai okokból az operatio félbemaradt. A csecsemő mind a három esetben a beavatkozást jól tűrte, a reactio sohasem volt több, mint amennyit az aether-narcosis rovására lehetett írni. Tágult agykamrák ventriculoscopiaja tehát minden nagyobb nehézség nélkül végezhető. Az eljárás nagyfotosszerű lehet: 1. subcorticalis újképződések localisálásában, ha azok a kamrák deformitását hozzák létre, 2. a corpus callosum punctiójánál, ahol a direct observatio ellenőrizheti a műtét teret.

Mészáros Károly dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Medizinische Psychologie. Ernst Kretschmer. (Leipzig, 1922, Georg Thieme. 306 lap, alapár 3'50 M.)

Kretschmer könyve egy év múlva jelent meg II. kiadásban. Már ez is bizonyítja, hogy nagy érdeklődés mutatkozott iránta. A könyv részben kevesebbet, részben többet ölel föl, mint amit a címe elárul. Kevesebbet azért, mert az orvosi lélek-tannak csak egyes fejezeteit tárgyalja s azokban is csak azt, amit sajátos beállítása szempontjából szükségesnek tart. Többet, mert klinikai részletekre és az orvoslásra is kitér, különösen a psychotheraphiára. A magasabb szellemi élet ősmechanismusait és típusait fejlődéstani alapon igyekszik kibogozni. Fontos részét képezi az érzelmi elemek néha döntő szerepének hangsúlyozása, tehát az indulatok, ösztönök és cselekedetek tárgyalása nagy részét foglalja el a könyvnek. A psychoanalízis ezirányú eredményeit is bőven kiaknázza, azonban kellő kritikával. Mindamelllett alapjában véve monismusra törekvő, szigorúan kauzális és dinamikai gondolkodást követel a pszichológiában. Elvben Wundt iskoláját követi. Ami a tartalmat illeti, részben saját, máshol már közölt kutatásainak szorosabb összefoglalását kapjuk, részben pedig a psychologia újabb eredményeinek áttekintését nyújtja. Az egyes fejezetek a lélekről és fejlődéséről, a lelki apparátusokról, az ösztönökről és vérmérsékletekről, az egyéniségekről és a reakciós típusokról, végül az orvgyakorlati psychotheraphiáról szólnak. A psychologiai és psychiatriai ismeretekkel rendelkező sok érdeklődéssel fogja követni a szerzőt, azonban kezdő tanulóknak nem ajánlanám.

Reuter.

Handbuch der Tuberkulose. Herausg. von L. Brauer, S. Schröder, F. Blumenfeld. Aufl. 3. B. I. (Ambr. Barth, Leipzig 1923. 137 ábrával, 8 színes és 11 fekete táblával. Grundz. 45.)

A tuberculosis történetét A. Predöhl tárgyalja, kezdve az ókoron egészen a legutóbbi évekig. A kötetnek legnagyobb és igen tartalmas fejezetében Ph. Tendeloo írja meg a gümőkór kórbonctanát. A tuberculosisbacillus okozta elemi szövetváltozások részletes ismertetése után a collaterális gümős gyulladással foglalkozik. A bonctani és szövettani vizsgálat alapján, bakteriologiai vizsgálat nélkül, csak bizonyos valószínűséggel lehet gümőkóra következtetni; ez csak akkor válik bizonyossá, ha a megfelelő módon megváltozott szövetben kimutattuk a gümöbaccillust és más bakterium, más lobot okozó ártalom hiányzik. A tüdőben az első góccok ott keletkeznek, ahol a nyirokáramlás leglassabb, ahol tehát a bacillusok felhalmozódhatnak és szaporodhatnak. Lymphogen metastasis retrograd is lehet, így keletkezhetik a tüdőből a hasüregbe. A nyálkahártyában fejlődő gümő, még akkor is, ha a bakterium a felületről hatolt be, rendszerint subepitheliális elhelyeződésű. A részletes kórbonctan fejezetét számos, részben színes, kitűnő ábra díszíti. H. Much írta „a kórokozó” című fejezetet, melynek bevezető soraiban azt hang-

súlyozza, hogy a leírás a természettudományban sem lehet egészen objectív, hanem szolgálnia kell a fontos alapkérdéseket. A gümöbaccillust két alakját különbözteti meg: a saválló bacillust Gram szerinti festődő granulákkal, és a Much-féle granulátókat saválló állomány nélkül. A kettő közt átmeneti alakok fordulnak elő, a kettő egymásba átalakul, de csak a saválló szaporodik. Részletesen tárgyalja ezután a gümöbaccillus chemiáját, festését, bakteriologiaját. Ugyancsak H. Much írta az immunitás és a fertőzés módját tárgyaló fejezeteket. A gyöngykór okozója is veszélyes az emberre. Hogy mekkora mértékben, az nem határozható meg, azért, mert lehetséges, hogy a t. bovinus az emberben átalakulhat t. humanussá. Gyermekkori fertőzés leküzdése vagy elnyomása folytán az emberben is tuberculosis-immunitás fejlődik ki, amelyet nagyon erősnek és nagyon elterjedtnek mond. Az immunitás az exogen vagy endogen újabb fertőzés ellen irányul és ez teszi lassúvá a betegség előrehaladását. O. Porges tárgyalja az anyagcserét és az ebben mutatózó eltéréseket nem tekintve fajlagosnak. Robin „demineralisation”-ját és a méztherapiát skepszissel kell fogadni. Fr. Martius foglalkozik a dispositióval és constitütio kérdésével. A dispositio a gümőkóra, nem fajlagos sajátosság, hanem minden egyes esetben számos, magában variabilis anatómiai és physiologiai tulajdonságból tevődik össze. Hayek lelkesedésével szemben A. v. Wassermann-ra és F. Neufeld-re hivatkozik és ez utóbbit idézi, aki azt írta, hogy a gümőkórban, csak a gyermekkori infectio ad korlátozott immunitást, mely azonban mindig csak relativ és gyorsan múló. — más immunitás pedig egyáltalában nincsen. Az egyéni prophylaxist és a fertőtlenítő eljárásokat P. Clemens tárgyalja. Jogosultnak tartja az olyan gyermek fajlagos kezelését, akinek latens tuberculosis (positív bőrtöltés) étvágytalanságot, gyengeséget, szúrásokat okoz. Így sikerülhet sok esetben jó általános állapotot és teljes energiát elérni. A. Gottstein a gümőkór statisztikájával foglalkozik igen behatóan, főképen Németországra vonatkozó adatokat közöl 121 táblázatban és külön fejezetben ismerteti a háborúnak és következményeinek hatását a gümőkóra. M. Kirchner értekezik a gümőkór socialis vonatkozásairól. A. Brecke pedig az általános diagnosztikáról, különösen a tüdőgümőkór felismeréséről. Brecke használhatónak mondja Ranke beosztását, a három stadium közt azonban sokszor átmenetet látunk, a generalisatio pedig hiányozhatik. J. Ritter értekezik a tuberculinreakciók klinikai jelentőségéről és arra az eredményre jut, hogy a cutanreactio positiv volta gümős infectio bizonyítéka és valószínűséggel enged gümős góc jelenlétére is következtetni, míg negativ volta mentesség mellett szól, bár ez alól van kivétel. E reactio prognostikai jelentősége bizonytalan és ellentmondó. A. Lorey ismerteti a tüdőgümőkór Röntgen-vizsgálatát, H. C. Jacobaeus a thoracoskopia és laporoszkopia felhasználását a körjelzésre. Fr. Kraus tárgyalja a tüdőtuberculosis prognosztikáját és az eseteknek klinikai csoportosítását. Feltétlenül szükségesnek tartja klinikai szempontból a lehetőleg beható kórbonctani diagnosist és véleménye szerint elegendő volna, ha sikerül a proliferáló és saját exsudatív fonalakat biztonsággal megkülönböztetni. A. Turban-Gerhardt-féle beosztást nem tartja megfelelőnek, mert csak az elváltozás kiterjedésére és bizonyos kvalitásaira vonatkozik. Nagyjában elfogadja Ranke beosztását és nem ismeri el a „juvenilis”-tuberculosis típusának jogosultságát, mert ezen esetek többsége infantilis tuberculosis, amelyben a gyermekkorban támadt elváltozások fennmaradnak az egész életen át. Ezen esetekben hylus- vagy „csúcs”-hurutot, a savós hártályoknak gyulladását stb. észleljük, sokszor lymphatismus tüneteit látjuk s ez utóbbival való összefüggést lényegesnek mondja. Nem ritkán ezen esetekben is phtisis támad. A phtisist véleménye szerint túlnyomóan exogen reinfectio váltja ki. A tuberculin-érzékenység a gyermek manifest tuberculosisában nem mértéke a folyamat súlyosságának vagy az immunisáló erőnek, éppen így nincsen törvényszerű összefüggés a tuberculin-érzékenység és phtisire való hajlam közt. Végül a constitütiónak és a szervezetnek az életviszonyok, betegségek okozta megváltozásának jelentőségével foglalkozik.

H. F.

Diagn. u. therap. Irrtümer u. deren Verhütung. 12. füzet., 2. kiadás (G. Thieme, Leipzig): **Verletzungen u. Krankheiten der oberen Extremität** Von Prof. W. Müller.

Nagy gyakorlati érzékkel írja le a felsővégtag és vállöv minden oly megbetegedését, sérülését és fejlődési rendellenességét, amely más megbetegedéssel vagy sérüléssel összetéveszhető. Ez összehasonlításokat elsősorban a gyakorlóorvos szemével nézi, kinek a Röntgen nem áll rendelkezésére. A fősúlyt mindvégig a kezdők ú. n. „tipikus tévedéseinek” ismertetésére helyezi. Az egyes vizsgálatok eredményes megejtésére, valamint a Röntgenfelvételek pontosságára érdekében hasznos utasításokat ad. A helyes diagnosztika következménye lévén a helyes beavatkozás: megismerteti a helyesen alkalmazott gyógykezelés jó eredményeivel, valamint a helytelen diagnosztika és kezelés súlyos, sokszor javíthatatlan következményeivel. A törések és ficamok összetévesztését alakjainak bemutatásán kívül talán a panaritiumok különféle fajtáinak megismertetésével és a helyes kezelés megjelölésével tesz a gya-

korló orvosnak legjobb szolgálatot. Végül figyelemmel van még kártérítési igények szempontjából felmerülhet esetekre is. Ezen 102 oldalas munkát szakember és gyakorlóorvos egyaránt használni olvashatja. Csákányi Győző dr.

VEGYES HÍREK

A Magyar Szemorvostársaság a folyó évbéli utolsó havi tudományos összefoglalót április hó 8-án d. e. 1/210 órákor tartja az Erzsébet-egyetemi szemklinikán (Poliklinika).

Kinevezés. Biedermann János dr. és Fuchs Dénes dr. a pesti izr. hitközség kórházának rendelő főorvosaivá nevezettek ki és megbízást kaptak a két párhuzamosan működő belgyógyászati rendelés vezetésére.

A Magyar Gyógyszerkönyv IV. kiadásának előmunkálatait megkezdette az Orsz. Közegészségi Tanács. Az 1909-ben megjelent III. kiadás alapos revíziója és az azóta fölmerült és bevált új gyógyszerek (nem specialitások!) felvétele van tervbevéve. Orvostársaink jól tennék, ha ezirányú, erős kritikán alapuló óhajtásaikat sürgősen közölnék a szerkesztő-bizottság elnökével, Vámosy Zoltánnal.

A huszonötödik német orvosi fakultás. A német törvényhozás elhatározta, hogy a gyakorlati orvosi tudomány akadémiaját Düsseldorfban átalakítja egyetemi orvostudományi fakultássá olyan értelemben, hogy az orvostanhangoltok a felsőbb éveket a a düsseldorfi akadémián is hallgathatják s itt vizsgázhatnak. A strassburgi elvesztett orvosi fakultás helyett a Németbirodalom a háború óta három orvosi fakultást létesített (Köln, Hamburg, Düsseldorf). A düsseldorfi akadémia berendezését az Orvosi Hetilap annak megnyitásakor részletesen ismertette (l. Orvosi Hetilap 1907). Az akadémia épülete, felszerelése, tanterve, az orvosi fakultássá való átalakításának előfeltételei már alapításakor megvoltak.

Fertőző betegségek Budapesten. A tisztí főorvosi hivatal kimutatása szerint márc. 11-től márc. 24-ig előfordult hasi hagymáz 21 (3), küteges hagymáz 3 (1), kanyaró 209 (7), vörheny 52 (5), számarhurut 57 (4), roncóló torok- és gégeleob 35 (7), influenza 9 (4), bárányhimlő 76 (1), járv. fültömírgyömb 163 (1), vérhas 12 (1), trachoma 24 (0), lépfene 1 (0), veszettség 1 (1). Hólyagos himlő, ázsiai kolera, gyermekági láz, járv. agygerincgyárhártyalob, takonykór nem fordult elő. A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete (Mone) 1923. ápr. hó 5-én d. u. 1/27 órákor tartja IV. rendes közgyűlését a II. belklinikai tantermében (VIII., Szentkirályi-utca 46.). Tárgysorozat: 1. A választmány jelentése. 2. Számadás és felmentvény. 3. Jövőévi munkaterv és költségvetés. 4. A tisztikar és választmány megválasztása. 5. Számvizsgálóbizottság megválasztása. 6. Indítványok tárgyalása.

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 ft; Angliában 8 sh.; Franciaországban 25 fr.; Svájcban 8 fr.; Olaszországban 35 lira; egyebütt 6000 K, átutalendő a Magyar Országos Központi Takarékpénztár Kálvin-téri fiókjánál számlánkra.

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

Kéziratokat fél iv papiros csupán egyik oldalára 15 cm. sorszálességben, kétszeres sorközökben hibátlan gépirással kérjük beküldeni, hogy a bíráló és szerkesztő munkája megkönnyíthessék. A dolgozatok terjedelme két folyt. közlést (összesen 8 hasáb = 20 gépírt oldal) meg nem haladhat. Táblázatok és klisék költsége a szerzőt terheli. Az egyetemen kézhelyén készült dolgozatokat az ottani egyetemi sajtóbizottság képviselőihez kell beküldeni; a szerkesztőség csak az ő véleményük alapján fogad el közlésre kéziratokat.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

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

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

Dr. GRUNWALD SZANATORIUMA BUDAPEST, VILMA KIRÁLYNÉ-ÚT 11-15. Telefon: József 82-29 Sebészeti, nőgyógyászati és szülészeti osztályokkal. Legmodernebbül berendezett Röntgen- és vegyi laboratóriumok. Belgyógyászati-diagnosztikai és diétás osztály, valamint vizsgyógyintézete ez évben nyílt meg. MÉRSÉKELT ÁRAK. SZABAD ORVOSVÁLASZTÁS.

RÖNTGEN-ODELGA

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

PÁLYÁZATOK.

Hajdúvármegye központi járásában elhalálozás folytán üresedésbe jött **Járárorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. A kinevezendő járárorvos a hajduböszörményi járárorvosi teendőköt is ellátni köteles. 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 tanúsított magartásukat igazoló bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket Hajdúvármegye főispánjához címezve, hozzám legkésőbb április hó 28-ig annyival is inkább adják be, mert a később beérkezett kérvények nem fognak figyelembe vétetni. A kinevezést a m. kir. Minisztertanács felhatalmazásának megérkezése után vármegyei főispán úr fogja eszközölni. Debrecen, 1923 március 24.

Alispán.

Pályázat tanársegédi állásra.

A Ferenc József-egyetem **szemészeti tanszéke** mellett a **II. tanársegédi** állás betöltetlen. Szemészeti előkészülettel bíró orvos-doktorok pályázhatnak az **orvoskari dékáni hivatalhoz** küldött, kellően felszerelt folyamodással, április 15-ig.

Szeged, 1923 március 20-án.

Dr. Imre J.,
a szemészeti tanár.

Veszprém vármegye enyingi járásához tartozó, üresedésben levő, balatonszabadi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A körhöz tartoznak Balatonszabadi és Siómaros községek és a hozzájuk tartozó puszták. Az állás javadalmazása: törvényes fizetés, segélyek stb. és Balatonszabadi községben 2 szoba, konyha és mellékhelyiségekből álló lakás. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, pályázati kérvényüket, rövid életrajzsal, orvosi oklevelüket, eddigi működésüket igazoló okmányaikat, valamint a két forradalomalatti magartásukat igazoló rendőrhatalósági bizonyítványokat hozzám folyó évi április 10-éig annál is inkább adják be, mert a később beérkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom. Az állás a választás után azonnal elfoglalható. A választás napját később fogom kitűzni. Enying, 1923. évi március hó 10-én.

590/1923.

Dr. Kenessey Pongrác főszolgabíró.

FELHÍVÁS

Dr. Stein János gyulai községi orvoshoz!

Dr. Stein János volt gasztonyi (Rátót mellett) Vas vm. lakos folyó évi január hó 11-én gyulai községi orvosnak választott meg. A választásról nevezett értesítettet s az eskü letételére még január havában táviratilag felhivatott. Butorát Kurd állomásra szállította, amely azóta elraktározva ott fekszik, de sem az orvos, sem hozzátartozói nem jelentkeztek. Feltehető, hogy nevezett megszállott területre, Jugoszláviába távozott szüleihez s esetleg az ottani hatóság kiutazását meggátolja. Felhívom ennél fogva nevezett gyulai orvost, hogy állását folyó évi április hó 15-ig okvetlen foglalja el, mert ellenkező esetben állásáról lemondottnak kell tekintenem. A hatóságokat és Dr. Stein János ismerőseit felkérem, hogy esetleges holtartózkodásáról engem értesíteni sziveskedjenek. Dr. Stein János 1891 október 9-én Körösbányán (Hunyad m.) Stein János és Szametz Mária szülöktől született, róm. kath. vallású, nő, volt gasztonyi (Vas m.) magánorvos. Orvosi oklevelét a kolozsvári egyetemen 1918. évben nyerte. Dombóvár, 1923 március hó 20.

1093/923.

Kenézy főszolgabíró.

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:

Kubinyi Pál: Az öregkori méhvérzések némely alakjáról. Hysterotomia vaginalis anterior mint a méhüri vizsgálat eszköze. (147—148. oldal.)

Herresbacher Árpád: Kereszt-fartáji teratoma. (148—150. oldal.)

Kunszt János: Vaccineurinnal elért eredményeink. (150—151. o.)

Horváth Boldizsár: A részleges orsócsontiányból eredő donga-kezőről. (151—152. oldal.)

A Közkórházi Orvostársulat 1923 március 28-iki ülése. (152—153. oldal.)

A debreceni Tisza István tudományos társaság orvos-természettudományi szakosztályának 1923 január 30-iki I. és 1923 március 20-án tartott II. rendes ülés. (153. oldal.)

Lapszemle. *Belorvostan.* — *Sebészet.* — *Bőr- és nemikórtan.* — *Fülgógyászat.* — *Therapia.* (154—156. oldal.)

Könyvismertetés. (156—158. oldal.)

Vegyes hírek. (158. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A szegedi magy. kir. Ferenc József tud. egyetemi női klinikájának közleménye.

Az öregkori méhvérzések némely alakjáról. Hysterotomia vaginalis anterior mint a méhüri vizsgálat eszköze.

Írta: Kubinyi Pál dr. egyetemi ny. r. tanár.

Érvényes tételként fogadhatjuk el Schauta megállapítását, mely szerint a klimaxban több mint egyévi menopausa után újból jelentkező méhvérzés az eseteknek 80%-ában rosszindulatú álképlet, legtöbbször corpus-rák hírnöke. Ez az egyetlen adat szinte magában is elegendő a valószínűségi diagnosis felállításához. Törmelékes, véres, bűzös folyás, a méhtestnek a klimaxkorabelihez mérten meglepő nagysága s a sokszor szülésre emlékeztető, paroxysmuszerű fájdalmak (Simpson, Schröder) kiegészítik a kórképet. Kachexia hiányozhatik. A méhtest rákja a viscerális rákok közt ebben a tekintetben szinte kivétel képez, mert még nagy felületi kiterjedése mellett is sokáig marad a méhre szorító helyi megbetegedés. Ez magyarázza a késői felösmertetés ellenére is kedvező gyógyulási eredményeket (50—60, sőt 100% végleges gyógyulás). A klimaxon túl elmaradván a havi tisztulással járó vértorlódások, ha fordulnak is elő néha hevesebb vérzések, az esetek nagyobb számában inkább a véres vizes folyás az uralkodó. A vérzésekhez egy életen át hozzáadott szervezet sokáig jól tűri a nedvesvesztést s ha az emésztőrendszer is jól működik, le sem soványodnak a betegek s a klimax korában a medence körül és a hasfalban felhalmozott zsírpárna néha alig fogy meg. Ez persze a méhür pontos kitapintását is nagyon megnehezítheti. Ha a nyakcsatorna öregkori zsugorodás folytán szűkült vagy atresiás, a kifolyás csekély lehet, sőt hiányozhatik is, ellenben pyometra fejlődhetik.

Minthogy ezeknek az idős nőknek nagy százaléka szenved egyszersmind régi gátrepedés és descensusban, ennek következtében a collum sokszor többé-kevésbé elongált s ha a méhtest is nagyfokban metropathiás, egy okkal több, ami a méhüri vizsgálatot megnehezíti. Az ellenkezője, a méhtest vagy az egész méh kicsiny, sorvadt volta, természetesen nem zárja ki a rák jelenlétét.

Az említett körülmények s az, hogy a betegség szinte elrejtőzik a vizsgálat elől, lehet az oka annak, a mondhatnánk, tévtannak, amelyet régebben vallottunk s amely a legtöbb tankönyvbe becsúsztott, amely a corpus-rákot a collumrákkal szemben csak átlagos 10%-al, tehát

mint ritkaságot szerepelteti. E sorok egyik célja az is, hogy erre a tévedésre rámutassunk.

Kétségtelen, hogy mint az öreg zsigereknél általában, úgy a méhráknál is az ostiumok tája a rák kedvenc helye, mint ahogy azt pl. a gyomornál is látjuk. Amde a pyloruson és cardián kívül a mirigyekben dús nyálkahártya egész terjedelmében is jó talaja van a ráknak. Eppúgy van ez a méhre vonatkozólag is és ha hozzávesszük a hajlamosító endometritis rendkívüli gyakoriságát, távolról sem beszélhetünk csekély hajlamosságról vagy pláne bizonyos fokú immunitásról, sőt nevezetes, hogy míg a collumráknál nagy szerepet játszik a sok előremert szülés, corpus-rákot nem egyszer találunk olyanoknál, akik nem szültek, sőt aggszüzeknél. Mi már régebben szorgos méhüri vizsgálatot s pontos görcsövi meghatározást végzünk minden gyanus esetben. A szegedi klinikán egy év alatt, 1921 júl. 9-től 1922 július 20-ig e módon 25 collumrák mellett 8 corpusrák került műtetre = 24,2%. Hogy a 20% körüli gyakoriság, nem pedig a régi átlagos 10% felel meg a valóságnak, mutatja előbbi anyagom is a budapesti poliklinikáról, ahol 346 operált eset között 275 collumrák mellett 71 corpusrák szerepelt = 20,52%. Midőn tehát Döderlein 21,8%-ot, sőt Martin 27,5%-ot tüntet fel, ez jár közelebb az igazsághoz. Ha ehhez hozzávesszük, hogy a corpusrák átlagos életkora az 55-ik év (Hofmeier), holott a collumrák a negyedik évtizedben a leggyakoribb, akkor a ritkább előfordulást részben annak is kell tulajdonítanunk, hogy a corpusrák előfordulása idején (50—60 év) már sokkal kevesebb ember van életben, mint a collumrák idejében (30—50 év), mert hiszen az 50-ik éven túl rohamosan emelkedik a mortalitás.

Ami felismerését illeti, egyszer szinte kiáltóan világos a kép, máskor csak görcső segélyével dönthetünk. Annál fontosabb ez, mivel éppen a klimax korában fordulnak elő megtévesztő egyéb kórképek. A méh-sarcomáról, amelyet főként a myomatól kell elkülöníteni, e helyen nem szólok.

Az egyik, amelyre a figyelmet felhívni kívánom, az *endometritis hyperplastica polyposa*, amelynek több kifejezett példája került elém kiírtott és felmetszett méhekben, ahol a nyálkahártyán számos lencsényi-, mandulányi polypus volt, mintegy az álképletre való hajlamosság kifejezőjeként. A polypusok egyike-másikának a görcsői képe kifejezetten adenomás jellegűnek mutatkozott (a franciák stad. precanceroux-je).

A másik a *submucosus fibroma*. A fibromákat a klimaxban rendszerint olybá tekintik, mint amivel a beteg és orvosa már leszámolt, pedig ha meg is szűnt növekedése, de nem szűnt meg az izomköpenyből való kivándorlása. Ha ez a nyálkahártya felé történik, az öreg aszszonytól újból folyás, sőt vérzés támadhat, sőt bizonyos idő elteltével a polypus fibrosus képe állhat előtünk. A

submucosus gócot borító, vagy a gócot mögötti öblöt bélelő nyálkahártya a pangó váladék izgatja s a góc által okozott mechanikai nyomás hatása alatt túlteng s ebben a korban hajlamos a rákos elfajulásra. Erre vonatkozó rendkívül tanulságos tapasztalataimat annak idején az Archiv. f. Gyn.¹ és az Orvosi Hetilapban² közöltem volt. A gócot mögött, a zegzugos méhür öbleiben a közösleges vizsgáló eljárás, így a próbacurage elől könnyen elrejtőzik a rákfészek, s felfedezetlen marad, pedig a tévedés végzetes a betegre.

A submucosus fibromát abból a szempontból is kiemelném, mert nem való Röntgen-kezelésre, magam sohasem is tartottam erre valónak, de hogy a „fibroma — tehát Röntgen” sablonban bízó hit ezeket is sugaras kezelésre kényszeríti, ezt a közelmúltban egy illetékes helyen e módon kezelt s teljesen kivérzett beteg példája bizonyítja, kinél azután hysterotomia vaginalis ant. útján eszközölt enucleatióval gyors gyógyulást értünk el.

És most áttérek közleményem második részére, a hysterotomia vaginalis anterior alkalmazására. A méhüri vizsgálat legegyszerűbb eszköze a próbacurage, amely sokszor az első húzással tájékoztat. Mi az ilyen beteget már eleve totalexstirpációra készítjük elő s ha a makroszkopos kép minden kétségen felül áll, nyomban el is végezzük, még pedig jól operálható esetben corpusráknál a hüvelyt át többnyire s tropacocain lumbalanaesthesiában, amely erre a célra legkényelmesebb s az aránylag rövid műtéti tartamra elegendő. A görcsői meghatározást természetesen sohasem mulasztjuk el.

A diagnostikai curage-zsal egy ülésben végzett totalexstirpációt egyszersmind azért is helyes eljárásnak tartom, mert ha a radicalis műtétet későbbre halasztjuk, s a curette okozta felsebzés esetleg reakciós gyulladást támasztott a méh környezetében, ez a radicalis műtétet elodázza. Ha csakis görcsővel dönthetünk, akkor persze nincs mit tenni, bár fagyaszto mikrotom itt is kisegíthet, mert a helyszínen gyorsan diagnosishoz juttat. Ha ki kell tapintani a méhürt, legjobban a Hegar-tágítást, mert a laminaria vagy a gaze-tágítás a nyakcsatorna eltömeszelése s váladékrekedés folytán bajt okozhat.

Ha azonban rigid a cervix, akkor a bérépedés veszélye áll elő, amely a parametrium, esetleg a Douglas-peritonium felőli fertőzéssel fenyeget. Ilyen esetekre legjobbnak s leggyorsabban célravezetőnek találtam a hysterotomia vaginalis anterior, amelyet a melső hüvelyboltozat novocainnal való duzzasztási érzéstelenítésével is elvégezhetünk.

A cervix felmetszése megrövidíti az utat, a méhürt jól kitapinthatjuk, minden zugát elérhetjük s ha submucosus gócot találunk, ezt könnyen enucleálhatjuk. Mi sem könnyebb, mint azután a cervixseb egyesítése és a hüvelyboltozat reconstructiója. A subvesicalis ürt a boltozati varrat közepén 24 órára gazecsíkkal mindig drainezni kell! A cervixhegnek a climaxban nincs jelentősége, mert szülés már nem fenyeget. Ha pedig rák miatt, vagy olyan esetben, amely nem való enucleatióra (nagy ágy, esetleg visszamaradt vékony szaggatott méhfal), totalexstirpációra kell áttérnünk, a góc eltávolítása csak megkönnyíti azt, kivált ha kiterjesztjük a felezést a méhtestre is.

A corpusrák felismerésére régebben Paoli (Perugia) ajánlotta a cervix felmetszését. Ott, ahol a szokásos eljárásokkal nem boldogulunk, mint gyorsan célravezető eljárást melegen ajánlhatom a hysterotomia vaginalis anterior.

Összefoglalás:

1. A corpusrák gyakoribb, mint általában hiszik, átlag 20%.
2. A méhür felé kivándorolt submucosus fibromagócok öregkorban is okozhatnak bajt és nem valók a sugaras kezelésre.
3. Ahol a méhür kitapintása fontos, kivált submucosus fibromáknál, ahol a szabálytalan méhür valamely öbleiben rejtőző rákfészek el nem érhető a curettel s így

¹ Kubinyi: Archiv f. Gynaekol. 97. köt., 2. füz.

² Kubinyi: Orvosi Hetil. Gynaekol. mell. 1910., 1. sz.

könnyen felfedezetlen maradhatna, vagy ahol a közösleges tágitó eljárások elégtelenek, legbiztosabban érünk célt a hysterotomia vaginalis anteriorral, melyet jóindulatú esetben a reconstructio követ, rosszindulatúban pedig helyet ad a totalexstirpációnak.

A kir. magy. Pázmány Péter tud. egyetem I. számú sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebély Tibor egyetemi ny. r. tanár).

Kereszt-fartáji teratoma.

Írta: Herresbacher Árpád dr. klin. műtő.

A közelmúltban a keresztáji teratomáknak ritkán észlelt alakját volt alkalmunk eltávolítani, melyben embryonális csontokon és szervtelepeken kívül kifejlődött vak végbéltömlő és benne jellemző bűzös bélsár volt található.

17 éves egy-germekes anyát azzal küldte orvosa a klinikára, hogy végbélnyílása mögött jelenleg már emberfejnyire megnőtt daganatát gyulladáshozos tünetek miatt megnyitotta. Bár belőle nagyobb mennyiségű bűzös váladék ürült, a daganat maga a bemetszés után is változatlanul fennállt, sőt miután az ejtett sebet át sokáig nedvedzett, be is gyógyult. Később a daganat ismét fájdalmas lett, az előbbi metszés helyén magától kifakadt, mire a beteg fájdalmai enyhültek. A daganat fölötti nyílás azóta váltakozva hol bezárul, hol ismét megnyílik.

A beteg elmondása szerint a daganat, melyet születése óta hord, eleinte kisebb volt, 8—10 éves korában emberfejnyire megnövekedett. Fájdalmai csak utóbbi évben voltak, mikor időnkint lobos lett, és így orvosa felvágta. Azóta gyenes sipolynnyilása van. Székelési zavarai sohasem voltak, sőt a daganat a rendes terhességét követő szülésnél sem okozott zavart.

Az erősen megviselt külsejű, vérszegény nő fartáján, a végbélnyílás és a keresztcsont között hatalmas, emberfejnyi daganat emelkedett ki, mely a végbélnyílást előretolta, a farcsontot hátraszorította és két oldalsó nyúlvánnyal a gluteusok alá is beterjedt. A daganat dudoros felszínű, amely dudorok közül némelyik hullámzani látszik, másik tömött tapintatú. A végbélnyílás mögött fillérnyi bőrhiányon keresztül az anus mögötti kötőszövetbe vezető nyílás látható, mely a bőr alatt elhelyezkedő tyúktojásnyi üregbe vezet. Ezen üreg melső fele a végbél hátsó falával azonos és az üreget sarjszövet bélelte. A belőle ki vezető nyílásból sűrű, gyenes, a tőle kissé hátrább fekvő apróbb sipolynnyilásból híg, savós váladék ürült. A daganat vizsgálat közben mintha alakját változtatná, amennyiben helyenkint peristaltikus hullámhoz hasonló befűződés mutatkozott az egyes dudorok fölött. A hüvely mellé felé tolt, méh és függelékei különösebb elváltozást nem mutatnak. A végbél hátsó fala kissé beboltosult, rectoskópiás vizsgálatnál benne lényegesebb elváltozás nem volt található. Ujjal való vizsgálatnál a rectum hátsó fala és a bőr között jó gyermekfejnyi terimenagyobbodás volt tapintható, melynek felső határát nem sikerült elérni. Mindkét alsó végtag reflex- és keringési viszonyai a rendestől eltérést nem mutattak.

Kraske-műtétnél használatos metszéstől behatolva, négy tömött, lipomás szövetbe ágyazott, egyenkint férfi-ökölnyi tömlőt sikerült eltávolítani, melyek közül a legfelső fölfelé, az elkorcsosult farcsont előtt elhaladó, tömött, vastag szalagba folytatódott, mely a keresztcsont alsó csúcsának melső felszínével erősen össze volt növe. Ebbe a kötegbe három, egyenkint fillérnyi, lapos, korongalakú csontdarabka volt beágyazva. Ezen felületesebben fekvő tömlők kiirtása után a sebürege fenekén a rectum mögött karvastagságú képlet feküdt, mely magasan felterjedt a kismedencébe. Ennek hátsó felszínén ujjnyi vastag erek futván, igen erős vérzés indult meg, s mint-hogy ezen képletnek a rectumhoz való viszonya nem volt tisztázható, a műtétet tamponálással szakítottuk félbe. A kimetszett tömlők egyike átható bűzű, kifejezett bélsárt tartalmazott.

A néhány hét múlva megejtett második műtétnél az

egyfelől a farcsonttal, másfelől a végbéllel szoros összefüggésben álló, a diaphragma pelvis fölött elterülő, a has-hártyát magasra feltoló lipomatosus tömeg eltávolításánál főleg a benne, a végbéllel párhuzamosan fölfelé futó, annál tágabb, rendkívül bűzös bélsárral teli tömlő okozott sok fejtörést. Hosszas óvatos praeparálással sikerült a kettőt egymásról elválasztani, s ekkor derült ki, hogy a második, vakon végződő hátsó végbél tulajdonképpen a daganathoz tartozik. A sebüreget tamponálva, a sebszéleket az üregbe fordítva, a műtési területet sarjadzások gyógyulásra bíztuk, amely körülbelül négy hét alatt be is fejeződött s a beteg Verebély professor gyógyultán mutathatta be az Orvos-egyesületben.

A második alkalommal kiirtott daganatban 19 cm hosszú, felkar vastagságú, typosus fallal bíró vastagbélben kívül több kisebb-nagyobb nyákos, illetve atheromás bennéki szőröket és körmöket tartalmazó cystán kívül három különféle alakú csont, számos elszórt porcsziget volt kimutatható a mindezt beágyazó zsírszövetben. A csontoknak egészen jellegzetes alakjuk volt. Az egyik lapocka alakját mutatta, lapos testtel, belőle kiágazó spina scapulaeával és labrum glenoidaleával. A lapocka az embryonális fejlődésnek kb. 7–8-ik hónapjának megfelelő fejlődési fokon volt, keskeny porcsávokkal, bár a nagysága másfél éves gyermek lapockájával volt azonos. A másik csont bordának felelt meg, kifejezett ízületi nyúlvánnyal, azonban a görbülete, lapjára való hajlottsága hiányzott. A harmadik csont kissé elkorcsosult, alakjában némi képzelőtehetséggel talán az orsócsontot lehetne fel- felni. A csontok nagysága, az utóbbit kivéve, egymással arányban van s mint említettem, kb. 1–1½ éves gyermek lapockájának, illetve bordájának nagyságának felel meg. Az orsócsont, mely különben is elkorcsosult, ennél kisebb. A porcszigetek elrendeződése Röntgen-képen csigolyasorra emlékeztető metamériát mutat, és talán az első műtétnél kivett szalagban talált három lapos csontdarabka sem egyéb, mint ennek a csigolyasornak a folytatása és bizonyos fokig pyopagusszerű összefüggése a beteg — jobban mondva — autosita gerincoszlopával. Egyébként az egyes csontrészeknek és szervelepeknek egymáshoz viszonyított elrendeződésében semmiféle szabályosság nem volt észlelhető; mind a lipomás alapszövetben, a legteljesebb össze-visszaságban feküdt. A bélsárral teli tömlő fala a typosus vastagbélfal szerkezetét mutatta. A benne lévő bélsár a dermoidbenéktől eltérően feculens szagú és bélsár-consistentiájú volt. Hogy azonban miképpen kerültek ezen minden irányban zárt tömlőbe — mely tehát sem a küivilággal, még kevésbé az autosita végbéllel össze nem függött — rothasztó mikroorganizmusok, azt nehéz elképzelni. Talán diapedesis vagy felszívódás útján. A bélsárban természetesen epefesteny nem volt kimutatható.

Szövetani metszeteken a legváltozatosabb képeket látjuk. A daganat alapszövege zsírszövet, melyben — kétségtelenül az előremert gyulladások nyomaként — sokhelyütt élénk zsírgranulatiót találunk. Ebben a zsíros alapszövetben legfeltűnőbb a sok síma izomrost, melyek helyenként vastag köteggé szedődnek össze. Talán ezeknek összehúzódása okozta a daganat alakváltozásait vizsgálat közben. Az alapszövet néhol igen bőven érezett, úgyhogy valóságos angiomás érhálózatok találhatók. Az első alkalommal kivett cysták mindegyikének fala síma izomelemek fölött elterülő bélhám képét mutatja, míg a szomszédságban apró porcszigetek, majd kisebb, a falba beágyazott cysták találhatók. A másodikban kivett beldarab háma az enteritis chron. atrophica jellegét mutatja, melyben burjánzások és lymphoid szigetek találhatók. Igen sűrűn fonják át az alapszövetet neuroepithel-csővecskék, az agyidegrendszerhez tartozó egyes részleteket azonban nem sikerült kimutatni. Általában feltűnő az igen dús ideghálózat, elszórt ganglion-sejtekkel. Ritka szép részletek a csillószörös hámmal fedett porcszigetek, melyek embryonális trachea-gyűrűkre emlékeztetnek. A dermoid cysták falában sok szőr és tágult faggyúmirigy foglal helyet. Több helyen sűrű, valósággal adenomásan túltengett verejték-mirigy-hálózat alkotta cavernosus részlet volt látható.

Az irodalomban nagy számmal található fartáji daga-

natokat átnézve, a leginkább szembetűnő az a körülmény, hogy legnagyobb részük újszülötteknél, halvaszülötteknél, vagy koraszülötteknél fordul elő és csak elenyészően kevés azon esetek száma, melyeket serdültebb, vagy felnőttkorú egyéneknek írtak le. Más szóval a fartáji teratomával született egyének túlnyomó része életképtelen. Több száz, az irodalomban közölt esetek közül csak 7 esik felnőttre. Viszont az összes esetet számbavéve, azok a daganatok, melyekben makroszkopikus bélrészletek, bélfalcysták vagy bélkacsok voltak találhatóak, felette ritkák. *Tillmanns* által említett 4 régebben közölt eseten kívül az újabb irodalomban csak kettőt találtunk. Ezen 6 esetnek csak egyikében tartalmazott a bélrészlet bélsarat is, mely viszont a mi esetünkkel szemben szagtalan volt. Ezen bélsárral teli bélrészlettel eltekintve, az eset leginkább *Kleinwächter* által régebben észlelt és leírt keresztáji teratomához hasonlít, melyet 18 éves nőtől távolított el sikerrel.

Az onkológiai rendszerben ezek a teromák az ikrek és a teratoblastomák, tehát a valódi vegyes daganatok közötti átmenetként foghatók fel. Mert ha a vegyes daganatoknak úgynevezett poláris, és pedig úgy cranialis, mint caudális alakjain végigtekintünk, akkor a sorozat egyik végén találjuk a valódi vegyes daganatokat, a teratoblastomákat, melyektől a teratoid daganatokon át a teromák, a szabad és bőralatti parasiták vezetnek át a szimmetrikus és aszimmetrikus kettőződésekre, illetve a sorozat másik végén álló közösleges egypetéjű ikrekhez. Bár a két végpontnak meghatározása eléggé kialakult, a közbeeső egyes alakoknak elhatárolása körül meglehetősen homály uralkodik. Mert pl. a bőr alatt elhelyezkedő és alig, vagy csak erős képzelőtehetséggel felismerhető szervcsökevényekből álló parasitát az olyan teratomától, mint amilyenről a fent leírt esetben is szó volt, melyben könnyen és határozottan felismerhető szervek, organismoidok helyezkednek el, inkább csak elméletileg lehet megkülönböztetni. Ezek a daganatszerű torzképződmények utalnak leginkább arra, hogy a daganatképződés is tulajdonképpen hibás sejtbioiógiai folyamatoknak, fejlődési zavaroknak következménye. Vagy a rendes fejlődés menetének valamilyen okból való megakadása, vagy rendellenes irányban való haladása. Olyan tájon, melyen a fejlődés menete egyszerű, ott ritkábban is fordulnak elő daganatok, mint azon területeken, melyeknek kifejlődéséhez megnyílásoknak, záródásoknak, egyes részek kifejlődésének, mások visszafejlődésének hosszú és bonyolult sorozata szükséges. Ezért olyan gyakoriak éppen a fartájon az ilyen daganatok, ahol a caudális vég fejlődése közben egész sora az embryonális telepeknek kell hogy elsovadjon, illetve egybeolvadjon, míg a fartájak végleges állapotra létrejön. Ha mindezek után még meggondoljuk két csirnak pyopagus jellegű egybeolvadásának a többi kettős torzképződés közötti aránylagosan gyakori voltát, akkor érthető, hogy a keresztáji teromák keletkezésére nézve még ma is nyílt kérdés a monogerminalis és bigerminalis eredet.

Három lehetőség vehető fel ezen daganatok sorozatának keletkezésére. Először lehetséges, hogy az embryo rendes fejlődési menete oly módon zavart, hogy az egyes telepek evolutiója, illetve involutiója nem történik tökéletesen. Másodszor lehetséges, hogy az egyébként rendszeren fejlődő telepek közül valamelyik leválik és vagy elpusztul, vagy másutt, mint elszórt csir indul önálló fejlődésnek. Mentül korábbi fejlődési állapotban történik ez a leválás, annál több irányban való differentiálódásra való képesség van benne, vagyis annál tarkább lesz a belőle fejlődött csökevény képe. A harmadik lehetőség tulajdonképpen az előbbinek korábbi formája. Lehetséges ugyanis, hogy ez a leválás már a gastrulatio stadiumában történik meg, ami voltaképpen a csira feleződését jelenti, vagyis az, amit bigerminalis eredetnek nevezünk. Az ily módon levált rész fejlődhetik a másik mellett egyenletesen, ha ugyanolyan életképes, elkorcsosulhat, vagy pedig a másik, jól fejlődő telepbe fölvetetik és ott elősdi módjára „foetus in foetu” növekszik, míg növekedési képessége kimerült. Ilyen incorporált parasitákat az autosita szervezet legkülönbözőbb részeiben észleltek.

Ha ezt a három lehetőséget nézzük, nyilvánvaló, hogy közöttük csak időbeli különbség van. A korábban levált

telep differentiatív képessége többirányú lévén, a belőle fejlődő képlet inkább fog hasonlítani a telep sokfélesége tekintetében az eredetihez. Hogy a telepek egyes szervrészletei milyen fejlettségi fokot érnek el, hogy azok szabad szemmel könnyen felismerhető, az autositáéhoz hasonló szervekké fejlődnek-e, vagy a fejlődésnek kezdetleges állapotán megmaradnak és görcsövel is csak nehezen fejsmerhető, sőt néhol teljességgel felismerhetetlen, korcs szervdurványokat alkotnak-e, az a levált rész életenergiájától függ. Ha ez az életenergia a levált részben ugyanakkora, akkor elérkeztünk a sorozat egyik extrémjéhez: az egytetű ikrekhez. A nagyon későn levált részek, illetve rendes körülmények között visszafejlődésre ítelt embryonális telepek megmaradásából és önálló burjánzásából pedig a sorozat másik végén álló teratoblastomák fejlődnek. Az egyes átmeneti alakoknak fejlődési magyarázásánál a mono-, vagy bigerminális eredet fölött vitatkozni, mire Marchand és Tillmanns a legnagyobb súlyt fekteti, ezek szerint csak annyit jelent, mint azon embryonális telepek, melyből a teratoma fejlődött, leválási idejét meghatározni.

Mint hogy a fent közölt esetben a fartáji daganatban craniális véghez tartozó szövetelemek, mint csillószőrös hámmal bélelt porcos szigetek voltak találhatóak, a részben kifejlődött csontok egyike kifejezetten lapocka, az embryonális telepnek lehasadása igen korai szakban kellett hogy megtörténjen, ami Marchand felfogása szerint bigerminális eredet mellett szólna.

A budapesti Szt. Gellért-gyógyfürdő közleménye (vezető főorvos: Benczúr Gyula egyet. magántanár).

Vaccineurinnal elért eredményeink.

Írta: Kunszt János dr.

A neuralgiák és neuritisek néha igen makacs megbetegedések, ezért minden újabb eljárást ezek leküzdésére örömmel kell fogadnunk.

Döllken 1912-ben hozott forgalomba ilyen szert vaccineurin név alatt, mely staphylococcus pyogenes és bakt. prodigiosum autolysatumainak keverékéből áll s hatása specifikus volna neuritisek és neuralgiák kezelésében.

Tekintettel gyógyfürdőnk aránylag nagy neuralgiás és neuritises betegforgalmára s arra, hogy a vaccineurinnal hatásmódja tisztázva még nincs, feljogosultnak érzem magam, hogy az utolsó esztendőben vaccineurinnal kezelt eseteinkről röviden beszámoljak és ezzel is a vaccineurin therapia értékeléséhez szerényen hozzájáruljak.

Az utóbbi években fajidegen fehérjékkel különböző bántalmakat igyekeztek kezelni s ezek a kísérletek aránylag jó eredménnyel jártak. Erre a reactiók terapiára a legkülönbözőbb fehérjék közt bakteriumokat is alkalmaztak. Mindinkább kialakul az a nézet, hogy azon gyógyeredmények, melyeket a Döllken-féle szerrel elértünk, az idegen fehérje reakciók gyógyhatásán alapszanak, csak-hogy a vaccineurin bizonyos neurotrop tendenciával bír s ezért neuritisek és neuralgiák kezelésénél eredményesebben használható, mint a tej-, caseosan- és egyéb fehérje-injectiók. Meglehet, hogy egyrészt specifikusan hat — innen a neurotrop tendencia —, másrészt az elölt bakteriumok mint fajidegen fehérjék szerepelnek. Meglehet azonban, hogy ez a neurotrop tendencia csak a helyes adagolási mód következménye, mely figyelembe veszi az idegsejtek speciális energiáját s oly ingereket adagol, melyekre csak ezek reagálnak.

A vaccineurint intravenás és intramusculáris injectiók alakjában adhatjuk. Az előbbi eljárás azonban a túl erős reakciók miatt gyógycélokra kevésbé alkalmas s ezért ma már úgyszólván csak intramusculárisan adjuk 2—3 napos időközökben.

Typusos reactio csak az intravenás adagolást kíséri s három szak különböztethető meg benne: 1. rövid lapangási szak (1/2—1 óra), 2. a fájdalmak fokozódása (positív góreactio), vagy csökkenése (negatív góreactio), 3. Hat órával az injectio után a reactio lassan lezajlik.

Intramusculáris adagolásnál a három szakot megkülönböztetni nem lehet, a reactio később jelentkezik, tovább húzódik, sokszor pedig el is marad.

A vaccineurin-therapiát eddig a idegrendszer következő bántalmainál próbálták ki: fertőzések, traumás neuritisek, polyarthritises, postdiphtheriás, luses, influenzás bántalmak, neuralgiák, myalgia, tabes lanciai fájdalmak.

Ellenjavallatot legfeljebb a vaccineurin-intolerantia és súlyos szervi megbetegedések képeznek.

A Szt. Gellért-gyógyfürdőben eddig 40 esetet kezeltünk vaccineurinnal. Természetes azonban, hogy a betegeket a vaccineurin-therapián kívül a szokásos physikális gyógykezelésben is részesítettük. Ez statisztikánk eredményét természetesen befolyásolja. Úgy vagyunk vele, mint akár a tuberculin-therapiával, melynél dacára a sokezer kezelésnek, még ma sem tudjuk, hogy a gyógyeredményből mennyit írunk a tuberculin s mennyit a vele egyidőben alkalmazott egyéb kezelések javára. A beteg gyógyulását kísérletezés céljából kockára tenni nem szabad s így adatainknak, mint a legtöbb therapiás vizsgálatoknak, csak annyiban van értékük, hogy a kipróbálandó gyógyszer hozzávetőleg jónak bizonyult-e vagy nem.

Könnyebb áttekinthetőség céljából táblázatba foglaltam kezelt eseteinket, az elért eredményeket és a reakciók viselkedését.

Positiv + Negativ -	Vegyes	Általános	Nem volt	Betegség	Esetek száma	Eredmény				
						gyógyult	javult	változatlan	küráját abbahagyta	
reactio										
6	4	3	9	Primaer ischias	22	5	14	1	2	
—	1	5	—	Secundaer ischias	6	2	1	3	—	
—	1	—	—	Postinfluenzás polyneuritis	1	—	1	—	—	
—	—	—	1	Myalgia	1	—	1	—	—	
—	—	2	2	Lumbago	4	—	2	2	—	
2	—	—	—	Neuralgia brachialis	2	—	1	—	1	
—	—	—	1	Trigeminus neuralgia	1	—	1	—	—	
1	—	—	—	Paralysis spin. spastica	1	—	—	1	—	
1	—	—	1	Intercostalis neuralgia	2	1	1	—	—	
10	6	5	19	Összesen	40	8	22	7	3	
25%	12.5%	12.5%	50%			20%	55%	17.5%	7.5%	

Legszebb eredményeket a primaer megbetegedéseknél (pr. ischias, brachialis és intercostalis neuralgia, lumbagóink egy része) értünk el. Ezek közül csupán egy maradt refractaer, legtöbb esetben a fokozatos javulás minden injectio után tapasztalható volt, egy-két esetben pedig egyenesen meglepő volt a gyors javulás.

A secundaer esetek közül azok, melyeknél gyógyítható anyagcsere-megbetegedés, intoxicatio vagy nagyobb anatomiai elváltozásokkal nem járó trauma volt a kiváltó ok (köszvényes, terhességi, szülés alatt keletkezett ischias, postinfluenzás polyneuritis), befolyásolhatóak voltak. Azok ellenben, melyeknél a kiváltó megbetegedés rejtve maradt vagy melyeknél állandó jellegű, irreparabilis állapot volt az ok, keveset, vagy semmit sem javultak. Ezért javult keveset egy Highmur-öböl-gyulladás után keletkezett trigeminus neuralgia, secundaer ischiasaink egy része (idegbe adott Hg.-injectio, genitális bajai), lumbagóink egy része (rejtett malária, lúdtalp).

Döllken eredményeivel szemben, ki 100% gyógyulást, illetve javulást ért el, a mi eredményeink tehát a többi szerzővel kb. egyező eredményt adtak, amennyiben eseteinknek 17.5%-ában nem értünk el eredményt, aminek oka abban is kereshető, hogy Döllken jobban változott meg eseteit.

Még így is eredményeink kielégítőek s a kezelés értéke mellett bizonyít az is, hogy nagyjában véve azon eseteink, melyeket vaccineurinnal is kezeltünk, gyorsabban látszóttak gyógyulni, mint azok, melyeket vaccineurinnal nem kezeltünk, továbbá hogy egyes eseteink, melyek minden kezeléssel dacoltak, akkor kezdtek javulni, mikor a physikális kezelés mellett a vaccineurint is kezdtük alkalmazni.

Ami a reakciók viselkedését illeti, Döllkennel szemben, ki az esetek 75%-ában kapott reakciót, mi csak 50%-ban kaptunk. Gyakoribb volt a pozitív gócreactio, ritkább az általános reactio. Negatív gócreactiót tisztán egy esetben sem kaptunk, keverve általános, illetve pozitív reactióval egy ízben. Hőmérsékemelkedés a reakciókat ritkán kísérte, és akkor is alacsony volt (37–37,5° C), két esetünkben volt az adag erősségétől függően 38–39° C, amelyhez egy esetben még erős hasmenések is járultak. Oly erős reakciót, amely miatt a vaccineurin kezelést abba kellett hagyni, két esetben kaptunk.

A reactio prognosis szempontjából általában véve jó jel, azonban csak pozitív értelemben értékesíthető, amennyiben elmaradása egyáltalában nem szól a gyógyulás ellen (analog eset a thermális eljárások reactiója, az ú. n. furdoreactio).

A vaccineurin esetleges fajlagossága mellett szól az, hogy a friss esetek néha feltűnő gyorsan javultak tőle, míg a reactiók therapiára használt többi anyagok javallatait inkább az idült megbetegedések képezik.

Röviden összefoglalva tehát, a vaccineurin-therapia a peripheriás idegrendszer megbetegedéseinek jól bevált. Ezen betegségek kezelésében a főszerepet ezentúl is a physikális therapia fogja játszani, azonban a vaccineurin-therapia mégis haladást jelent, amennyiben egyes esetekben gyorsítja, más esetekben egyenesen megindítja a javulást. Előnye az is, hogy már a betegségek legacutabb stádiumában is alkalmazható, amikor kezünk az egyéb kezeléseket illetőleg még meg van kötve.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tud. egyetem I. sz. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebély Tibor egy. ny. r. tanár).

A részleges orsócsontiányból eredő dongakézről.

Írta: Horváth Boldizsár dr.

A világhozott rendellenességek közül már régóta az érdeklődés központjában állnak a végtagokon előforduló hibák, mert rendszerint a végtag nagyfokú működés-zavarával járnak együtt. Különösen áll ez azóta, amióta a Röntgen-sugarak lehetővé tették a csontrendszernek az élőben való közvetlen tanulmányozását, s így nemcsak a látásra és tapintásra, s egynemely esetben boncolási leletre támaszkodhatunk.

Az alkar és a kéz azon rendellenességét, amikor azok egymással szöveget képeznek, a kéz *dongaállásának* nevezzük. Még pedig úgy a radiális-ulnaris, mint dorsális-volaris elhajlás esetében is. A dongakéz (Klumphan) elnevezés csak a kézfejnek a kóros helyzetét jelenti és nem tesz különbséget a létrehozó okok között. Az elferdülés veleszületett zsugorodásoknak, vagy az izomzat hiányos fejlődésének lehet következménye. Máskor viszont a csontrendszerben találjuk a fő eltérést, s az orsó-, illetve a singcsontnak teljes vagy részleges hiánya az, melyet ilyen dongakezeknél észlelhetünk. Kirmisson az egymástól bonctanilag lényegesen különböző esetek elkülönítésére ezen különbséget vette alapul. Ezzel ellentétben Hoffa és Blencke csakis az ép csontrendszerű esetek számára tartják fenn a dongakéz elnevezést. Minthogy azonban a helyzetváltozás az első tekintetre annyira szembevetendő, a dongakéz (s különösen a német Klumphan) elnevezés használata általános lett minden olyan esetben, amikor az elferdülés a radiocarpalis ízületre szorítkozik, azzal a megszorítással, hogy csontrendszerbeli eltérés esetén azt

mindig külön feltüntetjük az elnevezésben; pl. részleges orsócsontiányból eredő dongakéz.

Az alkarcsontok egyikének hiányához társult dongakéz a gyakoribb. Pl. Bouvier 24 esetéből csak 8-nál nincs csonteltérés, míg a többieknél az orsó-, vagy a singcsont hiányzik. Kümmel 67 észlelésében 57-szer egyáltalában nem talált orsócsontot. Ha azonban tekintetbe vesszük, hogy miután a régebbi esetek nagyrésze még a Röntgen-sugár felfedezése előtti időből származik, érthető *Joachims-thalnak* azon észlelése, hogy az újabban közölt esetekben legtöbbször sikerült az orsócsontnak megfelelő csökevényes csontot kimutatni oly esetekben is, melyeknél a külső vizsgálat teljes orsócsontiányra engedett volna következtetni. Más oldalról pedig boncolási leletek alapján azt találták, hogy a hiányzó csont helyén rostos köteg határolható el elég élesen, melyről feltételezhető, hogy a születés után elcsontosodhatott volna.

A mi esetünk 1922 szeptember havában vétetett fel az I. sz. sebészeti klinikára; a kórkép felvételkor a következő volt:

B. M. 13 éves, jól fejlett leányka, belső szervei kóros elváltozást nem mutattak. A jobb alkar 10 cm-rel rövidebb, mint a bal. Az alkar és a kézfej kb. 110 foknyi, a radiális oldal felé nyitott szögben állanak egymáshoz. Az alkar nyugalmi állása supinatio és pronatio között van. A singcsont distális vége erősen kiugrik, felette a bőr erősen kifeszült. A hüvelykujj teljesen hiányzik. A többi ujjak rendesen fejlettek. Activ mozgáskor úgy a forgatás (supinatio-pronatio), mint az ulnaris-radiális abductio nagyon csekély. Az ujjak hajlítása-feszítése jobban sikerül, de szintén korlátozott. Passive ugyan valamivel nagyobbak a kitérések, de teljes mozgathatóság sem a radiocarpalis, sem a radioulnaris ízületben nem érhető el.

Röntgen-lelet: Az orsócsont alsó epiphysis-porca jól látható. Az epiphysis ulnaris része terérszerűen kiugrik és nekítámaszkodik a rajta 2 cm-rel túlnyúló singcsontnak. Az ízületi felszín vonala ferde, még pedig úgy, hogy a singi oldalról az orsóoldalra lejt. A singcsont alsó vége szintén eltorzult, a karcsont (proc. styloideus) nem látható. Még így is, proc. styloideus nélkül a singcsont alsó epiphysise erősen kiugrik a többi csontok közül. A feltűnően keskeny sajkacsont, az orsócsont ferde ízületi felszínének megfelelően szintén ferdén áll. A multangulum majus helyén babszemnyi sesamcsont a multangulum minus jól felismerhető. A capitatum a keskeny sajkacsontnak megfelelően megnyúlt. Oldalfelvételén látható, hogy az orsócsont ízületi felszínének ferdesége kézhát-tenyéri irányban is kifejezett, így a hozzá ízesülő kéztő a Madelung-álláshoz hasonló félficamodott (subluxált) helyzetben van.

A beteg anyja a terhesség második felében nekiesett egy asztalszögletnek. A gyermek azonban koponyafekvéésben, igen kevés magzatvízzel, rendes időben született meg. Az elferdülés miatt redressáló kötésekkel kapott, melyek azonban lényeges javulást nem hoztak. A családban sem apai, sem anyai ágon veleszületett torzképződések nem fordultak elő.

A kórkép jellemző a Kümmel-féle értelemben vett orsósugárhányra (radiales Strahldefekt), de a másik karral összehasonlítva a singcsonton is találunk eltérést. Azonban az egész orsósugár csökevényes volta alapján ennek hibás fejlődése az elsődleges s csak, amidőn az orsócsont növekedésében visszamaradt, változtatta meg a kéztő nagyfokú elferdülése úgy a mechanikus viszonyokat az alkaron, hogy a singcsont szabad növekedése és a proc. styloideus kifejlődése is akadályozva volt.

A világhozott eltorzulások esetében elsődleges és másodlagos fejlődési rendellenességeket szokás megkülönböztetni. Ennek megfelelően az aetiologia kérdése is két csoportba osztható. Elsődleges torzképződéskor a csirában tételezzük fel az okot, s ez az öröklött torzképződésekre volna jellemző.

Ebben az endogen csoportban mindenekelőtt *Herschel* és *Gegenbauer* elmélete említendő, mely az archypterygium-elméletre támaszkodik. Eszerint a tüdős halak csoportjába tartozó, ma is élő *Ceratodus* uszonyaiban, fő- és mellék-sugarakat különböztetnek meg. *Herschel* és *Gegenbauer* szerint a phylogenetikai fejlődésben a magasabbrendű gerinceseknél a felesleges mellék-sugarak visszafelődtek, a fő-sugarak pedig erősebb kifejlődésnek indultak. Ezen elmélet alapján a végtagok bizonyos fejlődési rendellenességei egy-egy fő- vagy mellék-sugár hiányával volnának magyarázhatók. *Herschel* elméletét a mi esetünk nem erősíti

meg, mert nem hiányzik az első (radiális) melleksugar; hiszen az orsócsont s a sajkacsont feltalálható a Röntgenképen, csupán a hüvelyk hiányzik teljesen. Egyébként a további kutatások is megingatták ezt az elméletet. Fejlődéstani vizsgálatok (különösen *Wiedersheim*-éi) nem igazolták a kar csontjainak ilyen csoportosítását. Ezen kutatások eredményeire támaszkodva *Goldmann* a végtagok torzképződéseit ontogenetikailag úgy magyarázza, hogy ezen fejlődéstani sugarak tökéletlen képződése az ok, ami érheti úgy az egész sugarat, mint csupán az egyes csontokat. Ha esetünkben ily módon tényleg sugaras fejlődési zavart veszünk fel, akkor a radiális sugar elsődleges zavar mellett a singcsont eltorzulása másodlagosnak mondandó. Fejlődéstaniul ugyanis az ulnaris sugárhoz a harmadik ujj tartozik, ezen s az ehhez tartozó kéztőcsontokon pedig nem találtunk semmi olyan jellegzetes elváltozást, mely az ulnaris sugar elsődleges fejlődészavarára engedne következtetni.

Mások (*Tiedemann* követői) az ideg- és érrendszer elsődleges elváltozásaival magyarázták az eltorzulások létrejöttét. Ez a viszonylagos összefüggés azonban erőltetve is csak egy-két elszórt esetben volt feltalálható.

Mindezen elméletekkel szemben, melyek tehát a fejlődési rendelleneseknek endogen okait keresik, már *Kümmel* is óvatosságra int s azokat csak azon esetekben hajlandó elfogadni, ha az öröklés nyilvánvalóan kimutatható.

A második nagy csoportot azon torzképződések alkotják, melyeket másodlagos világrahozott torzképződéseknek nevezünk. A mechanikus behatások vagy egészséges ébrényt támadnak meg, vagy pedig a fejlődő embryo csontrendszerének ellentállóképessége csökkent méhen belüli megbetegedések folytán. Anyák elég gyakran hozzák gyermekük világrahozott elferdülését valamely, a terhesség alatt elszenvedett sérüléssel összefüggésbe. Ha azonban meggondoljuk, hogy az első nyolc héten belül, ameddig a végtagtelepek teljesen tagozott porcvázzá fejlődtek ki, az ébrény alig haladja meg az egy centimétert, alig lehet elképzelni olyan egy pontra ható külső behatást, mely pl. csak az orsócsontsugar fejlődését zavarná meg. A későbbi korban felvehető méhen belüli törések sem hozhatnak létre ilyen mélyreható elváltozásokat.

Körülbelül hasonló a helyzet, ha bármely ok folytán (pl. adnexgyulladás, vagy rendellenes helyzet csökkent magzatvíz esetén) fokozott nyomás alatt van a méhürben a magzat. Ez a magyarázat kisebb elváltozásoknál elfogadhatónak látszik. De teljes orsócsontiány esetén ismét nehezen képzelhető el az, hogy a már egyszer kifejlődött csont teljesen eltűnjék a nyomás folytán.

Leginkább elfogadható az az elmélet, mely az eltorzulások okát az amnion elváltozásaiban keresi. Különösen ha olyan példák vannak előttünk, mint a *Simonart*-kötegek okozta méhen belüli csontkítások. Több esetben a torzképződés területén kisebb-nagyobb hegeket találtak. A hegek azt bizonyítják, hogy amikor az amnion még rásímult az ébrényre, gyulladási folyamatok folytán összenövés keletkeztek a kettő között. Természetes, hogy az ilyen összenövés (hiszen gyulladási folyamatról van szó) az illető helyen a fejlődést és növekedést akadályozni fogja. Különösen az ébrényi végtagdudorok, mint a legkiállóbb helyek, lesznek leggyakrabban ilyen kóros folyamatok behatásának kitéve.

Schwalbe a torzképződések okát az amnion elsődleges fejlődési rendellenességeiben keresi. Az ilyen amnion-eltérés természetesen hasonlóképpen fogja befolyásolni a végtagok fejlődését, mint a magzatburok összenövéséi.

Ha ezen exogen okok jelentőségét a mi esetünkben vizsgáljuk, azt találjuk, hogy a leánykának anyja szintén emlékszik valamelyes nagyobb sérülésre terhessége alatt, azonban ez a terhesség második felében történt, úgyhogy aligha jöhet számba. A betegnek alkarján viszont semmiféle hegnek nyomát nem találtuk, mely valószínűvé tenné az amnionnak közreműködését. Az egyetlen, amire gondolhatunk, a magzatvíz csökkent volta s ezáltal a méhüri nyomásviszonyok megváltozása lehetne.

Ha röviden összegezzük a végtagok torzképződéseinek aetiológiáját, azt kell mondani, hogy magyarázatukra két, egymással merőben ellenkező felfogás uralkodik. Az egyik a csiraplasmának hibás tulajdonságával számol, a másik viszont feltételezi, hogy a végtag kifejlődése minden esetben normális, hacsak mechanikai okok nem lépnek zavarólag közbe. Esetünk sem az egyik, sem a másik irányban nem értékesíthető biztossággal az oki tényezők megvilágítására.

Ami ezen elferdülésnek *prognosisát* illeti, nem mondható rossznak azon esetekben, amikor izomműködés egyáltalában található. Legtöbbször a betegek könnyű munkára kezelés nélkül is képesek, úgyhogy nem is kívánják az elferdülés kiegyenlítését, mely számukra azt jelentené, hogy a megváltozott helyzet miatt újra kellene a szükséges kézmozgásokat (pl. írás) megtanulni. Megkísérelték csecsemőkori redressáló kötések alkalmazását is, azonban sok eredményt nem láttak. Úgyhogy a gyógykezelés ma elvitázhatatlanul műtéttől kell hogy álljon. Még pedig azt a csontot, amely hosszúsága folytán a kézfej ilyen nagyfokú elferdülését létrehozta, megrövidítjük. Ha a singcsontból kell egy darabot kivésni, sokkal jobb az eredmények, mert a radiocarpális ízületet nem kell megbolygatni.

Betegünknel is hasonló volt a *kezelés*. Először a singcsont diaphysiséből resecáltunk 1½ cm hosszú darabot. Miután evvel kellő megrövidítés elérhető nem volt, a singcsont erősen kiugró alsó epiphysisét is eltávolítottuk. Hogy az orsócsont kéztőizületi felszínének ferdeségét megszüntessük, éket véstünk ki abból is, közvetlenül az alsó epiphysisporc felett, annak épentartása mellett. Így az elferdülést kiegyenlítve, az alkar és a kéz rögzítő gipszkötésbe került. A sin kis fokban singi oldal felé hajlított állásban tartotta a kézfejet, hogy az előbbi kóros állás iránti hajlamosságot leküzdjük. Egyszersmind szorgalmas massage-kezelést vezettünk be ujmozgatási gyakorlatokkal. Amikor betegünk a levehető redressáló gipszsinnel ellátva elhagyta a klinikát, a kéztőnek s az ujjaknak activ mozgása szemmel láthatólag javult, úgyhogy nagy a remény, hogy kellő gyakorlás és massage mellett az eredetileg zsugorodott ujjak használhatósága is jelentékenyen javulni fog, a kosmetikusan teljesen mondható eredménnyel kívül.

A Közkórházi Orvostársulat 1923 március 28-iki ülése.

Elnök: *Boytha József*.

Jegyző: *Toldy Loránt*.

Bemutatás:

1. *Csutorás Sándor*: a) *Hasfalba áttört ulcus jejuni 25 évvel ezelőtt végzett gastro-enterostomia után. Gyógyítása a gastro-enterostomosis megszüntetésével és gastroduodenostomia készítésével.* Sz. D. 49 éves pincér febr. 7-én jelentkezik *Pólya* főorvos osztályán. 25 évvel ezelőtt a *Dollinger*-klinikán operálták heges pylorus-szűkülete miatt. Műtét után hét évig teljesen jól érezte magát, de később gyomorfájdalmi és hányingerei újból kiújultak s különösen a köldöktől balra s az alatt érzett erős fájdalmakat. Szabad sósav 25, összaciditás 74. Röntgenlelet (*Bársony*): Elülső anastomosis, vele szemben a jejunumon koronárius ulcusfolt, e helyen diónyi fájdalmas resistentia. II. 19-én *Pólya* által végzett műtét alkalmával az elülső gastro-enteroanastomosis hely alatt a jejunum elvezető szárán egy fillérnyi nagyságú fekélyt találnak, mely az elülső hasfalba penetrál. Azt leválasztván a hasfalról, szétválasztják a régi gastroenteroanastomosis helyét, azt kétsoros varrattal elzárják s a duodenális fekély által okozott szűkületen áthatolva, a duodenum előzetes mobilizálása után typosos *Finney*-műtéttel végzenek. Az eset kapcsán három dologra hívja fel a figyelmet: 1. Esetükben 25 évre a gastroenteroanastomosis után lépett fel a jejunalis ulcus, ellentétben a szokásos 2-3 hónapi fellépéssel. 2. A *Finney*-féle műtét előnye, hogy a duodenum sokkal jobban bírja el a HCl-ot, mint a jejunum s a passage a normálisnak megfelelően a duodenumon vezetetik át. 3. Jóllehet a pylorus-szűkület typosos képét találták, az igazi szűkület mégis a duodenumban volt, amit az ott levő fekély okozott.

b) *Szokatlan nagyságú köves hydronephrosis.* K. S. 25 éves szabónő július 20-án szület. Azóta egy daganata van

hasában, mely napról-napra nő s fájdalmakat okoz. A lesóványodott nőbeteg hasában főleg az epigastrium jobb oldalát elfoglaló gyermekfejnyi, kifejezetten fluktuáló elastikus daganat mutatkozik. Vizelet normális. Műtét (Pólya) III. 5-én, azon felvétellel, hogy kitágult epehólyaggal állanak szemben. Epehólyag normális, a cystikus daganat retroperitoneálisan fekszik s kiderül, hogy a cigarettapapír vékonyságúvá sorvadt, colossalisán tágult jobb vesével állanak szemben. Miután a jobb veseállomány oly sorvadt, hogy nyilvánvalóan functióra teljesen képtelen, a vesét in toto eltávolítják. A kisujj vastagságú ureter megszondázzák s a hólyagba való benyílás táján helyet foglaló kis borsónyi követ fogóval kihúzzák s ezután az uretert lehető mélyen elvarrják és elsülyesztik. Teljesen prima gyógyulás után III. 25-én jó közérzetben elhagyja a kórházat.

Bemutató:

2. **Elischer Ernő:** Észrevétlenül fejlődött és hirtelen szét-esett fejnyi hasúri sarcoma műtéttel gyógyult esete. A 21 éves, erősen fejlett férfi hirtelen rosszul lett peritonitis tünetei között. A műtétnél emberfejnyi szétesett daganatot (gömbsejtű sarcoma) és I^{1/2} l. piros vért talált. A daganat kocsányosan a hólyag csúcsából indult ki. A beteg gyógyultán távozott, de erélyes Röntgen-therapia ajánlatával.

Előadás:

3. **Hainiss Géza:** A csecsemőtáplálás irányelvei. Előadásában csupán a nem beteg csecsemők táplálásával foglalkozik és kimerítően tárgyalja azon okokat, melyek az anya-, illetve női tejjel való táplálás mellett bizonyítanak s csak a kényszerhelyzetet ismeri el a mesterséges táplálás elfogadható okául. Állandó contraindicatio gyanánt említi a nyílt tbc.-t, epilepsiát, elmebetegséget, alkalmi okul pedig az incompensált szívbántalmat, sepsist, orbáncot és a hosszasan ígérkező lázas betegségeket. Követeli, hogy legalább három hónapig női tejen legyen a csecsemő, az újszülött pedig feltétlenül csak anyatejet kapjon, mert különös fontossággal bír, hogy az extrauterin életben még huzamosabb ideig összeköttetésben álljon a csecsemő az anya szervezetével. A női tejjel táplált csecsemő ellenálló-képessége feltűnően nagyobb a mesterségesen táplálténál. A szoptatás a második napon vegye kezdetét 2—3 óránként s ha gyenge az újszülött, mellszívó előzetes feltételével jön segítségére. A tejelválasztás rendszer megindulásakor kezd meg a háromórás szoptatás rendszerét, melyhez szigorúan ragaszkodik; a négyórás szoptatást csak igen erős, kövér csecsemők-nél alkalmazza. A változtatást fogadja el rendes fejlődésű csecsemőknél. Ha mesterséges táplálásra kényszerül, pl. hypogalactiánál, úgy a vegyes táplálást ajánlja, és pedig a hiány szerinti és azonnali pótlással. Részletesen ismerteti a caloriaszükségletet, ennek helyes kiszámítását főleg a mesterséges táplálék mennyiségét és minőségét illetően, majd felsorolja a szükség szerinti adandó pótlék hígító részeit: zabnyák és lisztfőzetek, savanyú, szénhidrát-dús sovány tej, író, vajlisztkeverék stb. és ezeknek készítményeit, melyeket éppúgy a vegyes, mint a tisztán mesterséges táplálásnál elfogadhatónak jelez. A tej-táplálékon kívül más táplálékot hat hónapig nem ad, ennek leteltével fokozatosan vezeti be a húsleves, dara, majd főzelék-pürék alkalmazását. Különösen hangsúlyozza, hogy a mesterséges táplálásnál a legszigorúbb ellenőrzés és az egyénesítés szükséges, hogy lehetőleg megközelítsük a női tejjel táplált csecsemő fejlődését. Főkövetelményként állítja fel a tiszta, romlatlan és nyolc savfokon túl nem menő tejet és dícsérettel szól a budapesti *Uránia* tejnyerő készítményeiről.

Hozzászólások: **Bókay János:** 1. A német iskolával ellentétben az első 24 órában 6—7 órával a szülés után a szoptatás megkísérlését kivételesen megengedhetőnek tartja. A csecsemő ezzel szopási gyakorlatot végez, mely a tejelválasztást fokozza s a súlycsökkenést is ellensúlyozhatja. Csak bő tejet adó dajkánál volna káros hatású. 2. A szoptatás idejét illetően a franciák (Marfand) és a németek (Czerny) között éles ellentét van. *Bókay* eleinte háromóránként, a harmadik hónapon túl négyóránként nyújtja az emlőt. Eleinte naponta hét, majd hat, a harmadik napon túl pedig öt szopást enged meg. Túl-táplálástól eredő dyspepsiától a gyomor kis, kapacitása (egy deci) és gyors kiürülése miatt nem kell tartani. Mesterséges táplálásnál szigorúbbnak kell lenni. 3. Hypogalactiánál, hol az allaitement mixte elkerülhetetlen, a természetes táplálás szükségességét, illetve az előbbinek ezzel való kiigazítását propagálja az orvos. 4. A mesterséges táplálás alaphája a jó, megbízható tehéntej. Reméli, hogy az *Uránia*-tej hibáit a jövőben ki lehet küszöbölni. Az 1/3 hígítás helyett kezdettől fogva a 1/2 tejet ajánlja. A mesterséges táplálásnak minél egyszerűbb alakja alkalmaztassék, mert a bonyolult előállítású módszereket a gyakorlatba bevinni nem lehet. Fontos, hogy a tej a forralás előtt átszűrőssék. A természetes táplálás propagálásában a dispensairek tehetnek hasznos szolgálatot.

Taufer Vilmos: Miután a csecsemőnek az anyatej nélkülözhetetlen tápszere, felhívja a figyelmet a külföldi példákra (Charlottenburg, Feer Zürichben), ahol a bő tejet adó anyák felesleges tejt kellő ellenőrzés és a tej minőségének megállapítása mellett az arra rászoruló csecsemőknek térítmény ellenében rendelkezésre bocsátják. A külföldi példa is azt mutatja, hogy mechanikus úton a tejelválasztás tetemesen fokozható.

Torday Ferenc: Anélkül hogy a kérdés érdemlegessége belemélyedne, rámutat azon kölcsönös hatásra, mely a tudományos kutatások és a gyakorlati élethez alkalmazkodás terén megnyilvánul, nemkülönben azon tényre, hogy az általánosítás, a túlzásba menés minden irányban majdnem a tudományosan megállapított eredeti tétel megengedéséhez vezet. A mesterséges táplálás kérdése általánosan, egyértelműen érvenyes alakban nem oldható meg. Lehetőleg korlátozni kell az intézeti ápolás ártaimait és individuálisan kell a beteg csecsemők egyéniségéhez alkalmazkodó diétát előírni. A kérdés súlypontját abban találja, hogy a szoptatással szemben hátrányosabb a mesterséges táplálás s miután a női tej sohasem képez ártaimot, a kiépített technika alkalmazásával úgyszólván minden esetben biztosítani lehet a csecsemőnek kielégítő táplálását annál is inkább, mert ez aránylag legkevésbé korlátozza a nők kenyérkereső munkáját. A szoptatás általánosságban a legjobban szolgál minden érdeket.

A debreceni Tisza István tudományos társaság orvos-természettudományi szakosztályának 1923 január 30-iki I. rendes ülése.

Szontágh Félix: A constitutióról szóló tan jelentősége a gyermekgyógyászatban. (Elnöki székfoglaló.)

Nyitva hagyva azt a kérdést, hogy vajjon a betegségek magyarázata terén causális vagy a conditionális gondolkodás jogosult-e, kiemeli, hogy az úgynevezett éleffolyamatok kóros viszonyok közt is rendszerint komplexebb természetűek, mint amilyeneknek látszanak, mert rendszerint ú. n. vitális sorozatokban folynak le. A tudomány mai iránya az, hogy mindinkább újra előtérbe lép a constitutióról való tan. Kifejti, hogy a mai öröklődési tan hogyan magyarázza a constitutio lényegét. A normális szervezetben az egység fenntartását harmoniák, az anormális körülmények közé jutott szervezetnél pedig regulatóriók végzik. A betegségeket mint a constitutio önvédelmi berendezéseit kell felfognunk. A constitutióról szóló tannál nem szabad figyelmen kívül hagynunk a periodicitást, amely úgy látszik a szerves periodicitásnak egy megnyilvánulása.

Verzár Frigyes: Az idegterület lényege. (Székfoglaló.)

Aperipherias idegben az ingerület vezetésekor lényeges anyagcsere-folyamatok nem mennek végbe. Az ingerület vezetésének egyetlen jele a működési áram. Az idegterület lényegének megértését a működési áram fizikális-chemiai analízise adhatja meg. Ezek az áramok koncentrációs áramok. Bizonyítja ezt főként a hőmérséklet hatása az idegről levezethető áramokra, valamint polarisációs vizsgálatokkal. Az ingerület lényege egy colloid állapotváltozás, mely ionkoncentrációs változásokhoz vezet. A narcotikumok hatása ugyanolyan irányú, mint az ingerületé. Az idegsejtek működésének lényege, nagy anyagcsere arán ionkoncentrációs különbségeket létesíteni. Kimutatható, hogy a központi idegrendszerben potenciál-különbségekhez hasonló viszonyok vannak és az ingerület az alacsonyabb potenciájú hely felé fut. Így jön létre különböző működések és reflexek megváltozása elfáradáskor. Az ingerület általában a kevésbé kifáradt sejtek felé folyik.

II. rendes ülés 1923 március 20-án.

Milleker Rezső: Néprajzi viszonyok kartographiai ábrázolása. (Földrajzi tárgyú bemutatás.)

Belák Sándor: A vérsavó fehérjéinek colloid állapotáról. Régebbi vizsgálataira támaszkodva, melyek szerint a savóban az albumin hydrophil, a globulin hydrophob alakban van jelen, kimutatja, hogy a globulin bizonyos behatásokra, különösen ammoniára hydrophil állapotba is átmehet, amikor az albumin-globulin quotiens nő. Nephritis esedemánál a savó fehérjéinek hydratioja nagyobb, mint rendszeren.

Belák Sándor és Sággy Ferenc: A lép szerepe a vas hatásában. A lépnek újabban az erythropoesisre gyakorolt hormonhatást tulajdonítanak. Vizsgálataik szerint minden amelletl szól, hogy a vas is a lép közvetítésével fejti ki hatását.

Verzár Frigyes és Beznák Aladár: A mellékvese működése vitaminhiánynál. Galambokon végzett kísérleteik szerint a vitamin hiánya a mellékvese háromszoros hypertrophiájához vezet. Éhező állatoknak élesztőt adagolva, ez a hypertrophia kimarad. Az adrenalintartalom nem nő. A hypertrophiát a kéreg működésének zavaraihoz hozzák összefüggésbe.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A serumfehérjék colloidabilitásáról luesben, különös tekintettel a Darányi-reactióra. Krömeke. (Med. Klinik 1923, 7. sz., 220. oldal.)

A plasma, illetve serum globulintartalmának toxikus szövetszétesés okozta megszorodása hozza létre a colloidok labilitását, mely utóbbinak viselkedése különösen lueses és tuberculosos folyamatokban lehetővé teszi a szervezetben lefolyó toxinképződés intenzitásának megítélését. Nagyrészt a plasma globulintartalmának megszorodása okozza a vörösvérsejtek sülyedési gyorsulását is, azonban újabb tapasztalatok alapján a citratos plasma quantitativ fehérjemeghatározásra nem alkalmas. Lueses betegeken a folyamat aktivitásának és a toxinképződés nagyságának megítélésére igen alkalmas a serum colloidabilitásának Darányi-leirta reactiója. Szerző 450 lueses és luesre gyanus beteg serumával végezte a reactiót a Wassermann-, Sachs-Georgi- és Meinicke-próbákkal együtt. A reactio positivitása párhuzamos volt a szervezetben lefolyó szövetszéteséssel, s ennek megfelelően a próba kivált az elsődleges stádium későbbi heteiben, s a friss másodlagos esetekben volt erősen positiv. A seropositiv és seronegativ latens esetekben, valamint a klinikailag gyógyult betegek serumával a reactio mindig negativ, ha más infectio vagy toxikus folyamat kizárható. A toxinképződés nagyságának megítélésére a reactiót gyakorlati szempontból is igen jónak tartja; párhuzamosan végezhető a specifikus savó-reactiókkal, s előnye a plasmareactiókkal szemben, hogy emésztés, menstruatio és terhesség alig befolyásolják. Pákozdy dr.

Az anaemiák kezelése colloidális fémekkel. B. Aschner. (Wiener Arch. für Inn. Med. 1923, V. kötet, 2-3. sz.)

A Heinz ajánlatára forgalomba hozott elektroferrol rendkívül alkalmasnak látszott az anaemiák kezelésére egyrészt a vérképző szervekre gyakorolt izgató hatásánál fogva, másrészt mert úgy látszott, hogy a reticuloendothelialis apparatus sejtjeiben felhalmozódva, azokat kórosan fokozott működésükben akadályozni fogja. Lephe ne állatkísérletben kimutatta, hogy a collargollal telített ret.-end. sejtek működésükben gátoltatnak. Paschkis a carminphagocytosis vaccina-injectiók által előidézett siderosissal meg tudta akadályozni. Ezen eredményekből kiindulva Bauer, Hollaender, Fischer és mások próbálkoztak az anaemia pern., haemolytikus icterus, Hanot-cirrh. stb. collargoltherapiájával, anélkül, hogy végleg eldöntötték volna embernél a ret.-end. systema bénításának lehetőségét. Miután a colloidális vasnak e szempontból ugyanolyan szerep tulajdonítható, mint a colloidális ezüstnek, szerző úgy theoretikus, mint gyakorlati-terapeutikai okokból újra megvizsgálta az elektroferrol hatását. Kilenc különböző aetiologiájú, részben Biermer-féle, részben secundaer anaemiás beteget kezelt elektroferrollal anélkül, hogy a vérképnek lényeges megváltozását észlelte volna. Ellenben egy chron. lueses egyén toxikus anaemiájánál, ahol az elektroferrol hatástalan volt, salvarsanra hirtelen javulás állott be.

Az elektroferrol tehát az anaemiák gyógykezelésében teljesen hatástalan szer, mert a benne levő vastartalom úgy az erythropoetikus apparatus izgatása, mint a ret.-end. sejtek bénítása szempontjából elégtelen. Számos szerző vizsgálati eredménye különben is azt bizonyítja, hogy a ret.-end. apparatus bénítása embernél, ha az egyáltalán lehetséges, a kórosan fokozott haemolysist nem mindig képes megakadályozni. Sümegi István dr.

Intravenás calciumtherapia tetaniánál. Dr. H. Leicher. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk. 75. köt., 4-5. sz., 1922.)

A tetania Ca-sókkal való gyógykezelése azon a tapasztalaton nyugszik, hogy a Ca-ionok a fokozott neuromuscularis ingerlékenységet csökkentik. A therapia további theoretikus alapot nyert Mc. Callum vizsgálatai által, melyek szerint úgy a valódi, mint a kísérletes tetaniánál a serum Ca-tartalma csökkent. Szerző egy typosus tetania esetét írja le, akinél a de Waard szerint ismétellen végzett Ca-meghatározás 5.9 mgr. %-ot adott, tehát a normális értéknek éppen a felét. 10 cm afenil¹ intravenás injectiója után 10 perccel úgy a Chwostek-, mint a Trousseau-tünet is eltűnt. 30 perc múlva a vér-mész tartalma 57-ről 71-re emelkedett, 3 óra múlva eredeti értékére sülyedt le. 10 óra múlva a Chwostek újra gyengén positiv lett. Négy afenilinjectio után a vér-mészükre állandóan 6.7 volt, a neuromusc. izgalmi tünetek pedig teljesen eltűntek. Néhány nap múlva a beteg egy magas lázzal járó angina kapcsán súlyos, nagy psychikus izgalommal járó tetaniás rohamot kapott. A roham alatt adott afenilinjectiónak bámulatos hatása volt. A görcsök közvetlenül az injectio után megszűntek, a beteg mély álomba merült. Még két afenilinjectio után 8 nappal a mészükör 6.4; 2 hónappal elbocsátása után a beteg rohammentes.

A neuromusc. ingerlékenység csak az ionizált és nem

¹ Az afenillel egyenértékű és intravenás injectióra alkalmas magyar mézszékizmény az Optocalcil és a Calciven.

a physiologiailag hatástalan, kötött Ca mennyiségétől függ. E kettőnek a csökkenése pathologiás körülmények között azonban egymással párhuzamosan halad és ez a viszony csak mérsékelten, vagy a Ca-anyagcserét befolyásoló anyagokkal (phosphor stb.) való kezelés közben változik meg. Szerző esetében a vizsgálatok azt bizonyítják, hogy az intravenás Ca-injectio hatása alatt az összes mézsmennyiség alig emelkedett, míg az ionizált Ca-deficit átmenetileg valószínűleg kiegyenlítőddött; így az áltól függő Chwostek, Trousseau stb. egy időre teljesen eltűntek. A roham alatti prompt afenil-hatás is az ionizált Ca-deficit kiegyenlítődsére vezethető vissza és a gyógyszer a tetaniás tüneteket sokkal gyorsabban és aetiologiailag hatásosabban szünteti meg, mint a hasonló esetekben azelőtt használt narcoticumok.

Sümegi dr.

Az ulcus pepticum diagnosisának, valamint közvetlen és közvetett tünetekből való lokálozásának lehetőségéről. Zoepffel. (Med. Klinik 1923, 8. sz., 239. oldal.)

A gyomorfekély és duodenumfekély közötti éles megkülönböztetés szükségtelen, mert sem aetiologiájukban, sem tüneteikben, sem pedig kezelésükben lényeges eltérés nincs. Az időszült fekélyek keletkezésének oka a tetszetős elméletek dacára is ösmeretlen, és így leghelyesebb visszatérni a régi ulcus pepticum elnevezéshez. A tünetek közül a vérzést és részben a fájdalmat, még pedig úgy a subjectiv fájást, mint a nyomásérzékenységet maga a fekély váltja ki; miután azonban mindkettőjüknek más oka is lehet, jelenlétük nem mindig bizonyító. A fájdalom okozója megfigyelései szerint nem a gyomorsav, hanem a fekély időnkénti gyulladós izgalma; emellett szól a periodusos jelentkezés, és ezt bizonyítja az az észlelet, hogy régi callusos fekélyek néha semmi fájást sem okoztak. A fájdalmak másik része nem közvetlenül a fekélynek, hanem csak a gyomor izgalmi állapotának következménye, amely gyakran kíséri a fekélyt is, de amelynek még számos egyéb oka is lehet. Csak a gyomor izgalmi állapotát jelzik a fekélyvel gyakran együttjáró többi tünetek is: az evés utáni fájdalom, az éhségfájdalom, a hányás, a gyomornedv összetételének chemiai megváltozása stb. Miután legtöbbször nem a fekélyt magát, hanem csak ezt az izgalmi állapotot tudjuk megdiagnosztálni, az esetek egy részében természetesen tévedéseknél vagyunk kitéve. A fekély diagnosisának még legmegbízhatóbb alapja a jellegzetes anamnesis, s ebben különösen a panaszok periodusossága, valamint a gyomortájra vonatkoztatott nyomásérzékenysége. Az említettek szemmel tartásával mégis lehetséges az esetek 92%-ában a fekély diagnosisa annak speciális lokálozása nélkül. A lokálozás a klinikai tünetekből csak az esetek kisebb részében lehetséges és ebben a körülírt nyomásérzékenység jelenléte a legmegbízhatóbb; az esetek nagyrésztben lokálozható a fekély a Röntgen-vizsgálat segítségével, s utóbbinak főjelentőségét az ulcus diagnosisában éppen a lokálozás lehetősége adja meg. Pákozdy dr.

Sebészet.

A vese rosszindulatú papillómája. W. E. Darnall. (Surgery, Gynecology and obstetrics. Chicago, 1922, október.)

Az irodalomból 56 esetet gyűjtött össze, melyekhez 57-nek csatolja saját észlelését. Férfinel kétannyi esetet talált, mint nőnél. A legfiatalabb beteg kisfiú, a legidősebb 86 éves nő. Egyes szerzők gyulladást, mások vesekövet vesznek fel körökl. A daganat nagysága változik apró, elszigetelt csomóktól a vesemedencét kitöltő s a veseparenchimat elpusztító, kelvirágszerű tömegig. Néha csak a vesére szorítkozik, gyakran azonban az uretert (25 esetben) sőt a hólyagot is (18 esetben) megtámadja. A tünetek a daganat mekkorasága szerint változnak. Legfontosabb az időszakos haematuria. A lefolyás igen lassú, különösen idősebb korban. A szerző betege 82 éves nő, hat év óta kifejezett tünetekkel. Az essentialis haematuriaának kórmézzett esetek nagy részét D. szintén idesorozza. Ha vesekölikák mellett a Röntgen negativ, a veseműködés rossz, ha még hozzá a cystoskopia hólyagpapillomát mutat, a kórmézt biztosra veszi.

A vesemedence papillomáit három csoportra osztja (Judd): 1. egyszerű papillomák, 2. olyanok, melyek kezdődő elfajulást mutatnak, 3. rosszindulatúak.

Kezelés minden esetben a vesének és az ureter minél nagyobb darabjának a kiirtása. Ha a hólyag is meg van támadva, a hólyagpapilloma fulguratiója. Boytha dr.

Elsődleges rák a jobb vesében, nagytömegű mellhártyabeli áttéttel terhes nőnél. Ch. Roubier. (Journ. d'Urol. XIV., 4. sz., 285. oldal.)

29 éves nőbetegnél a terhesség V. hónapjában a jobb alsó végtag erős fájdalmassága, majd szűró fájdalmak a bal mellkasfelben, köpet nélküli köhögéssel és magas lázzal. A bordaív alatt jobboldalt erős kibóltosulás, melyben a máj és az alatta megnagyobbodott és érzékeny vese vesz részt; gyakori vizeleti inger. Bal tüdő alsó lebenye felett tumulat és a légzési zörejek hiánya, próbapunctio negativ. Ureterkatheterrel jobb oldalon kevés sűrű geny ürül. Gyorsan kifejlődő cachexia és magas lázak után koraszülés, majd halál. A boncolás a jobb vese

kiterjedt rákos elváltozását mutatta, mely a vese állományába behatolva, annak csak vékony kéregbeli részét hagyta épen és áttéteket képezett a mediastinum, aorta körüli és subclaviculáris mirigyekben, továbbá a májban, szívburkon és a legnagyobb tömegűt a bal mellhártyán, amely a tüdőt teljesen felszántotta.

A terhességnél gyakori pyelonephritissel szemben daganatok csekély számban fordulnak elő és különösen nagyfokú rosszindulatosságot mutatnak az idősebb korban előforduló daganatokkal szemben. Jelen esetben a betegség mindössze három hó alatt volt halálos.

Adler-Rácz dr. **Adat a reflexanuria kezeléséhez.** *Neuroirt K. dr. (Zeitschr., f. urol. Chir. 4., XI. 1922.)*

Röviden foglaljuk a vese beidegzésével, az idegek befolyásával a vese működésére és főleg a splanchnicus szerepével a reflexanuriával kapcsolatban.

A splanchnicus, mely sympathikus rostokkal látja el a vesét, annak vasomotorikus idege, valószínűleg gátlólag hat a vese elválasztására, beidegzi a vesemedence síma izomzatát és az ú. n. vesefájdalmak létrejöttében nagy szerepet játszik. A reflectorikus anuria a hilusbeli ütőerek reflectorikus összehúzódása útján jön létre, melyet a splanchnicusban futó vasomotorikus rostok reflectorikus ingere okoz. A reflex pályáját tehát a splanchnicusban kell keresni. A splanchnicus anaesthesiája által megszakítható a reflexpálya, megakadályozható a reflex keletkezése. Kőbeékelődés okozta reflectorikus oliguria egy esetében sikerült Kappis splanchnicus-anaesthesiája által a fájdalmakat megszüntetni, a diuresist megjavítani, úgyhogy az oliguriát rövidesen polyuria váltotta fel. Utólagos ureterocystoskopia által megállapítható volt, hogy mindkét vese elválaszt. Ha a további megfigyelések és kísérletek igazolnák ezen megfigyelést, a splanchnicus-anaesthesiával értékes segítő nyernék a nephrolithiasis és vesekőlika kezelésében.

Éhn dr. **Subluxatio dors. carpo-metacarpea pollicis.** *Sonntag. (Klin. Wochenschrift, 1923, 6. sz.)*

Erről a körképről úgy az irodalom, mint a tankönyvek alig emlékeznek meg, mindenki egyszerű Bennet-féle törés következményének tartja. Sonntag ismertett egy esetet, amelynél nem volt semmiféle törés sem kimutatható, amely azonban a ragtapasz-csikkokkal, sínnel és kékpólyával való kezelésre 11 hét után is alig valamit javult. Hasonló körképet az irodalomban Malqaigue 12, Carlette 28, Regnault 51 esetben ismertetnek. Ezen félficamok (sublux.) úgy keletkeznek, hogy a beteg tenyérreesésnél főleg a hüvelykujjára támaszkodik. Friedrich szerint a ficam létrejöttének ezenkívül két feltétele van: az I. kézközépcsont tenyéri túlhajlítása (hyperflexio) és nagyfokú közelítése (adductio). Bennet szerint az I. kézközépcsont csukló végének (basis) a nyeregalakú izfelszínen lévő tenyéri, avagy kézháti dudora letörik, ami után az izmok húzzák fel a kézhát felé a sérült csontvéget. Grashy szerint a kézháti dudor letörését helyettesítheti az eltávolítást végző lgt. trapezo-metacarp. pollicis elszakadása, a tenyéri dudorot pedig az eltávolítást akadályozó lgt. volare szakadása. Ha pedig sem csonttörés, sem szalagszakadás ki nem mutatható, akkor is minden esetben a tenyéri dudorból igen kicsi, ki nem mutatható csontdarabka kitörik s létrejő a félficam s mert ez nem Bennet-f. törés, tehát Sonntag szerint igenis van félficam Bennet-törés nélkül is. Ezen félficamok 4—8 heti alapos rögzítésre a hüvelyk nagyfokú eltávolított és nyújtott helyzetében gyógyulnak. A fenti félficamok felosztása a következő:

I. Keletkezésük szerint: a) traumatikus, b) pathologikus, r) szándékos (1. gyermekeknél, 2. kétoldali).

II. Fokuk szerint: a) teljes, b) nem teljes (sublux).

III. Irányuk szerint: a) elülső (tenyéri), b) hátulsó (kézháti), r) oldalsó (radiális).

Kemény Gyula dr. **A gyomorszájadék csecsemőkori görcsének sebészi kezelése.** *Heile. (Klin. Wochenschr., 1923, 6. sz.)*

A sebészi kezelés halálozása 4%, a belgyógyászati 10%. Az esetek súlyosságának foka Röntgen-vizsgálattal állapítható meg. A műtét a gyomorszájadék körkörös izomzatának harántátmetszéséből áll (Rammstedt); de csak a submucosa izomrétegig, hogy átfürödés ne keletkezzék. Másodlagosan táguult gyomornál gastrenteroanastomosis végzendő. Ma már a műtét javallatát a belgyógyászok is kiterjesztették. Maga részéről a korai műtétet ajánlja. Operált és évek mulva más betegségben elhalt gyermekek boncolásánál a gyomorszájadék épnek bizonyult.

Scheitz dr. **Apróságok a gonorrhoea kezeléséhez.** *J. Janet. (Journ. d'Urol. XIV., 4. sz., 291. old.)*

Szövődmény nélkül hosszabb ideig fennálló Gr. positiv húgycsőfolyamatnál a hypermangan töménységét 0'3—0'4/00-ig, sőt elülső folyamatnál 0'5—0'75/00-ig is emelhetjük, de akkor a mosások után a húgycsővet physiologiás konyhasóoldattal öblítsük át. Helyettesíthető 0'15—0'5/00-es oxycianoldattal, vagy argyrollal, melynek azonban csak tömény, 5—20%-os oldatai, vagy 10—40%-os crayonjai hatásosak. Az albargin és protargol jó antisepticumok, de nem közömbösek a húgycső nyálkahártyájára.

Adler-Rácz dr.

Bőr- és nemikórtan.

Adatok a scleroderma multiplex circumscripta ismeretéhez. *Pick. (Derm. Wochenschr. 1922. dec., 52. sz.)*

Egy 49 éves munkás, kit 6 hónappal előbb emlő ec. miatt operáltak, operatio után egy hónapra a köldök táján és a has baloldalán számos fehérré, lencsényi—fillérszerű, kerek, foltos kiütést kapott, mely néhány hét alatt erősen megszorodott és kifejezett lett. Két hónap múlva erős viszketés, a kézen és alkaron gyulladás, nedvezés lépett föl.

E megbetegedést lencsenagyságú, gyöngyházlányú foltok jellemzik, melyekben a collagen rostok hypertrophiája és az epidermisnek pigmenthiánya mutatható ki.

Téglássy. **A symptomatikus purpura ismeretéhez.** *M. Pucholt. (Dermat. Wochenschrift. 1923., 9. sz.)*

A purpurát az essentialis thrombopenián kívül (pl. morbus Werlhoffi) symptomatikus thrombopenia is okozhatja. Szerző esetében papulomaculosus syphilis ellen higanyos kenőkrúra végezett, melynek folyamán általános dermatitis és ulcerosus stomatitis lépett fel septikus jelenségekkel. A sepsist purpura kísérte. Mi okozta a purpurát? A myeloid szövet lueses elváltozása ellen szól a vérkép (nagyfokú thrombopenia), amely luesnél nem fordul elő. A higany általános mérgező hatását sem lehet okul felvenni, mert mercurializmussal még sohasem észlelték purpurát vagy thrombopeniát. Essentialis thrombopenia is szóba jöhetne (pl. morbus Werlhoffi), de e betegségnek az így sohasem fekélyesedik ki. Hátramarad tehát mint egyetlen magyarázat a fennálló sepsis, amely az így kifekélyesedéséhez társult és amely a myeloid szövet toxikus elváltozását, symptomatikus thrombopeniát és így vérzést (purpura) okozott.

Steiger-Kazal. **Penisből kiinduló septicopyaemia (penigen septicaemia) mint egy nem specifikus urethralis fertőzés következménye.** *M. Friesleben. (Derm. Wochenschr. 1923., 9. sz.)*

Férfibeteg pár nappal coitus után erősen oedemas penis-sel, gonococcusmentes húgycsőfolyással, 40'20 lázzal kórházi kezelésbe kerül. Foudroyans sepsis tünetei között másnap exitus. Előrements gonorrhoea nem szerepelt. A genyes húgycsőváladék-ból csak staphylococcusok voltak kitenyészthetők, úgyisint a boncoláskor megnyitott prostatatályogból is. Boncoláskor egyébként a corpora cavernosa penis friss thrombosisa és acut, vérzéses, necrotikus prostatatályog találtatott. Az általános infectio kiindulási pontja minden valószínűség szerint a húgycsőnyálkahártyának alkalmasint nem excessuskor támadt jelentéktelen sérülése volt. A pericavernitikus genyedés per continuitatem vezetett a prostata fertőzéséhez. A nem gonorrhoeás urethralis fertőzések ritkán szoktak ily súlyos következményekhez vezetni.

Steiger-Kazal. **A syphilis gyógyítása bismuth-praeeparatumokkal.** *J. Voehl. (Deutsche med. Wochenschr. 1923., 7. sz.)*

50 eset kapcsán számol be a frankfurti klinika tapasztalatairól. 12 esetben quinby-t, 38 esetben bismogenolt (sec. Tosse) használtak a syphilis mindhárom stádiumában. A bismuth-kezelést csak itt-ott követő melléktünetek (mint aminók localis fájdalom és duzzanat, levertség, súlyvesztés, béltraktusbeli és vesezavarok) nem kellemetlenebbek, mint a higanykezelések kapcsán, csupán a néha igen súlyossá váló stomatitis érdemel különös figyelmet. Ily súlyos stomatitis azonban mindig cariosus fogaknál lép fel, ahol a fusiformis spirillumok nagyban hozzájárulnak a stomatitis kifejlődéséhez. Voehl szerint a bismuth-praeeparatumok erősebb spirillicid hatásúak a higanynál, de a salvarsan mögött elmaradnak. Arsenel, higannyal és jóddal szemben resistens, refractaer vagy túlérzékeny esetekben a bismuth nagyon jó szolgálatokat tesz, és minden esetben alkalmazandó.

Steiger-Kazal. **Salvarsan utáni súlyos encephalitis suprarrenintól gyógyult esete.** *Br. V. v. Voithenberg. (Deutsche med. Wochenschr. 1923., 7. szám.)*

Erőteljes katonánál a harmadik kombinált antilueses kúra alatt óvatosan emelt ezüstsalvarsanok után igen súlyos encephalitis haemorrhagica lépett fel. Azon az alapon, hogy az angioneurotikus tünetcsoportnál a suprarenin kiváló prophylacticumnak bizonyult, jelen esetben (a betegség 5-ik napján) is alkalmazta (0'001), prompt sikerrel. Előtte Jaffé és Reinhard-Eichelbaum is ajánlották hasonló esetekben a suprarenint.

Steiger-Kazal. **Staphylococcus okozta epididymitis purulenta és pneumococcus okozta abscessus a tunica vaginalisban.** *J. Dumont és H. Tissier. (Paris Médical. 31. sz.)*

Az urogenitális apparatus genyedéssel járó megbetegedései (parotitis epidemica, variola, typhoid lázak, meningitis stb. kapcsán) nem tartoznak a ritkaságok közé. Szerzők idevonatkozóan két érdekes esetet közölnek. Az elsőben egyoldali acut epididymitistról van szó, amely pericarditishez társult és amelyet mérsékelt pyuria is kísért. A betegnél előrements gonorrhoea nem volt. A vérből staphylococcus pyogenes aureus volt kitenyészthető. Boncoláskor a jobb mellékherében borsónyi abscessus, a

jobb vesekéregben sok egészen apró tályogocskát találtak. Az urogenitális apparatus egyébként teljesen negatív boncseredményt mutatott, úgyhogy csakis embóliás fertőzésről lehetett szó. A másik esetben megmagyarázatlan rázóhidegekhez és septicaemiás tünetekhez 4 nap múlva hirtelen jobb oldali herefájdalmak társultak, majd oedema, abscedálás, incisio. Beteg soha nem szenvedett gonorrhoeában. Később mindkét farpofán szintén incisióra került phlegmonok jelentkeztek. Incisiók után átmeneti javulások. A beteg 2^{1/2} hónapi betegség után septicaemiában meghalt. A gnyben Friedländer-féle pneumobacillusok voltak kimutathatók. Az eset a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. *Steiger-Kazal*.

Fülgyógyászat.

A hallószerv megbetegedései typhus exanthematicus-nál. *Zalewsky*, (Monatschrift für Ohrenheilk. 56. évf., 8. füzet.) 5000 exanthematicus-eset közül az 1919/20. évekből szerző 1%-ban észlelt fülcomplicatiót. Másokkal ellentétben, nagy anyagán tett tapasztalataira támaszkodva hangsúlyozza a középfül megbetegedésének gyakoriságát, ellentétben a belsőfülével (877%:123%). 43 esetben heveny középfüllob állott fenn, 6 esetben kétoldali. A kezdet rendszerint a reconvalescentiára esik. Csaknem mindig korai spontán dobhártya-perforatio következett be, többnyire elől-alul. Ezen esetek 50%-ában csecsnyúlványcomplicatiók nagy-kiterjedésű csontmegbetegedéssel, melyek nagyrésze műtéti beavatkozást tett szükségessé. A gyógyulás rendszerint igen gyorsan következett be. A középfülgennyedést nem tartja a typhus exanthematicus specifikus mérgeghatásának, hanem az elerőtlenedés által is hatékonyabb másodlagos fertőzésnek. A szerző által észlelt hat belsőfülmegbetegedés valamennyi még a betegség lefolyása alatt keletkezett, ezen körülményt bizonyító erejűnek tartja arra nézve, hogy a labyrinth-élváltozások az exanthematicus toxinjának a belsőfülre gyakorolt hatásából jönnek létre.

Germán Tibor dr.

Diagnostikai nehézségek a középfül és csecsnyúlványgyulladásainak orbáncsal való szövődésénél. *Bloedhorn E.* (Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilk. IV. 148. 1922.)

A sziklacsonton végzett műtétek utáni szövődmények felépését legelső sorban a lázgörbéből szokás megállapítani. Előfordul azonban, hogy nem tudjuk eldönteni, vajjon az ilyen műtét után napokkal jelentkezés magas hőemelkedés kezdődő sinus thrombosisra vagy latens erysipelasra utal-e. Mindkét esetben jellemző ugyanis a hirtelen, hidegrázással kezdődő magas láz, valamint a több napon át tartó menedekesebb hőemelkedés. Megnehezíti a két megbetegedés elválasztását az a körülmény is, hogy az orbáncos bőrtünetek gyakran csak a 3. vagy 4. napon lépnek fel. Ha csecsnyúlványlob áll fenn és kifejlődött az orbánc is, új nehézség támad azáltal, hogy az erysipelas lázmenete a sinusphlebitis pyaemiás jellegű görbét utánozhatja. Ezenfelül a tüdő részéről való szövődésnél nemcsak pyaemiás áttételre kell gondolnunk, hanem számolnunk kell a tüdőorbánc lehetőségével is. Ha sziklacsonton végzett műtéteknek nem is gyakori szövődésük az erysipelas, mégis számolni kell vele, hogy elkerüljünk esetlegesen fölösleges utólagos beavatkozásokat. *Kelemen Gy.*

Az orr és melléküregeinek, az orrgaratnak, valamint a dobüregnek bakteriológiája meningitis Weichselbaumnál. *Agazzi B.* (Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, IV. 193. 1923.)

Szerző 99 esetet vizsgált végig a bécsi és prágai német egyetem körbonctani intézeteiben. Nagyjában az a mai álláspont, hogy Weichselbaum-meningitisnél az agyburkok haematogen úton betegednek meg; a vírus az elsődleges fertőzés helyén betör a mélybe: ez a hely pedig leggyakrabban az orrgarat, ill. a choanáknál környéke. Ezen vizsgálatok azonban azt mutatták, hogy a Weichselbaum-féle meningococcus általában egyenesen, per continuitatem, az orrgarat és orrüregből, az anatómiai nyílásokon át jut a melléküregekbe. Feltétele ezen tovatérjedési módokatnak, hogy a fertőzés kapuja tényleg az orrgarat legyen. Bár nem zárható ki az a feltevés, hogy a meningococcus haematogen úton is eljut az említett üregekbe, erre a feltevésre az átvizsgált esetekben semmi bizonyíték nem adódott. *Kelemen Gy.*

A hallóideg áttételes rákjáról. *Hellmann K.* (Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilk. IV. 157. 1923.)

Rosszindulatú daganatok áttételei a belső hallójáratban és hallóidegben rendkívül ritkák. A közölt eset gyomorrák utáni áttétel alakjában jelentkezett öreg emberen. A megsiketülés meglehetősen hirtelen lépett fel; a vizsgálat a hallóideg funkciójának majdnem teljes kiesését mutatta. Boncoláskor kiderült, hogy mindkétoldali nervus acusticus törzsében rákátétel található, mely mélyreható másodlagos elváltozásokhoz vezetett. A ganglion cochleare elemei már csak kis részben voltak felismerhetők, a Corti-szerv sejtjei összeestek, lapos kidomborodást alkottak csupán. A klinikai kórismézés persze nem könnyű, mindenesetre gondolnunk kell azonban egy ilyen áttétel lehetőségére olyankor, ha a szervezet valamely más részében rosszindulatú daganatot találtunk. *Kelemen Gy.*

Therapia.

Veramon. Nagy irodalom még nem áll rendelkezésre, az eddigi pompás analgeticumnak tartja, melynek semmi zavaró mellékhatása nem észlelhető. Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon (*pyramidon*) és diaethylbarbitursav (*veronal*) vegyülete új kémiai tulajdonságokkal. *Starkenstein* az ő kombinációs kísérleteiben állította össze és ajánlotta fájdalomcsillapításra. *Fischer*, *Martin* és *Friedrichs* a legváltozatosabb indikációk mellett széles területen próbálkoztak vele mindenféle fájdalmas manifestációnál. *Friedrichs* abban összegezi tapasztalatait, hogy a morphinon kívül más hasonló hatású analgeticumot nem ismer. Alkalmazta ischalgiaéknál, migraenél, különböző cephaléknál, trigeminus és occipitális neuralgiáknál, rheumatikus és menstruációs fájdalmaknál, sőt néhány esetben, amelynél a fájdalmat csillapíthatatlannak állítják. Így egy súlyos salvarsan-filtrációjánál, mely elviselhetetlen fájdalommal az alkar hatalmas duzzanatát okozta s amelynél minden más szer, még a morphin is cserben hagyott, 3 × 0.40 gr-os adagra a subjectiv állapot rögtön javult. Oophoritisnél, melyet pantoponnal kezelték, a beteg minden ebéd idején elaludt. Veramon adagolásra a fájdalmak szüneteltek, a sensorium befolyásoltsága nélkül. A Veramonnak tehát az a nagy előnye van a többi fájdalomcsillapító fölé, hogy a hypnotikus mellékhatás annak ellenére, hogy veronal a componense, teljesen hiányzik. Viszont ha a fájdalom mint álmorzavaró körülmény áll fenn, a Veramon kiváló altató, erre például higanysalicil-injectiókra fellépett és álmalanságot okozott fájdalmat hoz fel, melynek gyors és teljes megszűnése zavartalan álmot biztosított a betegnek. A Veramon veszélytelenségét a következő esettel bizonyítja. Egy ischalgias beteg türelmetlenségében 12 tablettát vett be egyszerre anélkül, hogy bármilyen kellemetlen mellékhatás fellépett volna. Ezt a fájdalomcsillapítót tehát nagyobb dosisokban is bátran a beteg kezére bízhatjuk. Az alkalmazhatóság nagy területét mutatja az, hogy *Fischer* tabeszes kríziseknél látott kitűnő eredményeket. Epék- és vesekökölikáknál nincs még tapasztalat, bár úgy látszik, itt is várható hatás. A Veramont a berlini Schering-gyár hozza forgalomba, mely a felsorolt javallatok mellé még a fog-utófájdalmakat, periodontitist állítja. Adagja 0.40–0.60 gr, egyszer vagy ismételtén, a fájdalom súlyosságához mérten 4–6–10 óráig tartó hatással. — Magyar készítményeink közül a Richter-féle Hydro-pyrin (acetylsalicil-savas lithium, illetve magnesium) mutatja e hatásokat.

Irodalom: *Starkenstein*: Therapeutische Halbmonatshefte, 1921, 20. sz. *Oscar Fischer*: ugyanott. *Martin*: Deutsche med. Wochenschrift, 1921, 52. sz. *Friedrichs*: Klinische Wochenschrift, 1923, 1. sz. *Huzly*.

KÖNYVISMERTETÉS

Jendrassik Ernő: A belorvostan tankönyve. (I. kötet, második javított kiadás.) Universitas könyvkiadó r.-t. kiadása.

Hogy *Jendrassik* tankönyve a tanuló ifjúság körében mily olvasottságra tett szert, azt élénken mutatja, hogy néhány év múlva második javított kiadás követi az első. Egyelőre csak az első kötet jelent meg; terjedelme az első kiadásénál annak kb. 1/5-ével nagyobb. Ezen bővítés főleg a fertőző betegségek fejezetére esik, amelyek tanában a háborús évek tapasztalatai és tudományos vizsgálatai igen sok új adatot szolgáltatnak, amelyek az új kiadásban, amennyire ez egy tankönyv keretében lehetséges — megemlítésre találtak.

Igy a háborús betegségek közül főleg a typhus, paratyphus, t. exanthematicus és a malaria azok a fejezetek, amelyek nagyobb átdolgozáson mentek át. A typhus kezelésében feleleveníti a szerző *Jendrassik* régebbi lázkezelését a lázellenes szerek igen nagy adagjaival. Nem egészen érhető Fejes dr.-nak, a fertőző bajok fejezete megírójának az az álláspontja, hogy a botulismust a cholera nostras kórképével egyesíti s a bacillus paratyphi B. és bacillus botulinus közt bizonyos rokonságot statuál!

Lényegesen kibővítve tárgyalja az új kiadás az influenzát és az azzal kapcsolatos encephalopathia hispanicát a nemrég lefolyt járvány tanulságai alapján. Kissé idegenszerűleg hat talán e fejezetben, hogy a szerző a csuklást és myokloniás tüneteket elkülönítve tárgyalja az encephalopathiától, holott azok az encephalitis egyik megnyilvánulási módjaként ismeretesek. Bővül a tuberculosis fejezete is, nem mindenütt szerencsésen. Az az elbáns pl., melyben a könyv új kiadása a tuberculosis pathológiájának egyes kérdéseit, mint immunitás, allergia stb. részeseit, véleményem szerint nem eléggé számol az e téren végzett tudományos munkálkodás igen jelentős eredményeivel, amelyek ma már nem negligálhatók. A tuberculin gyógyító jelentőségét illetőleg a könyv *Jendrassik* teljesen negatív álláspontját képviseli. Igen értékesen egészült ki a lues fejezete. A fertőző bajok fejezeteinek nagyobb bővítéseinek kívül is mindenütt megtaláljuk a tudomány haladásának megfelelő átjavításokat, illetőleg a leg-

újabb elfogadott tudományos álláspontnak megfelelő átdolgozást, így a diabetes, az ulcus ventriculi, az icterus, az appendicitis stb. fejezeteiben. Az appendicitis gyógyításában a szerzők legnagyobb részével ellentétben az ópium alkalmazását ajánlja.

Az új kiadás még jobban magán viseli Jendrassik egyéniségét, mint az első. Mint Herzog Ferenc előszavából értesülünk, Jendrassik maga nagy gonddal javította, sok helyen teljesen átdolgozta az első kiadás szövegét és sok fejezet egészen az ő egyéni felfogását tartalmazza. Nagy hála kötelezett bennünket a boldogult e nagy és nehéz munkával, mert megörökítette sok oly kérdésben gondolkodását és tudományos álláspontját, amely kérdések az ő nagyértékű alapvető tudományos munkáiban nem nyertek tárgyalást.

És az ő gondolkodása, az ő állásfoglalása mindig eredeti volt és érdekes még akkor is, ha annak támogatásában mások exact tudományos munkálkodásainak eredményeivel ellentétbe is került. De — és ezt már a könyv első kiadásáról írt ismertetésben is hangsúlyoztam — az ily egyéni állásfoglalások nem mindig valók a kezdők elé, akik esetleg nem értik meg, esetleg félreértik. Hogy csak egy példát mondjak, a kezdő medikus pl., aki nem ismeri a régi francia álláspontot, melynek Jendrassik híve volt, mai tudása alapján nem igen fogja megérteni, hogy miért tárgyalja a könyv a fertőzések polyarthritiseket (pl. a kankós ízületi gyulladást) az anyagcsere-megbetegedések közt, miért nem tárgyalja a Basedow-kórt a pajzsmirigy megbetegedései közt stb. stb.

No de mindez semmit sem von le a könyv nagy értékéből, sőt, mint mondtam, igen nagy nyereség a tudományra, hogy Jendrassik egész orvosi működéséből leszűrt tapasztalatait ily módon megörökítve reánk hagyta.

A munka előadási módja tömör, de jól érthető, feltétlenül magyaros; sőt nyelve az idegen szókából való magyaroszképzés módosítása révén még a réginek is gördülékenyebb.

A kiadás külsőségei igen szépek s az Universitas könyv-részvénytársaság bőkezűségét dicsérik. *Bálint Rezső.*

Huzella Tivadar: A háború és béke orvosi megvilágításban. Az orvosi szociologia vázlat. (Budapest, 1923. Eggenberger kiadása, 185 8^o lap. Ára: 680 kor.

Több közleményben foglalkozva történeti és politikai események biológiai magyarázatával, örömmel és várakozással vettem kezembe Huzella könyvét. Nem is csalódtam benne, amennyiben a szerző imponáló készültséggel, sokoldalú olvasottsággal és kitűnő eredménnyel vizsgálja az orvostudomány szemüvegén át a háború és béke, valamint a társadalmi kapcsolatok biológiai kérdéseit. A szerző, akinek legfőbb büszkesége, hogy orvos lehet, méltó marad önmagához és orvosi tudásához minden sorban, amit leír, mert valóban nincs is szebb és méltóbb tárgya az orvosi kutatásnak, mint a háborúnak, mint betegségnek megelőzése.

Huzella is, mint mások teszik, analógiákból indul ki, felhasználva a kutatásokat, amiket a májsejtek és a májrostrendszervizonyáról régebben közölt, amely utóbbi egyensúlyban tartja és organizálja a sejteket, mint ahogy a társadalmi szervezés labilis egyensúlyban tartja a benne élő egyéni erőket, segítségül véve az erkölcs, jog és kötelesség fogalmát. Kóros állapotban merev kényszer áll a rugalmas egyensúly helyére, fölbomlik a kisebb egység, beleolvad a nagyba, megszűnik a differenciálódás. Az egyén visszafeljődik, ez a reductio.

Huzella a háború föltételeit az egyénben keresi, analógiákban a szervek részleges pusztulása, a sejtek elhalása adja az analógiát; vizsgálja az egyes emberben lappangó háborús csirákat, a föltételeket, amelyek közt az egyes ember pathogenné lesz a többire. Visszatér mindig annak a fontosságára, hogy az egyéniségnek, a differenciálódásnak elveszte, pusztulása a háborúban és társadalmi fejlődésben beteg folyamat. Ezt hangoztatni nekünk orvosoknak annál is inkább föladatunk, mert az elmúlt szomorú időkben éppen orvosok közt akadtak olyanok, akik minden biológiai gondolkodás ellenére a kommunizmusban valami természet-tudományos dolgot akartak látni, pedig ez éppen ellenkezője a természetben lerakott differenciálódási folyamatnak, amely tiltakozik az ilyen egyenlősítések ellen. Az emberek egyenlőségének tétele nem természet-tudományi tétel, hanem ideológia. Minden ember ember, de nincs két egyenlő ember a föld kerékén, és ahol nincs egyéniség, nincs boldogság, mint ahogy a gyári munka azért nem ad boldogságot, mert nem ad tért az egyénnek. A népek szövedékében is helyesen szerepelteti Huzella az egyéniséget, amelynek elorszávlása szintén reductio volna. A háború gyógyításának orvosi conceptiója eltér a közéletű pacificismus-tól: nem a küzdelmet akarja kiküszöbölni, amely nélkül nincs élet, hanem a háborúnak föltételeit az egyénben és társadalomban kívánja megszüntetni, mert a háború csak fölbomlott, gyenge államszervezetben tör ki. Kedvező életföltételek teremése az egyén és a népegyén számára az igazi prophylaxisa a háborúnak.

Huzella könyve, amelyet hely híján csak sajnálatos hézagossággal ösmerttem, becsületére válik a magyar kutatásnak.

Épp ezért kívánám, hogy idegen nyelven is mielőbb megjelenjen. Erre való tekintettel figyelmébe ajánlom a szerzőnek, hogy az ő reductiója egyezik Monakow biológiájának „Abbau“-jával, és hogy az, amit ő az organismus „lelke, szelleme, principiuma“ gyanánt jelöl, Monakow hormonejének felel meg. Nyereségnek tartanám Monakow elméleteinek beleépítését Huzella gondolatmenetébe. *Kollarits Jenő dr.*

Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Fr. Kraus und Th. Brugsch. (Berlin—Wien, Urban und Schwarzenberg, 1923.)

A nagyszabású belorvostani gyűjtőmunka, amelyre már ismételtelen felhívtuk olvasóink figyelmét, a legutóbb megjelent húsz füzettel tetemesen haladt befejeződése felé. Az e füzetekben közreadott dolgozatok szinte kivétel nélkül felemelkednek arra a magas színvonalra, amely az előző füzetek tartalmát jellemezte. A 321—324. füzet elsősorban befejezését adja E. Unger tanulmányának a subphrenikus tályogról; a továbbiakban Th. Brugsch a máj betegségeit ismerteti, F. Karewski pedig megkezdte érdekes tanulmányát az appendicitisről a sebészet szempontjából. E tanulmány befejezését foglalja magában a 327—329. füzet, amellyel a munka VI. kötetének 2. fele befejezést nyert. A közbeeső 325. és 326., valamint a 333—338. füzet a csecsemő természetes és mesterséges táplálásának annyira fontos ismertetését tartalmazza nagyon vonzó előadásban W. Birk, illetőleg H. Vogt tollából, továbbá P. Reyher tanulmányát a csecsemő és gyermekkori scorbutról (Möller-Barlow-kór). H. Eckert érdekesen foglalja össze a későbbi gyermekkori pathológiájára és terapiájára vonatkozó adatokat, K. Franz és B. Zondek pedig megkezdte sokat ígérő tanulmányát a szülészet és nőorvostan viszonyáról a belorvostannal. A 330—332. füzet a fertőző betegségekről szóló kötet 3. részének folytatásaképpen elsősorban befejezését adja J. Schürer dolgozatának a Weil-betegségről, majd K. Kisskál a járványok terjedésének és leküzdésének módjait ismerteti, C. Hirsch és H. van Rey pedig a typhusról és paratyphusról már megjelent dolgozatok kiegészítését adja a világháborúban tett értékes tapasztalatok közlésével. A 339. és 340. füzet K. Dreselnek a vegetatív idegrendszer betegségeiről írt tanulmányát fejezi be, közli A. Kutzinski dolgozatát a hysteriáról és megkezdte E. Stier ismertetését a neurastheniáról. —ly.

Medizinische Terminologie XVI—XX. kiadás. W. Guttman. (Berlin—Wien, Urban u. Schwarzenberg, 1923; alapár 15.—)

A 664 oldalas, duplahasábos, szépen kiállított munka az orvosi és rokortudománybeli műszavak, tulajdonnevek, szokásos rövidítések útvesztőjében igazít el bennünket jól, de minden bővebb fejtegetést kizáró rövidséggel. A műszavak eredetének nyelvészeti magyarázatára azonban még kiterjeszkedik. Az orthographia zűrzavarát szerző sem tudja legyőzni és a könyv használati utasításában figyelmeztet, hogy ha egy szavat nem találunk meg a k-val vagy z-vel írás szerint, — akkor keressük c-vel írva is és viszont. A munkát 537 kicsiny, de élesen jó vonalas ábra tarkítja. *V. Z.*

Lexikon der gesamten Therapie. II. kiad., 1—3. füzet. W. Marle. (Berlin—Wien, Urban und Schwarzenberg, 1923.)

Ez a kitűnőnek ígérkező munka főleg a gyakorlóorvos igényeihez szabott, de specialistáknak is hasznára lehet saját szakmájukon kívül. A tárgyalási módban a főszólat a terapiára fekteti, s amit csak lehet és szükséges, előkelő, finoman rajzolt ábrák sorozatával érzékíti. E 3 füzet példájából látjuk, hogy az életmentés, az életmentő sebészet és különösen a gyakorló orvos mindennapi kenyeré: a gyógyszeres-therapia különös figyelemmel tárgyalatnak, sőt ígérnek is a lexikon végén egy külön gyógyszeres és balneológiai függelék. A gyűjteménynek elsőrangú szakmunkatársai vannak, számszerint 57-en; 3 kötetes lesz, ami 15 füzetben még ez év tavaszára (?) meg fog jelenni. A füzetek nagy formában, kiváló famentes síma papíron, pompás nyomásban jelentek meg; alapáruk 6 (az egész munkáé tehát 90), ami a Magyarországra megállapított és változó kulcsszámmal szorozva (180) adja a mű itthoni bolti árát: — bizony az szörnyű drága! *V. Z.*

Taschenbuch der ökonomischen u. rationellen Rezeptur. A. Fröhlich und R. Wasicky. (Berlin—Wien, Urban u. Schwarzenberg, 1923., 2. kiad.)

E könyvecske ismerteti főbb szakok szerint csoportosítva azokat a gyógyszereket, melyek nélkülözhetetlenek, amelyek használatát ajánlatos és mellőzi a feleslegeseket, drágákat vagy haszontalanokat. Itéletében általában túlszigorú s nem mindig következetes: sok értékes és hasznos gyógyszert mellőz, ezzel szemben pl. a nagyon is problematikus értékű „Miriont“ részletesen ismerteti. A magyar gyógyszerekkel különösen mostohan bánik, csak egynehányat említ közülök. A magyar orvosnak erre figyelnie kell s nem szabad a magyar készítményeket elhanyagolnia, mert hiányzanak a német könyvből.

A szerzők a gyógyszerrendelésben a legnagyobb egyszerűsége és olcsóságra törekcsenek. Erre vonatkozólag számos hasznos tanáccsal és példával szolgálnak, melyek azonban nálunk nem mindig érvényesek. *Issekutz.*

Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. (2 kiad.) Kleinschmidt: Akute Infektionskrankheiten im Kindesalter. (Georg Thieme, Leipzig, 1922.)

A ragályos betegségek diagnosztizálása még ma is nehéz, különösen a gyermekkorban, ezért kellett azt külön tárgyalni, ami kiegészíti a fertőző betegségek általános leírásáról szóló Matthes-féle füzetet.

Kleinschmidt négy csoportra osztja anyagát. A bevezetésben általános dolgokról ír. Az első csoportban a pertussist, grippe-t és a diphtériát írja le. Említi Czerny felfogását, t. i. hogy a grippe okozója típusos pertussist idézhet elő. A Röntgenleletek értékesítésében a grippe-nél óvatosságra int. Részletesen kapjuk a diphteria leírását. Állást foglal a kis antitoxin adagok ellen, de a 10,000 I. E.-nél nagyobb adagoktól nem vár sokat.

A typhus abd., dysenteria és parotitis vannak a 2. csoportban összefoglalva. Ezeknél talán kissé nagy súlyt is helyez a laboratoriumi vizsgálatokra, amiknek jórészt pedig a gyakorlóorvos nem tudja elvégezni.

A kiütéses megbetegedések csoportjában a scarlatina diagnosisán túl nagy jelentőséget tulajdonít a Rumpel-Leede-tünetnek s nagy prognosztikai értéket az eosinophyliának; nem említi fel a sc. variegatát, mely pedig úgy diagnosztikai, mint prognosztikai szempontból fontos alakja a vörhenynek. A rubeolánál a Duker-Filatow-féle betegség létezését kétségbevonja.

A 4. csoportban a tetanusról, meningitis meningococcicáról és a morbus Heine-Medinről találjuk meg jól részletezve a diagnosztikai tévedések felsorolását.

Általában azt mondhatjuk, hogy bár megadja a kellő útmutatást úgy a klinikai kép, mint a laboratoriumi vizsgálatok felsorolásával a felmerülhető tévedések elkerülésére, mégis az az érzésünk, hogy kevesebb szöveg mellett talán több körestet közlése a különben elsőrangúan kiállított könyv értékét méginkább emelte volna.

Tüdős dr.

Ziemssen's Rezeptaschenbuch für Klinik und Praxis. (G. Thieme, Leipzig, 1923, XIII. kiad. Alapár 4'50.)

A 340 lapos kiváló gyűjtemény az eddigiektől egy jól használható oldhatósági tábellel és a fertőtlenítőszerkelet és alkalmazási módokat igen hasznosan tárgyaló fejezettel különbözik. Elején a gyógyszer-rendelés általános szabályait találjuk két kitűnő toldással: az olcsó és az elegáns rendeléssel. A gyógyszereket a receptmintákkal együtt 214 oldalon tárgyalja betűrendben, a hivatalosakat kövénny nyomtatva. Az így szét-szóródó, de összetartozó szerkelet utalásokkal igyekszik összekapcsolni, de ezt nem viszi keresztül egységesen: pl. a veronal, medinal, luminal szanaszét maradtak — és talán a gyakorlóorvosnak jobb is volna így. Recept már aránylag e könyvben is kevés van, helyüket elfoglalja a sok új szer és specialitás, a közölt receptek közt is sok van, ami simplex volta miatt bátran elmaradhatna. Magyar orvos nem minden receptjét utánózhathja (pl. belladonna-extractumot nálunk osztatlan porban felírni nem lehet I. Magn. ustánál). Jobb lenne, ha a rendelés térmértékében egységes elvet követne; mert zavarba hoz pl. három digitalis infusummal (1:120; 1:200; 1:150) s mindenképp evokanalanként vétet. A védett nevű szereket, specialitásokat jól leplezli, csak tanulnának is ebből az orvosok! A receptek árának kiszámítása és feltüntetése mai viszonyaink között hiábavaló erőlködés.

A gazdag tartalmú könyvet a mesterséges táplálást, a mérgezők kezelését, az ásványvizeteket és fürdőket tárgyaló fejezetek egészítik ki és egy therapeutikus tárgymutató zárja be. V. Z.

VEGYES HÍREK

A Budapesti kir. Orvosegyesület április 7-i ülésének napirendje: Bemutatás. 1. Czirer László: A felkarcsont részleges pótlásának két esete. 2. Öllé Imre: A gerincoszlop chondrosarcomája. 3. Móczár László: Ritkább lelet az epehólyagban. 4. Verebély Tibor: Esetek a daganatok sebészetéből. 5. Róth Miklós: Lépkürtés vérzéses diathesisben. Előadás. Neuber Ernő: A térdizület sportsérülései.

A Népszövetség egészségügyi bizottsága 1923 január havában 5-ik ülészakát tartotta. Ezen Nocht dr., a hamburgi tropus-betegségek intézetének igazgatója is részt vett (első ízben!). Az orosz közegészségügyi viszonyokról Semyashko dr. referált. A bizottság elhatározta, hogy a közegészségi tisztiorvosok cseréje legközelebb Angliában és Ausztriában lesz (I. O. H. 4. sz.). Ez-úttal 19 állam képviselője vesz részt a közegészségügyi tanfolyamon s a gyakorlatokban. Meghívást nyertek: Ausztria, Belgium, Kanada, Spanyolország, Dánia, Egyesült-Államok, Finnország, Franciaország, Nagybritannia, Görögország, Magyarország, Olaszország, Norvégia, Lengyelország, Románia, Oroszország, Svédország, Csehszlovákia, Jugoszlávia. A résztvevők a tanfolyamot ez alkalommal Angliában kezdik; az egyes államok kiküldött tisztiorvosai előadásokat hallgatnak a közegészségügyi szolgálatról, meglátogatják a közegészségügyi intézményeket s

azokban szolgálatot teljesítenek. 7 heti tanulmány után további 3 hétre Ausztriába utaznak, s az egész közegészségügyi adminisztrációt tanulmányozzák. Olaszország a maláriaellenes védekezésről tart tanfolyamot, erre a következő államokat hívta meg: Albánia, Bulgária, Egyesült-Államok, Franciaország, Görögország, Hollandia, Lengyelország, Oroszország, Jugoszlávia. A harmadik tanfolyam az Egyesült-Államokban lesz. Ez még előkészítési stádiumban van. A bizottság a közegészségügyi statisztika és az epidemiáról szóló jelentések tökéletesítésére törekszik, e célból legközelebb Genf-be érkezik Edgar Sydnestricker dr. (az Egyesült-Államokból), kinek az a feladata, hogy a statisztikai munkát megszerveze. A bizottság Nansen dr. s a görög kormány kérésére a Görögországba menekültek egészségügyi viszonyaival behatóan foglalkozik s tömeges véroltásokat eszközölt. Ennek jelentőségét legjobban igazolja azon körülmény, hogy a menekültek Görögország lakosságának egy ötödét alkotják, sőt egyes helyeken a törzsökös lakosság számát meghaladják. A bizottság a járványokról havonta jelentést ad ki, a március hó 15-i számban a konstantinápolyi typhusról, az Oroszbirodalomról, Lengyelországról, Franciaországról, Csehországról s Bulgáriáról tartalmaz adatokat. Az osztrák, a magyar, a román és szerb adatok hiányoznak. Mint látható, a Népszövetség közegészségügyi bizottsága igen élénk és eredményes tevékenységet fejt ki.

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; egyebütt 6000 K, átutalandó a Magyar Országos Központi Takarékpénztár Kálvini-téri főkájánál számlánkra.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

ZUGLIGET 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 82-29
Sebészeti, nőgyógyászati és szülészeti osztályokkal. Legmodernebbül berendezett Röntgen- és vegyi laboratóriumok. Belgyógyászati-diagnosztikai és diétás osztály, valamint vizsgyógyintézet ez évben nyílt meg. MÉRSÉKELT ÁRAK. SZABAD ORVOSVÁLASZTÁS.

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete.

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

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

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest.

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrása. Termális és fitoktherapiás gyógyintézet. Iszap-, szénasavas fürdők, vizsgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diétás konyha belső bajokban szenvedők számára. Nőgyógyászat. Gégészet. Laboratórium. Röntgen. Vezető főorvos: dr. Benczúr Gyula, egyetemi magántanár.

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

Physicalis, Röntgen-, serologiai és bakteriologiai vizsgálatok. Specifikus oltások, quars és müvi-pneumothorax - kezelés. Budapest VII, Vilma királyné-út 11. szám (Fasor). Telefon: József 14-51.

PÁLYÁZATOK.

Pályázat tanársegédi állásra.

A Ferenc József-egyetem szemészeti tanszéke mellett a II. tanársegédi állás betöltetlen. Szemészeti előkészülettel bíró orvosdoktorok pályázhatnak az orvoskari dékán hivatáshoz küldött, kellően felszerelt folyamodással, április 15-éig.

Szeged, 1923 március 20-án.

Dr. Imre J.

a szemészeti tanára.

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:

Török Béla: Fül eredetű arachnoideális cysta. (159—163. oldal.)

Heller István: Betegcsecsemők „haemoklasiás krízise”. (163—165.)

A Bpesti Kir. Orvosegyesület 1923 ápr. 7-ikén tartott ülése. (165—166. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Gyermekorvostan. —

Szemészet. (166—168. oldal.)

Könyvismertetés. (168. oldal.)

Vegyes hírek. (168. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti új Szent János-kórház fülészeti osztályának közleménye.

Fül eredetű arachnoideális cysta.¹

Írta: Török Béla dr. egyet. m. tanár.

Oppenheim egyik munkája előszavában azon kijelentést teszi, hogy mindenkinek kötelessége tapasztalását a központi idegrendszer chirurgiája terén közzétenni, hogy ezen sötét térrénumra betekintést nyújtó minden észlelés gondosan összegyűjtessék.

Ezen kategóriába tartozónak vélem az ismertendő esetet, és ez indított arra, hogy azt részletesen közöljem. Érdekességet kölcsönöz ezen esetnek az a körülmény, hogy fejlődésének és lefolyásának során, több éven át klinikai és kórházi följegyzések állanak rendelkezésünkre.

Jelenleg 23 éves férfibeteg gyermekkorában scarlatinán esett át, 14 éves korában typhusban betegedett meg, ehhez baloldali fulgenyedés szegődött, mely felépülése után orvosi kezeléssel dacára sem gyógyult. Hónapokkal utóbb fejfájásai támadtak, melyekhez később gyakori hányás járult. Ezen bajával a Patronageból az I. sz. belklinikára került és itt találjuk az első följegyzéseket bajáról 1916-ban. Az alacsonytermetű, fejlődésben visszamaradt egyén csöves csontjai feltűnően rövidek, belső szervek épek, idegrendszerben eltérés nincsen, járása normális, reflexek kiválthatók, rendesek. Diagnostics: infantilismus, hystéria. Organotherapiás kezelés, villanyozás.

A következő 2 évben kisebb-nagyobb mérvű fejfájásban szenvedett; otthon borogatásokkal, porokkal kezelték. Fül bajával ambulantiára járt. 1919-ben állandó fejfájásához, ami időnként rohamszerűleg kínzóvá vált, szédülés járult, utóbb csak támogatással tudott járni. 1920 tavaszán nyakszirttáji fejfájása állandósult, szédülése fokozódott, naponta többször hányt. Mivel egyidejűleg fül folyása erősödött, fülében és füle mögött fájdalmi és magasabb láza keletkezett, beszállították a Zita-kórházba. Itt baloldali chronikus, granulatiós, bűzös középső fulgenyedést állapítottak meg, élénk nyomás iránti érzékenységgel a processus mastoideus tájékán. Hallása a beteg oldalon sügött beszédre 2 méter körül. Wéber jobbra, főleg a mély hangok perceptiója csökkent. Vestibularis reactio normális, spontán nystagmus nincsen, az egyensúlyzavarok nem jellegzetesek; Wassermann negativ.

A megejtett radikális műtét során feltűnt, hogy a genyes sarjak a horizontális ívjárat mögött mélyen befelé terjedtek.

Állapota javult, amennyiben láza csökkent, fül folyása megszűnt, szédülése, fejfájása engedett. A Patronageban rendben sohasem volt. Álmatlansága s fejfájása ellen mindig szedett porokat.

1922 áprilisban hőmérséke 38° fölé emelkedett, fejfájásai ismét kínzókká váltak, görcsroham jött rá, eszméletét veszítette, mire a Rókus-kórház fülészeti osztályára vitték be. A kórtörténetből kitűnik, hogy állandó hányingere van, naponta többször hányt.

¹ Előadatott a kir. Orvosegyesület fülészeti szakosztályának 1923 március 22-iki ülésén.

erős fejfájása főleg a nyakszirttájra localizált. Intermittáló hőemelkedése 36°50'—38° közt ingadozik, a belgyógyászati vizsgálat a láz okára magyarázatot nem talált. Az operált bal fülből minimális savós váladék, vestibularis élenken reagál, spontán elmutatás nincsen. Egyensúlyzavarában nincs semmi tipikus, járása ingadozó, reszkető alsó végtagokkal. Többszöri hypnosis hatástalan; 65 higanybedörzsölést kapott. Hányása néhány hétre megszűnt, fejfájása keveset engedett. Az idegorvosi vizsgálat a fennálló tüneteket hysteriás jellegűeknek minősítvén, áttételet az István-kórház idegyógyászati osztályára. Itt néhány heti megfigyelés alatt állott, miközben hysteriás magaviseletet tanusított; mivel azonban a diagnostikus vizsgálatnak magát alávetni vonakodott, renitens, izgága magaviseletű, visszaküldetett a Patronageba augusztus 13-án.

Augusztus 25-én a tisztiorvosi vizsgálat alapján az előjáróság mint önvészélyes elmebetegét beutalta az Új Szent János-kórház elmeosztályára.

Az elmeosztály kórtörténete főbb vonásokban a következő (Hudovernig): A gyengén fejlett, keskeny-alacsony homlokú, asymmetriás arcú beteg bal facialisa parasises, száját állandóan félig nyitva tartja, nyelv jobbra, uvula balra deviál. Szemmozgások szabadok, extrém oldalnézőkor nystagmus. Pupillák rendesek alkalmazkodásra kissé renyhén reagálnak. Belszervek épek. Járásnál ataxia, ilyenkor felsötétést és fejt előre-hajítja, úgyhogy előrehelyezett súlypontja után fut, majdnem eszik. Coordinatio hiányos. A motoros műveleteket ügyetlenül, kitérésekkel végzi. Fokozott izomreflexek. Babinsky, clonus nincs. Állandó, kínzó fejfájás, bal parietális, occipitális tájék ütögetésre érzékeny. Kérdéseket jól percipiál, valamivel hosszabbodott reakciós idő után adott feleletei odaillőek és kielégítőek. Helyről, időről tájékozott. Böbeszédű, hadaró, ismeretköre intelligentiájának megfelelő. Nyugodtan viselkedik. A következő 3 nap alatt állandóan rendkívül erős nyakszirttáji fájdalomról panaszkodik. A fájdalmak naponta több ízben rohamszerűen erősödnek és nagy adag fájdalomcsillapítóra sem enyhülnek.

Az augusztus 29-én végzett lumbal punctio, hasonlóan a vérvizsgálathoz, negativ Wassermann ad. A liquor fehérjereaktív gyengén positív, sejtszám: 16. Lumbal punctio után fejfájása enyhült, nyugodtan viselkedik s ataxiája javul. Ez a javulás 2 hétig tartott.

Szeptember 20-án ismét visszatér fejfájása és ataxiája. Fejfájása időnként fokozódik és epilepsziás rohamba megy át.

Október 2-án már naponta 6—7 ízben van a nap minden szakában epilepsziás roham; therapiás célból végzett lumbal punctio nem jár eredménnyel. Rohamait a fejfájás fokozódása és a szinlátás hiánya előre jelzi; körülbelül félóra mulva eszméletvesztés, convulsiv roham, a behajlított végtagok clonikus rángásaival, bulbusai fel- és balfelé rotáltak.

Október 11-én fájdalmi rohammentes időben is annyira erősek, hogy állandóan ordítanak, kiabálnak, s el kell különíteni. Röntgen-felvétel a bal koponyafél nagyfokú érzékenysége miatt nem eszközölhető. Fájdalmi maximális scopolamin-, morphium-adagokra sem szűnnek. Szemlelete negativ.

Október 19-én járva, ülve kifejezett cerebellaris ataxia, ugyancsak mindkét kézben. Bal koponyafél hátsó része rendkívül érzékeny. 39°-ig emelkedő lázra való tekintettel, feltételezett kisagytályog miatt műtét céljából a fülosztályra tétetik át.

Október 20-án kerül a beteg osztályunkra, 38°7 lázzal, 96-os pulussal. Jobb dobhártyáján lényeges elváltozás nincs. Hallása

ezoldalt rendes. Baloldalt gyógyult radikális üreg, az átmenet mögött lencsényi, könnyen letörhető granulatio. Társalgó beszédet csak a fülkagylóba mondva hall, hangvillákat C¹-től C⁴ig hallja. Spontán nystagmus mindkét oldalra elsőfokú, horizontális rotatorikus, jobbra erősebb. Elmutatása és egyéb ataxiája a beteg teljes atoniája miatt nem vizsgálható. Caloriás vizsgálatra jobb-oldalt renyhe reactio, baloldalt 15^o-os vízre csak minimális nystagmus, mindkét fül calorizálásakor igen erős szédülésről panaszokodik.

Ugyanaznap műtét. A sinus szabaddátétele után a Trautmann-féle háromszögnek megfelelőleg szabaddá tesszük a durát, melynek jódincurával való beecsetelése után Record-fecskendővel végzett punctióra genyelt nem kapunk, csak előrefelé, a porus acusticus internus irányából liquorot. A középső koponyagödör felé is szabaddá tesszük a durát, ugyancsak próbapunctiókat végzünk negatív eredménnyel.

A műtét után kötése a kiömlő nagymennyiségű liquorot teljesen átvődik. Láza másnap reggelre fokozatosan leszáll a műtét előtti 38^o-ról 37^o-ig. Harmadnap láza a déli órákban újból 39^o-ig szökik fel, a beteg jól érzi magát, az ágyban fel tud ülni. Negyednapra ataxiája megjavult, fejfájásai csökkentek, rohama nem volt, maximális temperaturája 37^o8^o. A következő nap délelőtt jól van. Délután ismét egy fentebb leirt epileptiás roham, melyet nagy nyakszirttáji fájdalom előzött meg. A következő három napon állapota változatlan.

Október 27-én délután ismét erős fejfájás lép fel, hidegrázás kíséretében láza felszökik 39^o9^o-ra, a láz tetőfokán egy nála typhusos epileptiás roham. A következő nap hőmérséke erős homlok- és nyakszirttáji fájdalom kíséretében felszökik két ízben 38^o7^o, illetve 39^o0^o-ig. Ezen idő alatt fülsebe rendszeren gyógyul, a liquorfolyás lassan teljesen megszűnik.

Október 29-től állapota tartósan jó, fejfájásról nem panaszokodik, hőmérséke normális, járása behűnyt szemmel is teljesen kifogástalan, állandóan jó közérzettel jár-kezel és környezetével örömmel közli gyógyulását, s azt, hogy évek óta ilyen jól nem érezte magát. A fülsebe normális gyógyulást mutat, hallása a gyógyulással arányban annyira javul, hogy december közepén a sügött beszédet az operált fülön 16 méterről hallja. A caloriás vizsgálat ugyanekkor mindkétoldalt normális vestibuláris reactiót mutat, normális elmutatási reactióval. Spontán nystagmus és elmutatása e vizsgálat alkalmával nem volt. December vége felé újból kedvetlen, hallgatag, álmatlanságról, fejfájásról kezd panaszokodni. Január 2-án délután heves fejfájások állanak be, melyek estére nagy mérvben fokozódnak, minden szédül, elannyira, hogy járni nem tud, hőmérséke 38^o2-re szökik, erős nyakszirttáji fájdalomról panaszokodik és a délután óta jelentkező, ép oldal felé irányuló nystagmusa estére másodfokúvá válik. Elmutatásra nyugtalansága miatt rendszeren nem vizsgálható.

Másnap délelőtt hallása bal oldalon társalgó beszédnek csupán 15 cm-re meghallására csökken, csontvezetés erősen megrövidült, az egész hangvillanor percipiálása nagy mértékben gyengült. Caloriásan vizsgálva baloldalt minimális nystagmus, elmutatási reactio nélkül. Jobboldalt normális nystagmus és elmutatási reactio úgy hideg, mint meleg vízre. Spontán nystagmus másodfokú, ép oldal felé irányuló, spontán elmutatása vállizületben mindkét karral kisfokban balfelé. Az ezután következő öt nap alatt állapota nagyjában változatlan, a megkísérelt Brünnings-féle fejjaszűrésnek hatását nem tapasztaljuk.

Január 7-én délelőtt lumbal-punctio, délután panaszai csökkentek. Másnap fejfájása megszűnt, járása jó, hallása javult. 9-én megcsejtett hallásvizsgálatnál a functio a dec. 15-én találthoz hasonló. Hőmérséke továbbra normális, panaszai nincsenek. A következő öt hét alatt állapota a január 2-ai előttihez hasonlóan kifogástalan.

Február 16-án újból kisebb hőemelkedések jelentkeznek, álmatlanságról, időnként kisebb fejfájásokról panaszokodik. Ehhez utóbb időnként hányinger és szédülés járul. Állapota kisebb-nagyobb remissiókkal, amidőn panaszai nem jelentősek, húzódik egészen március 3-ig; mikor is március 4-én újból erős fejfájásról kezd panaszokodni, ezért az éjjeleket álmatlanul tölti, gyakori hányinger bántja, többször hány. A szédülése fokozódik, járása bizonytalanná válik. Temperaturája 37^o7^o-ig menő emlékedéseket mutat. Március 6-i statusa: hangvillahallásban ezúttal feltűnő tompulás nem jelentkezett. Spontán nystagmusa jobbfelé irányul és lassú fokozódással másodfokot ér el. Caloriásan vizsgálva jobboldalt közel normális, baloldalt renyhébb reactiót kapunk. Mindkét karban kifejezett spontán elmutatást találunk jobbfelé, mely a labyrinthosok caloriás izgatásával nem befolyásolható. Ugyanezt találtuk a csuklóizületre vonatkozólag is.

Újabb lumbal-punctio, miközben 20 cm³ tiszta liquorot bocsátunk le. A liquorvizsgálat eredménye az előbbihez hasonló. Lumbal-punctio után — eltérőleg az előbbi punctiótól — feltűnően aluszékony, nagy fejfájásról panaszokodik. Ideglet ez alkalommal a következő (Kluge dr.): Tág pupillák jól reagálnak, bal facialis parietikus, nyelv jobbra deviál. Inreflexek kétoldalt egyenlők, fokozottan élénkek. Jobboldalt kifejezett lábfejclonus,

baloldalt ez nincs. Mindkétoldalt kifejezett Babibnszky, Oppenheim és Mendel-Bechterev, de a Gordon- és Rossolimo-tünet nem mutatkozik. Nagyfokú bőrhypaesthesia. Igen élénk hasreflex mindenütt és élénk scrotális reflex, kézuji-orrhát kísérletnél kisebb, de észrevehető bizonytalanság. Dülöngő, cerebelláris-ataxiás járás. Pulsus 80. A fejletőre localisált erős fájdalom, amely a felsőtest merőleges tartásánál lép előtérbe, aluszékonyosság, türelmetlenség. Másnap heves fejfájások gyöttrik, jajveszékelve kér valamely enyhítőszerrel fejfájására. Estére fejfájásai engednek, az éjjelt nyugodtan átaludta. Harmadnapra kábultságon kívül lényeges panaszai nincsenek, a kórtermen egyenes irányban könnyedén végigmegy. Teljesen láztalan, maximális hőmérséke 36^o3^o.

Ha végigtekintünk a feljegyzések és megfigyelések halmazán, a következő vázat hámazhatjuk ki.

Nyolc év előtt typhus után baloldali fülgyulladás támadt, mely orvosi kezelés alatt állott, de nem mutatott gyógyulásra hajlandóságot. Hónapokkal utóbb fejfájásai kezdődtek, melyek mindennemű kezelésnek dacolva, kisebb-nagyobb remissiókkal, intermissiókkal állandósultak. Később hányingerek, hányás, utóbb szédülés, egyensúlyzavarok társultak hozzá. Fülgyulladás közben annyira elfajult, hogy műtéti beavatkozás vált szükségessé; mely alkalommal feltűnt, hogy a sziklacsontról lobos folyamata mélyen beterjedt egy helyen a labyrinthus tokja mögé a belső corticalisig. Állapota műtét után sem változott. A fejfájások állandóan fennmaradtak, kisebb hőemelkedések persistáltak, az egyensúlyzavarok fokozódtak, járása bizonytalanná vált. Utóbb epileptiás rohamok állottak be, először ritkábban, majd sűrűbben, végül már naponta 6—7 ízben is. Psychosisos tünetek jelentkeztek, úgyhogy mint epileptiás elmezavarodott elmeosztályra került. Itt a fennálló tünetekből előbb kisagy-tumorra tápláltak gyanút, csak miután hirtelen magas lázak kíséretében állapota rohamosan súlyosbodott, az előment felfolyamatra tekintettel kisagy-tályog lehetőségének fennforgása lépett előtérbe.

Mármost ezen önmagával tehetetlen, állni, járni képtelen, fájdalomában éjjel-nappal jajveszékélő emberi roncs néhány 24 óra alatt felépült a hátsó koponyagödör punctálása után bekövetkezett bő liquorfolyás nyomán, holott a therapiás célból végzett lumbal-punctiókat teljesen hatástalanok voltak. Nyilván cystaszerűen eltökolt folyadékgyülemmel állottunk szemben, melynek nyomása váltotta ki ezen súlyos tüneteket.

Cystaszerű gyülemek a koponyaüregben régen ismeretesek voltak, traumák, vérzések után, ezek azonban jobbára a nagy- vagy kisagy állományában helyezkedtek el. Ismert volt a meningeális cysta cerebrális gyermekbénulásnál, hol szintén secundaer jelenség. Közlebbi ismereteink arról, hogy cystaszerű folyadékgyülemek az agyhártyák lemezei között lobos folyamatok kapcsán létesülnek, az utóbbi évekig hiányoztak.

Az erre vonatkozó irodalmat, az első eseteket kivéve, sehol sem találtam áttekinthetően összegyűjtve, pedig az eset értelmezéséhez ezek ismeretere szükségünk van, mert ismétlődő egységes kórképről e kór-folyamatnál nem beszélhetünk. A rendelkezésemre állott irodalomból a fontosabb adatokat a következőkben kívánom ismertetni.

Ströbe kórbonctanában 1904-ben találunk utalást cystaszerű folyadékfelhalmozódásra a lágyburkokban korábbi lobos elváltozások helyén, melyek oly módon keletkeznek, hogy lobos összenövések állanak be az arachnoideális üregben és így egy körülírt hely eltokolódik. Ebben a környezetben képest fokozott nyomás képződhetik és a szomszédos agyállományt comprimálhatja.

Az első klinikai megfigyelés Krause-től származik. Egy esetet közöl, melyet Oppenheim-mal észlelt, hol lövedék okozta sérülésből eredő, necrotizáló, genyes csigolyagyulladás súlyos gerincagynyomási tünetek jártak. A műtétkor kiderült, hogy a gerincagyat nagy fokban bántalmazó substantia intraduralisan helyezkedett el orsószerű duzzanat formájában és a punctiónál viz-tiszta cerebrospinalis folyadéknak bizonyult. Sajátságos volt ezen nagy nyomás alatt álló folyadékgyülemnek a beteg csont területére elhatárolódó elhelyezkedése. Analo-giát lát benne a meningitis serosa cerebraleshoz, mely nem ritka jelenség a középső fül és a szomszédos csont-részek genyes gyulladásakor, s amely nézete szerint ugyancsak tova vezetett oedema.

Utána ilyen meningeális cystákat a gerinccsatornában többen észleltek, így *Bruns, Mendel-Adler, de Montet, Horsley, Spiller* és mások.

Frazier volt az első, aki a hátsó koponyagödörben egy arachnoideális cystát talált a kisagy laterális részén, az angulus cerebelloponticus vidékén. Megnyitotta és a beteg megögyült.

Ezen lelet jelentőséget *Krause-Placzék* alapvető munkája folytán nyert, melyben ilyen cysta jelenléte ad oculus demonstráltatott. Egy betegnél főfájás, szédülés, gyakori hányás, bizonytalan járás, féldoldali faciális bénulás, kettős látás, csaknem valamennyi külső szemizom bénulása észleltetett, ezek alapján a diagnosis: tumor a hátsó koponyagödörben. A megejtett műtét során a kisagy félteke fölemelésekor egészen alul, medián felé, az alsó féreg tájának irányában egy feszesen telt, cystaszerű hólyag tűnik elő. Áttűnő falazata kékesviola színezetű, vékony, nyilván a leemelt arachnoidea lemeze. A cystaszerű üreg falának megnyitásakor rendkívül nagymennyiségű tiszta liquor buggyant ki. Azonnal szembetűnt ezen leletnek hasonló volta a meningitis serosa spinalis esetében tapasztalhatóhoz.

A cystaszerű üreg tehát úgy létesült, hogy az arachnoidea elzáródott hálózatában (*Maschenwerk*) tiszta folyadék halmozódott fel. Több lapszerű, széles összenövés volt látható, melyek tompa ollóval megoldattak. Így autopsia in vivo útján sikerült ezen sajátságos körképnek keletkezését tisztázni. Úgy a meningitis serosa spinalis, mint cerebralisnál eltokolt folyadékgyülemlről van szó, melyek nagy nyomás alatt állanak és éppúgy hatnak, mint egy valóságos daganat.

A cystaszerű folyadékgyülemeket mint a lobos összetapadások, esetleg más mechanikai körülmény folytán is, eltokolt arachnoideális üregben beállott másodlagos liquorpangást kell felfognunk. Ebből az következik, hogy nem csupán a plexus chorioideus választja ki, amint hitték, a liquort, hanem legalább részben az arachnoidea is. Ezen eltokolt helyen létrejött folyadékgyülem keletkezését úgy értjük meg, ha felvesszük, hogy az arachnoidea chronikus megbetegedése nemcsak adhaesio keletkezéséhez és fokozott exsudatiohoz vezet, hanem hogy az arachnoidea, mely Henle szerint rendkívül laza szerkezetű és physiologicze vízszívó kötőszövet, ezen resorptiós képességének legalább egy részét a megbetegedett helyen elveszti. Így a rendes körülmények közt gyors folyadékkiegyenlítődéskor akadályozott.

Így adja *Krause* a körképet és keletkezésének magyarázatát, s arachnitis adhaesiva circumscriptának nevezi.

Utána *Finkelstein* közöl hasonló esetet 1906-ban. Egy fiatal nő hét éve szenved erős főfájásokban, ami öt hó óta rosszabbodik, hányás, ataxia, faciális bénulás, abducens paraesis, ízérzés hiánya jelentkezik; egyidejűleg az azon oldali hallás nagyon csökkent. A hátsó koponyagödörben székelő daganat diagnosis alapján végzett műtét alkalmával a kisagy fölemelésekor a kisagy-hídszögletben cysta találtatott, melynek megrepedésekor 100 cm³ savós folyadék ürül. Tünetek visszafejlődnek, miközben hallása is megjavult.

1909-ben *Unger* arachnitis circumscripta syphilitica antilueses kórának dacoló s később operált esetét ismerteti. Műtét alkalmával ujjal a kisagy-hídszögletbe tapintáskor hirtelen nagymennyiségű savós folyadék ömlik elő. Síma gyógyulás.

Oppenheim-Borchardt esetében a tünetek alapján tumor vagy cysta diagnostizáltatott a hátsó koponyagödörben. Műtétkor a jobb kisagyfélteke alsó felületén cystaszerű képződményt találtak, mely nem az agyállományban, hanem az agyhártyák között foglalt helyet. Megnyitás és az összenövések szétválasztása után gyógyulás állott be. Traumás eredetű meningitis serosa cysticának tartják. *Borchardt* ugyanitt egy második megfigyelést is ismertet. Műtétkor az acusticus és faciális tájon nyitott meg cystát, melyből több teáskanálnyi tiszta folyadék ürült. Több napi liquor-folyás után gyógyulás következett be.

Az esetek tárgyalása során azt mondja, hogy sokkal gyakrabban fog az agyhártyák lobos affectiójához

ilyen adhaesiók folyamat társulni és csodálkozásának ad kifejezést, hogy arachnoideális cystákat klinice és műtétkor sokkal gyakrabban nem észleltek. Az eddig észlelt 5—6 esetből a cysták képződésére praedilectiós helynek látja a kisagy alsó felületén a cysterna cerebello medullaris és oldalán a cysterna lateralis, nevezetesen acustico-faciális tájat.

Egy további esetet *Bing* ismertet. A hátsó koponyagödörben székelő térszűkítő folyamat: tumor, esetleg meningitis serosa diagnosis mellett végzett műtétnél cysta találtatott a cysterna cerebello medullaris keretében.

Műtét után a tünetek visszafejlődtek, majd néhány hónap múlva kis fokban újból jelentkeztek. Kórokozó momentumként középső fülgyulladás veszt fel, melyre a vizsgálat alkalmával talált dobhártyahegesedések és a hangvezetőkészülékben székelő hallás-zavar jelenléte utaltak. *Hildebrandnál* találunk három hasonló esetet felsorolva, ő is hangsúlyozza, hogy a kisagy-hídszöglet praedilectiós helyül látszik szolgálni cystikus képződmények részére.

Míg ezen esetek a hátsó koponyagödörre vonatkoznak, van immár sora a közléseknek, hol a nagyagyféltekék területének megfelelőleg észleltek ily cystákat, legtöbbször a gyrus centralis tájékára localizálva. Ezen elhelyezkedésből kifolyólag rendkívül karakterisztikus zavarokat, nevezetesen epileptiform rohamokat okoztak, többnyire kifejezett Jackson-typussal. Ilyen eseteket közöltek *Sarbo, Perthes, Bing, Axhausen, Raymond-Claudes, Muskens* s legújabban *Pette*.

Vannak esetek, hol psychikus zavarok észleltettek, így *Sarbo, Pette* eseteiben.

Röviddel *Bing* közleményének megjelenése után *Bárány* a bécsi neurológiai szakosztályban egy esetet mutatott be. Egy leánynál néhány hónap óta jobboldalt a koponya fölmozgotti részére localizált főfájások, szédülés, fülzúgás, a belsőfül laesiójára utaló nagyothallás állottak fenn, emellett a jobb kéztőben vola manus, lefelétartásban spontán kifelé-elmutatás jelentkezett, a befelé-reactio pedig elmaradt. Megemlíti, hogy már több mint egy tucatjában az eseteknek, találkozott ezen körképpel. A nevezett complexumot előidéző kórfolyamatról egyelőre igen reser-váltan kíván nyilatkozni, de lehetnek tartja, hogy körülírt liquor-szaporulatról van szó a kisagy-hídszögletben, tehát egy ú. n. meningitis serosa cysticáról, mint ahogy azt *Bing* kifejezett esetben leírta.

Négy hónappal később ugyanezen szakosztályban már 20 esetről számol be, hol ezen általa talált symptoma-complexumot észlelte. A tüneteket a következőkben adja:

1. A beteg oldalon gyengült hallás a belsőfül laesiójának értelmében; kiemelendő az ingadozás a hallás fokában.
2. A rossz hallás idejében zúgás.
3. Szédülés vestibuláris jelleggel, ez lehet múlt, de tartós és erős is. Erős rohamok rendszerint a zúgás exacerbatiójával és főfájással járnak. Többnyire hányás.
4. A vestibuláris izgathatóság megtartott, de a beteg oldalon csökkent lehet. Intenzitása a hallás fokával együttjárhat.
5. Pathognomikus főfájás, mely ezen fültüneteket kíséri a beteg oldalon, a koponya hátsó részében, ahonnan aztán kisugározhatik.
6. Nyomási érzékenység a fül mögött, mely oly fokú lehet, hogy mastoidális megbetegedésre lehetne gondolni.
7. Mindezen esetekben elmutatás a beteg oldal kéztőizületében kifelé, vola manus lefelétartásban.
8. A beteg oldal felé előidézett experimentális nystagmus esetén a beteg oldal elmutatási reactiójának elmaradása a kéztőizületben hasonló kéztartás mellett.

Ezen körkép létrejöttét speculativ úton igyekszik magyarázni. A cysterna lateralis körüli lobos adhaesiók által létrejött üregben a plexus chorioideusnak éppoly incarcerationióját veszt fel, aminőt *Spitzer* feltételez az oldalsó gyomros plexusánál a foramen Monroiban migrainero-rohamok eseteiben, csak hogy itt ezekkel ellentétben az incarcerationio nem oldódik meg hamarosan, hanem gyakran heteken, hónapokon, sőt éveken át fennmarad.

A német otologiai társaság 1912-i hannoveri gyűlésén *Bárány* a fentit már mint *Bárány-féle* symptoma-complexumot ismerteti.

Miután felveszi, hogy a cysterna lateralis adhaesiók

által a többi subarachnoideális üregtől eltolódik, az itt beállott liquor-szaporulat fokozott nyomása folytán a foramen Luschke ventilszerűen elzáródik, s így teljesen elzárt cysta képződik e helyen. Ezen minden irányban elzárt cystában látja végső kimenetelét ezen folyamatnak, mely nyilván kezdeti fejlődés szakában sokkal gyakrabban fog előfordulni, amikor még nem vezetett cysta-képződésre, csak pangáshoz; így okozva magyarázza most a talált tüneteket. Jellemzőnek tartja, hogy hőemelkedések eseteiben mindenütt hiányoztak.

Míg előbb a főfájást tartotta pathognomikusnak, most azt mondja, bármilyen karakterisztikus is ezen tünetcsoport, jellegzővé az elmutatás jelensége által válik, tehát erre helyezi át a súlypontot. Néhány rudimentaer esettel is találkozott, hol majd a szédülés, majd a fülzúgás hiányzott, vagy a hallás volt normális. De olyan esetet nem látott, mely megengedte volna azon feltevést, hogy a cysternában székelő nyomásfokozódás főfájás és a beteg oldali kéztőizületben jelentkező spontán kifelé elmutatás nélkül, megtartott befelé-reakcióval létezhetnék.

Felhozott eseteiben nem látjuk cystosus folyadékgyülemek bármi módon igazolódását, ezek a cysta-képződésnek inkább a fejlődési szakára látszanak vonatkozni.

Csodálatoskép nekünk ezen symptoma-complexumot teljes egészében nem volt módunkban észlelni, noha figyelmünk fel volt rá hívva és elég nagy beteganyagunk mellett adódhatott volna rá alkalom. Feltűnő volt ez annál is inkább, mert hiszen Báránynak néhány hónap alatt, mely két előadása közt eltelt, 12-ről 20-ra és újabb fél év alatt hannoveri előadásáig újból 10-el sikerült észlelt eseteinek számát szaporítani. De úgy látszik, mások sem találtak hasonló kétséget kizáró esetekkel, mint ezt Baier és Lewandowszky, Sontag és Wolf közléseiből látjuk.

Jelen esetünkben a körjelzőnek mondott spontán kifelé elmutatás a betegoldali kéztőizületben kétségtelenül nem volt kimutatható, Reich-féle műfogással végzett gondos és ismételt utánvizsgálatokkal sem; a befelé való reactio pedig megvolt. A második recidiva alkalmával pedig rendkívül kifejezett ellenoldali spontán elmutatás volt, mely calorizálásra nem változott.

Talán némi világosságot vet arra, hogy miért nem találkoztunk e fajta esetekkel, Báránynak 1913-ban megjelent közleménye, hol 1—2 idevágó esetét részletesen közli.

Mi ezen eseteket más diagnosis alatt könyveltük volna el és természetesen más therapiában részesítettük volna. Úgy látszik, theoretikusan elgondolt és megkonstruált kórképpel állunk szemben, melynek keretei nagy subjectivással vannak kitöltve. Esetünkben különös érdekel bír *Hinsberg* észlelése, kinek betegénél ponto-cerebelláris nyomásfokozódásra valló tünetek lázas mozgalmak kíséretében állottak fenn. A dura incisiojára a tünetek visszafeljöttek. *Hartmann* egy esetében, hol kisagyfályogra volt gyanu, a punctio alkalmával meglepetésszerűen tiszta serumot talált, melyből másfél fecskendőnyit távolított el; a tünetek rövidesen elmúltak.

O. Mayer esetében kisagyfályogra utaló tünetek mellett megejtett műtét során az incidált dura nyílásából mély üreg volt látható, melynek fenekén a kisagy felülete látszott. Körülírt serosus meningitist vett fel a kisagyhídszögletben. Ugyancsak e helyen talált savós gyülemekről számolnak be *Jacopsen*, *Mygind* s. *Antoni*. *Berggren* esetében heveny középfülgyulladás után, agyi tünetek mellett cystát talált, és pedig a sinus sigmoideus mögött. Érdekes, hogy a cysta ezen elhelyeződése mellett is a Bárány által leírt elmutatást találta, legalább a referatumból így értjük.

Érdekel bír *Holmgren* esete: Bárány-féle tünetektől némileg eltérő kórkép mellett radikális műtétet végez negatív lelettel, lumbalpunkciókra muló javulás. Mivel így definitív gyógyulás nem állott be és kisagyi tünetek jelentkeztek, craniotomiát végez. A cysterna lateralis rendes hátsó határa mögött tekintélyes folyadékgyülemet fed fel incisióval, mire hónapokon át az összes tünetek elmaradtak, de később újra recidiva állott be,

habár mérsékelt tünetekkel. Megfigyelése másfél évre terjed.

Ezek után esetünket még néhány szempontból kívánom megvilágítani. Feltűnt a lázas mozgalom, mely a kórképet végigkíséri és tetőpontján, osztályunkra felvétele alkalmával 39—40°-ig emelkedett, egyízben rázóhideggel. A tünetek lezajlásával a lázak teljesen megszűntek, míg kéthónapi láztalan szak után a recidiva alkalmával ismét hirtelen bekövetkezett hőemelkedés tűnt szembe. A lumbal punctio után, melyre a tünetek órák alatt visszafeljöttek, a lázas állapot is megszűnt. A második recidiva alkalmával ezen temperatura-emelkedések újból megismétlődtek.

Előtérbe került az a feltevés, hogy a folyadékgyülem okozta nyomásnak a láz előidézésében szerepet kellett játszania. A láz magyarázására azok az ismereteink alkalmasak elsősorban, melyeket az úgynevezett centrális lázra vonatkozólag egyrészt az agysebészet mindennapos tapasztalataiból, másrészt a centrális thermoregulatióra vonatkozólag a vegetatív rendszer modern vizsgálataiból merítettünk. Egyrészt, mint már *Monakov* is hangsúlyozta, az agy organikus betegségeinél is látunk temperatura-zavarokat. Az agysebészek, köztük *Auerbach*, szintén látták az agy diffus mütéti megbolygatása után a hőmérséknek olyan emelkedését, melyet egyéb folyamatok nem magyaráztak meg.

A *Placzek-Krause*-féle esetben a műtét után beállott tartós magas rázóhidegektől kísért lázas állapotra magyarázatul felveszik, hogy a spatula nyomása a kisagyra és hídra hatott hőemelkedést okozóan.

Másfelől *Isenschmidt* s. mások vizsgálataiból tudjuk, hogy a centrális hőregulatio anatomiai substratumát a III. agygyomor fenekén levő vegetatív centrumok körül kell keresni. Tekintve azt, hogy esetünkben, mint a conjugált devitatio is bizonyítja, az agynak térszűkítő folyamat által feltételezett dislocatiójával kell számolnunk, tekintve továbbá, hogy a harmadik agygyomor feneké a hypophysis nyelé által az agyalaphoz rögzítve van, nem zárkozhatunk el az elől, hogy a mechanikus momentumnak a thermoregulatio székhelyének alterálásában szerepe volt.

Az eddig észlelt hátsó koponyaümbeli esetek egyikében sem találunk említést görcsrohamokról. Az organikus agybántalmak egész soránál előfordulnak muló görcsrohamok, valamint chronikus súlyos epilepsziás állapotok. Azon körülmények között, melyek az agynak epilepsziás áthangolására (*Umstimmung*) vezetnek, a koponyaümbeli térszűkítő processusok is szerepelnek. Esetünkben a cysterna laterális táján székelő liquor-gyülem szerepelt epileptogen momentum gyanánt. Hogy cystaszerű gyülemek vonatkozásban lehetnek epilepsziával, azt *Krause* emeli ki „*Chirurgie des Hirnes und Rückenmarkes*” című munkájában, hol azt mondja, hogy egy másik formáját a lobos arachnoideális cystáknak epilepsziánál találjuk. Ezen bajnál az arachnoideának kisebb-nagyobb fokú oedémája gyakori leletként szerepel. Körülírt helyen a liquor felhalmozódása oly fokúvá válhatik, hogy egy valóságos cysta jellegét öltheti fel. „*Lehrbuch der chirurgischen Operationen*” című művében ismertet egy esetet, mely elhelyezkedése miatt bír reánk érdekl, hol egy előzőleg chronikus középfülgyulladás miatt operált egyénen a régi trepanációs üregben fejlődött felületen agycysta szerepelt epilepszia oka gyanánt.

Közelebbről utal a mi esetünkre az a lehetőség, amely *Anton* észleléseiből derül ki. Ő ugyanis már régebben hangoztatta, s újabban az 1922-iki német neurologuskongresszuson is hangsúlyozta, hogy a kisagy hypertrophiája nagy szerepet játszik az epilepsia genesisében; ez csakis úgy képzelhető el, hogy a hatásos momentum a subtentoriálisan keletkezett térszűkület, melyet esetünkben a hátsó koponyagödörben subtentoriálisan keletkezett cysta képviselt. Természetesen gondolnunk kell a cysta mechanikai hatása folytán bekövetkező másodlagos liquoreloszlási zavarokra is.

Az acusticus részéről főleg az első recidiva alkalmával jól megfigyelhetett tünetekről kell megemlékeznünk. Mint látjuk, a dec. 15-én, majd jan. 1-én eszközölt hallásvizsgálatkor 16 méter sügött beszédhallást találunk. Jan.

2-án este állott be a rohamszerű erős főfájás szédüléssel, egyensúlyzavarral, hőemelkedéssel. S 3-án a vizsgálat 0'15 méter társalgóbeszéd-hallást állapított meg. Ugyanekkor az ép oldal felé élénk spontán nystagmus keletkezik és a vestibuláris reactio, mely előzőleg normális volt, csak minimális. Alig képzelhető el ezen jelenség a Bárány-féle magyarázat alapján, ki a cysternában beállott pangásnak az ideg hüvelyé mentén a labyrinthusba továbbítását tartja legvalószínűbbnek; még merevebben szól ennek ellene a lumbal punctio után a jelenségek visszafejlődése kapcsán az előbbi hallásnak rövidesen visszatérte. Ugy vélem magyarázhatni, hogy a cysternában valamely mechanikus componens folytán hirtelen beállott liquor-felzaporodás kifelé a koponya merev falába ütközvén, természetesen az agyállomány felé tudott csak terjeszkedni, miáltal a kisagyhídsgölemben le- és hátrafelé nyomást gyakorolt. Ily módon az acusticus törzs vöngálást, esetleg a porus acusticus szélén szöglehajlást szenvedhet. A vöngálás megszűntével a hypofunctio rövidesen megszűnt.

Hogy a neurologiai diagnosis kezdeti stádiumban hysteriára szólt, érthető, amidőn ezen kórfolyamat kifejlődésére alig lehetett gondolni. A későbbi neurologiai lelet már a tünetek további kifejlődésével hátsó koponyagödri tumorra keltett gyanút. Csak miután a többi között magas temperaturák állottak be, lépett előtérbe egy abscessus fennállásának lehetősége, mivel egyébként ezen oldali chronikus középfülgulladás után előzőleg radikálisan operált egyénről is volt szó. Miután az észlelt tüneteket eredeti felvételünk, t. i. hogy mechanikus momentumok organikus módon okozták a betegséget, teljesen megmagyarázza, nem volt semmi szükség arra, hogy functiós okok közbenjárására gondoljunk. Kétségtelen az, és ebben neurologiai és psychiatriai szakemberek észlelésére is támaszkodhatunk, hogy betegünk súlyosan inbecillis ember, aki viselkedésével a kórházi rendet palotaforradalmak (Spitalsknall) felidézésével nem egyszer megzavarta, ebben a viselkedésben azonban további idegorvosi megfigyelés nem találta fel azokat a támasztékokat, melyeknek alapján hysteriának mondhatta volna, ennek felvételéhez még egyéb észrevételekre lett volna szükség. Éppen ezért az idegorvosi vizsgálat is amellet foglalt állást, hogy a tünetek változásának azt a képét csakis a supponált helyen fennálló mechanikai momentumok magyarázhatják kellőképen.

Gondolnunk kellett arra a lehetőségre is, hogy esetleg egy kisagy tumor okozta cysternabeli pangásról is lehet szó. Ellene szól ennek a baj hosszú fennállása szembe-tűnő remissiókkal és intermissiókkal, s ellene szól az a körülmény, hogy punctio nyomán a tünetek visszafejlődésével hosszú időn át teljes jó közérzete volt a betegnek, ami egy subtentoriális tumornál bajosan volna várható.

Szembe-tűnt a bajnak lefolyása során a lumbal punctióval szemben való viselkedése. Míg első ízben az elmeosztályon a próbapunctióra kéthetes átmeneti enyhülés mutatkozott, az újabb rohamszerű súlyosbodásnál therapeutikus célból végzett punctiók hatástalanoknak bizonyultak és csak a cysta direct pungálása után állott be teljes visszafejlődése az összes tüneteknek több mint két hónapra. Az újbóli attacknál mármint azt látjuk, hogy a lumbal punctio prompt eredménnyel jár. Azt kellett felvennünk, hogy a cysta telődésének bizonyos fokán valamely mechanikus hatás folytán állott be teljes izolálás a többi subarachnoideális üreggel szemben, mely teljes izolálás a recidiva alkalmával még nem következett volt be.

Valószínűnek látszik, mint a közeli napok második recidivája is mutatja, hogy nem befejezett dologgal állunk szemben és még várható, hogy újabb liquor-felzaporodás fog bekövetkezni és esetleg radikálisabb beavatkozás válhatik szükségessé. Ezt mérlegelés tárgyává is tettük, mielőtt a lumbal punctio meglepő jó hatását nem tapasztaltuk.

Elsősorban a durának az ép labyrinthus mögötti felhasítására gondoltunk, de kétségeink voltak aziránt, vajjon ily módon célt érhetünk-e. Mert hogy a dura nyílásából az adhaesiók megoldása — mint ahogy ezt Bárány esetében leírja, amidőn kanállal benyúlva, a porus acusticus

internus irányában vélte az adhaesiókat szétfeszíthatni — nem lehetséges, azzal tisztában voltunk. Mert hiszen ily módon a subdurális üregben manipulálunk, hogy pedig az arachnoideát sikerülend a piától leválasztani és ily módon a subarachnoideális üregbe jutva, az összetapadásokat megoldani, aziránt erős kételyeink merültek fel.

Ugyhogy végső esetben Wagner-Krause-féle osteoplastikus műtét tervével is foglalkoztunk. Ezirányban a további lefolyás fogja a választ megadni, egyelőre természetesen csak a lumbal punctio idejében megisméllésére gondolunk.

A m. kir. Ferenc József Tudományegyetemi Gyermek-klinika (Szeged) közleménye. (Igazgató: Hainiss Elemér dr. egyet. m. tanár.)

Beteg csecsemők „haemoklasiás krízise”.

Közli: Heller István dr.

A máj az intermediaer anyagcsere lebonyolítása révén egyike azon szervünknek, amelynek működését bár sok oldalról megvilágítva látjuk, részleteiben mégis sok homály fedi s éppen ezért állandóan tárgya a kutatásoknak. Zavara nem mindig jár érzékelhető klinikai elváltozásokkal, bár a mindennapos klinikai megfigyelések sorába tartozik azon tapasztalati tény, hogy acut és chronikus megbetegedések a májnak sokszor oly súlyos természetű bántalmazottságát hozhatják létre, mely már a durvább vizsgálati methodusokkal (kopogtatással és tapintással) is megállapítható. Ha egy szerv érzékelhető anatómiai elváltozást szenvedett, joggal felvehető annak egy vagy más irányban fennálló functionális zavara. Az a fontos és sokoldalú szerep azonban, melyet a máj az intermediaer anyagcserében betölt, finom és bonyolult volta mellett oly nagyjelentőségű, hogy fontos a zavar, felismerése, mielőtt még külső vizsgálatokkal az egyáltalában eldönthető volna. Érthető ezek szerint azon törekvés, mely mind újabb és újabb, gyakorlatilag könnyen keresztülvihető, megbízható és érzékeny módszerek kidolgozását célozza, hogy e fontos szervnek a megbetegedését lehetőleg már igen korai stádiumban, mielőtt a májinsufficienciának egyéb ismert tünetei (pl. urobilinogenuria, urobilinuria, bilirubinuria) megjelennek, a diagnosis számára hozzáférhetővé tegye. Ezen módszerek azon megfontoláson alapszanak, hogy egyrészt a felvett táplálék, másrészt parenterálisan a szervezetbe bevitt s a májsejtek által is kiválasztott anyagok (pl. indigocarin) a májsejtek kiválasztási funkciójának elégséges vagy elégtelen voltára engedjenek következtetni.

A máj zavart funkciójának korai felismerésére nemrégén Widal új módszert hozott nyilvánosságra azon megfigyelése alapján, hogy egészséges májú egyéneknél fehérjetartalmú táplálékfelvétel már 20—60 percen belül leukocytosis, viszont a máj működésének zavaránál a fenti idő alatt a fehérvérsejtek megkevesbedése, azaz leukopenia észlelhető. A Widal-féle próba tehát a májnak a fehérje-anyagforgalommal szemben megváltozott viselkedésén alapszik. A máj ugyanis proteopektikus funkciójára révén a bélhuzamból nem tökéletesen elbontott állapotban felszívódó fehérjeproduktumokat, a peptonokat megköti. A máj parenchymájának beteg állapotánál elveszti ezen proteopektikus képességét (insufficienssé válna folytán), a peptonok bejutnak a véráramba s azt a symptomacsoportot hozzák létre, melyet Widal „haemoklasiás krízisnek” nevezett el. Bár a vizsgálok egy része elismeri ezt megbízható próbának a máj funkciójának vizsgálatára, más része azonban megbízhatatlannak tartja és elveti. Ezen ellentétes megítélések dacára, sőt inkább ezek folytán vezettük be a szegedi Gyermekklinikán a haemoklasiás krízis vizsgálatát csecsemőknek, ahol egyes táplálkozási zavarok májfunctiózavara ismeretes lévén, a vizsgálat értékének megítéléséhez biztosabb adatok szolgáltatathatók.

33 vizsgált esetünk kisebb részben egészséges, legnagyobb részben beteg csecsemőkre vonatkozik. 3 esetben, főleg a kontroll céljából vizsgálatot végeztünk congenitális

luesnél, mert ezeknél a máj nagyfokú megnagyobbodás volt alkalmunk észlelni. A vizsgálatok reggel éhgyomorra történtek, és pedig emlőn táplált csecsemőknél már a kora reggeli órákban, mesterségesen tápláltaknál valamivel későbbben. Előző este valamennyinél az utolsó táplálékfelvétel este 9 órakor volt. Meg kell jegyezni, hogy bizonyos esetekben úgy a táplálék mennyiségét, mint az egyes vizsgálati időközöket illetőleg kissé eltértem Widal módszerétől. Az előbbire nézve annyiban, hogy olyan esetekben, ahol már az anyagcserevizsgálatok is megállapították a máj functionális zavarát (pl. intoxicatio alimentarisnál), a táplálék igen kis adagját adtam, nemcsak a therapia zavartalansága miatt, de azért is, hogy megnézhessem, vajon kis mennyisége hogyan teszi próbára a máj proteopeptikus képességét. A vizsgálati időközöket illetőleg a máj pontosabb megfigyelése céljából főnkörm ajánlatára táplálékfelvétel után nem 20, hanem 15 perccel végeztem vérejszámolást, a kontroll miatt rendszerint két pipettával.

Egészséges anyatejes csecsemőknél négy esetben pontosan megfigyeltük a haemoklasiás krízist, még pedig azért, mert ezekre vonatkozólag teljesen ellentétes eredményeket közöltek. Az éhgyomorra szopás útján elfogyasztott anyatej mennyisége 130–150 gr között váltakozott. Valamennyinél a táplálékfelvétel után leukocytosis lépett fel, és pedig az elsőnél 30' múlva érte el a legmagasabb pontját, amikor is a leukocyták száma az éhgyomorra nyert értékről, azaz 9300-ról 12500-ra (9300¹—11200—12500—10300—10900), a másodiknál 15' múlva 7700-ról 11600-ra (7700—11600—8500—9600—7000), a harmadiknál 60' múlva 8100-ról 12200-ra (8100—9000—10100—10700—12200) s a negyediknél 30' múlva 9400-ról 12800-ra (9400—9000—12800—12100—8500) emelkedett. Egészséges anyatejen táplált csecsemőknél a Widal-féle próba Widal szerint értelmezve negatív. Adataink Schiffel ellentétben a francia Lesné és Langle eredményeivel egyeznek.

Hét esetben sikerült vizsgálatot végezni *intoxicatio alimentarisnál* különösen arra nézve, hogy a táplálék igen kis adagjaira hogyan reagálnak a csecsemők. A vizsgálatokat az acut tünetek lezajlása s 24 órai éheztes után végeztem. Az első három esetben 25 gr női tej táplálása után 30' múlva (I. 16850—16500—13600—13700, II. 6150—7350—5050—5800, III. 10450—10450—6450—9000), egy esetben ugyanannyi női teje 45' múlva (12100—11900—9400—7900—12000), fehérjés teje 25—30, illetve 40 gr táplálására 30' (11950—8900—8500—11200), 45' (13000—11700—12000—10400), illetve 30' (13200—12350—7350—10400) múlva észleltem a legmélyebb leukocytáértéket. *Intoxicatio alimentarisnál* ezek szerint a Widal-féle próbát minden esetben pozitívnak találtam.

Súlyosan *decomponált* csecsemőknél csak két esetben volt alkalmunk vizsgálatot végezni. 160 gr fehérjés tejnek éhgyomorra való elfogyasztása után a leukocyták legmélyebb értéke mindkét esetben 60' múlva (I. 8500—8400—7900—6700—5500—5700, II. 13500—10400—10600—10500—9200—12000) állott be. Tehát a próba mindkét *decomponált* csecsemőknél pozitív volt.

Két esetben végeztünk vizsgálatot *chronikus dyspepsiánál*, mely már a csecsemők dystrophiájához vezetett. Az elsőnél 150 gr. fehérjés tejnek adására leukopenia állt elő, mely 60' múlva érte el legmélyebb pontját (21000—16250—13400—9500—7000). A második esetben 120 gr fehérjés tej adására 45' múlva (12800—10100—6400—6200—11150) következett ez be. Míg e két *chronikus dyspepsiánál* a Widal-féle próba pozitív volt, addig rövid ideig tartott, átmeneti jellegű *dyspepsiánál* haemoklasiás krízist nem észleltem.

Az *enteritis follicularis* súlyos és középsúlyos esetekben hat csecsemőnél végeztünk vizsgálatot, tekintettel arra a körülményre, hogy ennek igen súlyos toxikus esetekben többször volt alkalmunk a máj megnagyobbodását észlelni. A vizsgálat alkalmával 150 gr fehérjés tej után két esetben 45'-ig úgyszólván változatlan leukocytáérték mellett 60' múlva állott be a krízis (I. 15500—15500—14750—15300—11000—14250, II. 8300—8400—8500—8700—4250—5600), egynél 30' múlva (9100—9000—6800—

7100—8200), míg egy másiknál éppen ellentétesen, lassan emelkedő leukocytosis volt konstatálható, mely legmagasabb pontját 45' múlva (13450—14850—15450—16950—10200) érte el. Két esetben 1¹/₂ deci lisztlevesre leukocytosist láttam; az egyiknél az első számlálásnál, vagyis 15'-re a táplálékfelvétel után (11400—14500—13200—13000), a másiknál a harmadik számlálásnál, tehát 45' múlva (6700—6400—7350—8050).

Kilenc, legnagyobb részben súlyosan atrophisált csecsemő vizsgálatánál: öt esetben 1¹/₂—1³/₄ deci Berend-Hainiss-féle savanyú, szénhidrátdús sovány teje négy ízben leukopenia következett be, még pedig kétszer 30' múlva (I. 10200—7500—7250—12250—11320, II. 8200—7700—5600—6900—7600), és kétszer 45' múlva (I. 12750—9400—10200—8000—9200, II. 9200—9000—7000—6000—6250). Ugyan-e táplálék mellett egy esetben 30' múlva fellépett leukocytosist észleltem (6800—8500—9560—5400—7500). A továbbiakban 1¹/₂ deci fehérjés, illetve női tej etetése után három 30' (8500—6800—6700—7100, II. 9200—8400—8000—10300, III. 7600—10750—5300—10600—9500) és egy 60' (24000—21000—22400—18000—15200) múlva bekövetkezett leukopenia mutatkozott.

Három congenitális lues esetében, hol erős máj megnagyobbodás is volt, láttam legkifejezettebb haemoklasiás krízist. Ezeknél 130 gr fehérjés tej után már 15' múlva zuhanásszerűen csökkent a fehérvérszám. Részletesebben az I. esetben 13800—4000—6800—5800, a II.-ikban 16300—9000—13000—11000, a III.-ik esetben 13000—8000—10200—15100 volt az értékváltozás.

A végzett vizsgálatok eredménye szerint:

1. *Egészséges anyatejen* táplált csecsemőknél a táplálékfelvétel után minden esetben leukocytosis volt észlelhető, ellentétben Schiff és Moro eredményeivel, kik egészséges anyatejes csecsemőknél leukopeniát találtak és ezt tartják *physiologiasnak*. Eredményeim megegyeznek Lesné és Langle francia szerzők eredményeivel, kik *physiologiasnak* egészséges anyatejen táplált csecsemőknél a leukocytosist tartják. Egészséges anyatejes csecsemőknél több vizsgálatnak nem volt célja annak után, hogy eredményeink említett francia szerzők nagyobb számú vizsgálataival egyeztek.

2. *Intoxicatio alimentarisnál* a Widal-féle próba pozitív.

3. *Decompositio* két vizsgált esetében pozitív.

4. *Dyspepsiánál* az esetek súlyossága és hosszadalmassága szerint a haemoklasiás krízis pozitív, illetve negatív.

5. *Enteritis follicularisnál* az eredmény részben pozitív, részben negatív.

6. *Atrophiánál* az eredmény változó; legnagyobb részben pozitív.

7. *Lues congenitanál* mindig pozitív.

Hyperacut és *chronikus* táplálkozási zavaroknál, azok következményeképp fellépő atrophiánál és luesnél tehát értékelhető leukocytacsökkenés található. Érdekes, hogy *intoxicatio alimentarisnál* a táplálék igen kis adagjaira is az esetek legnagyobb részében igen korai leukopeniát észleltem, ami a máj súlyos functionális zavarára mutat. Az a súlyosan beteg máj, melynek functionális zavarát egyébként Langstein-Mayer, valamint Pfaundler anyagcserekísérletekkel már beigazolták, valószínűleg nem tudja a táplálék kis adagjaiból felszívódó fehérjéjével szemben sem proteopeptikus funkcióját teljesíteni.

A táplálék minőségét illetőleg legerősebb reakciót fehérjés tej adagolására észleltünk. Tulajdonképpen a táplálékminőségnek kell tulajdonítanunk, hogy *enteritis follicularisnál* mindkét esetben, amidőn a csecsemőnek 10%-os lisztleves, tehát szénhidrátdús táplálékot adtunk, a Widal-féle próba kifejezetten negatív volt. A Widal-féle próba a májnak a fehérjeanyagforgalommal szemben megváltozott viszonyán alapulván, a szénhidrátdús táplálék nem is tehetné próbára a máj proteopeptikus képességét. Legújabbban ugyan Schiff és Stransky szénhidrát adása után is pozitív haemoklasiás krízist nyertek s a Widal-féle próbát nem tartják fehérjék által kiváltódó specifikus reakciónak.

¹ A cursiv szám a próba előtti fehérvérszámot jelenti.

A vizsgált esetek alapján nem gondolom a Widalféle próbát diagnostikai szempontból értéktelennek, sőt e kevés és kiegészítésre váró vizsgálatok azt sejtetik, hogy a reactio a máj funkcióképességének megítélésére felhasználható. Amikor az egészséges csecsemők negatív krízisét szembeállítva látjuk az intoxikált és lueses csecsemők, tehát olyanok mindig pozitív krízisével, akiknél a máj funkciók zavarait más úton már bebizonyították, ezen esetek pozitív, klinikailag is észlelhető májváltozásainak és a Widalféle próba pozitív voltának parallel észlelete csak erősítheti azt a nézetet, hogy a haemoklasiás krízis értékelhető reactio.

Tekintettel arra a körülményre, hogy a rövid ideig tartó dyspepsiákkal szemben a chronikus dyspepsiáknál, valamint a decompositiónál mindig, atrophianál leg többször pozitív haemoklasiás krízis volt, valószínűnek tartom, hogy chronikussá vált dyspepsiánál, decompositiónál és súlyos atrophianál a máj csak zavart funkciót teljesít. Ezt a csak valószínűnek állított felvételt az újabb és régebbi májfunctionális próbák összehasonlító vizsgálatával klinikánk folyamatban levő kísérletei fogják esetleg megerősíteni tudni.

Irodalom. Widal—Abrami: Presse méd. 1920, 91. sz., 893. l. Lesné—Langle: Physiologie norm. et pathol. du nourisson. 1921. Schiff und Stransky: Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1921, 95. sz., 286. l. Schippers—de Lange: Zeitschrift für Kinderheilkunde. 1922, 33. sz., 169. l.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 április 7-iki XIX. tudományos rendes ülése.

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

1. **Czirer László:** *A felkarcsont részleges pótlásának két esete.* Három fiatal leány közül az egyik a bal felkarcsont diaphysisének középső kéthegyedrészét elfoglaló, ostitis fibrosa okozta csontcysta és ennek kapcsán keletkezett önkéntes törés kórisméjével került műtetre. Eltávolította a kóros csontrészt és a hiányt a bal tibiából kivésett csontlemezzel pótolta. Műtét négy hét előtt; elsődleges sebgyógyulás.

A másik betegnél a jobb felkarcsont fejecében tyúktójánál nagyobb myelogen chondrosarcoma volt, ugyancsak önkéntes töréssel. Eltávolította a felkarcsont felső, 15 cm hosszú végét a fejecsel, s a hiányt a helyébe helyezett 17 cm hosszú fibuladarab pótolta úgy, hogy a fibula fejecse pontosan beleillett a lapocka ízületi üregébe. Műtét két hónap előtt; elsődleges sebgyógyulás. A beteg ma már kissé emelni is tudja a karját.

A harmadik betegnek chondrosarcomája volt a jobb kéz negyedik ujjának első és második percében és a jobb ulna alsó epiphysisében. Az ujjat a kézközépízületben kizírták, az ulna alsó epiphysisét a diaphysis egy darabjával eltávolítva, helyébe fibuladarabot helyezett úgy, hogy a fibula fejecsenek ízfelszíne érintkezik az orsócsontnak a singscsonntal ízesülő felszínével. Műtét 10 nap előtt; elsődleges sebgyógyulás.

2. **Ollé Imre:** *A gerincoszlop chondrosarcomája.* 30 éves férfit egy év óta fennálló j. o. mellkasi fájdalmai ellen sikertelenül kezelték. A jobb lapocka csúcsa és a gerincoszlop között porckemény kiemelkedés volt látható, amely fölött a kopogtatási hang tompa és légzés nem hallható.

A Röntgen-vizsgálat e területen férfikölnél jóval nagyobb, a gerincoszloppal szélesen összefüggő árnyékot mutatott. Ívmezéssel átvágva a légyszöveteket, kiderült, hogy a daganat a bordaközökön is átnőtt. Resecálta tehát az V—VIII. bordát s közben, minthogy a fali pleura szorosan összenőtt volt a daganattal, a mellüreget is meg kellett nyitni. Kitünt, hogy a daganat a csigolyatestekkel összenőtt. A bordákat átvésve, a daganatot a csigolyatestekről a bordákkal együtt egy darabban levészte. A mellüreget a középső tüdőlebenynek a mellhártyaszélhez való kivarrásával zárta. A vérzést részben tamponnal csillapította. A műtét után haemothorax keletkezett, később elgenyedt s három

hónap alatt gyógyult. A kiirtott daganat lebenyzett porcszövetből áll; górcsövileg chondrosarcoma.

3. **Móczár László:** *Ritkább lelet az epehólyagban* Két epehólyagot mutat be. Az egyikben tiszta, hófehér calcium carbonat rakódott le a ductus cystikus elzáródása után; az elzáródást kis vegyes kő okozta. A pépes összeállású mész az egész epehólyagot kitölti; kiemelve belőle, a levegőn megszárad és az epehólyagnak mintegy gipszöntvényét adja. A másik epehólyagban sajtos törmelék mellett a nyálkahártya helyén epitheloid sejtes sarjszövet, az epehólyag nyakán elsajtosodott mirigy (cholecystitis tbc.).

4. **Verebély Tibor:** *Esetek a daganatok sebészetéből.* Három esetet mutat be, amelyekkel az előtte bemutatottakat kiegészíteni és megvilágítani kívánja.

1. Míg a felső végtag csontpótlásainál az eredményt a beültetett csont zavartalan begyógyulása biztosítja, addig az alsó végtagon a megkívánt teherviselés, a bőséges csontanyag szűksége miatt az átültetések eddig nem igen voltak keresztülvihetőek. 24 éves nőbetegénél a sípcsontnak 15 cm-nyi felső sarmas kiirtott daganatját a hosszirányban kettéfűrészelt 17 cm-nyi combcsontdarabbal helyettesítette. A szárcapcsot, mint segédoszlopot illesztette neki a meghagyott fél combcsontnak.

2. A hátulsó gátorüregből kiirtott ökölnyi neurofibrosarcomát mutat be annak bizonyítására, hogy a hátulsó gátorüregben nemcsak a nyelöcsöböl, vagy csontból származó daganatok észlelhetők. A daganat súlyos neuralgiával járt, a Röntgen-képen a szív mögött helyet foglaló árnyékként volt látható. Eltávolítása három borda kiízesítésével történt s zavartalan gyógyulásra vezetett.

3. Ellentétben az epeköveknek felette változatos genyedéses szövödményeivel, a gümös és rákos epeütszövödmények ritkaságszámba mennek. Ezért 52 éves asszonyból sikeresen kiirtott epehólyagot mutat be, amelyet az tett érdekessé, hogy az epekövek kapcsán fejlődött epehólyagrak az epehólyagot megpukkasztotta s emberfejnyi intraperitoneális, rákos, beoltásos rákcysta képződéséhez vezetett a has jobb felében. A kilyukadt epehólyagot a rákos cystával együtt sikerült gyökeresen eltávolítani. Az epehólyag rákos átfuródásának tulajdonítja, hogy a rák nem szüremkedett a májba s a vérpályába, ami leg többször már a legkezdetén is inoperabilissá teszi az epeutak rákját.

5. **Róth Miklós:** *Lépkirtás vérzéses diathesisben.* Essentiális thrombopeniának splenectomisált esete kezdetben a műtétre kitűnően reagált, később azonban recidiva mutatkozott. A splenectomia tehát ezen betegségben nem látszik maradandó hatásának.

Előadás.

Neuber Ernő: *A térdizület sportsérülései.* Különösen sportolással (labdarúgás) kapcsolatban fellépő porcsérülésekről beszél és az I. sz. sebészeti klinikán operált 34 esetből álló sorozatról számol be. Rövid történelmi és bonctani áttekintés után a porc sérülési lehetőségeit és módjait fejtegeti. Kiemeli a porc közvetlen sérülésének a ritkaságát s ezzel ellentétben a közvetett sérülések gyakoriságát. A leggyakoribb alaknál a forgató erőnek van nagy szerepe; ilyenkor rendszeren a kifelé fordult alszár a belső porcot tokjáról vagy mellső szalagjáról letépi. Klinikai képe hasonlít a distorsióhoz s ezt a porcnak csak időszakos beékelődése módosítja, amikor az iz-egérhez való hasonlósága feltűnő. Ha a porc beékelődése vigyázatlan mozdulatra, úgyszólván „spontán” történik, úgy ennek roham a neve. Kórismézése rendszerint könnyű; néha azonban csaknem lehetetlen. A Röntgen-vizsgálat csak a csontos elváltozásokat tudja elkülöníteni a porcsérülésektől: a 34 esetben porcsérülést Röntgen segítségével még az ízületnek oxgyennel való előzetes felfűvése után sem sikerült kimutatni. A Bircher által ajánlott endoscopos vizsgálati módot épp oly veszélyesnek tartja, mint a műtétet. Heveny esetekben a conservatív kezelést, idült esetekben feltétlenül a műtétet ajánlja. Heveny esetekben a műtét csak akkor ajánlatos, ha a beékelte porc conservatív úton vissza nem helyezhető. Sokak által a műtét rovására irt térdizületi arthritis de-

formant a porcsérülés által fenntartott idült izgalom okozza; az sem lehetetlen, hogy a sérülés arthritis deformansos alapon támad. A műteti eredményeit nagyon jóknak mondhatja; a műtettel összefüggésbe hozható kellemetlen utókövetkezményt egy esetben sem tapasztalt.

Műtét után a térdizületekből nyert sérült porc-készítmények vetítése után három érdekesebb esetet (labdarúgót) mutat be.

Hozzászólások: Juba Adolf: Kérde, a betegség szempontjából milyen befolyása van a kornak, a testhossznak, súlynak és a testi erőnek? Ha fiataloknál keletkezik, akik túlkorán kezdtek a labda rugdosását, úgy orvosi tanácsainkkal ez irányban kellene mérséklőleg hatni.

Fischer Ernő: Előadónak azon figyelmeztetése, hogy negatív Röntgen-lelet mellett súlyos porcsérülés állhat fenn, nagyon helyénvaló és minden Röntgenológus és sebész figyelmébe ajánlandó. A térdizület sérülékenységét, különösen a mediális tokszalagrészlet gyenge voltát a futballisták jól ismerik és az ilyen sérüléseket okozó rúgásokat büntetni kellene. Nagyon fontos, hogy a mediális tokszalagrészlet meglazulása meniscus-sérülés nélkül is súlyos functionális következményekkel jár, melyek statikai úton javíthatók.

Haas Lajos: Az előadó szavai némelyekben azt a hitet kelthetnék, hogy a Röntgen-vizsgálat a térd sportsérülésekor felesleges. Meniscus-sérülések Röntgen-vizsgálata mindig negatív. Az izfelszínnek egyéb helyen való sérülései esetében azonban értékes adatokat szolgáltathat (hivatkozás két esetére).

Neuber Ernő: A porcsérülések az egyént javakorában érik, amikor jól fejlett izomzata van. Bizonyosnak mondható az is, hogy az izületi tok, inak és szalagok veleszületett lazasága, gyengesége a sérülés létrejöttét elősegítheti. A Röntgen-vizsgálatra vonatkozólag hangsúlyozza, hogy a 34 esete egyikében sem sikerült porcsérülést kimutatni.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Kísérlet az activ tuberculosis specifikus serologiai diagnosisára. Wassermann. (D. m. W. 1923, 10. sz.)

Gümöbaccillus tiszta tenyészetét tetralinban feloldva, majd az oldathoz bizonyos mennyiségű lecithint (lipoid) adva, olyan antigent nyerünk, mely activ tuberculosisban szenvedő emberek vérével több száz esetben positiv complementkötési reakciót adott. A gümökör activ volta alatt az értendő, hogy nemcsak bacillus, hanem „tuberculosisos szövet” van az illető szervezetében. A reactio szigorúan specifikus; lueses savó csak akkor adja, ha az antigenhez a lecithinen kívül még bizonyos nagyobb mennyiségű cholesterint is adunk. Ha a lecithines antigennel positiv complementkötést kapunk, ez minden esetben gümökört jelent, míg a reactio negativ volta nem zárja ki valamely gyorsan szétteső vagy ellenkezőleg torpid gümös folyamat jelenlétét.

Állatok, melyeknek valódi gümökörkjuk nincs, de activ immunizáláson mentek keresztül, a positiv complementkötési reakciót már lipoid-mentes tetralin-antigennel is adják, míg gümös szervezetnek a fent leírt antigenre van szüksége.

Kiss József dr.

Az encephalitis epidemica aetiologiaja. Schnabel. (Klin. Wochenschrift, 1923, 10. sz.)

Az encephalitis kórokozóját a kutatók egy része több-kevesebb ösmert különböző bakteriumokban, elsősorban a diplostreptococcus pleomorphusban és az influenza bacillusban vélte megtalálni; ezeknek a bakteriumoknak azonban nincs különös affinitásuk az idegrendszerhez, s minthogy ilyen affinitás kísérletileg sem mutatható ki, nem fogadhatók el kórokozók gyanánt. A szerzők másik csoportja a kórokozót az ösmert bakteriumoktól eltérő filtrálható, glicerinben conserválható és az idegrendszerhez kifejezett affinitást mutató vírusban találja; encephalitis betegek agyemulsiójával, illetve torokváladékával sikerült majmon, illetve házinyúlra az encephalitisnek megfelelő tüneteket előidézni, s a boncoláskor talált makroszkopos és kórszövet-tani lelet is megfelelt az encephalitis elváltozásoknak. Sikerült a vírust kitenyészteni is úgy emberi agyvelőből, lumbalpunkciós folyadékából és toroköblögető vízből, mint az inficiált kísérleti állatok agyából, valamint orr- és torokváladékából. Doerr és Schnabel vették észre, hogy a házinyulaktól nyert encephalitis passagivírus biológiai sajátosságai nagyon hasonlóak a herpes febrilis vírusának sajátosságaihoz. Megerősítik a két vírus nagy hasonlóságát, szerintük azonosságát az azokkal végzett keresztezett immunizálási kísérleteik. Házinyulak herpeses szaruhártya-infectiója immunossá tette az állatokat az encephalitis vírusával

szemben, míg az encephalitis vírusal előidézett keratitis megvédte azokat a herpes vírusának úgy corneális, mint subdurális beoltásakor a herpeses fertőzés ellen, mely utóbbi a házinyulak corneális oltásakor is a jellegzetes helybeli elváltozásokon kívül néha súlyos idegrendszeri tünetek keletkezéséhez és az állapot elpusztulásához vezet. A kísérleteket több szerző hasonló eredménnyel ismételte meg; egyes kutatók negatív eredményének oka Schnabel szerint az, hogy nem megfelelő encephalitis vírusal végezték a kísérleteket. Szerző az encephalitis és a herpes febrilis vírusának azonosságát, vagy legalább is nagyon közeli rokonságát a két vírus pathogenitásának nagyon különböző foka ellenére is bizonyosnak tartja; más kórokozók is előfordulnak nagyon pathogen és nem pathogen, saprofita alakban egyaránt. Pákozdy dr.

A szív veleszületett balrahehelyezettsége. F. Baur. (Zeitschrift f. Herz- und Gefäßkr. 1923, 4. füzet.)

A szívtompulat bal felé való megnagyobbodása nem jelenti mindig a balszív hypertrophiáját vagy kitágulását. Ilyen esetekben a szív veleszületett balrahehelyezettsége is gondolnunk kell, különben gyakran eshetünk diagnostikai tévedésbe: ha véletlenül az aorta II., mint ideges egyénekénél gyakran, kissé ékelt, a vérnyomás emelkedett, arteriosclerosist, ha a szívurok és a mellkasfal dörzsölődése folytán systolés zörejt keletkezik, vitiumot fogunk diagnosztisálni ott, ahol ezekről szó sincsen. A helyes diagnosist csak akkor állíthatjuk fel egyszerű vizsgálattal, ha az anamnesis és minden, balszív-hypertrophia ellen szól, a szívtompulat azonban balra megnagyobbodott, de jobbra nem éri el a szegycsont bal szélét, a billentyűk épek, a vérnyomás normális, az aorta II. nem ékelt. Ha a tünetek azonban nem ilyen tiszták, akkor a diagnosist csak a pontos orthodiagramm biztosíthatja. Grödel szerint norm. szívfekvésnél a szív $\frac{1}{3}$ -a jobb-, $\frac{2}{3}$ -a baloldalt fekszik. Az arány azonban nem pontosan 1:2, hanem férfiaknál 1:2,1, nőknél 1:2,4, öregeknél 1:2,5, és több. Veleszületett balrahehelyezettségről beszélünk ott, ahol az arány 1:3 vagy több és a szívárnyék szélessége a physiologiás határon belül van.

Szerző 40 betegről számol be, akik közül a legtöbbször csak 40 éves koruk után jelentkeztek kellemetlen tünetek. A betegek $\frac{1}{3}$ -a azonban már kora ifjúságától kezdve kevésbé volt munkaképes, fáradékonyságról, szívdobogásról, félelemérzésről, parox. tachycardiáról panaszkodtak, azonkívül az érbeidegzésükben bizonyos labilitás, szédülés, ájulásokra való hajlam stb. észlelhető. E panaszok okát a szerző egyrészt a szívizom veleszületett constitutionális gyengeségében, másrészt a szív függesztőkészülékének a balrahehelyezettséggel folytán könnyen beálló vngálásában keresi. Az ilyen balrahehelyezett szíveknek bizonyos hajlamuk van „ideges” zavarokra és a különböző insultusokra, legyenek azok mechanikus (meteorismus) vagy psychikus természetűek, könnyebben reagálnak beteges tünetekkel, mint a rendes elhelyezkedésű szívek. Sümegei dr.

Sebészet.

Az idült duodenális fekélyről a bulbus duodeni bonctani elhelyeződése és a reá ható erőművi tényező okozta hajlam szempontjából. Karl Rohde. (Bruns Beiträge z. klinischen Chirurgie. 1922, 127., 2. sz.)

Élőn és hullán végzett vizsgálata alapján azt találja, hogy a duodenális fekély leginkább a bulbus hátsó és felső falának azon részén keletkezik, amely fejlődési és bonctani elhelyeződése következtében az emésztési folyamat alatt leginkább van kitéve erőművi és vegyi behatásoknak, s éppen helyzeténél fogva ezekkel szemben a legkisebb ellenállással bír. Elsősorban az erőművi behatásokat s csak másodsorban a functionális folyamatokat tekinti a fekély okául, s így a betegség keletkezését főként helybeli okokra vezeti vissza. Matolay dr.

Ectopia vesicae esete, melyet Maydl-Borelius szerint operált. Brattström. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 1922, 127., 2. sz.)

Borelius 1903-ban közölte a Maydl-féle műtét módosítását, mely abból áll, hogy a flexura sigmoidea két vége között széles oldal-anatomosist készít s az uretereket a trigonummal a flexura átcsücsponjtjába ülteti be, miáltal a bésár az anastomosison megy át s az ureterekkel nem érintkezik. A lundí klinikán három esetet operáltak ezzel a módosítással. Az első Borelius már közölt esete, a második műtét után meghalt, a harmadikat szerző operálta s két évvel a műtét után jól van. Schmidt.

Az ondósinór meghosszabbítása a vasa spermatica int. átvágásával. Welti. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. 1922, 127., 2. sz.)

A lágyékcatornában maradt here lehozatala céljából Bevan szerint az ondósinór meghosszabbítására átvágja az art. spermatica int. és a plexus pampiniformist, miáltal az ondósinór körülbelül 3—4 cm-re nyújtható meg. A herét felesleges a herezacskóhoz levágni, csak felette alkalmaz dohányszacsakó-varratot, hogy vissza ne csúszék a lágyékcatornába. Régebben az art. spermatica int. és az art. deferentialist végarteriának tartották s ezért

nem merték átvágni. 13 esetet operált eredménnyel s a here tápláltsága az art. spermatica int. átvágása után is kielégítő volt. Schmidt.

Kiújulás lágyéksérvműtét után. Hessert. (Surg. Gyn. a. Obstr. 1922. 35. k., 4. sz.)

Aseptikus lefolyású lágyéksérvek kiújulásának okait tárgyalja főleg amerikai sebészek (Coley, Halsted, Taylor) gyűjtőstatisztikái alapján. Átlagban 5—10% recidiva mutatkozik, melyek közül 70% az első félévben, 90% az első éven belül jelentkeznek. Direct sérvek után a kiújulás gyakoribb, par glissement sérveknél a beteg beleegyezése mellett castratio is jogosult a gyakori kiújulás folytán. További okok: a sérvtömlő nem elég magas leköttése, az ondózsínér áthelyezése venatágulatok és lipomák kiirtása nélkül. Az összes zárási módszerek Bassini és Halsted elvein alapulnak. A szerző szerint fontos a funiculust sohasem az eredeti lefutásában megtartani, hanem áthelyezni úgy, hogy direct sérvnél az aponeurosison keresztül egyenesen jöjjön ki, míg indirect sérvnél az externus-bőnye két lemeze közt fusson. Takáts.

Cholecystenterostomia állatkísérletekben. Gatewood and Poppens. (Surg. Gyn. and Obstr. 1922. 35. k., 4. sz.)

Kutyákon az epehólyagot gyomorral, duodenummal és colonnal kötötték össze. Makroszkopiai és mikroszkopiai készítmények. Az epehólyag rendszerint fertőződik, akár szűk az összeköttetés, akár tág. A gyomor és duodenum között a fertőződések gyorsaságát, illetőleg lényeges különbséget nem észlelték. A colon az epeutak és hashártya fertőzése miatt e célra teljesen alkalmatlan. A májból előbb-utóbb bármilyen összeköttetés után bakteriumok tenyészthetők ki. A cholecystenterostomia tehát kísérleti szempontból általában nem ajánlható, csak egyes jól kiválasztott esetekben (pancreasfejcarcinoma, a choledochus helyrehozhatatlan szűkülete), hol az epepangás megszüntetése életmentő. Takáts.

A szív echinococcus-cystáiról. Mills. (Surg. Gyn. and Obstr. 1922. 35. k., 4. sz.)

Szerző nemcsak saját esetét írja le részletesen igen szép ábrákkal, hanem összeállította az e tárgyról megjelent régebbi dolgozatokat, illusztrációkkal együtt, úgyhogy e ritka körképről áttekintést kapunk. Saját esetében az egykamrájú, 5 cm átmérőjű cysta a jobb gyomorcs csúcson ült, a jobb alsó tüdőlebensyben még 4 mogorónyi cysta. Keletkezésükre nézve felveszi, hogy az embryo, a máj és tüdő capillaris hálózatán áthaladva a szív felében megakad, de e tökéletlen megtapadás folytán a cysta hamar megreped. Az első megrepedés nem feltétlenül halálos. Aszerint, hogy a repedés a jobb vagy bal kamrában történik, agyban vagy tüdőben rakódnak le a horgok. Ha az ilyen repedés halálos, akkor a szívben unilocularis cystát találunk, s át-tételt a tüdőben vagy az agyban. Ha azonban marad idő a kifejlődésre, akkor a cysta többkamrájú lesz, s ha később még egyszer áttört, akkor a véráramba jutott hártályak tömege feltétlenül halált okoz. Érdekes, hogy e betegség szívtünetekkel nem jár, s az áttörések epileptikus görcsöket okoznak. Takáts.

Chylusömleny a hasüregben. Gerhardt Golm. (Zentralblatt f. Chirurgie. 1923. 8. sz.)

29 éves nő friss appendicitisre valló tünetek közt megbetegszik. Műtétnél a féregnyúlvány nem bizonyul lobosnak, ellenben a kismedencéből tejszerű zavaros folyadék ürül. Appendectomia, hasfal részleges zárással, drainage. Síma gyógyulás, a beteg egy év óta tünetmentes. A tejszerű folyadék vegyi vizsgálattal chylusnak bizonyult. Szerző feltevése az, hogy a heves tüneteket kisebb fodorbeli chylus-cysta megrepedése okozhatta, amiről azonban teljes bizonyossággal meggyőződni a műtét alkalmával nem lehetett, mivel az appendectomiának megfelelő hasfali behatolás a fodor kellő áttekintését nem engedte meg, különben is a kiürült cysta falai igen gyorsan összetapadnak. Krüger Viktor dr.

Gyermekorvostan.

Anaphylaxiás sok esete. G. Scholtz. (Med. Klinik. 1922. 50. sz.)

Egy 31 éves nőt, kinél kisfokú vasomotorikus labilitás állott fenn, egyébként azonban teljesen egészséges szervezetű volt és aki nyolc évvel ezelőtt egy ízben 1500 I. E. diphtheriaserumot kapott, torokdiphtheria miatt 3000 I. E.-gel beoltott. Az oltás intramuscularisan történt s másnapra a beteg láztalan lett, a lepedék eltűnt és a beteg teljesen jól érezte magát, a hatodik napon fel is kelt. A tizenkettedik napon egyszerre erős viszketést érzett a combján, mindkét comb külső felületén urticariaszerű kiütések jelentek, melyek 2—3 óra alatt a hasra, majd a mell és hát bőrére is ráterjedtek. Ezzel egyidejűleg erős félelemérzés fogta el, majd pár perc múlva hirtelen eszméletét veszítette, teste jéghideg lett, cyanosis lépett fel, pulzust nem lehetett tapintani és a szívhangok nem voltak hallhatók. Camphor, coffein-, strophantin-injectio, majd mesterséges légzés is hatástalan volt, végre egy intramuscularisan adott camphoraether-

injectionra a szív működés erősebb lett. Ezen roham, mely 30 percig tartott, még aznap négy ízben megismétlődött, a másodiknál azonban már aethernarcosist alkalmazott 15 percig és a következő rohamok a megismételt aethernarcosis hatása alatt mind rövidebb ideig tartottak. Két nap múlva a kézfe, kéztő és könyökizületek erős fájalmassága jelentkezett, 5—6 nap múlva a beteg meggyógyult. Ezen eset kapcsán a szerző azon következtetést vonja le, hogy különösen vasomotorikus labilitásban szenvedő egyéneknél nagyon óvatosan bánjunk az oltás indiciójára felállításánál, és ha mégis jelentkeznek hasonló sok, mely a diphtheriás szívshokkal hasonló, szerző egyedüli célra vezető terápiának az aether-narcosist tartja, mit egyébként már más szerzők is leirtak. Goldsmann Géza dr.

A prolapsus kezelésében elért új eredmények. Eden Rudolf. (Klin. med. Wochenschrift. 1923. 1. sz.)

Emberi zsírszövetből nyert humanol nevű olajat 30—80 cm³ mennyiségben. Két helyen a sphincter ani externus fölött 3—4 cm-nyire fecskendett be tíz esetben. Ökölnyi prolapsusok is gyógyultak már az első injectio után. Az első két napon oedema lép fel. A nyálkahártyát megsérteni nem szabad. Humanol helyett neutrális zsírral való kísérletet is ajánl. Menyhárd Irén dr.

A csecsemőkori pylorusstenosis sebészi kezeléséről. Heile. (Klin. Wochenschrift. II. kötet, 5. sz.)

A szerző a pylorus spasmus sebészi kezelése mellett foglal állást, szembeállítván a belgyógyászatiilag kezelt esetek 10%-nyi mortalitásával az aránylag súlyosabb, sebésziileg gyógykezelt esetek ugyancsak 10%-át s arra a conclusióra jut, hogy ha pylorus spasmus esetében tumor diagnosztisálható, a sebészi beavatkozás feltétlenül indikált.

Nagy súlyt helyez a súlyos, tulajdonképeni pylorusstenosisnak az enyhe, ideges gyomorösszehúzódáson alapuló pylorus spasmustól való korai elkülönítésére. Differentialdiagnostikailag teljesen megbízható methodusnak tartja a Röntgen-átvilágítást, melynél a gyomrot egy teáskanalnyi cubarittal kevert anyattal tölti meg s azonnal, majd két óra múlva vizsgálja a gyomrot. E módszerrel, szerinte, a legkorábban elkülöníthető a fentemlített két kórforma.

A plastikus műtétek közül az általánosan elfogadott és használt Rammstedt-eljárást úgy módosítja, hogy csak a muscularis mucosáig végzi a bemetszést, miáltal a mucosa berepedését elkerüli. A műtét után legalább még kétheti orvosi kezelést kíván meg. Farnos Ilona dr.

Szemészet.

Ecemás szemgyulladások kezelése Deyke-Much szerint. Hessberg. Essen. (Zeitschrift f. Augenheilkunde. 49. kötet, 6. füzet, 1923.)

Szerzőnek az a tapasztalata, hogy míg a tuberculinnak elsősorban a cornea bántalmaira van jó hatása, viszont a krysolgannak inkább az uvea chronikus megbetegedéseire, addig az ecemás szemgyulladásoknál inkább Deyke-Much partigen eljárásától látott jó eredményeket. 50 esetről referál; főleg gyermekeknél használta. A localis kezelést minimumra redukálta. Minden betegnél előbb pontos belvizsgálatot, Wa. R.-t végzett; az intercutan titert három antigenre határozta meg; rendszerint magas volt. Ritkán kellett a kúrát megismételni. Az esetek 64%-a egy kúrával meggyógyult, bár ezek közül 15% recidivált. Javulást 36%-ban észlelt. Általában ez az eljárás nem alkalmas ambuláns kezelésre és nagy óvatosságot igényel. Horay G. dr.

Szemorvos és örökléstan. A. Czellitzer. Berlin. (Zeitschr. f. Augenheilk. 49. kötet, 6. füzet, 1923.)

Az örökléstan kiépítéséhez nagyban hozzájárulhat a szemorvos, mert a szemészetben sok olyan betegség van, amelynek öröklése több generáción át észlelhető. Czellitzer 22 év óta gyűjt adatokat ez irányban a szemészetből. E dolgozatában csak az általános öröklési törvényekkel foglalkozik és a figyelmet e thema iránt akarja felkelteni. A dolgozat gerince: Mit nevezünk öröklődő betegségeknek, a szülők szerepe az öröklésben, az öröklés formái, azok különféle magyarázata, az öröklési faktorok: domináns vagy recessiv-e valamely öröklődő tulajdonság, monohybrid-e vagy dihybrid. Szerző tapasztalatai szerint a legtöbb öröklődő szemhajlalom nem monomer, azaz nem egy factortól függ, hanem dimer, vagy polymer, azaz több tényezőtől függ, amelyek vagy egyenértékűek, vagy az alapfactorhoz mint kiváltó vagy gátló momentumok csatlakoznak. Végül felsorolja a szembajok hosszú sorozatát, amelyeknél az öröklődésre gondolni lehet és kell; ilyenek többek között: keratokonus, heterochromia iridis, irishány és coloboma, ectopia lentis, degeneratio pigmentosa retinae, opticus atrophia, Tay-Sachs-f. idiotia amaurotica familia-ris, glaucoma, színvakság, nagyfokú myopia, kancsalság. Horay G. dr.

A trachoma radiumkezeléséről. Sallmann. Wien. (Zeitschrift f. Augenheilkunde. 49. kötet, 6. füzet, 1923.)

Radiumbesugárzást trachománál 20 év előtt alkalmaztak

először. A szerző 30 betegen újból kipróbálta. A radium első sorban a trachomás csomókra hat; ezek sokszor egy besugárzásra eltűntek, viszont máskor több besugárzás sem volt elegendő. Papillaris túltengéseknél főleg akkor ért el eredményt, ha cuprummal is kezelte a beteget. A trachomás pannusra nem volt jó hatása a besugárzásnak. Különösen súlyos eseteknél ajánlja radiumkezeléssel támogatni a kékkövet. A cocainozott, kettősen kifordított kötőhártyára közvetlenül reáhelyezi a radiumtartót, amely 100 milligramm radiumelemet tartalmazó ú. n. Dominici-csővecskéből áll és amely kb. 2 cm hosszú, 4 mm széles és 0.3 mm platinával van filtrálva. Egy dosis 4–6 milligrammóról áll. A besugárzást kéthetenként ismétli. A kemény β -sugarak hatásosak. A szemgolyó különös védelmére csak az áthajlási redő besugárzásánál kell gondolni. Horay G. dr.

Kígyómarásmérgezéseknél szereplő szemelváltozások casuistikájához. Blatt. Marosvásárhely. (Zeitschrift f. Augenheilkunde. 49. kötet, 5. füzet, 1923.)

Egy keresztes viperától harapott 40 éves nő mérgezési tünetek között betegszik meg. Szemelváltozások: Accomodatio benuálása, mydriasis ptosis. 8 napra teljesen gyógyul. Therapia: Kámfor-coffein-injectiók nagy és gyakori adagban, valamint konyhasóinfúziók. Belsőleg alkohol (bor) nagy adagban. A harapás helyén nedves, hideg borogatás. Blatt a szemtünetek okául az oculomotorius magban, vagy a gyöki régiókban történt vérzést tekinti. Becker Jenő dr.

Pangásos papilla esete thrombopeniánál. A haemorrhagiás diathesisnél előforduló papillaelváltozások kérdéséhez. Dr. Schink. Königsberg. (Zeitschrift f. Augenheilkunde. 49. kötet, 5. füzet, 1923.)

A szerző esetének ismertetése előtt az irodalomból összegyűjtve a haemorrhagiás diathesisnél szereplő szemelváltozásokat közli. Scorbutnál előfordulnak vérzések úgy a bulbus elülső részében, mint a retinában, ritkán papilla oedema. A purpura infectiosus alakjánál neuritisek szerepelnek, morbus maculosus Werlhofiiánál vérzések az idegben. Haemophiliánál igen különböző az észlelések (retinális vérzés, paracentrális scotomák, oedemas papillák, atrophia nervi opt.).

Essentiális thrombopenia esetének, 20 éves nőbetegnek fontosabb adatai: 12 éves korban alig csillapítható vérzés fog-extractio után; 17 éves korban öt hétig tartó, igen erős első mensese csak klinikai kezelésre (stypticin) szűnik meg, következő években erős mensesei miatt Röntgen-besugárzása az ovarium-tájéknak. 20 éves korban legkisebb sérülésre sokáig vérzik. A szemlelet: kétoldali pangásos papilla, jobboldali abducens paresis, ami a szerző szerint egy agyburokbeli nagyobb vérzés által okozott agygyomásemelkedés következménye. A kezelés háromszori, egy hónapnyi időközben végzett lépbesugárzásból állott, amire szemtünetek hat hó múlva eltűntek, vékép normálshoz közeledett. Egy időközben végzett lumbal punctiokor néhány cm^3 vizitista liquor ürül nem fokozott nyomással, valószínűleg mert ekkor a haemorrhagiák felszívódóban voltak. Becker Jenő dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A gyomor és bél betegségei. Molnár Béla. (A Petőfi irodalmi vállalat kiadása. Bolti ára 1200 korona.) Az „Orvosi Zsebkönyvtár” ezen újabb kötete Korányi tanár előszavával jelent meg. A zsebkönyv 174 oldalas szűk keretében a szerző tárgyának ügyes beosztásával igen jól használható útmutatót ad a gyakorlóorvos számára. Az általános rész a vizsgálóeljárások pontos leírását foglalja magában, majd külön fejezet szól a Röntgen-vizsgálatok alkalmazásának céljáról, e vizsgálatok lehetőségéről és eredményeinek értékesítéséről, végül a diétetika alapelveit, vázlatos áttekintését adja. A gyomor és a bél egyes betegségeit, illetve egyes működési zavarait tárgyaló részletes rész felosztása nagyjából az újabb tankönyvekéhez (Rodari, Zweig) hasonló.

A gyakorlóorvos a vizsgálóeljárások pontos leírását nyeri a könyvecskében, melyek nyomán azokat elvégezheti, tájékozódhat afelől, hogy mikor és miért végeztesse Röntgen-vizsgálatot. A mellékelt célszerű diétás rendelőlapot minden orvos örömmel fogja használni és a könyv részletes részét bőséges recepturája is kedvelté fogja tenni. A könyv tehát nagy népszerűsége tarthat számot s így remélhető, hogy rövid időn belül magyarabb stílusú és sajtóhibáktól mentesebb formában jelenhet meg. A.

A száj betegségei. Morelli Gusztáv. (A Petőfi irodalmi vállalat kiadása. Bolti ára 800 korona.) Már csaknem egy éve annak, hogy az „Orvosi Zsebkönyvtár” sorozatában Szabó József előszavával ez az értékes compendium megjelent. Valóban a szerző, ki mielőtt fogorvosi működést kezdett volna, évek hosszú során át működött Korányi Frigyes klinikáján és ez irányban már több tudományos közlésében is értékes munkásságot fejtett ki, elsősorban hivatott arra, hogy a száj kóros elváltozásának az egész szervezet betegségeivel való sokszoros

kapcsolatára a gyakorlóorvost megtanítsa. A 121 oldalra terjedő könyvnek csak első két rövid fejezete tárgyalja a fogak és a száj lágyrészeinek betegségét, második része a szájban a belső betegségek, gyermekbetegségek, idegbántalmak, bőrbántalmak, a lues és az ipari betegségek és mérgezések folyamán jelentkező tünetek leírását adja s a harmadik részben a szervek (az orr és melléküregei, a szem, a fül, a terhesség és női bántalmak) és a száj elváltozásának kölcsönhatását tárgyalja. A negyedik rész végül a száj ápolására, vizsgálatára, foghúzásra gyakorlati tanácsadást, recipegyűjteményt és tárgymutatót ad. A könyv tanulmányozása az orvosi gyakorlat bármely szakmájával foglalkozó orvos számára nagy haszonnal járhat.

A gyermekkori tbc. felismerése és kezelése. Much Hans. (3–5. kiadás. 1922, Leipzig, Curt Kabitzsch. 74 oldal.) Ugy látszik, sok támadásnak volt szerző hazájában kitéve, mert új kiadásának előszavában is keserűen céloz a Németországban különösen dúló, tudományos kérdésekben uralkodó személyes harcokra, melyeknek egyik célpontjával magát érzi. Rövid, compendiumszerű könyvének célja főleg gyakorlóorvosoknak utasításokat adni a tbc. különböző formáinak korai felismerésére, illetőleg gyógyítására. A tbc. elleni küzdelmet immunbiológiai alapra fektetve látja egyedül célravezetőnek s legfőbb törekvése megértetni, hogy e kórt jellemző viszonyharcban (Wechselspiel) — érteve az immunitást és dispositiót —, mint egymással szembenálló tényezőket, minden erőnkkel kell az előbbi növelni, erősíteni a másoddal szemben.

A peribrónchiális hyperplasia klinikai tünetében kiemeli a d'Espine-tünetet s nagy súlyt helyez a Röntgen-leletre. Könyve természetesen nem ment a subjectivitástól, mert úgy a diagnostikai, mint a therapiás részben igen gyakran utal az ő kutatásai alapján összeállított Partigenre, de — mint könyve végén írja is — erről nem tehet, mert más is a saját módszerét ajánlja elsősorban.

Eltekintve egyes sajátos egyéni felfogásoktól, a könyv mindenesetre jó útmutatásokat tartalmaz a gyakorlóorvos részére, kissé talán túltömören ugyan s egyes betegségeket (meningitis, miliaris tbc.) igen röviden tárgyalva, de ily formában 74 oldalon nem is lehet sokkal többet adni. Függelékül hét jól összeválogatott Röntgen-képet csatol kis munkájához.

Rohrböck Ferenc dr.
Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhen Sonne“. H. Bach. (Curt Kabitzsch, Leipzig, 1922.)

Hogy a 200 oldalas könyv most 9–11. kiadásban jelent meg, legjobban bizonyítja kedveltségét. Szerző és szerzőtársai (Rohr, Keutel és Waubke) röviden, igen érthetően tárgyalják az ibolyántúli sugarak fizikai, élettani hatását, majd részletesen az ily sugarakat szolgáltató lámpákról és azok helybeli és általános alkalmazásáról értekeznek. A könyv nagyobbik fele az ibolyántúli sugarakkal való kezelés klinikai használatával foglalkozik. Belső bántalmak közül a gümőkórón kívül még a legkülönbözőbb betegségek kezelésére is használják e sugarakat (bronchitis, asthma, malaria, idegbántalmak, anyagcseremegbetegedések, vérkeringési szervek betegségei stb.), állítólag több-kevesebb eredménnyel. E sugarak azonban elsősorban sebészeti bántalmak (nyílt, főleg gümőkóros sebek stb.), valamint bőrbajok kezelésére használhatók, amit a könyv részletesen tárgyal. Néha női bántalmak, szem-, fül-, gége-, fogbetegségek kezelésére is használhatók. A tanulságos könyv nézetünk szerint az ibolyántúli sugarakkal való kezelés javallatait túl tágra fogja, bár igaz, hogy inkább csak felsorolja az egyes orvosok által elért eredményeket. Nézetünk az, hogy amily kitűnő ily sugarak hatása sebek, bőrbajok, talán gümőkóros tüdő és hashártya kezelésére stb., époly kevéssé képzelhető, hogy pl. epilepsia, diabetes insipidus és számos más betegség esetén, melyeknél a könyv szerint eredményt értek el, gyógyhatás létrejöhesse. Benczúr.

VEGYES HÍREK

Lapunk előfizetését felemeltük a II. negyedre 50%-kal, hogy a rohamosan növekedő költségeinkkel megbirkózhassunk. A márc. 31-ig befizetett félvéri előfizetéseket azonban a régi árban érvényeseknek tekintjük. A III. negyedre, illetve a II. félvéri szóló előfizetés díjának megállapítására szabad kezét kell fenntartanunk magunknak.

Kérjük tehát azon t. előfizetőinket, akik a II. negyedre csupán 500 K-t küldöttek be, hogy a hiányzó 250 K-t pótlólag szíveskedjenek beküldeni. Bár a havi előfizetések kezelési és expedíciós nehézségekbe ütköznek, azokat mégis elfogadjuk tekintettel az igénylőkre. (250 K.)

Ugyancsak 50%-kal emeltük fel a Hétlappal együtt megrendelhető Magy. Orv. Archivum és Orvosképzés félvéri előfizetésének árát is, de csak azok számára, akik ápr. 1-től fogva fizetnek elő e folyóiratokra. Mindegyik félvéri előfizetési díja tehát 450 K. (M. O. Arch. 1–3. füzet; Orvosképzés 1–2. füzet). — A M. O. Archivum 1-ső füzeté április végén jelenik meg.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1923 április 14-iki XX. rendes tudományos ülésének napirendje: Bemutatás: Gerlóczy Géza: Korán kórmezített acusticus-tumor műtéti gyógyult esete. Előadás: 1. Petényi Géza: A hasübeli nyomás és a szív működés közötti összefüggésről. 2. Schnétzer Oszkár: A helyi érzéstelenítés az urológiai sebészetben.

A tudományos orvosi munka biztosítása Németországban. A Rockefeller-alapítvány a Németbirodalomban hattagú bizottságot alakított az alapítvány által adományozandó ösztöndíjak és segélyek kiosztására. A bizottság elnöke Prof. Selskar Gunn, a Rockefeller-alapítvány képviselője, tagjai német egyetemi tanárok s a Notgemeinschaft der Deutschen Wissenschaft képviselője: Haber tanár. A bizottság német alaposággal megállapította az alapelveket, melyek szerint eljár, s kimondotta, hogy a Rockefeller-segély nem pótolhatja az állami dotációt, hanem arra szolgál, hogy fiatal orvosoknak, tanársegédeknek, adjunctusoknak a tudományos bűvázkodást lehetővé tegye. Ehhez teljesen hasonló eljárást öhajjt a felső oktatásügyi egyesület is követni a magyar főiskolák tudományos munkájának biztosítására alakított bizottsága útján. Természetesen a bizottság anyagi ereje igen szerény.

Balneológiai pályakérdések. Az Országos Balneológiai Egyesület a következő pályázatokat írja ki:

1. Tausz Béla alapítványa 10.000 korona: Kívánatik valamely szabadon választott balneológiai tárgyú téma önálló kutatásokon, vagy tanulmányokon alapuló kidolgozása.

2. Óváry Ferenc alapítványa 1 mm búza 1923 okt. 1-i értéke. Kívánatik a Balaton iszapjának gyógyítás céljára való alkalmazhatóságának tudományos vizsgálata. (A Balatoni Szövetség a tárggyal foglalkozóknak messzemenő segítségét biztosítja.)

A jelíges levéllel ellátott pályaművek 1924. évi február 28-ig az Országos Balneológiai Egyesület elnökségéhez nyújthatók be (VIII., Üllői-út 26. sz.).

Fertőző betegségek Budapestén. A tisztí főorvosi hivatal kimutatása szerint március 25-től április 7-ig előfordult hasi hagymáz 25 (5), kúteges hagymáz 6 (0), kanyaró 318 (11), vörheny 41 (4), számarhurut 36 (1), roncsoló torok- és gégeleob 27 (2), influenza 9 (1), gyermekági láz 2 (2), bárányhimlő 40 (0), járványos fültömrigylob 158 (0), vérhas 24 (2), trachoma 8 (0), veszettség 1 (0), lépfene 3 (0). Hólyagos himlő, ázsiai kolera, járványos egy-gerincagyhártyalob és takonykór nem fordult elő. — A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

Az iskolaorvosok szakbizottsága április hó 20-án, péntek este 1/27 órakor a Természettudományi Társulat ülés-termében tárgyalja a népjóléti minister leiratát a nemi főlvilágosításról, amelyre minden iskolaorvost meghív az elnökség.

A Magyar Orvosok Tuberculosis Egyesülete szeptember hó 7-e és 10-e között Debrecenben tartja meg ezévi VI. nagygyűlését. Referatutumot ad elő: Fáy Aladár (A szociális tényezők okozati szerepe a tuberculosis keletkezésénél), Bálint Rezső (Tuberculosissepsis és miliaris tuberculosis), Elischer Gyula (A tuberculosis Röntgen-therapiája), Hüttl Tivadar (A tuberculosis empyemák gyógykezelése) és Gáli Géza (Constitutio és tuberculosis). Előadások, belépések Ország Oszkár I. tiltkár-nál jelentendők be. A nagygyűléssel összekapcsolódik a debreceni klinikatelep, az Augusztia Tüdőbetegszanatórium és a Hortobágy megtekintése. A debreceni tartózkodás, valamint az utazás költségei előreláthatóan mérsékeltek lesznek.

Külföldi előfizetések 1923-ra egy évre: Cseh-Szlovákiában Eleőd Solt, O. H. úrnak küldendő 60 cs. K (Kafalinahuta Novohradská zupa); 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, átutalendő a Magyar Országos Központi Takarékpénztár Kálvin-téri fiókjánál számlánkra.

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

Kéziratokat fél iv papiros csupán egyik oldalára 15 cm. sorszélességben, 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.

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

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. GRUNWALD SZANATORIUMA

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

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete.

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

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest.

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

PÁLYÁZATOK.

A lemondás folytán megüresedett nagybányai községi orvosi állásra pályázatot hirdetek. Javaldalmazás: Az állampénztártól évi 1600 kor. törzsfizetés, 5 évenként 200 kor. korpótlék, amely 800 koronával emelkedhetik (1908. évi XXXVIII. t.c. 10. és 15. §.), természetbeni lakás és a községi orvosokat megillető háborús és drágasági segélyek, nemkülönbön a szokásos családi pótlék és természetbeni ellátási járandóságok. A háborús és drágasági segélyek, úgyszintén a természetbeni ellátás mérvét és hatályát a mindenkor kiadandó ministeri rendeletek szabályozzák. Látogatási és rendelési, nemkülönbön a műtét díjak mérve a vármegyei szabályrendelettel van megállapítva. Felhívom mindazon orvostudorokat, akik ezen állást elnyerni öhajjták, hogy oklevél vagy hiteles oklevélmásolattal, keresztlel, eddigi működésüket igazoló, úgyszintén a forradalom s a proletárdiktatúra alatt tanúsított magaviseletüket igazoló okmánnal felszerelt kérvényüket hozzám legkésőbb f. év május hó 1-ig annál is inkább adják be, mert a később érkező kérelmeket figyelembe venni nem fogom. A közszolgálatban állók kérvényeiket hivatalos úton, a magánorvosok pedig közvetlenül hivatalomhoz nyújtsák be. Mezőkovácsháza, 1923 március hó 18. 213/1923. Vásárhelyi főszolgabíró.

Komplet orvosi rendelő

műszerekkel és várószoba
eladó.
Özv. Dr. Frank Imréné, Kunhegyes

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.

Mintifettin

belső secretiós mirigyproductumokból készült fogyasztószér. A szivre és idegekre teljesen ártalmatlan lassú fogyást hoz létre.

Reiniger, Gebbert & Schall-Weifa-Werke

gyártmányai, Röntgen készülékek
kiválóságukért legkedveltebbek.ODELGA R.T. BUDAPEST VI, Andrassy-út 28.
Tel.: 68-16, 37-04.

Franzensbad (Csehország)

A világ első lápfürdője.

Idealis szívgyógyító fürdő.

Rég bevált acélfürdő.

Legerősebb glaubersós források (17 gr. natr. sulf. 1 liter vízben).
Természetes szénsavas, acél- és gázfürdők.

Az összes modern gyógyszerközök.

Főbb javalatok: Női bajok, szív és érmegbetegedések, vérszegénység, sápkórság, idősült rheumás ízület, izom- és idegbántalmak, neurosisok, köszvény, diabetes, elhízás, a légző- emésztő- és húgyszervek katarrhusai, chronikus obstipatio, bélerjedés, kapuér-pangás, aranyér, vesemegbetegedések.

Főidény: Május 1-től – szeptember 30-áig.

Fürdőidény: Április 1-től – október 30-áig.

Sport és játékkalkalmak. — Modernül berendezett szállodák, pensiók és gyógyházak. — Prospektusokat díjmentesen küld a Kurverwaltung.

Semmering **Palace-Sanatorium** **Főorvos: Dr. VICTOR HECHT**

Felvilágosítással Wien részére: I., Schottenring 25/1. Telefon 23.626.

EGY POHÁR TEJBE
3 KÁVÉSKANÁL
O'WANDER

OVOMALTINE

60% KAL
EMELI A TEJ
TÁPÉRTÉKÉT

XIFALTEJ

epilepsia ellen

NORMOSAL

az anorganikus
serum

OTALGAN

acut középfülgyulladás és fülbántalmak conservativ kezelésére

VACCINEURIN

erősen neurotropikus neuritisek, ischias és neuralgiák ellen

SÄCHSISCHES SERUMWERK, A.-G., DRESDEN-A.

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:

Bodon Károly: Életmentés intracardiális adrenalin-injectióval. (171—175. oldal.)

Elischer Ernő: Az epeutak cystáiról egy emberfőnyi hepaticus-cysta műtét útján gyógyult esete kapcsán. (175—176. oldal.)

Benedek László: Adat a kezdetleges motorium kétoldali tevékenységéhez. (176—177. oldal.)

A Bpesti Kir. Orvosegyesület 1923 ápr. 14-ikén tartott ülése. (177. oldal.)

A német belorvostársaság XXXV. kongresszusának üléseiről. (178—179. oldal.)

A Közkórházi Orvostársulat 1923 április 11-iki ülése. (179. o.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Gyermekeorvostan. — Bőr- és nemikórtan. (179—181. oldal.)

Könyvismertetés. (181. oldal.) **Vegetes hírek.** (181. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Életmentés intracardiális adrenalin-injectióval.

(Egy sikeres eset kapcsán.)

Írta: **Bodon Károly dr. kir. tan., poliklinikai főorvos.**

Esetem a következő:

N. N. 56 éves, ugyanazon házban lakik, amelyben én. Mult év május 28-án egy üzleti útról hazatér. Teljesen jól van és egy szóval sem említi, hogy távolléte alatt egy héten át naponta nehéz légzéssel ébredt. Minthogy ez állapot többnyire csak néhány percre, legfeljebb egy negyedórát tartott és mint-hogy utána egész nap kifogástalanul jól érezte magát, a dolognak semmi fontosságát sem tulajdonított. Május 29-én reggel 1/25-kor lejönnek értem, hogy jöjjenek rögtön hozzám és vigyék magammal injectiókat, mert nagyon rosszul van.

A beteg támlásszékekben ül és nehezen lélekzik. Az arca sápadt, halálfelelmet tükröz, hideg verítékek borított. Az ajkak, az orr hegye, az ujjpercek kékesek. A kéz nedves, hideg, az érverés nagyon szapora, kicsiny, könnyen elnyomható, szabálytalan, kihagyó. Gyors vizsgálatnál a szívtompulat mindkét oldal felé valamivel szélesebb, a szívhangok tiszták, de kissé elmosódottak. A légzés viaskodó (segítőizmok), szörtyögő; mindkét alsó tüdőrészt felett tüdővízenyő jelei. A beteg gyakran köhög felhabzó, erősen véresen festenyzett nyákkal. A mellcsont alatt nagy nyomást, súlyt érez. 1/2 cgr morphiomot kap a bőr alá — semmi hatás. A beteg rohamosan hanyatlak. Percenkint 1—2 kámforolajos (0'20) injectiót kap hol a bőr alá, hol az izomzatba, közben coffeint, aethert és adrenalinot. Mindössze 8—9 injectiót. Mivelhogy a legkisebb javulást sem látom és közben a radialis verése jóformán alig érezhetővé válik, szeretnék intravenásan strophantint és adrenalinot adni. Csakhogy a medianát nem lehet megduzzasztani, mert a peripheriás vérkeringés, úgy látszik, már nem számbavehető és a peripherián nyújtott gyógyszereket már képtelen a központok felé vinni. Gyors elhatározással egy intracardiális injectióra szánom el magam és lefutok az egy emelettel lejjebb levő lakásomba, hogy hosszú fecskendővel vegyek magamhoz. Néhány perc múlva megint a betegnél vagyok, ki közben teljesen a végét járja. A reménytelen helyzet a következő: A beteg a támlásszékekben elernyedten fekszik, feje a székek támlájára hanyatlott. Az ajkak cyanosisa megszűnt. A bőr, az ajkak halotthalványak. A szemek tágranyitva, a pupillák teljesen tágak, a corneális reflex hiányzik. Mély öntudatlanság. Terminális légzés; nagyobb, szabálytalan időközökben egy-egy rövid, nem kiadós, szakadt inspirium, mely a levegőt legfeljebb még a gégen át hajtja, de semmiképp sem viszi a tüdő alveolusaiba. A radialis, a carotis nem érezhető. A szíven elvéve egy systolikus hang, diastole nem hallható, szabálytalan harkálykopácsolás (Spechtschlagrhythmus). Mialatt a fecskendőt felszerelem, a beteg székletét és vizeletét maga alá eresztí és a légzés teljesen megszűnik. A beteg tehát befejezte és én tisztában voltam azzal, hogy itt már ártani többé nem lehet.

Az injectiót szerettem volna a bal szívkamrába adni, de a külső körülmények és sajátlagos helyzetem ezt nem engedték meg. Kővér emberről volt szó, szokatlanul nagy, erősen boltozott mellkassal. A mellkas bősege a bimbók magasságában 116 cm. A szívtompulat pontos kikopogtatása, a beszűrési hely gondos megállapítása, az óriási mellkasnál a tüvel nagyon mélyen való behatolás, saját izgatottságom és a rámnehezedeő nagy felclősség érzete — tekintve, hogy nem volt reá idő, hogy consiliariusi tanácsot és segítséget kérjek és ily módon a felelősséget mással megosszam — mind oly körülmény, mely arra bír, hogy a technikailag sokkal egyszerűbb módszert, a jobb szívbe való behatolást válasszam. A IV. bordaközben, közvetlenül a sternum bal széle mellett óvatosan behatolva, a tű akadály nélkül a szívbe jutott. Tisztán megvolt az az érzésem, hogy üregbe jutottam és a kézben tartott fecskendőn éreztem a szív gyenge rándulását, melyet valószínűleg a szívizomba jutott tü ingere váltott ki. A fecskendő tartalmát — 1 cm³ 1:1000 adrenalinoldat — lassú tempóban a szívbe belenyomtam és a tűt gyorsan kihúztam. Sem a tűn, sem a beszűrési helyén vért nem láttam.

Az eredmény varázslatos volt. Alig hogy félretettem a tűt, tehát már másodpercek múlva a szív verni kezdett és verése rohamosan erősödött. Fél perc múlva a szívverés már egyenletes és erőyes. A radialis verése visszatért, a pulsus szebb és rendesebb, mint volt, amikor a beteghez hívtak. A jobb szív-működés beálltával, tehát 1/2—3/4 perccel az injectio után megindul a légzés, amely hovatovább mélyebbé és szabályosabbá válik. A corneális reflex néhány perccel később — amikor eszembe jutott, hogy utána nézzek — már visszatért és az azelőtt ad maximum tág pupillák összehúzódtak. Az arc krétafehérsége elmúlt, az ajkak, az arc, az ujjak kivörösödtek, sötétvörösen, kissé cyanotikusán, de a cynosis a mélyebb és hortyogó légzés beállta után gyorsan eltűnt. A beteg hangos szólításra nem felelt, a rajta történő manipulációkra nem reagált. Nyilván még öntudatlan volt, noha csak egy nyugodtan, mélyen alvó ember benyomását tette. Ezen mély álom körülbelül két óra hosszat tartott, de minthogy közben a pulsus és a légzés jók voltak, minden további beavatkozást mellőztem. Végül a beteg szólításra felébredt. Teljesen tájékozatlan volt és sejtelve sem volt róla, hogy mi történt vele. Félórával később, tehát 2 1/2 órával az injectio után, feleségére és reám támaszkodva saját lábán ment néhány lépéssel az ágyába, ahol a nagy bágyadságtól eltekintve, jól érezte magát. Ekkor még egy kámforinjectiót, majd néhány napon át, minthogy pulsusa nagyon szabálytalan lett naponta egy digifolin-injectiót és hat pericholtablettát (cholsavhoz kötött kámfor és papaverin) kapott. A beteg még hosszabb ideig ágyban maradt, diuretint és jódot szedett. Július közepén, tehát hat héttel az injectio után teljesen jól van és bizonyos óvszabályok betartásával üzleti ügyeit jól tudja végezni.*

Semmi kétség, hogy itt tartós életmentés történt intracardiális adrenalininjectióval. Az eset teljes megérteséhez és az indicatiók szempontjából való besorozásához szükségesek azonban az alábbi körelőzményi adatok.

* A korrekúra olvasásakor (1923 április közepe) a beteg teljesen jól érzi magát.

A már gyermeksége óta kövér egyén 16 éves korában a jobb szemén irido-keratitist kapott, mely hosszú idő alatt kigyógyult, de a pupilla előtt nagy fátyolszerű homályt hagyott vissza. 1906-ban, tehát 16 év előtt tűzős mandulával kapcsolatban súlyos, heveny veselobot kapott, haematuriaival, anuriaival és kezdődő uraemiás comával. A heveny veselob elmúlt és idült alakba ment át. Hat évvel később, 1912-ben, glycosuria lépett fel, mely csak lassan haladt előre. Acetonja csak néhányszor volt, amikor Frankfurtban Noorden-nál szigorúbb étrendi kúrát tartott, rendes életmódjánál azonban soha. Bár néha sok cukra volt, glycosuriáját a kövér emberek (súlya 110 kgr) jóindulatú formái közé kell sorolni. Ugyancsak jóindulatú az ő idült vesebaja is, melyet az új nomenclatura szerint (Volhard, Siebeck, Schläyer) a nephrosimenter idült glomerulo-tubulonephritisek közé lehet sorolni. Ez már nem progrediáló bántalom, hanem a megelőző vesebántalmazottság okozta veseállapot, tehát már nem betegség, hanem a betegség nyoma. Ide sorolandók azok a tünetszegény alakok, ahol a vérnyomás nincs, vagy alig van megnagyobbodva, ahol kisfokú albuminuria kíséretében az üledékben néhány morphotikus veseelemet, tehát csekély cylindruriát is találunk, de a betegnek nem ártanak, nem ártanak és sem nem kezelendők, sem nem kezelhetők.

Mint különösen fontos anamnestikus tény azonban ki kell emelni, hogy a beteg 1^{1/2} év előtt az egyik alsó végtagján, úgy a combon, mint az alszáron több lobos, vivőeres, körülírt thrombust kapott, noha nem szenvedett vivőértágulatokban. Én az állapotának nem tudtam magyarázatát adni, egy megkérdézett consiliarius felfogása szerint az idült veselobbal függött volna össze a viszérlob. A végtag magasra való fektetése, ágynyugalom, Burowos borogatások mellett hetekig tartott, míg az érzékeny thrombuscsomók felszívódtak. Körülbelül 3/4 évvel reá a beteg kétségbeesve mutatja, hogy újból kapott ily viszérlobot. Én közben hasonló esetek irodalmát nézegetve, Sternberg* tanár cikkét olvastam, ki ezen állapotot lueses phlebitisnek írta le. Az évekkal azelőtti irido-keratitist a negatív Wassermann dacára támpontot találtam e felfogás számára, és a betegnek naponta egy intraglutális corosol-injectiót adtam. Már az első injectiókra subjective és objective feltűnő javulás mutatkozott és 15 injectio után a thrombusok nyomtalanul eltűntek, noha a beteg egy napot sem töltött az ágyban és közben rendes foglalkozása után látott. A betegség természetét ilyformán ex juvantibus is meg lehetett állapítani.

E betegemnél a rohamot nyilván a szív ütereinek megbetegedése okozta. Régtől fogva tudjuk, hogy az edények ily elváltozásai cukor- valamint vesebajosoknál is előfordulnak,** de manap már tudjuk, hogy a primaer, progressiv arteriitis — legyen az agyi, vesebeli, aorta- vagy coronaria-arteriitis — leggyakoribb okát a lues adja.

Úgy itt is. Az utazás alatti rövid, enyhe rohamok, az itt kitűnő közérzetből, jó álomból hirtelen fellépett súlyos roham a hirtelen szívhalálszerű (Sekundenherztod) lefojlyással, továbbá az anamnesis (iridokeratitis és ismétlődő lueses thrombophlebitis) nem hagynak kétséget azíránt, hogy itt specifikus alapon stenocardia acutissima lépett fel egy különben még jó működésre alkalmas szívizmokkal bíró embernél. És minthogy az alapbántalom orvosilag kitűnően hozzáférhető, remélni lehet, hogy a beteg még számos évig fog élni. Itt tehát oly indicatio van előttünk, amilyennel az életben gyakrabban fogunk találkozni, ha reá gondolunk, és amely a legszebb eredményekkel kecsegtet.

Az idevágó irodalom*** szerint Winter¹ volt az első,

* M. Sternberg: Syphilis der Kreislauforgane. Med. Klinik. 1920. 41. sz.

** A rohamot követő napon (V. 30-án) megejtett vizeletvizsgálat a következő eredményt adta: fajsúly 1013, cukor 12%, fehérje 0.5%. Az üledékben lapos hámsejtek, amorph sók, elvéve egy-egy kilúgozott vörösvérsejt. Egyéb rendellenes alkatrész nem találtatott.

*** Fájdalom, az angol, francia és olasz nyelven megjelent irodalom a sokéves háború miatt nem áll rendelkezésünkre. Könyvtáraink e drága folyóiratokat nem szerezhették be és a német folyóiratok sem hozhatták a szokásos referatumokat.

ki 1905-ben, a narcosis közben néha beálló szívbénulás leküzdésére az intracardiális adrenalinjectiót ajánlotta. Az általa végzett állatkísérletek igen biztató eredményeket adtak.

1909-ben a bécsi orvosegyesület egy discussióján Latzko² felemlíti, hogy ő már 1904-ben kísérelt meg emberen intracardiális injectiót.

1910-ben Löwen és Sievers³ igen szép munkát közöltek Trendelenburg klinikájából. A legkülönbözőbb élesítő eljárásokat próbálták oly állapotokon, melyeknél az aorta és az arteria pulmonalis időleges elzárásával (körülhurkolás) a szívet megállították. A nagy terjedelmű közleményből minket itt főképp az intracardiális injectiók érdekelnek. Astrophantin intracardiális befecskendezésénél az eredmény három esetben jó volt, 11 esetben negatív. Szerintük tehát a szív felelesztése strophantinnal sikerülhet ugyan, de e hatása nagyon kétséges. (A szerzők e helyütt megemlítik, hogy ez ítélet nem vonatkozik a szer intravenás alkalmazására, amikor a szív még működik.) Sokkal jobbak voltak az adrenalinnal elérhető eredmények. Ilyenkor azt találták, hogy a szer összehúzódnásra bírja a szívfalzat belső rétegeinek izomzatát. Ezáltal a systolikus összehúzódnások kiadósabbak lesznek és a vérnyomás fokozódik, még olyankor is, ha Bock eljárása szerint a nagy vérkör véredényeit merev csövekkel pótoljuk. Eszerint itt közvetlen szívhatásról van szó. Idevágó kísérleteiket két csoportba osztották. Az I. csoportban rögtön az arteria körül vezetett fonálburok meglazítása után fecskendezték az adrenalint a bal szívkamrába. Az eredmények nagyon kielégítőek voltak. A II. csoportban az adrenalint csak akkor adták, amikor meggyőződtek róla, hogy a szív mesterséges oxigenbelégzésre és szívmassagera már nem tud feleledni. E csoportban az eredmények márt rosszabbak voltak, de koránisem mindig negatívak.

Szabinszky⁴ 1915-ben a harctéren három esetben adott injectiókat a szívbe sub finem vitae. Az első esetben 2 cm³ digipuratumot adott 10 csepp adrenalinval, a két másik esetben Strasburger tanár ajánlatára egy löketnyi mennyiséget (Schlagvolumen), azaz 30—40 cm³ 0.8%-os konyhasóoldatot digipuratummal vagy strophantinnal és 10—15 csepp adrenalinval. A 30 cm³-t három egymást gyorsan követő 10 cm³-es adagban adta, hogy ne tágítsa túl a kamrát. A szerző a strophantint vélte a legjobbnak. Mind a három meghalt, de a boncolatnál kiderült, hogy egyikük sem volt életképes, mert kettőnél tüdőbeli zsírembolia akadályozta a légzést, a harmadiknál pedig — koponyasérülés — egy véromlenny nyomta a nyúltvelőt. Mindháromnál azonban időleges javulás mutatkozott, sőt az egyiknél, ki még 10 órát élt, az öntudat is visszatért rövid időre.

Ruediger⁵ felemlít egy esetet 1916-ból Brauer tanár marburgi klinikájáról, ahol egy 50 éves munkásnőnek, ki mitralisinsufficienciában és stenosisban szenvedett, in ultimis egy kis strophantint fecskendeztek a szívébe. A munkásnő még öt hónapig élt azután, és kellő orvosi gondozás mellett bizonyára évekig is élhetett volna. A szerző egyúttal beszámol kutyákon végzett kísérleteiről is. Beszúrási helyül a II. bal bordaközt ajánlja szorosan a szegycsont mellett (a jobb gyomrocros felső részét), vagy néha a III. bordaközt, mert e helyeken a beszúrt tű gyengébb kilengéseket végez. Még a sikertelen eseteknél is meglepően hat a szív működés gyors felmagasztalódása.

Dörner⁶ 1917-ben a IV. bordaközt, szorosan a szegycsont mellett ajánlja beszúrási helyül. Az ő esetében a beteg már 20 perc ó'a nem adott semmi életjelt, és mégis sikerült átmeneti hatást kiváltani.

Volkman⁹ esetében (1917) a betegnek jóformán teljesen kihagyó légzése volt, a patelláris és corneális reflexek teljes hiánya. Radialis, carotis nem lüktettek, a szíven még egyes összehúzódnások hallhatók. Adrenalin-injectio a szívbe 20 cm³ physiologikus konyhasóoldattal hígítva. Az injectiókat megismételte. A harmadik injectio után az öntudat visszatért, de a beteg két óra mulva meghalt.

1919-ben megjelent v. d. Velden¹⁰ tanár munkája, ki mint első alkalmazta rendszeresen az intracardiális injectiókat nagyszámú betegre. Az utolsó 12 évről nem keve-

sebb mint 45 esetről számol be. Az eljárást csak in ultimis vette igénybe, amikor már intravenás injectiókat sem lehetett adni. A IV. vagy V. bordaközben hatolt be, 2 ujjnyira a bal szegyszéltől. A boncolatok szerint a befecskendés többnyire a myocardiumba történt, és a szerző azt hiszi, hogy tüje talán sohase hatolt a szív kamráig. Strophantint, digifolint, digipuratumot, kámforolajat, coffeint és adrenalinot használt felváltva, — sohase többet, mint 1 cm^3 -t pro dosi. Az utóbbi években már csak adrenalinot vagy strophantint használt. Az esetek egy harmadában a pillanatnyi eredmény bámulatbaejtő volt. A vérkeringés megindult, a pulsus visszatért, a hallgatózás jó szívhangokat talált; szintúgy visszatért az öntudat is. A legszebb eredményeket szív bajosoknál kapta, a szívizom vagy a billentyűk megbetegedéseknél. Tartós eredményeket azonban akkor nem tudott felmutatni. Kezeltjei közül egyik sem élt 8 óránál tovább.

Ugyanazon évben Hesse W.¹¹ is közöl egy esetsorozatot. A jobb gyomrocsonba való hatolást helyteleníti, és szerinte a jobb szív vékony myocardiumába is nehezen lehet befecskendezni. (Az eljárás technikáját lásd később.) Ő mindig $\frac{1}{2}$ mgr strophantint adott $15\text{--}20\text{ cm}^3$ physiologikus konyhasóoldatban egyszerre. Azt hiszi, hogy eredményeket a szív elégtelenségeinek csak azon eseteiben lehet majd elérni, ahol a szív ereje még nem szenvedett a már előzőleg adagolt analepticumok hatása folytán.

Ugyancsak 1919-ben Zuntz¹² ír le egy esetet, amelyben maradandó eredményt kapott. Műtéti és narcosisbeli shokról volt szó. Amikor már 4 perc óta semmi nyomát sem lehetett látni valamelyes szív működésnek, 1 cm^3 adrenalin intracardiális injectiójához folyamodott. — A beszúrás a IV. bordaközben történt, ferdén mediális irányban 3 harántujjnyira a bal szegyszéltől. $20\text{--}30$ másodperc múlva a carotis verését észre lehetett venni és $\frac{1}{2}$ perc múlva a légzés megindult. A közlés idején (14 nappal a beavatkozás után) a beteg még élt.

Igen behatóan foglalkozott e kérdéssel 1920-ban Henschen K.¹⁵ svájci tanár, saját 4 esetével kapcsolatban. Intracardiális és intrapericardiális befecskendéseket csinált.

1921-ben Guthman¹⁸ 5 esetről számol be az erlangen-i női klinikáról. Peritonitis következtében megállott szív 3 esetében; a IV. esetben méhenkívüli terhesség mütéte közben beállott collapsusban, az V. esetben műtéti collapsus és chloroformellenes túlérzékenység esetében történt a befecskendés. Guthman mindig a jobb gyomrocsonba injiciált és minden alkalommal 1 cm^3 adrenalinot és 1 cm^3 strophantint adott.

Ugyanazon helyen és időben Frenzel¹⁹ is közöl egy esetet. Billroth-féle keverékkel való altatás közben a szív megállt. A jobb kamrába 1 cm^3 adrenalin és egyidejűleg alkalmazott mesterséges légzés és a szívtájéki rhythmikus ütögetése a beteget megmentették. E helyt a szerző megemlíti, hogy Opitz sikeres esetében is 36 órán át tartott coma volt észlelhető.

Ugyancsak a fenti helyen és időben Vogt E.²⁰ is közöl egy esetet Mayer tanár tübingi női klinikájáról, ahol a beteg a beavatkozás után még 24 óráig élt. Ő 1 cm^3 adrenalinot adott a III. bordaközbe a szegycson bal szélén, de nem ajánlja e helyet, a coronaria megsejtésének veszélye miatt.

Végül Schmidt F.²¹ Tornaival együtt 15 haldoklónál, kik gyógyíthatlan betegségben, többnyire kiterjedt tuberculosisban vagy nem operálható méhrákban szenvedtek, adott kísérletképp intracardiális injectiókat a bal kamrába. Adrenalinot, strophantint, digipuratumot és strychnint adott egyenként vagy egymással kombinálva. A beavatkozás után a szív működés és légzés minden esetben javult, a radialis megjelent, néha az öntudat is visszatért. Egy eset még 2 órát élt, a legtöbb $12\text{--}20$ órát, egy pedig 48 órát is túlélt. A szerző megengedi, hogy az ő eseteiben az indiciók nem voltak ugyan meg, de bizonyító erejük van, mert még életképességükben súlyosabban megtámadott szervezetekben is mutatkozott jótékony hatás.

Most pedig legyen szabad a fentiekben chronologica összeállított irodalomból kiszedhető adatokat a köny-

nyebb áttekintés céljából gyakorlati szempontok szerint csoportosítani, belőlük a következtetéseket levonni és helyenkint saját igénytelen nézetemet is kifejtetni.

I. Az eddigi kísérletek és tartós eredmények száma.*

A nekem hozzáférhető irodalomban felsorolt esetek száma a 90-et meghaladja. A valóságban e szám bizonyára sokkal nagyobb, mert feltehető, hogy egyes sikertelen esetek nem közöltettek. Tartós eredményekről beszámoltak: Ruediger 1 eset, Zuntz 1 eset, Heydloff 1 eset, Henschen 2 eset, Tappeiner 1 eset, Guthman 2 eset, Frenzel 1 eset, Opitz (idézi Frenzel) 1 eset, Vogt 1 eset, Volkman 4 eset, v. d. Velden 3 eset, Förster 1 eset, Mayer A. 1 eset, Walker 2 eset**, Verebely 1 eset*** és Bodon 1 eset. — Összesen tehát a magaméval együtt 24 tartós eredmény. Nagyon tekintélyes szám, amely mellett nem haladhatunk el közönyösen és amely bizonyára nagyon megnövekednék, ha a velünk ellenséges viszonyban volt nemzetek idevágó irodalmába is betekinthetnénk.

II. Az alkalmazott szerek és azok hatásmódja.

Alkalmaztatni szoktak: kámforolaj, coffein, a digitalis-csoport glycosidjai, strophantin, adrenalin és strychnin. Egyes szerzők szerint ajánlatos e szereket $20\text{--}30\text{ cm}^3$ physiologikus konyhasóoldattal adni.

A digitaliskészítmények, a kámfor és a coffein gyengéknek bizonyultak, az utóbbi két szernek még nagy hátránya, hogy a szöveteket nagyon megtámadják. A strophantint nagyon szerették alkalmazni, mert e szer kiválóan alkalmas arra, hogy a pulsust szabályozza, az edények összehúzódását előidézze és a szív szivattyuzó képességét felfokozza. Noha a strophantin hatása tartós, mindazáltal megvan az a hátránya, hogy intramusculáris alkalmazásnál az izomszövetet nagyon megtámadja. Továbbá megfontolandó, hogy a strophantin vasotoniás és cardio-toniás hatása nem oly rögtönös, mint az adrenaliné. Az utolsó években már csakugyan főleg az adrenalin kezdték használni, és joggal, mert ily esetekben nincs veszteni való időnk. Az adrenalin a leghatalmasabb peripherikus excitáns, és hatása egy pillanat alatt beáll. Közvetlen szívhatását azáltal fejti ki, hogy a sympathicusnak az epi-, myo- és endocardiumban levő idegrostjaira és idegvégletekre specifikusan ingerlőleg hat. Ennek pedig következményei az egész szívizomzat erőteljes összehúzódása, a koszorúverő-erek kitágulása és ennek folyamának a szívizom bővebb átvérződése és jobb táplálkozása, viszont a környi véredények összehúzódása folytán a vérnyomás általános emelkedése és a pulsus megtelődése. Nem ajánlatos, de nem is szükséges az $1:1000$ való oldat 1 cm^3 -nél, vagyis 1 mgr adrenalinnál többet adni, nehogy a beteget a szívizom tetanikus összehúzódása veszélyének, és így a szív működés systoleban való megállásának tegyük ki. Minthogy az adrenalinoldatok bomlékonyak, ajánlatos friss oldatokat használni. Az oldat semmi esetre se legyen három hónapnál öregebb. Az adrenalinnak ismételt ajánlott kombinációja 20 cm^3 physiologikus konyhasóoldattal szükségtelen. Ez csak főlősleges módon nehezítene a dolog technikáját és célszerűtlen időpazarlásra vezetne.

III. A veszedelmes zónák elkerülése. Az injectio technikája.

Veszedelmes zónák: 1. a Spangaroff-féle terület (a sulcus longitudinalis anterior felső két harmada); 2. az atrioventriculáris választófalak; 3. a His—Tawara-féle köteg. Ezen három terület a beszúrás helyének környékétől távol esik. 4. A koszorúútövek területe. Ezt is biztosan elkerülhetjük, ha nem szúrunk be túlmagasan. Brunings¹⁷ szerint e baleset veszélye mathematice is minimális, tekintve, hogy a koszorúútövek területe a szabad szívfalhoz úgy aránylik, mint $1:1000$, de meg v. d. Velden szerint a telt koszorúerek a tü elöl valószínűleg kitérné-

* Schmidt esetei nem sorozhatók ide, mert ő tudatosan életképtelen egyéneken kísérletezett.

** Az utóbbi öt szerzőt Vogt említi l. c.

*** Szóbelileg közölte a szerzővel.

nek, ahogy azt elég gyakran más edényeknél is tapasztalhatjuk. 5. Az *arteria mammaria interna*. Ez is elkerülhető, hogyha közvetlenül a szegycsont szélén hatolunk be, mert ez az edény a II—V. bordaközök magasságában 15—17 mm-nyire van a bal szegyszéltől.

Az egész instrumentarium egy jó fecskendőből és egy kb. 8 cm hosszú vékony tűből áll. A beszúrás helye tulajdonképp függ a mellkas alakjától, a szív nagyságától és alakjától és a rekesz állásától, nagyjában azonban az alábbiak szolgáljanak irányadásul:

Ha a *bal kamrába* akarunk jutni, akkor a IV. vagy V. bordaközben, ha a szív nagyon kitágult, úgy a VI. bordaközben hatolunk be egy harántujnyival befelé a relatív szívtompulat bal határától, vagy ha a szívcsücslökés még érezhető, úgy elől kissé befelé. A szúrás iránya kissé befelé, hátrafelé és fölfelé tartson. A szívizomba érve, érezzük, hogy a tű kileng (jó jel) és érezzük a szúrás ingere folytán összehúzódó szívizom ellenállását. Kissé mélyebben az ellenállás megszűnik, mert bejutottunk a kamrába, amiről — ha tetszik — egy kis vér aspirációjával meggyőződhetünk.

Ha a *jobb szívkamrába* akarunk jutni, akkor a IV. bal bordaközben szúrunk be, az V. borda felső szélén, közvetlenül a szegycsontszél mellett. Ha a rekesz mélyen áll, az V. bordaközben is be lehet hatolni, de legjobb ha a IV. bordaközhez tartjuk magunkat. A tű iránya sagittális, gyenge hajlással befelé. 3^{1/2}—4 cm mélységben érezni a kilengést és egy gyenge szívizomellenállást, és rögtön utána megvan az érzésünk, hogy a szívkamrába jutottunk.

Elméletileg hasznosabbnak, ill. többetígérőnek látszik, ha a bal kamrába fecskendünk, mert így a gyógyszer könnyebben jut el a nagy vérkörbe, mint ha a jobb gyomrocs amúgy is gyengébb izompropulsiójától hajtván a kis vérkörön át kellene odajutnia. Ezenfelül Hesse¹¹ boncolatai alapján azt állítja, hogy a bal gyomrocsnál az izomzat vastagsága miatt sohasem tapasztalt vérzést a szűrcsatornából a pericardiális zsákba, míg a négy eset közül, mikor az injectiót a jobb gyomrocsba adta, egyben talált 20 cm³ vért a pericardium lemezei között, noha a koszorúterek nem voltak sérültek. Szerinte egy ily intrapericardiális vérzés adott esetben szívtamponnade útján a szívet mechanice megállásra kényszeríthetné.

Mindennek dacára *hangsúlyozottan ajánlom mint legjobb beszúrási helyet a IV. bal bordaközt szorosan a szegycsont széle mellett*, mert itt a szív jóformán közvetlenül a mellkasfal mögött fekszik, és ilyformán technice a legkönnyebben elérhető, még pedig a veszélyes zónák elkerülésével. Tutajdonképpen nem is szükséges okvetlenül, hogy az adrenalin a nagy vérkörbe jusson. Amire itt lényegileg szükség van, az a szer *helybeli hatása* a szívre, és ezt elérjük, akár az egyik, akár a másik kamrát találja is az injectio.

Sőt, ahogy sokszor bebizonyult, az is elegendő, ha az injectio a szívizomba történik, legyen az akár az endo-, akár a myo-, akár pedig az epicardium. Henschen¹⁵ a pericardiumba való injectióval is teljes eredményt ért el. Ismételen előfordult az is, hogy az orvos szándéka és az alkalmazott technica szerint a bal gyomrocsba akart jutni, és mégis a jobb gyomrocsba került. Viszont kérdéses, hogy amikor a szerzők azt hitték, hogy a jobb gyomrocsba fecskendeznek, a tű nem szaladt-e a nagyon vékonyfalú és összeesett jobb gyomrocsra keresztül a mögötte fekvő bal gyomrocsba.

IV. A beavatkozás jogosultsága más rendszabályokhoz viszonyítva. Időpontja és javallatai.

Az erős villamosáramok alkalmazása hirtelen szívhalál eseteiben már elavult. A mesterséges oxygenbelégzés többnyire cserben hagy bennünket, in ultimis úgyszólván mindig. A szívmasszage által való újjáélesztésre vonatkozólag Vogt (l. c.) közli a Pieri-féle statisztikát. Eszerint 76 eset közül 20-szor sikerült az újjáélesztés. Az esetek a következőképp csoportosultak: 23-ban a szív thorakális feltárása, 12-ben transdiaphragmatikus és 41-ben subdia-

phragmatikus szívmasszage. Az első két módszert a sebészek mint túlságosan erőszakost már elhagyták. Marad tehát a subdiaphragmatikus, de ennek használhatósága is igen korlátozott, mert csak nyitott hasüreg mellett vihető keresztül.

Intravenás injectiók, infúziók és transfúziók haldokló embereknél a vénák összeesett volta miatt alig lehetségesek, de meg Zeller²² állatkísérletei alapján óva int is ez eljárásoktól oly esetekben, amikor a szívműködés teljesen, vagy majdnem teljesen megszűnt.

Mindezekkel szemben az aránylag egyszerű intracardiális injectio annál is inkább jogosult, mivel csak a haláltusában vagy sokszor, mint az én esetemben is, a vérkeringés és a légzés teljes megszűnte után, vagyis tulajdonképpen már a halál beállta után, a túlélő szíven jutott alkalmazásba, és még itt is meglepően jó eredményeket adott.

Az időpontot illetőleg általánosan elfogadott szabály, hogy a szív megállása után 5—10 percnél tovább várni nem szabad. Igaz ugyan, hogy az álló szíven néha még órák multán is ki lehet váltani rhythmusos összehúzódásokat (itt válik be Vesalius sokat idézett mondása, hogy: *cor primum movens et ultimum moriens*), de Sand szerint (idézi Frenzel) az agyvelőben már három perccel a vérkeringés megállása után degeneratív sejtelváltozások lépnek fel, míg Batelli* szerint a gerincagy legfeljebb 10—20 percig képes csak az anaemiának ellentánni. A szívmasszage is teljesen hatástalan volt mindig, ha a szív megállása óta 1/4 óra telt el, nyilván azért, mert az agyvelő már elvesztette életképességét.

Ami a javallatokat illeti, azok több szerző szerint a következők: a) Sebészeti: chloroform-túlérzékenység, asphyxia e narcosi, műtét utáni vagy peritonitikus szívbénulás veszélye, szívújraélesztés szívbészeti műtétek vagy a Trendelenburg-féle embolia-műtét esetén, súlyos sérülési shok, súlyos agonizáló agyi sérülések, erős áram okozta sérülések, villámcsapás. b) Szülészetiek: elvérzések, inversio uteri kapcsán fellépő shok, asphyxia pallida neonatorum. c) Belgyógyászatiak: a szív heveny keringési zavarai, véredénybántalmak, fertőző betegségek, mérgezősek, fagyás.

Nézetem szerint a beavatkozás javallatainak illetően felállításával az egész ügynek inkább ártunk és kifejlődését gátoljuk, nem is szólva arról, hogy az ily felállítások szükségkép hézagok is. Így pl. eddig tudtommal senki sem gondolt rá, hogy a gyógyszerellenes idiosyncrasiák és az anaphylaxiák bizonyára hálás és terjedelmes tömeget az indicatiók körébe vonja.

Bizonyára senkinek sem jut majd eszébe, hogy egy teljesen életképtelen szervezetnél, pl. rákos cachexia vagy tuberculosis miliaris esetében intracardiális injectiót adjon, de a beavatkozás föltétlenül helyénvaló, ahol az orvosnak az az érzése, hogy a beteg még talán meg lenne menthető, ha sikerülne időt nyerni. És ilyenkor nem szabad kishitűeknek lennünk. Nem szabad úgy okoskodnunk, hogy itt nem tehetünk semmit, mert a koszorúútér emboliája, mert irreparabilis szívizomelfajulás, mert súlyos billentyűhiba, mert fertőző bántalom által termelt toxinok okozta szívbénulás, mert pneumoniánál szénsavmérgezés esete van jelen. *Mindenütt, ahol azt találjuk, hogy a beteg még élhetne, ha e többnyire acut életveszélyes állapot nem fejlődött volna ki, mindenütt, ahol arra érezzük magunkat indítva, hogy kámfort, coffeint és más effélét adjunk, mindenütt ott helyénvaló, sőt kötelesség — hacsak intravenás befecskendés nem lehetséges és a beteg élete szemlátomást tünedezik —, hogy az intracardiális adrenalin-injectióhoz folyamodjunk.*

Annak sincs sok értelme, hogy a beavatkozással túlsoká késlekedjünk. Az agonia beálltával a cselekvés ideje mindenképp már megjött. Minek várjunk a manifest életjelek teljes megszűntéig? Hiszen bizonyára többet várhatunk bármely beavatkozástól, amikor a reflexek, a vérkeringés és a légzés még megvannak, mint amikor azok már megszűntek!

Az orvosi iskoláknak lenne feladata az e beavat-

* Batelli: Journal de physiologie et de pathologie generale. 1900.

kozástól való idegenkedésnek véget vetni. Az eljárásnak az orvosok közkincsévé kell válni, és mint minden más injectiót, ezt is a gyakorlóorvos kezébe kell adni. Nem szabad annak előfordulni, hogy az eljárás szokatlansága miatt maga az orvos szívdobogást kapjon, amikor egy injectiót ad a szívbe. Egy hosszabb tű és egy ampulla adrenalin minden orvosi zsebkészletben könnyen helyet talál. Az eljárás fent leírt technikája felette egyszerű, semmi esetre sem nehezebb a pleura punctiójánál és feltétlenül könnyebb, mint egy intravenás injectio!

Kiemelni óhajtom itt, hogy Verebely Tibor tanár, kivel közöltem azt a nézetemet, hogy az eljárást általánosítani kell, megírtam azzal, hogy e nézetemet feltétlenül osztja. Egyben megemlítette, hogy ő eddig 3 esetben alkalmazott intrakardiális adrenalininjectiót, köztük egyszer sikeresen. Az injectio technikáját hallgatóinak be is mutatta.

És ha az eljárás nem sikerül? Hol a kockázat agóniában? De még ily szerencsétlen esetben is meglesz az a megnyugtató érzésünk, hogy mindent megtettünk, ami hatalmunkban volt.

Erős meggyőződés, hogy az eljárás általánosabbá való tételével sikerülni fog számos életet a halál torkából kiragadni!

Irodalom. ¹ Winter: Wien. kl. Wschr. 1905. — ² Latzko: Diskussion d. Gesellsch. d. Aerzte in Wien. Ref. Wien. Med. Wschr. 1909. — ³ Löwen u. Sievers: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Künstlicher Atmung, Herzmassage, Strophantin und Adrenalin auf den Herzstillstand nach temporärem Verschluss der Aorta und Arteria pulmonalis und Bezugnahme auf die Lungenembolieoperation nach Trendelenburg. — D. Zeitschrift f. Chir. 1910. Bd. 105. — ⁴ Szubinsky: Unmittelbare Einspritzung in das Herz bei hochgradiger Lebensgefahr — Wien. M. Wschr. 1915. No. 5. Feldärztl. Beilage. — ⁵ Ruediger: Die intrakardiale Injektion. — Wien. Med. Wschr. 1916. No. 4. Feldärztl. Beilage. — ⁶ Latzko: Bericht d. geburtsch. gynaek. Gesellschaft zu Wien. Ref. Zbl. f. Gynaek. 1916. No. 16. — ⁷ Esch: Zur Frage der unmittelbaren Einspritzung von Arzneimitteln in das Herz bei hochgradiger Lebensgefahr. — Wien. Med. Wschr. 1916. No. 22. — ⁸ Dörner: Fall von Wiederherstellung der Herz-tätigkeit durch intrakardiale Injektion. — Med. Klin. 1917. No. 24. — ⁹ Volkmann: Zur intrakardialen Injektion bei Kollapszuständen. — Med. Klin. 1917. No. 52. — ¹⁰ v. d. Velden: Die intrakardiale Injektion. — Münch. med. Wschr. 1919. No. 10. — ¹¹ W. Hesse: Zur intrakardialen Injektion. — Münch. med. Wschr. 1919. No. 21. — ¹² H. Zuntz: Wiederbelebung durch intrakardiale Injektion. — Münch. med. Wschr. 1919. Nr. 21. — ¹³ Heydloff: Zbl. f. Chir. 1920. Nr. 18. — ¹⁴ Vogeler: D. m. Wschr. 1916. Nr. 22. — ¹⁵ K. Hensen: Die Wiederbelebung des Herzens durch peri- und intrakardiale Injektion, durch Herzaderlass und Herzinfusion — Schweiz. med. Wschr. 1920. Nr. 11—16. Ref. Zbl. f. Chir. 1920. No. 36. — ¹⁶ Tappeiner: Med. Klin. 1921. — ¹⁷ Brünings: Diskussion Med. Ver. Greifswald. — Med. Klin. 1921. cit. von H. Frenzel l. c. — ¹⁸ Guthman: Intrakardiale Einspritzung von Adrenalin u. Strophantin bei akuten Herzlähmungen. — Münch. med. Wschr. 1921. No. 24. — ¹⁹ Frenzel: Bekämpfung des Narkose-Herzstillstandes durch intrakardiale Adrenalininjektion. — Münch. med. Wschr. 1921. No. 24. — ²⁰ E. Vogt: Über die Grundlagen und die Leistungsfähigkeit der intrakardialen Injektion zur Wiederbelebung. — Münch. med. Wschr. 1921. No. 24. — ²¹ Schmidt F.: Az intrakardiális befecskendésekről. — Orv. Hetilap 1921. 41. és 42. sz. — ²² O. Zeller: Die Wiederbelebung des Herzens mittels arterieller Durchströmung und Bluttransfusion. — D. med. Wschr. 1917. No. 20.

A Szent Rókus-kórház I. sz. sebészeti osztályának közleménye (főorvos: Hüttl Hümér egyet. rk. tanár).

Az epeutak cystáiról egy emberfőnyi hepaticuscysta műtét útján gyógyult esete kapcsán.

Írta: Elischer Ernő dr.

Az epeutak cystás kitágulására gyulladás, hegesezés, stricturák, beékelt kövek, daganatok stb. adhatnak okot, ilyenkor a cysták azonban tyúktojisnál ritkán lesznek nagyobbak. Ezzel szemben az epeutak és különösen a choledochus primaer (valóságos) cystáinak keletkezésére a fejlődésnek adja meg a magyarázatot az epeutak rendellenes

fejlődéstani viszonyai által. Az ilyen cysták tulajdonképpen veleszületett rendellenességek, melyek valamely külső kiváltó ok, pl. trauma vagy szülés által növekednek rohamosan és önálló megbetegedések képében jelentkeznek. Különösen a test gyorsabb gyarapodása szakában, a pubertás kora után alakulnak ki és tágulnak ki annyira, hogy szembetűnőkké válnak. A choledochus-cysták, úgy, mint egyéb epeút-cysták is mindenképpen a nagy ritkaságok közé tartoznak. Hildebrand és Kremer 1919-ben megjelent kimerítő dolgozata 36 idevágó esetről számol be, öt gyógyulással. Ritkaságuk mellett eléggé bizonyít Kehr kijelentése, aki több mint 3000 máj és epeút sebészeti esetében egyetlenegy valóságos choledochus-cystát sem látott.

Jelen esetünk klinice teljesen a choledochus-cysta képében jelentkezett, annak minden tünetével, az egy icterus kivételével. Műtéti lelet és a betegség lefolyása mutatta, hogy egy szokatlanul nagy hepaticus-cystával volt dolgunk, kettős hepaticus-képződés mellett, amelyet műtét útján sikeresen eltávolíthattunk. A beteg a Szent Rókus-kórház Hüttl professor úr vezetése alatt álló I. sz. sebészeti osztályán volt észlelésünk alatt. Rövid kórtörténete a következő: K. L.-né, 20 éves, bányamunkás neje, felvételtett 1922 július 4-én. Édesapja egészséges, édesanyja fiatalon tüdőbajban halt meg. Egy 13 éves leánytestvére egészséges. Két év óta asszony, egyszer volt más állapotban, háromhónapos gyermeke a kórházba való szállítása előtt (1922 június elején) betegedett meg. Állítólag nehezet emelt és akkor fájdult meg a gyomra. A betegsége alatt sokat fogyott, sárgasága nem volt soha.

Status praesens: Középtermetű, erősen lesóványodott és legyengült nő, sápadt arcszín, vérszegény nyálkahártyák. Szív és tüdők rendben. A jobb hypochondriumban és a gyomortájékon kb. emberfőnyi, erősen kidomborodó, a légzési mozgásokat mérsékelten követő, fluctuáló daganat, mely érintésre kissé érzékeny. Hőmérsék felvételkor 37,8, pulsus 112, könnyen elnyomható, ritmusos. Vizelet rendes, epefesteny benne nem mutatható ki. Széke kevésbé festenyezett. Idegrendszerbeli eltérés nincsen. Menstruációja szülés után nem volt.

Valószínűségi diagnosisunk volt: cysta, eredete ecchinococcus.

Műtét 1922 júl. 7-én. Chloroform-aether narcosis. Brünning-metszés, transrectális behatolás. Retroperitoneálisan a duodenumtól oldalt és alatta emberfőnyi fluctuáló daganatot találunk. A peritoneum átmetszése után sikerül a vékonyfalú cystát, melyből punctióra tiszta epét nyerünk, kiszabadítani, amikor látjuk, hogy az kocsányosan az epeutakból indul ki. Az epehólyag a rendesenél kisebb, ráncosan és üresen fekszik a rendes helyén, benne kő nem tapintható, még epét sem tartalmaz. A máj rendes nagyságú, lebenyszerkezete normális. A cysta kifejtése alkalmával igen vékony fala beszakadt és tartalma, kb. 2—2½ liter világos, tiszta epe, kifelé folyt. A cysta nyelét egy cső alkotja, amelyben a bevezetett utérus-sonda szabadon halad a hepaticus irányában felfelé, míg másrészt egyenesen kb. 15—20 cm-nyi hosszúságban sondázható szabad járatba jutunk, mely a ligamentum falciforme hepatis alatt a májban eltűnik. A duodenum felé bejutni semmiképp sem sikerült. A ligamentum hepatoduodenale szabadon laposan fekszik előttünk, benne jól láthatók a képletek, melyek közül a choledochusnak megfelelő fehéres cső is jól kivehető. A cysta kocsányából állandóan sok tiszta epe ömlik. Minthogy kétségtelenül ritka fejlődési rendellenességgel állunk szemben és biztosan nem állapítható meg, vajjon a jobboldali hepaticus felől jól átjárható-e a choledochus, másrészt a beteg jelen elgyengült állapotában egy hosszabb ideig tartó műtétet (cholecysto-duodenostomia) nem bírta ki, vékony gummikathetert vezetünk fel a ligamentum falciforme felé vezető járatba és a katheter körül jodoformgaze-csíktamponadeot alkalmazunk, a hasfal sebét egyébként rétegesen zárjuk. Így megmaradt a lehetősége annak, hogy a jobboldali (epehólyag melletti) hepaticus átjárhatatlansága esetén egy második műtéttel biztosíthassuk az epe lejutását a bélbe.

A műtét utáni napokban a katheterből naponta

600—800 gr híg, tiszta epe ürült. A beteg subfebrilis volt, 37,8-ig emelkedő hőmérsékekkel. Széke teljesen acholiás, a vizelet ellenben még nyomokban sem tartalmazott epefestenyét. 8 nap múlva a per primam gyógyult sebből eltávolítjuk a varratokat, míg a csíkokat és a kathetert teljes két hétig változatlanul hagyjuk. Két hét múlva (júl. 21-én) a kathetert eltávolítjuk, a megmaradt sipolyból még 10 napig ürült epe igen nagy mennyiségben, a székletét továbbra is acholiás maradt. Két és fél hét múlva (szept. 1. az epefolyás megszűnt, a sipoly önmagától záródott és a beteg teljesen jól érezte magát. További 4 nap múlva az eddig mindig acholiás székletét festenyzett lett, míg a vizeletben nyoma sem volt epefestenynek. A beteg szeptember 7-én (4 héttel a műtét után) gyógyultán távozott. Távozása után másfél hónappal mutatta be magát ismét, teljesen egészséges volt, 6 kilót hízott, a hegynál nem volt érzékeny, a hasban rendellenességet nem lehetett tapintani, sem fájdalma, sem görcse nem volt. Széke rendben volt, sárgasága nem jelentkezett. Öt hónappal a műtét után a beteg változatlanul jó egészségnek örvend.

A betegnél, mint fejlődési rendellenesség, egymástól távol, a májból nyíló kettős hepaticus-vezeték volt jelen, melyek közül főképpen — sőt lehet, hogy a műtét előtt kizárólagosan — a baloldali hepaticuson keresztül ürült epe a choledochuson át a bélbe. A cystaképződés lehetősége kétségtelenül már fejlődéstanilag adva volt, de a cysta rohamos növekedését a megelőzőt terhesség, a velejáró abdominális nyomási viszonyok és az említett trauma segítették elő, amiben talán szerepe lehetett még billentyűképződésnek is (Aschoff).

A műtéti lelet, a székletét műtét utáni teljes acholiája icterus nélkül és az összes epe kifelé ürülése kétségtelenné teszik, hogy az epehólyag melletti ductus hepaticus természetű fogva nem volt működésben, minthogy az epe a baloldali, ligamentum falciforme alól kiinduló hepaticusból talált magának utat a cystán át a choledochusba. Amint a cysta mindjobban növekedett és az epe bejutása a choledochusba mind nehezebbé vált, létesült a műtét előtti állapot, mikor az epe alig jutott le a bélbe, de a cystában, mint reservoirban felgyülemlt. A műtét után hosszú ideig a katheteren, majd sipolyon át minden epe kifelé ürült és csak idővel vált megint átjárhatóvá a choledochusba vezető járat.

Fejlődéstanilag a máj a duodenum ventralis részéből fejlődik, elágazó entoderma-burjánzás képeben. Ezen hámburjánzás adja a máj parenchymáját és hozzácsatlakoznak a májat mint szövet alkotó kötőszövet és erek. Magasrendű állatokon ez a craniális pars hepaticára és caudális pars cysticára oszlik. A pars hepatica burjánzása tömött sejtsoportokból álló májgerendákat hoz létre, melyek keskenyebb nyélen a ductus hepaticuson ülnek, melynek viszont egyik részéből kiöblösödés útján keletkezik az epehólyag (Janosik és Hammer 1893., Brachet 1896. és Swaen 1897.) Jelen esetünkben ez a nyélképződés lehetett kettős, szóval két egymástól messze a májból nyíló ductus-hepaticusból folyt az epe a choledochusba. A cysta keletkezési mechanizmusát megmagyarázza a természetű fogva kialakult kettős hepaticus-vezeték, melynek egyoldalú kitágulását szöglettörés, vagy billentyű behatása útján a szülés, illetve a trauma eredményezhette. Ezen cysta is keletkezési okát illetően teljesen hasonló a leírt valóságos choledochus-cysták aetiológiájához.

Az irodalomban közölt valóságos choledochuscysta esetek száma kb. 40. Ezek nagy hasonlatosságot mutatnak a betegek kora és neme tekintetében, mert majdnem valamennyi eset igen fiatal női betegeken jelentkezett, hasonlóan leírt esetünkhöz. Schössmann úgy magyarázza ezt a jelenséget, hogy valamely szerv fejlődési rendellenessége éppen a szervezet főfejlődése idejében (Hauptentwicklung) ad okot és módot valamelyes zavarokra és betegségekre. Ebben a felfogásában a későbbi szerzők, Seeliger és Wagner is egyetértenek vele. Kremer összeállításában 83% esik a női nemre, aminek magyarázatát a női nemnél gyakrabban jelentkező fejlődési rendellenességekben látja. Utóbbi felfogás Schwalbe munkája szerint nem áll helyt.

A tumor nagyságát illetően esetünk egyike volt a nagyobbaknak, fluctuatiót terjedelme tekintetében megfigyelésünk alatt nem mutatott. Amiben azonban az összes choledochus-cystáktól eltért, ez az icterus teljes hiánya volt. A daganat fájdalmassága a sympatikus ganglionokra gyakorolt nyomásból eléggé magyarázható. Valószínűségi diagnosztikánk, mint a legtöbb leközölt esetben is, echinococcusra szólt és csak a műtét mutatta meg, hogy epeüt-cystával van dolgunk. A kivett cysta fala kórszövettanilag az epevezetékekkel azonosnak bizonyult és, mint a többi choledochus-cysták eseteiben is, igen vékony volt. Hogy esetünkben az epe a májból majdnem kizárólag a bal hepaticuson át ürült, arra mutatott az epehólyag csökkenésének fejlődése és a jobboldali hepaticus visszamaradása. A cysta rohamos növekedését még az epevezetékek egymásba szájadzásának esetleges rendellenessége, az említett billentyű jelenléte és talán a tartalma súlyánál fogva a vezetékét vöngáló daganat billentyűhöz hasonló oldalnyomása is előmozdították. A graviditás és trauma szempontjából esetünk legjobban a Hildebrand és Kremer által leírt esethez hasonlít. Hildebrand szerint különösen fiatal korban, a könnyen összenyomható thorax és has összeszorítása által, hydraulikus nyomás módjára szenvedhet a choledochus: beszakadhat vagy a természetű fogva gyengébb falzatú helyen (cysta) mértéken túl tágul.

Ha a gondosan összegyűjtött és leírt valóságos choledochus-cysták eseteiből tanulságként levonjuk, hogy minden májtájéki cystosus daganatnál gondolnunk kell a choledochus-cysták lehetőségére, éppen a mi esetünk a figyelmet még arra is felhívja, hogy tekintettel legyünk a hepaticus-vezeték esetleges fejlődési rendellenességére is.

Adat a kezdetleges motorium kétoldali tevékenységéhez.¹

Írta: prof. Benedek László dr. (Debrecen).

Anton óta tudjuk, hogy a lencsemag-csikostest-rendszer sérüléseinek kezdetleges mozgásformák jelentkeznek. Anton — a Meynert-féle gondolatmenethez csatlakozva — a choreás-athetosisos mozgásokat a csecsemő mozgásaival hasonlította össze. Ismeretes továbbá, hogy a primitív mozgási kör sokkal kifejezettebben bilaterálisan dolgozik. Csak később következik be a másik testfelére vonatkozó gátlás. Curschmann utalt — a gyermekkorban — az ellenoldali részarányos együttmozgásoknak szabályszerűségére. Olyan jelenség, amely az agytörzsi dúcok tevékenységi módjával vonatkozásban áll, mint azt már Westphal felvette.

Azon polymorph mozgás-zavarok közt, amelyeket „encephalitis lethargica”-nál (részben klinikánkon és magánpraxisomban, részben főleg a Wagner-klinikán) volt alkalmam látni, két év előtt egy egészen ritka megjelenési alakot észleltem, amelyet röviden itt közlök, miután az encephalitis-irodalomban hasonló észlelet nem fordul elő. Egy 60 éves asszonyról van szó, aki hat héttel a vizsgálat előtt elmetéves zavarodottságban — érzécsalódásokkal, fejfájással és élénk mozgási nyugtalansággal — betegedett meg. Emellett szabálytalan hőemelkedések és álmatlanság volt jelen. Tíz nap múlva a heveny jelenségek lezajlottak és sajátos hyperkinetikus zavar maradt vissza. Mindkét alsó végtagban, a medenceizületben, a saggitális haránttengely körül oldalsó ingamozgások léptek fel — (ab- és adductiók) dobáló jelleggel —, amelyek mindkét végtagban egy irányban és isochron lengtek ki. Térd- és lábizület active mozdulatlan volt. A lábizületek passiv excursiója 10—12 cm-t, az egyes mozgások időtartama cca 1 mp.-et tett ki. Nyugodt ülés lehetetlen volt a spontán mozgások következtében. A kilengések szabálytalan rhythmusban következtek egymás után. Gyógykezeléssel a zavar nem volt befolyásolható, mégis hónapok múlva lényeges önkéntes javulás állott be.

¹ Vitamegjegyzés a Deutsche Ges. f. innere Med. 35. kongresszusának jegyzőkönyvéből (1923 április 9-én). Encephalitis-kérdés.

A bevezetésben előadottak után igen figyelemre-méltó, hogy a „striär“ mozgás-zavar — amely ha nem is az eloszlása, de a megjelenési módja szerint a „hemiballismus“-ra emlékeztet — a jobb és bal testfelet egyidejű mozgásba hozza. Nyilvánvalóan egy kezdetleges tömegmozgásról van szó, amelyet egy- vagy kétoldali „striopallidaris“ góc tételez fel, amelynél a másik testfél mozgása nincs legátolva és amely újlag mutat reá nyomattal arra, hogy a primitív motilitás kétoldali tevékenységre hajlik.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 április 14-iki ülése.

Elnök: Horváth Ákos.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutató:

Gerlőczy Géza: Korán kórismézett acusticus-tumor műtétileg gyógyult esete. 44 éves férfi 1922 nov. vége óta szenvedett b. o. fülzúgásban. Decemberben b. arcfelét megbénult, szédült és feje fájt. 1923 febr. 14-én a II. sz. belklinikára vétetett fel, hol teljes b. o. környéki faciális bénulást állapítottak meg s ennek helyét — az ageusia hiánya folytán — a gangl. geniculi feletti szakaszra tették. Udvarhelyi fülvizsgálata kiderítette, hogy b. o. cochleáris és vestibuláris bénulása is van s ezért a porus acusticus internus táján fejlődő acusticus-tumort állapítottak meg. Winternitz tanár megoperálta s egy a porusból kiinduló s a sziklacsonnal erősen összekapaszkodott, mintegy kismogyorónyi daganatot fejtett ki.

A 75—90% műteti halálozással járó kisagyhidszegleti daganat korai felismerésének jelentőségére hívja fel a figyelmet. A kórisme sokszor nehéz, még typosos tünetcsoport esetén is, lévén a tünetek a kisagy, a hid és a nyúltvelő daganatainál is azonosak; a pangásos papilla — mint esetében is — gyakran hiányzik. Külön érdekesség, hogy a daganat nem mutatta a Recklinghausen-féle neurofibromatosisnak acusticus-tumoroknál megszokott szöveti szerkezetét, hanem sarcomának bizonyult.

Winternitz Arnold: A kisagyhidszegleti daganatok nagy műteti halálozásának oka főleg abban keresendő, hogy a hátsó koponyaalap feltárása jelentékenyen nagyobb és veszélyesebb beavatkozás, mint az elülső. Ezenkívül az életfontos központok táján a daganatok méretei sokkal nagyobb jelentőségűek, mint a nagyagy daganatainál. Miután 3 cm átmérőnél nagyobb terjedelmű daganatot a beteg nem él túl, életmentően fontos a korai kórismezés.

Udvarhelyi Károly: Az életfontos korai diagnosis szempontjából ismernünk kell a tüneteket, melyek az acusticus-daganat gyanúját felkelthetik. Ilyen a gyógyíthatatlan fülzúgás, amely az acusticus-nyomatás első tünete; a nyomás fokozódása által beállt sükettség sokszor észrevétlenül fejlődik; ilyen továbbá a szédülés és tántorgó járás, mely a vestibuláris nyomás kezdetén áll be, továbbá a faciális bénulás. Ez szokta a beteget az orvos felkeresésére késztetni; de sajnos, alapos fülvizsgálásra még ez sem készteti sem a beteget, sem az orvost. Tehát minden gyógyíthatatlan fülzúgás és faciális bénulás esetében acusticus-daganatra kell gondolni és a vizsgálatot ez irányban is megjelteni.

Germán Tibor: A korai diagnosis a Röntgen-vizsgálat értékesen támogathatja azáltal, hogy a két porus acusticus internus lumenét összehasonlítva, azokat különbözőnek mutatja. Ez esetben a szövettani vizsgálat alapján úgy látszik nem az idegállományból, hanem az ideghüvelyről, a duráról fejlődött, vagy másodlagosan az ideggel összekapaszkodott rosszindulatú daganatról van szó, mely a porus acusticus internusban fejlődve, nyomásfokozás által végeredményben ugyanazon tünetcsoportot idézte elő, mint a „valódi“ acusticus-daganat.

Schuster Gyula: Felhívja a figyelmet arra, hogy a kezdeti tünetek (abducens, fac. bénulás stb.) esetleges lueses eredetét úgy dönthetjük el, ha a liquor megvizsgáljuk; a lumbal-punctio kezdeti szakban nem veszélyes, később azonban életveszélyt rejt magában. A betegséget kezdetén a fülészeti és Röntgen-vizsgálat is kimutathatja. A lues felvétele a vérsav- és liquorvizsgálat tökéletlenül végzése vagy, elmulasztása mellett évekre helytelen útra tereli a diagnosis, ahogy ezt egy esetben sajnálattal megfigyelhette.

Előadás.

1. **Petőnyi Géza:** Az intraabdominális nyomás fokozódása s a szívűködés közötti összefüggésről. Leírása egy új

vagusreflexnek: a préselésnél, tehát az intraabdominális nyomás hirtelen fokozásánál kifejezett bradycardia támad. A Valsalva-kísérlet magyarázata, ahogy azt az élettani tankönyvek tárgyalták, hibás. Nem az a fontos, hogy zárt glottis mellett erőtetett kilégzést végeztünk, hanem hogy az intraabdominális nyomás ilyenkor hirtelen növekszik. Az Erben-féle vagusreflex szintén ugyanezen mechanizmusra vezethető vissza, mivel leguggolás-kor az intraabdominális nyomás hirtelen fokozódik.

2. **Schnitzer Oszkár:** A helyi érzéstelenítés az urológiai sebészetben. 900 vezetési érzéstelenítésben végzett műtét és 62 sacralis érzéstelenítésben végzett cystoscopiai vizsgálat eredményéről számol be, amelyeket az urológiai klinikán 1920 óta végeztek. Ezek közül 308 eset paravertebrális, 320 eset sacralis és 272 vezetési plexus lumbális érzéstelenítésben történt. Az általános bőditást azért véli kikapcsolandónak, mert az operálandók legnagyobb része emphysemás, bronchitises, idős vagy elgyengült tbc.-és ember. A tökéletes anaesthesia mellett anodynák, hypnoticumok szükségtelenek. A vese-, vesemedence- és ureter-műtétek paravertebrális, — a hólyag-, prostata- scrotum-penis- és urethra-műtétek sacralis, — a here-, mellékhere- és ondósinórműtétek lumbális vezetési érzéstelenítésben történnek. Az érzéstelenítő eljárásoknál az alkalmazott novocain-dosis maximuma 1 gr, minimuma 0'25 gr (sacralnál). Legjobban tűrik a locális anaesthestist a leromlott betegek. Közbeiktatott bódulatot, mint szükségtelent, a műtét folyamán nem alkalmaznak. Az érzéstelenítési eljárásokat hullákon gyakorolják be; fontos a tüvezetés finomsága. A paravertebrális anaesthestisnél előforduló pleura-megsértetés 308 eset közül egyszer fordult elő következmény nélkül. A sacralis anaesthesia technikája legegyszerűbb, a legveszélytelenebb és kellemetlen mellék- vagy utóhatástól mentes. Cystoscopiánál csak az alacsony sacralis anaesthestist alkalmazzák (20 cm³ novocain), ugyanettől súlyos cystitisek esetében kitűnő eredményeket láttak, amennyiben a hólyag kapacitása 10 cm³-ről 100—120 cm³-re növekedett. Az eredmények 100%-osak, exitus, súlyosabb complicatiók nincsenek s ezért az urologusok részére a locális anaesthestist, főként a sacralis anaesthestist ajánlja.

Kluge Andre: Önészlelését említi, hogy a novocainnak kellemetlen psychés utóhatása van teljesen egészséges idegrendszerű emberen is. A sebészek túlságosan csak a fájdalom-érzés csillapítására figyelnek. Hasonló esetek értékelését nem lehet sem a neurosis diagnózisával, sem az idiosyncrasia semmitmondó emlegetésével elűzni.

Borszék Károly: Az előadó által említett kritikával szemben igen jó eredményeket látott tropococainnal végzett lumbal-anaesthestissel. Helyes technikával és óvatossággal veszélytelen eljárás, amely után még enyhe mellék- és utóhatásokat sem észlelt 1 1/2—2 órán át tartó tökéletes érzéketlenség mellett.

Frigyési József: Örömmel látja, hogy, mint nála a. más intézetben is rendszeresen helyi érzéstelenítésben végzik a műtéteket; mert az nemcsak veszélytelenebb, hanem kíméletesebb is. Az ezzel járó kisebb kellemetlenségért bőven kárpótolja a beteget, hogy megszabadul attól a sebfajdalomtól, mit a narcotizált a műtét utáni élményes, hánnyás és köhögés miatt szenved. Fődolog a veszélytelenség, ami egy azzal, hogy minél kevesebb érzéstelenítőt alkalmazzunk. Előadó jó eredményeit minimális novocain-fogyasztással érte el. A nögyógyászatban a sacralis érzéstelenítésnek ú. n. alacsony módja vetélkedik a parasacralis érzéstelenítéssel s így ahelyett használható laparotomiák és nagyobb hüvelyi műtétek esetében. Előnye, hogy részben a medence peritoneumát is érzésteleníti, hátránya a nehezebb technikája. A peritoneum alatti részek érzéstelenítésében nincs rá szükség, mert a parametran érzéstelenítés és a külső nemi szervek operálásakor a körülírtkendezés jól pótolja. Azt hiszi azonban, hogy férfiak húgy-ivarszervi betegségeinek kezelésében nagy jelentősége van a ma előadott sacralis érzéstelenítésnek. A másik, ú. n. magas sacralis érzéstelenítés, mely nögyógyászati laparotomiák esetében volna végzendő, még nem felelt meg mindenben a várakozásnak. Ezért itt még sokan a lumbális érzéstelenítés hívei. Ennek azonban hátránya az utána gyakran fellépő kínzó főfájás. Ezért ő nem végzi és ilyen esetekben a hasfal és a belső nemi szervek érzéstelenítését külön-külön igyekszik elérni.

Schnitzer Oszkár: A lumbális anaesthestist nem az általános sebészetben, hanem kifejezetten az urológiában tartja mellőzendőnek, mivel a sacralis anaesthesia azt teljesen pótolja és emellett teljesen veszélytelen.

A német belorvostársaság XXXV. kongresszusának üléseiről.

(Wien 1923 ápr. 9—12-ig.)

A német belorvostársaság XXXV. kongresszusát 1923 április hó 9-től 12-ig tartotta Wienben. A kongresszus elnöke, *Wenckebach* tanár, bécsi munkatársaival együtt nagy gondnal készítette elő az üléseket és sikerült néki az állam, a város és az összes hatóságok, valamint a wieni lakosságnak érdeklődését fölkelteni és hathatós támogatását megnyerni. Csak így volt lehetséges, hogy a kongresszusra érkező orvosok olcsó szállást, mérsékelt árú ellátást kaphassanak és hogy az üléseket a császári palota dísztermében tarthatták meg, az operában rendkívül mérsékelt helyárrakkal *Strauss* Richard „*Ariadne auf Naxos*” című gyönyörű művét hallgathatták és hogy a városházának hatalmas gótikus termében olcsó és kitűnő lakomázás közben kedves bécsi zenét, *Grünfeld* Alfréd zongorázását, *Hansi Niese* tréfáit élvezhették.

A kongresszuson igen nagy számmal vettek részt németországi orvosok, de sokan jöttek össze ez alkalomból a volt osztrák-magyar monarchia minden részéből (persze csak németek és magyarok) és így a kongresszus résztvevőinek száma rendkívül nagy volt.

A kongresszust *Wenckebach* nyitotta meg a művészet és az orvostudomány rokonságáról szóló előadásával, mely egész terjedelmében a „*Wiener klinische Wochenschrift*” ez alkalommal kiadott ünnepi számában jelent meg. Szép és szellemes fejtegetésének lényege az volt, hogy az, aki valóban orvos, valószínűleg művész is, mert nem fólhalmozott tudása, hanem egyénisége, természetadta tehetsége és kedélye teszik valóban orvosává és éppen ezen tulajdonságaiban áll oly közel és válik oly könnyen barátjává is a művészeknek. Az orvosnak is szüksége van nagy kéz ügyességre, érzékszerveinek gyakoroltságára; ez teszi őt művésztévé kifejtésére képesse és azt, amit elődeitől tanult, reprodukáló művészi képességével tudja csak alkalmazni a betegségek felismerésében és gyógyításában; de valóban művészé avatja az orvost teremtő és alkotó munkája, mellyel újat talál, mellyel kifejezésre juttat még addig el nem gondoltat, mellyel a holt anyagot életre hívja; ehhez fantázia, megfigyelőképesség, nagy elmélyedés, az intensiv gondolkodás isteni adománya kell. Nekünk a művészeknek kell megtanulnunk azt, hogy miként neveljük az orvost. A művésznevelők csodálattal tapasztalhatják azt, hogy a gyermek tulajdonképpen a művészi képességet magával hozza a világra és Goethe szavaival élve, oly értelmes, oly derűs és olyan ügyes, hogy az ember csak azt kívánná, hogy tovább ne képeztessek; mert hogyha a gyermekek oly módon fejlődnek tovább, mint ahogy gyermekkorukban mutatkoznak, akkor minden ember „genie” volna. A tudatos tudás a látottól látott tiszta képet elhomályosítja és így a tudás az alkotóképesség ellensége. Az ifjúság nevelőinek tehát nemcsak arról kell gondoskodni, hogy minden módon minél több ismeretet préseljenek bele az ifjú agyvelőbe, hanem arról is, hogy megvédelmezze és fejlessze az ifjúnak minden természetadta adományát. Gondoskodjunk arról, hogy az ifjúból a maga természetes hajlamainak szabad kifejlődése útján önállóan gondolkodó orvos fejlődhessenek.

Beszédében végül üdvözli a birodalmi német orvosokat, kiket arra kér, hogy midőn magukkal hozták derekas, erős németiségüket, vigyenek el cserébe egy szikrát a bécsiek művészi könnyűségéből.

A kongresszus első napjának főtémája a *járványos agyvelőgyulladás* volt. Referenciái: e járvány első felismerője, a wieni elme- és idegklinikai assistense, *Econom* tanár és *Nonne*, hamburgi tanár voltak. *Econom* azt fejtegette, hogy a járványos agyvelőgyulladás gyors elterjedésével szomorú hírességre tett szert és sokféle és sajátos tüneteivel az orvostudomány számára rendkívül érdekessé vált. Kétségtelen, hogy régebben is volt már hasonló epidémiás megbetegedés és ilyenek kell mindenek szerint tartanunk a tübingi álmokórosságot (1872) és az északolaszországi „nonát” (1890). A bécsi járvány 1916—17-ben jelentkezett anélkül, hogy ugyanabban az időben az influenzás megbetegedés különösebb mértékben elszaporodott volna. A járvány 1918—19-ben terjedt el Európában, amidőn az influenza is, és így legtöbbször a két betegséget a kórok szempontjából azonosították. Ez azonban nem jogosult mindaddig, míg az agyvelőgyulladás kórokozójának kérdése nem tisztázódik. Az eddigi vizsgálatokból csak annyit tudunk bizonyossággal, hogy a kórokozó úgynevezett filtrálható vírus. Igen különös az, hogy az állakisérletben hasonló betegséget lehet előidézni a járványos agyvelőgyulladásban elhalt egyének agyvelőjével, mint az ajaksömörből vett váladékkal, ha azt a nyúl szaruhártyájába oltjuk, sőt bakteriologiai vizsgálatok azt is kimutatták, hogy ugyanez a vírus egészséges emberek szájában is előfordul, valamint olyan egyének nyálában is, akik agyvelőgyulladásos betegek környezetében tartózkodtak. *Econom* az eseteknek csak mint-

egy 4%-ában állapíthatta meg a baj contagiosus keletkezését. Mégis a bakteriologiai vizsgálatok eredményére való tekintettel szükséges, hogy a betegekkel érintkezők szájukat gondosan ápolják és hogy a vánkoshuzatokat, zsebkendőket, melyeket a beteg használ, fertőzöttnek tekintsük.

A tünetek szerint a betegség három typusát különbözteti meg: 1. azt, amelyben az álmokórosság a főtünet és amely mérsékelt lázzal jár, melyben a szemizombénulás gyakori; 2. azt, amelyben álmatlanság, izgalmi tünetek, gyakran heves fájdalom után legtöbbször a vitustánchoz hasonló mozgások jelentkeznek; 3. a lappangva fejlődő időszült betegségi typusát, mely az egész test izomzatának merevségével jár. A kórjólás tekintetében mindig óvatosan kell nyilatkozni, mert a járványos időben a halálozási százalék 15—40% is lehet; a betegség hevenyész lefolyás után legtöbbször időszült előrehaladó betegség formáját ölti.

A betegség kedvenc lokalizációja a középponti idegrendszer szürkeállománya, melyben elsősorban egészen apró, csak görccs alatt látható góciókban okoz elváltozást, de különösen a középső és a közti agyban látjuk ezt, és éppen ezért rendszeren az agy ezen részeiben támad működési zavar. A szemizmok a középső agyból idegeztetnek be és sok támpontunk van arra, hogy az izomzat akarattól független tónusos beidegzését, valamint az alvást a középső és a közti agyvelő szabályozzák.

A betegséggel rendszeren megváltozik a betegek pszichéje is; különösen feltűnő a környező világgal szemben való apathiajuk és az akarat impulzusának hiánya; néha meg éppen ellenkezőleg az akarat értelmetlen túltengése, anélkül azonban, hogy a betegek intelligenciája csökkönjen volna. Az elmeorvos számára újdonság az, hogy ilyen pszichés zavarok a középső és közti agy anatómiai megbetegedése következtében támadhatnak, és ez a megállapítás a psychosikok kutatása szempontjából nagy jelentőségű.

Az agyvelőgyulladás másik referense, *Nonne* tanár (Hamburg), rámutatott arra, hogy csak igen kevés beteg gyógyul meg, hogy a betegség acut és időszült stádiuma között néha igen hosszú, teljesen normális időszak is lehetséges és ezért a pontos kórjólás tulajdonképpen lehetetlen. A kóros állapot fejlődését illetően, hasonlóan a metalueses betegségek keletkezéséhez, toxihatásnak is tulajdoníthatnánk jelentőséget. Fontos kérdés, hogy a máj működés-zavara primár vagy secundár természetű-e, mert el lehetne gondolni, hogy itt elsősorban egy a máj működését szabályozó agyvelői központ sajátos megbetegedéséről van szó. Az időszült megbetegedések csoportja ismét három csoportba osztható: 1. amelyben a pszichés tünetek a legkifejezettebbek; 2. amelyben legkifejezettebben a mozgató rendszer károsodott; 3. amelyben az általános anyagforgalom zavart. Gyakran az egyetlen tünet az egyéniség megváltozása az intelligencia zavara nélkül. Kétségtelen, hogy az agyvelőgyulladás tanulmányozása az idegrendszerre vonatkozó ismereteinket értékes adatokkal gazdagította.

A vitában résztvettek: *Stieffler* (Linz), aki oly esetekről számol be, melyekben a családi kontaktfertőzés kétségtelen volt; a lappangás ideje 12—14 napra tehető. *Jaksch* (Prag) a következőkre hívta fel a figyelmet: élesen meg kell különböztetni a heveny és időszült betegségeket. A májműködés zavara még kétségtelen megállapítást nem nyert. Gyógyítási eredménye még nincsen. Rámutat a betegség szociális jelentőségére és fontosnak tartja, hogy gyűjteményes kutatás rendszeresítessék. *Billigheimer* (Frankfurt a/M.) a kénésbedörzsoléstől látott jó eredményt úgy hevenyész, mint időszült esetben. *Stern* (Göttingen) a reconvalensciens vérsavóját találta hatásosnak, de 203 beteg közül 140 gyógyíthatatlan maradt. *Benedict* (Budapest) az intravenás calciuminjekciókat ajánlja. *Frank* (Breslau) ezzel kapcsolatban rámutat arra, hogy a „decebrated rigidity” peripheriásan is befolyásolható pl. egy végtagon a verőérbe adott scopolamin-befecskendezéssel. *Herschmann* (Wien): A malária-oltás 32 időszült beteg állapotán csak öt esetben javított, de ez a javulás nem volt összehasonlítható azon kedvező eredményekkel, melyeket *Wagner-Jauregg* klinikáján paralyssis és sclerosis multiplexes betegekben észlelt. *Schmidt* (Prag) felemlíti, hogy a kenőcsösarc feloldali is lehet; többször észlelt aorta-fájást is. Ő az influenza és az encephalitis kórokozóját egységesnek tekinti és a különbséget csak abban látja, hogy az embereknek A typusa a lélegzőtraktusával reagál a vírus hatására, B typusa pedig inkább a középponti idegrendszerével. A betegség gyógyítási eredményei semmik és óva int, nehogy különböző anyagok befecskendezésével góc-reakciókat idézzünk elő. *Luger* (Wien) a histológiához szól hozzá. *Lauda* (Wien) Levaditi nyomán végzett vizsgálatairól számol be. *Doerr* (Basel) hangoztatja, hogy a nyúlkísérlet alapján el van döntve, hogy az encephalitis betegek gerincfolyadéka és agyállománya ugyanazt a virust tartalmazza, mint a herpes labialis. A svéd kutatók (*Kling*) vírusa a nyúlba oltva granulomatosis okoz és parasitákat tartalmaz és ezért nem tartja azonosnak az agyvelőgyulladás vírusával. Végül *Wagner-Jauregg* kijelenti, hogy jóllehet az *Econom* által leírt esetek az ő klinikáján feküdtek, a betegség felismerése kizárólag *Econom*

érdeme. A zárszóban Nonne kiemeli még Eskuchennek a gerincfolyadékra vonatkozó vizsgálatait és hangoztatja, hogy gyógyító hatást eddig semmiféle szertől nem látott, még a malária-oltásoktól sem, de megemlíti, hogy újabban Boss (Brema) hevenyes esetekben a trypaflavintól látott jó eredményt. A.

(Folytatjuk.)

A Közkórházi Orvostársulat 1923 április 11-iki ülése.

Elnök: Haberern J. Pál.

Jegyző: Toldy Loránt.

Bemutatók:

1. Zalka Ödön: *Angioma arteriale cerebelli* 24 éves, hetedik hónapban terhes nő boncolásánál a jobb oldali arteria cerebelli inferior anteriorból a kisagyvelő felszínén ferdén haladó, 3–4 mm vastag arteriális ágat talált, mely a kisagy felső oldalán ötkoronásnyi területen kanyargós erekből álló érfontot képez. Az összes agykamrákat alvadt vér tölti ki. A vérzés területében sok tág ér található. A kép angioma racemosum arteriálisnak felel meg, melyből az irodalomban csak 11 eset van felemlítve.

Eisenmann Oszkár: *Fejtrauma után létesült angioma racemosum* esetét volt alkalma észlelni, amely Jackson-rohamokhoz vezetett. A trauma alapján támadt angioma kiindulását a Bollinger-féle apoplexia analogiájára az intima repedésében találja.

2. Jakubovich Lajos: *Chrobak-műtét után a csonkban fellépő portiocarcinoma esete.* V. Bálintné 33 éves, egyszer szült nőnél 1920-ban egy sebészi osztályon Chrobak-műtétet végeztek az egyik ovarium megtartásával, de a visszahagyott csonkban carcinoma fejlődött, amelyet Bäcker főorvos távolított el a petefészekkel együtt. Az eltávolított csonkban ureterdarab is volt, ami végül a vese eltávolítását is szükségessé tette (Rihmer). Foglalkozik azon kérdéssel, vajon vérző, erosiós porcióssal szövődött méhdaganatot tanácsos-e Chrobak szerint operálni s érdemes-e conservative bennhagyni egy ovariumot? Meggyőződésük alapján osztályukon fibromyomákat totalexstirpation útján távolítanak el, Chrobak-műtétet pedig csak kivételesen végeznek, főleg virgókánál.

Schmidlechner Károly: *Chrobak* mellett a hüvely tovább secernál, zsugorodása nem következik be s ezért csak kényserítő ok esetén végez totalexstirpációt.

Fratrits Jenő: a *Chrobak*-műtét mellett foglal állást.

Jakubovich: A hüvely kiszáradását, zsugorodását, a genitáliák eczemáját nagy exstirpációs anyagukon sohasem tapasztalta.

3. Taschek István: *Magzatelhajtással okozott súlyos méhsérülés műtéttel gyógyított két esete.* Az első eset kapcsán beszámol egy 34 éves nőről, kit bűzös lázas abortus melletti többszörös perforatio miatt szállítottak be a gyöngyösi-úti szülészeti osztályra. Totális kiirtás után teljes gyógyulás. A második esetben a cervix egész hosszában a belső méhszájig fel van hasítva, a hátsó hüvelyboltozat is szét van roncsolva. Műtét után gyógyulás. Az uterus sérüléseinek ellátását a sérülés mineműsége szabja meg. Prognosis annál jobb, minél előbb kerül az eset műtetre.

Singer Hugó: El kell oszlatni azon hitet, hogy az abortus kezelése könnyű és veszélytelen.

Nádory Béla: Tiltakozik az aseptikus orvosi sérülések eseteiben a gyakran végzett totalexstirpációk ellen, ha sepsis vagy súlyos vérzés nem indikálja.

Fratrits Jenő: Három eset ismertetésével világít rá a perforatio utáni műtéti beavatkozás idejének fontosságára.

Fischl Armin: Hivatkozik egy régebben bemutatott esetére s egy újabbról referál, amelynél csak a próbaparatoma derítette ki, hogy retro-, illetve subperitoneális haematoma volt a gravid uterus mellett.

4. Csutorás Sándor: *Witzel-féle cholecystektomia után keletkezett 10 hónapig tartó icterus okozó epecysta gyógyult esete.* Egy 38 éves nőnél más osztályon 8 hónap előtt epekó miatt retrograd subserosus cholecystektomiát végeztek Witzel szerint. A növekvő icterus miatt Pólya főorvos megoperálta s a máj alsó felszínén egy ökölnyi és egy vele közlekedő diónyi epecystát talált. A subserosus epecysta úgy keletkezett, hogy a cystikus csonk a leköltés lecsúszása vagy átvágása miatt átjárhatóvá vált s az epegyülem összenyomta az epeutakat.

Előadás:

5. Ilk Viktor: *A thoracoplasticáról.* Sérüléses eredésű idült empyema két esetében végzett teljes sikerrel intrapleurális thoracoplasticát Schede szerint. A harmadik esetben extrapleurális thoracoplastica után sipoly maradt vissza. Két gümös eredésű empyemánál az egyik javult, a másik meghalt. Arra kell töre-

kedni az acut empyemák műtéti kezelésénél, hogy elejét vegyék a merev falú „holt” üregek keletkezésének. Esetei az intrapleurális plastica fölényét igazolták az extrapleurálissal szemben.

Terray Pál: Sokáig elhúzódo empyema-esetekben maga is indikálja a thoracoplasticát. Felhossa egy német katona esetét, kinek összes bordáit Körte professor resecálta s kinek oly nagy ürege volt a bal mellkasfalban, hogy a szívet a pericardiummal fedve látni lehetett. Ebben az üregben Genfből öt órát csempészett át a határon Németországba.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A gyomorfekélyek és rokon megbetegedések gyógyítása mély Röntgen-sugarakkal. A. Schulze-Berge. (Strahlentherapie. XIV. k., 3. füzet.)

A szerző mint sebész foglalkozik a kérdéssel s azon eseteket kezelte, melyek a belgyógyászati kezeléssel dacoltak, de sebészi beavatkozást (stenosis, homokóragyomor) nem tettek feltétlenül szükségessé. Általában 40% kötőszöveti izgató dosist használt, de makacs esetekben 60% HED-et is alkalmazott. A besugárzást 69 cm-ről 6–8 órán át végezte. Boncolásra egyetlen esete sem került, úgyhogy anatómiai tekintetben vett gyógyulásról nem beszélhet; azonban az esetek túlnyomó részében teljes klinikai gyógyulás következett be. A besugárzást ambulánsan végezte, amennyiben a betegek a besugárzás után csak pár napig feküdtek, ameddig t. i. a Röntgen-kater tartott. 77 beteget kezelte így, melyek közül kilenc ezen kezeléssel is dacolt. 16 esetben lényeges javulás állott be, nemcsak a betegek bemondásai alapján, hanem objective is. Végül 52 betege teljesen meggyógyult. Eredményeit annál figyelemreméltóbbnak tartja, mert azokat nehéz testi munkát végző gyárimunkásoknál érte el, akik a kezelés mellett még legalább egy félévre előírt diétát és kímélést saját bevallásuk szerint is, nem tartották be.

Tóth Kálmán dr.

A Hay-féle májműködési próbáról. Simon. (Klin. Wochenschrift 1923, 11. sz.)

Kivitele; 10–12 cm³ friss és átszűrt vizeletet egy Petri-csészébe öntünk és a vizelet felszínére egy késhegynyi sulfur sublimatumot szórunk. Epesavak jelenlétében a kénsemcsék leszálnak a fenékre és ott finom csapadékot alkotnak. A próbának egyik hibája, hogy nem specifikus, mert a felszíni feszültség csökkentését — amin a próba alapszik — sok más a vizeletben előforduló anyag is okozhatja. Quantitativ meghatározásokra egyáltalán nem alkalmas. Egyszer úgy erősebb a reakció, ha friss a vizelet, máskor meg, ha már állott. Hogy egy szívbjajos beteg a májműködés zavarát kimutassuk, erre sem jó a próba; jobban bizonyít az urobilin és urobilinogen megjelenése a vizeletben. Májzsugorodás eseteiben sem mindig pozitív a reakció. Viszont egészséges emberek vizeletével nagyon sokszor sikerült a próba. A szerző végső következtetése ez: a próbát nemcsak epesav okozza, mert igen sok egészséges vizeletben pozitív, viszont súlyos májsérülésekben negatív. Mint májműködési próba egyáltalán nem használható. Használható esetleg arra, hogy egy folyadék felszíni feszültségét mérjük vele.

Sarvay dr.

Epe- és purinanyagcsere. Harpuder. (Klin. Wochenschrift, 1923, 10. sz., 436. o.)

Kísérleteit Brusch és Rother azon vizsgálatainak ellenőrzése céljából végezte, melyek szerint a szervezet az epével 0'1–0'2 gr endogen húgysavat választ ki naponta s ez a mennyiség exogen purinbevitel útján még lényegesen fokozható is. Harpuder velük szemben azt találta, hogy húgysav-fisztulán nyert nagymennyiségű epében is gravimetriás úton csak néha s akkor is elenyésző mennyiségben mutatható ki, míg kolorimetriás eljárással bár rendszeresen, de ugyancsak kevés húgysavat lehet az epében kimutatni; ez a húgysavmennyiség nukleinsav per os bevétele után, vagy húgysav intravenás befecskendezésére is csak kevéssé fokozódik. Epekővekben húgysavat egyáltalán nem talált. Brusch-sal és Rother-ral szemben azt tartja, hogy az epe útján történő húgysavkiválasztás oly csekély, hogy a purinanyagcsere vizsgálatának eredményeit számottevően nem befolyásolja s nem magyarázható meg vele a purintestek per os vagy parenterális adásakor létrejövő deficit sem. Eredményeit megerősíti az is, hogy icterusos betegek vérében még teljes obstructio esetén sem talált a rendszernél nagyobb húgysavértéket.

Pákozdy dr.

A renális szivtúltengés kérdéséhez. L. Braun. (D. Arch. f. klin. Med. 141. k., 1–2. füzet.)

Három esetben egyoldali ureter-compressio következtében támadt hydronephrosis balszív-hypertrophiához vezetett. A vizelet pangása következtében a húgyutakban fokozódó nyomás az erek összenyomása által a vesében keringési akadályt okoz, ami legerősebben a vas-afferensben akadályozza az áramlást. A vizeletválasztás ilyen körülmények között csak akkor lehet-

séges, ha a vas-afferensben is fokozódik a vérnyomás; ily módon a vérnyomás fokozódásának és a balszív-hypertrophianak az oka a vesében van és főképen a mechanikai viszonyok változásában keresendő.

Boros dr.

A vesebetegségek jelenlegi kórtana és gyógyítása. Ueber. (D. m. W. 1923. 12. sz.)

A nephritis, nephrosis és nephrosclerosis tüneteinek csoportosítása után két beteg kórtörténetét közli, akiknek teljesen negatív klinikai veselelete van és ennek dacára mindkét esetben neuroretinitis albuminurica a szemfenéki kép. Fölfogása szerint ezen szemelváltozásnak sem az albuminuriához, sem a veséhez köze nincs, ez csak részjelensége valamely általános érelváltozásnak, tehát az arteriosclerosisnak már abban a szakában keletkezhet, mikor a vese még teljesen ép.

Kiss József dr.

Sebészet.

A. n. medianus sarcomája. Guire and Burden. (Surg. Gyn. a. Obstr. 1922. 35. k., 4. sz.)

40 éves asszonynak a n. medianusból kiinduló, 15 cm hosszú, 4¹/₂ cm széles daganatot távolítottak el. Szövetteni lelet: Orsósejtes sarcoma, helyenként óriás sejtekkel, mely valószínűleg neurofibromából indult ki. Öt hét múlva kiújulás, amputatiót a beteg megtagadja, azért Röntgen- és rádiumkezelés, mely eredménytelen. Három hónap múlva amputatio. Az irodalomban kevés eset ismert.

Takács.

Ulcus duodeni: lobosodás és sárgaság. H. Zoepffel. (Zentrbl. f. Chir. 1923. 8. sz.)

Három icterus esetéről számol be, melyek fysicalis vizsgálattal heveny cholecystitisre engedtek következtetni, műtétnél azonban az epehólyag és az epeutak kóros elváltozást nem mutattak, ellenben a duodenum mellő falában a pylorushoz közel fekély volt. Feltűnő volt az esetekben a duodenum nyálkahártyájának kiterjedt lobos duzzanata és a savóshártya kifejezett vérbősége. Az esetek bizonyítékai annak, hogy idült gyomor- és duodenum-fekélyeknél heveny gyulladás léphet fel, mely a papilla Vateri elzáródását okozhatja. A heveny gyulladás tüneteinek ritkábban súlyosak annyira, hogy a sürgős műtét megokolt volna, ezért nem is észlelhető oly gyakran a fenti műtéti lelet. Ha a műtetre a lobos fekély megnyugvása után kerül csak a sor, kiterjedtebb összenövések, esetleg a choledochus szögletbetörése észlelhető a lezajlott heveny folyamat maradványaként.

Krüger Viktor dr.

Heveny lobos bédaganat három esete. (Ascaris által előidézve.) Andrassy és Kurt Himmelreicher. (Zentralbl. f. Chir. 1923. 3. sz.)

Három esetükről referálnak, melyek közül egy hetek óta betegeskedik, a másik kettő előzőleg teljesen jól érezte magát, mind a három 24—36 óra óta heveny appendicitis tünete között kerül rögtön műtetre. Mind a három esetben friss gyulladással ileocecalis daganatot találnak, egy esetben resectio ileocecalis, két esetben appendectomy történik. A resectió eset szövetteni képe a heveny gyulladás jeleit mutatja, specifikus folyamatnak nyoma nincs. A másik két esetben a bennhagyott ileocecalis daganat conservatív kezelésre visszafejlik. Az első eset anamnesisében véres székletben kimutatott ascaris-petékrol van szó, a másik két esetben az utókezelésben alkalmazott féregűző kúrara távoznak ascarisok. Oxyurist az eltávolított féregnyúlványban nem találtak. Eseteik magyarázatára felveszik, hogy az általában magasabb bélrészletekben tanyázó bélféreg a coecumba bevándoroltak és ott nyálkahártya-sérülést okoztak és ezen nyálkahártya-hiányon át történő másodlagos fertőzés idézte elő az ileocecalis daganatot okozó heveny gyulladást.

Krüger Viktor dr.

Hernia intersigmoidea incarcerata. Fritz Erkess. (Zentralblatt f. Chir. 1923. 8. sz.)

21 éves betegnek 24 óra óta heves hasfájdalmi vannak a bal hypogastriumban. Az észlelt tünetek alapján a kórisme situs viscerum inversus melletti appendicitis. Műtétnél kiderül, hogy az erősen jobbfelé nyomott leszálló remese és a sigma előtt egy vékony bélkacs húzódik harántul balfelé, a recessus intersigmoideusba, mely a bélkacs csúcsát tartalmazza. Az incarceratiót a gurdély elzárásával oldják meg. Sima gyógyulás. Az ehhez hasonló, kevés számú közölt esetben a hajlamosító okok-nevezetesen a sigma rendellenesen mozgékony volta és a tág gurdély világrahozott eltérésén alapulnak.

Krüger Viktor dr.

Útőrkörűli sympathectomia arteriosclerotikus üszkösödésnél. Hermann Matheis. (Zentralbl. f. Chir. 1923. 8. sz.)

Két esetben a lábon és alszáron jelentkező aggkori üszkösödés miatt a Leriche és Brünning ajánlotta sympathectomiát kísérte meg. Helyi érzéstelenítésben a comb felső harmadában kb. 12 cm hosszban szabadá tette az art. femoralist és annak adventiciáját körülbelül 10 cm-es darabon lehámozta. A műtétek után csak muló, legfeljebb néhány hétre terjedő javulást látott, de az amputatiót elkerülni nem lehetett. Véle-

ménye szerint sympatectomia után az apróbb véredények tágulnak, ezekben pangás lép fel, a vizenyösen beivódott szövetek nyomják a kis véredényeket, ami megint csak láplálkozási zavart, elhalást eredményez. Ezért a műtét egyedüli haszna az amputatio idejének elodázása lehet csupán.

Krüger Viktor dr.

A sebdrainezésről. Madlener. (Zentralbl. f. Chir. 1923. 7. sz.)

Mindennemű drainezéshez a kötszerrel együtt sterilizálható, megfelelő nagyságúra kivágott és összegöngyölt pergament-papírost használ, melynek alkalmazása éppen úgy történik, mint a más anyagból készült drain-csővéké. Előnye ezekkel szemben, hogy a sebvadékokban kellőképpen ellágyul, nem tapad, nem izgat s mégis kitünően vezet.

Krüger Viktor dr.

Gyermekorvostan.

A veleszületett syphilis ellen való védekezésről. Wagner. (Mediz. Klinik. 1923. 1. sz.)

Ma, amikor már uralkodóvá vált az a nézet, hogy minden lues congenitában szenvedő gyermek anyja syphilissel okvetlenül inficiálva van, rendkívül nagy a jelentősége a Wassermann-reactionnak, melynek positiv volta nem egyszer az egyedüli jele a latens luesnek s kezünkbe adja a lehetőséget, hogy a magzatot az anyja kezelése által már intrauterin megvédjük a fertőzéstől. A prágai női klinikán megjelenő összes gravid- és szülő nők közül a Wa. R. szerint 6⁶/₁₀-a luessel fertőzött, szemben a serodiagnosos eljárások ismerete előtt összeállított statisztikák 2²/₁₀-ával. Kívánatos volna minden gravid nőnél, születendő gyermeke érdekében, vérvizsgálatot végezni, és pedig lehetőleg a terhesség első hónapjaiban. Egyrészt azért, mert a magzat placentaris úton rendszerint az V—VI. hónaptól kezdve fertőződik s ha az antilueses kezelést ezt megelőzőleg kezdjük meg, akkor lehet a legtöbb kilátásunk a magzat megóvására. Másrészt a terhesség második felében s főként a legvégén a vér Wa. R.-ja igen gyakran inspecifikus positivitást mutat s ezáltal veszt meg megbízhatóságából. A nem kezelt lueses nőktől származó gyermekeknek csak 25⁰/₁₀-a az élve született. Higany- és jóddal kezeltéknél már 80⁰/₁₀-a az élve született. Higany- és jóddal alkalmazásánál újabbán 84⁰/₁₀-a, sőt Meyer szerint nagyon energikus antilueses kúra mellett 97⁰/₁₀-a emelkedett az élő gyermekeknek száma s ezeknek 84⁰/₁₀-a egészséges volt. Kétségtelen, hogy a gravid nők érzékenyebbek a salvarsannal szemben, éppen ezért a kezelés contraindicatióit a rendszerint is óvatosabban kell felállítani.

Malatinszky Vilma dr.

A csecsemőgümőkór kórjólata. Langer. (Münch. med. Wochenschrift, 1923. 3. sz.)

Hosszú időn át megfigyelt és észlelt 140 esetéről számol be. Míg azelőtt a csecsemőkori tuberculosis prognosistát abszolút pessimistikusan ítélték meg, ő halálozást csak 60⁰/₁₀-ban észlelt, ellentétben Harms (Mannheim) statisztikájával, aki a tuberculosisos csecsemőhalálozás számát csak 11⁰/₁₀-ra teszi. Langer 18 hónapos korig észlelte a csecsemőkort, a tuberculinreactio minden esetben positiv volt, sőt Röntgen segítségével is észrevehető volt a megbetegedés. Ez a 60⁰/₁₀ mortalitás a Kaiserin Auguste Victoria Krankenhaus súlyosbeteg-anyagára vonatkozik. De nemcsak, hogy nem abszolút rosszindulatú a csecsemőkori tuberculosis, hanem megvan a teljes regenerálódási lehetőség is, ami felnőtteknél teljesen hiányzik. Ennek igazolására négy kórtörténetet közöl. 2—8 hónapos csecsemőkét, kiknél magasabb hőemelkedés, erősen positiv cutan-reactio s Röntgennel határozottan észlelhető tenyérszín infiltratio volt, kik mind a négyen meggyógyultak és 4—5 éves korukban a Röntgen-vizsgálat teljesen ép tüdőt mutatott. Ezen sorozatos vizsgálatoknál feltűnt, hogy tuberculosisos szülőktől származó gyermekek legnagyobb részét chronikusan lefolyó tuberculosisban szenvednek (42 beteg közül az arányszám 35⁷/₇), míg egészséges szülők tuberculosisos gyermekei acut tbc.-s megbetegedésben pusztulnak el (arányszám kb. ugyanaz), vagyis beteg szülők gyermekei kifejezett ellenállóképességgel rendelkeznek az acut megbetegedések iránt. Hogy ez activ vagy passiv immunisatio-e, azt eldönteni egyelőre nem tudják. A szerző beteganyagából éppen azon csecsemők gyógyultak meg nagyobb számmal, kik súlyos beteg szülőktől származnak, azonban ezen környezetből igen hamar kikerülnek és így a superinfectióra lehetőség már nincs.

Goldsmann Géza dr.

A harmadik nemzedéknél észlelt veleszületett syphilis esete. Kraus, Prága. (Monatschrift f. Kinderheilk. 1922. 3. füzet.)

Négy hónapos csecsemő, mindkét felső végtagja osteochondritis luetica. Wa. R. +. Antilueses kezelésre rövidesen javul. A csecsemő anyja 23 éves, egyetlen élő gyermeke volt anyjának. Nála is egyhetes korában a bába a talpakon gyanus kiütést látott, melyet a cseh-gyermeklinikán luesnek minősítettek és aszerint kezeltek. Jelenleg pupillamerevség, anisocoria és a Wa. R. + volta szólnak lueses megbetegedés mellett. Férje 25 éves, egészséges, nála a Wa. R. negativ. A csecsemő nagyanyja 56 éves, négy ízben volt terhes; az első két macerált magzattal, a harmadik abortussal végződött, a negyedikből született a csecsemőnek anyja. A nagyanyánál a Wa. R. most

is positiv. A felsorolt eset megfelel mindazon követelményeknek, melyek szükségesek ahhoz, hogy a syphilisnek a III. generatióig folytatódó infectiositását feltételezhesse. Ezen követelmények a következők: 1. A második generatio veleszületett syphilise kétségtelen legyen. 2. Szerzett lues a második generatióban kizárt legyen. 3. A harmadik generatio luese kétségtelen legyen. 4. A lues cong. a II. és III. generatióban röviddel a születés után kell hogy megnyilvánuljon, hogy a korán szerzett luest kizárhassuk. Ilyen kétségtelen eset az irodalomban még kevés van leírva.

Vas J. dr.

Bőr- és nemikórtan.

A nervus acusticus megbetegedése a syphilis korai stádiumában és annak diagnostikai és prognostikai jelentősége. M. Bab. (Deutsche med. Wochenschr. 1923., 7. sz.)

A nervus acusticusnak legtöbbszörre subjectiv panaszokat nem okozó elváltozásai a korai syphiliséhez az esetek 75%-ában mutathatók ki. Már igen korán, a fertőzés első hetében, kimutathatók szakszerű fülészeti vizsgálattal a n. acust. megbetegedései (eltérési reactio, nystagmus), és így vitás fertőzéseknél, ulcus mixtumnál egész pontos korai diagnosztis tesznek lehetővé. Prognostikai szempontból is érdekes megfigyeléseket tett a szerző. Ugyanis az abortív kúra azoknál, akiknél volt acusticus-tünet, csak 70%-ban vezetett teljes gyógyuláshoz (1 1/2 évi megfigyelés!), míg negatív acusticus-tünet mellett az esetek 100%-ában.

Steiger-Kazal.

A gonorrhoeának rézsókkal való gyógykezeléséről. Nost és Wiese. (Dermat. Wochenschr. 1922., 52. sz.)

Neisser óta a főcél az volt, hogy lehetőleg a húgycső nyálkahártyájának sérülése nélkül pusztítsák el a gonococcusokat. E célra különböző kémiai készítményeket, 42° C melegfürdőket, a parenterális fehérjetherapiát alkalmazta (tej, casein, terpentin stb.). Legújában a colloidális ezüstkészítményeket alkalmazta. Szerző a női gonorrhoeánál a rézsók alkalmazását kísérlete meg. A rézsókat physiologiás konyhasóoldattal vegyítette 1:2000 vegyítésben és ezen oldatból 2-4 naponként 3-5-7 1/2-15 cm³-ig per os adagolt. Az urethra helyi gyógykezelését mellőzte. Esetenként összesen 2-8 injectiót adott. E kezeléssel a szerző feltűnően szép eredményeket talált. Téglássy dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die Ernährung gesunder und kranker Kinder. Dr. Edmund Nobel, Wien. (Rikola-Verlag, 1923. 70. oldal.)

A füzet címe tulajdonképp nem pontos megjelölése tartalmának, amennyiben az kizárólag a Pirquet-féle táplálási rendszer és elmélet újabb ismertetése és propagandája. E tény megállapítását azért tartjuk szükségesnek, mert hisz a wieni gyermek-klinikán és Ausztria azon helyein kívül, ahol amerikai gyermek-étkeztetés folyik, a Nem-rendszer tudunkkal nem nyert alkalmazást és nem fogadtatott el oly általánosságban, semhogy a füzet címéből az egészséges és beteg gyermek táplálásának ezen egyoldalú szempontból történő tárgyalása önként értendőnek. E megállapítás korántsem célozza a rendszer kritikáját, amelyre e helyütt érdemileg nem óhajtunk kitérni. A füzet elméleti és gyakorlati részre oszlik s az első 37 oldalon a Nem-rendszer kivonatossá és rövidített ismertetését tartalmazza világos és könnyen érthető módon, s így mintegy a „System der Ernährung” I. kötetének excerptuma, természetesen az eredeti momeklaturán azóta tett változtatások figyelembevételével. (Gelidusi=Pelidisi.) A tápszerek kémiai csoportosításánál az újabb kutatások eredményeképp helyet kapnak a vitaminok is, sőt a C-vitamin készítésére vonatkozólag a gyakorlati részben recipék is található. Az egész elméleti rész hűen tükrözi vissza Pirquet különös és sajátos felfogását a táplálkozás physiologiájáról, az egyes tápszerek és tápanyagok biologiái értékéről, az ossztáplálék-szükséglet kiszámításáról. A második, gyakorlatinak nevezett részben ismét kizárólag a wien-i iskola egyedülálló nézetei jutnak érvényre úgy az egészséges, mint beteg csecsemő, illetve gyermek általános és speciális diatetikájánál (pl. a szoptatás kiterjesztése a 12. hónapig, a zsírszegény és túlszénhidrát-dús táplálás, 17%-ig való cukrozás). E rész egyébként korántsem teljes és kimerítő diatotherapia, sokkal inkább csak a wien-i iskolának néhány diateta-schemáját tartalmazza, úgyannyira, hogy ez a rész, főleg pl. a bélhuzam megbetegedéseknél hézagosan-kompendiumszerű s régismert és meg nem cáfol irányelvekről, mint pl. a rothadás-erjedés diatétis kiegyensúlyozása, említést sem találunk, nem szólva arról, hogy a csecsemő-diatetika újabb (voltaképp rehabilitált) és kitűnően bevált vívmányai, mint a vajlisztleves, — alighanem az iskola „horror ab axungia”-ja következtében, ugyancsak teljesen mellőzöttek.

Dr. Bosányi Andor.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1923 április 21-iki ülésének napirendje: Bemutatás: Rosenthal Jenő: Pseudoleukaemia különös esete. Előadás: 1. Csepai Károly: A valódi adrenalin-érzékenység meghatározásának klinikai jelentőségéről. 2. Schill Imre és Tatai József: A vízkísérlet befolyása a vérnyomásra.

Külföldi előfizetések 1923-ra egy évre: Cseh-Szlovákiában Eleőd Solt, O. H. úrnak küldendő 60 cs. K (Katalinahuta Novohradska 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, átutalando a Magyar Országos Központi Takarékpénztár Kálmán-téri fiókjánál számlánkra.

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

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

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

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

Orvosi hír. Molnár Béla dr., v. belklinikai tanársegéd rendelését új lakásán folytatja Karlsbadban. (Alte Wiese 4. „Deutsches Haus“.)

Lapunk mai számához Dr. S. Freund: A mindennapi élet psychopathológiája című mű prospectusa van mellékelve.

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

Hűvösvölgyi Park-sanatorium Klimatikus, physicalis és diatétis gyógyintézet Budapest I, Hidegkúti-út 78. Telefon: 50-37 és 145-90. Bel-idegbetegyek és üdülők részére hízó- és fogyókúra. Vizsgyógyintézet, elektrotherapia, orvosi laboratórium. Bejárók részére vizsgyógyintézet is.

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

RÖNTGEN-ODELGA

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, sz. savas, villamos fény- és négyrekeszes fürdők; orvosi massage; quarsfény; Röntgen

VÍZKÚRÁK ÉS DIAÉTÁS KÚRÁK

Dr. Pajor-Sanatorium újonnan berendezett I. degbetegyek, bel- betegyek és üdülők gyógyhelye.
vizsgyógyintézetében Budapest VIII, Vas-ut. 17

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest.

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

Dr. Szili Sándor orvosi laboratóriuma. Budapest V, Nagykorona-u. 32. Telefon 87-75.

PÁLYÁZATOK.

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

1. Budafokon évi 63.000 K. díjazással.
2. Erzsébetfalván a Klapka-utca, Lázár-utca, a Klapka-utcától a Soroksár felé eső rész, az egész Klapka-utca, a Jutagyártól, az Alsó határ-ut, egész a Soroksári-út közötti részre, évi 50.000 K. díjazással.
3. Kispesten az Eszterházy-utca, Rákóczi-utca és a Személtanyai vasútvonal által határolt területre évi 48.000 K. díjazással.
4. Békásmegyér, Csillaghegy, Budakalász, Kissing-telep területére évi 35.000 K. díjazással.
5. Páty községre évi 25.000 K. díjazással.
6. Abony községre évi 30.000 K. díjazással.
7. Pilisszentiván községre évi 30.000 K. díjazással.

A feltüntetett illetményekhez a pénztár által mindenkoron megállapított (ezidőszereint 240/0-os) pótlék jár. A pályázati kérvények, amelyek oklevélmásolat, curriculum vitae, születési bizonyítván és az eddigi orvosi szolgálatot bizonyító iratokkal felszerelendők, f. évi április hó 28-áig bezárólag ezen pénztár elnöki osztályába VIII. Köztemető-út 19/b. I. emelet 34. sz. alatt nyújtandók be. A megválasztott orvosnak a kijelölt körzetben állandó lakással kell bírnia és az állás az alkalmazást követőleg nyomban elfoglalandó. Budapest, 1923 március 23. Dr. Angyal s. k. a népjóléti és munkaügyi miniszter által a pénztár vezetésével megbízott miniszteri tanácsos.

A szabolcsvármegyei kiskvárdai közkórháznál lemondás folytán megüresedett bentlakó **alorvosi állásra** pályázatot hirdetnek. Az állás javadalma a X. fizetési osztálynak megfelelő 2000 K évi törzsfizetés, az ez után járó ideiglenes segély, háborús segély, drágasági segély és rendkívüli segély, kizárólag saját személyére egy szobából álló lakás, fűtés, világítás és elsőosztályú ételmezés. Ezenkívül a kinevezendő alorvos tagja a közalkalmazottak beszerzési csoportjának és kedvezményes áru ruha- és cipőellátásban is részesül. Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Szabolcs vármegye Főispáni hivatalához címezve, a kiskvárdai közkórház igazgatóságához folyó évi május hó 5-éig adják be, a később érkezők nem fognak figyelembe vétetni. Az állás azonnal elfoglalható.

Kiskvárd, 1923 március 29.

Dr. Mosánszky s. k., igazgató-főorvos.

5952/923.

A Ferenc József kereskedelmi kórház betegsegélyzőpénztár egy a rendelő-intézetének szemészeti osztályán lemondás folytán megüresedett szaksegédi állásra, továbbá egy esetleges előléptetés folytán megüresedő **szemészeti segédorvosi állásra** pályázatot hirdet. A szaksegédi illetmények: évi 3000 K. törzsfizetés, 17.500 K. drágasági, 24.000 K. rendkívüli és 56.000 K. átmeneti segély, a segédorvos illetményei évi 2.400 K. törzsfizetés, 13.750 K. drágasági, 24.000 K. rendkívüli és 52.000 K. átmeneti segély. Azonkívül mindkét állással havi 2500 K. közlekedési átalány van egybekötve. Ugyancsak megemlítendő, hogy az itteni illetmények csak előleget képeznek a közeljövőben jelentékenyen felemelt mérvben megállapítandó illetményekre. A kinevezés egyelőre ideiglenes jellegű. A kinevezendő orvos szolgálati kötelezettsége kiterjed a hétköznaponként 1 órai rendelési idő alatt jelentkező pénztári betegek szakorvosi ellátásában való segédkezésre. Csak szakmabelileg képzett és gyakorlati bíró orvosdoktorok pályázatai fognak figyelembe vétetni. Pályázati határidő jelen hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való megjelenésétől számított 15 nap. A kellőképen felszerelt pályázati kérvények a Pénztár vezetőségéhez címezve nyújtandók be, VII. Bethlen-tér 1. sz. alatt, ahol a Pénztár igazgatója hétköznapon d. e. 11-1 óra között a szóbanlevő állásra vonatkozólag bővebb felvilágosítást nyújt.

Budapest, 1923 március 27. Kerekes, a Ferenc József keresk. kórház betegsegélyző pénztára vezetésével megbízott h. államtitkár.

Elhalálozás folytán

olcsó áron eladó

teljes urológiai és bőrgyógyászati berendezés,
modern mikroszkop, pantostát stb.

Megbízásból levélben is felvilágosít Dr. Miklós Győr, Deák Ferenc-utca 27

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 syphilis-therapia legértékesebb gyógyszere.

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.

ALGOCRATINE



GYORS ENYHÜLÉST SZEREZ.

MIGRAINE •
NEURALGIA •
IDEGES FÁJDALOM •
DYSMENORRHOE •

PANCAO

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

PANACEA
GYÓGYSZERVEGYÉSZETI RÉSZV. TÁRS.
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 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:

Büchler Pál: Pregl mikro-Abderhalden-reactiója, mint quantitativ vizsgálati módszer a psychiatriai kutatás szolgálatában. (További adatok a serdüléssel elmezavar belső secretiós típusainak kiépítésére.) (183—187. oldal.)

Ernyei István: A rivanol szemészeti alkalmazásáról. (187—188. o.)

A Bpesti Kir. Orvosegyesület 1923 ápr. 21-ikén tartott ülése. (188—189. oldal.)

A német belorvostársaság XXXV. kongresszusának üléseiről. (189—190. oldal.)

A budapesti kir. Orvosegyesület otologiai szakosztályának március 22-iki ülése. (190—191. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Gyermekorvostan. — Fülgyógyászat. (191—193. oldal.)

Vegyes hírek. (193. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. tudományegyetem elme- és idegkörtani klinikájának közleménye (igazgató: Moravcsik Ernő Emil dr. e. ny. r. tanár, udvari tanácsos).

Pregl mikro-Abderhalden-reactiója, mint quantitativ vizsgálati módszer a psychiatriai kutatás szolgálatában. (További adatok a serdüléssel elmezavar belső secretiós típusainak kiépítésére.)

Írta: Büchler Pál dr. klinikai tanársegéd.

1912-ben jelent meg Abderhalden: „Abwehrfermente des tierischen Organismus gegen körper-, blutplasma-zellfremde Stoffe, ihr Nachweis und ihre diagnostische Bedeutung zur Prüfung der Funktion der einzelnen Organe” című könyve, melyben kutatásainak eredményét foglalja össze. A vérbe jutott anyagok, akár endogen (zelleigen u. plasmacigen), akár exogen (zellfremd und plasmafremd) eredetűek, a szervezetbe jutva védőfolyamatokat indítanak meg. A szervezet védekezése védőfermentek (Abwehrfermente) termelésében nyilvánul meg. A fermentek a fajidegen anyag minősége szerint proteolytikusok, peptolytikusok, hydrolytikusok, lipolytikusok, glycogent bontók stb. lehetnek. A szervezetben legnagyobb szerepet a fehérjék ellen termelt védőfermentek játsszák, melyeknek tanulmányozását terheességben és rosszindulatú daganatok körjelzésére kezdték meg. A proteolytikus fermentek kimutatására Abderhalden a dialysatiós módszert dolgozta ki, melynek lényege az, hogy dialysáló hüvelyben a vizsgált egyén savóját valamely szervből származó fehérjével keveri s ha az illető savóban fermentek vannak, azok a fehérjét bontják. Bontáskor fehérjeszételési termékek keletkeznek, melyek dialysálhatók és ninhydrin-reactióval (kék színeződés) kimutathatók. Abderhalden közleménye után a vizsgálatoknak tömege indult meg, hogy Abderhalden felfedezését kiaknázzák. Hogy csak néhányat említsek: *Ebstein* a rák, *Paltauf* a rosszindulatú Chorion-epithelioma, *Bauer* az endemikus golyva, *Lampé* és *Papazolu* a Basedow-kór, *Bauer* és *Reines* a sclerodermia (melyet thyreogen eredetűnek találtak) eseteiben találtak bontásokat. A psychiatriában a módszer új kutatási irányt teremtett meg. *Fauser* 1912 novemberében (Sitzung des Stuttgarter ärztlichen Vereins) azokról az eredményekről számolt be, melyeket a dialysatiós módszer

segélyével nyert, 1913-ban pedig a stuttgarti elmeegyház-intézet anyagából 230 psychotikus és 30 szellemileg ép egyén savójával végzett vizsgálatról számol be és a következő optimisztikus eredményekre jutott: Dementia praecoxban, organikus agyi betegségekben, különösen paralysisben szervbontás mutatható ki, míg psychosis maniacó depressivában, hysteriában, functionális psychosisokban bontás nem található. Különösen az „agykéreg — thyreoida — genitális bontási trias” az, mely *Fauser* szerint a serdüléssel elmezavarra jellemző és a psychosis maniacó depressivával szemben differentiál-diagnostikus értékkel bír. *Fauser* szerint a fermentek specifikusak, csak arra a szervre irányulnak, amely ellen termelődtek; férfiaknál csak here-, nőknél csak petefészekbontás lehetséges. *Fauser* a bontási vizsgálatok alapján a dementia praecox pathomechanismusát úgy képzelte, hogy az elsődleges ok a belső secretiós mirigyek és különösen a genitális mirigyek dysfunctiója. A megváltozott mirigyváladékok, melyek endogen, de plasma- és sejtidegen fehérjék, a szervezetet védő fermentek képzésére sarkalják, ennek következtében proteolytikus folyamatok indulnak meg; a fehérje szétesési termékei az agykéregt mérgezik. *Fauser* annyira meg volt győződve ezen dysfunctió elmélet igazságáról, hogy serdüléssel elmezavarban szenvedőkön operatív beavatkozásokat is végeztetett (strumektomia) és különös, hogy nemcsak javulást, de gyógyulást is látott. *Fauser* a bontási módszert törvényszerű célokra is felhasználta, hogy simulánsokat és neuropathákat kezdődő hebefreniásoktól megkülönböztessen. *Fauser* vizsgálatai után egyik kutató a másik után azon versengett, hogy *Fauser* adatait megerősítse. Azon suggestiv hatások megnyilvánulását láthatjuk ezen periódusban, melyek minden nagy, vagy nagynak vélt tudományos felfedezést vagy teoriát kísérni szoktak. *Fauser* eredményei sokáig megtartották érvényüket és *Neue*, *Fischer*, *Wegener*, *Bundschuh* és *Roemer*, *Theobald*, *Maas*, *Kafka*, *Pesker*, *Kastan*, *Niescytka* vizsgálataiban megerősítést nyertek. Kezdetben egy-egy hang túlzásokra figyelmeztetett, az eredményeket nem találta kedvezőeknek, de a vizsgálóknak többsége *Fauser* álláspontját fogadta el és a negatív eredményeket hibás kísérleteknek, a technika elhanyagolásának minősítette. Azonban az optimista szerzők is belátták, hogy az eredmények túlzottak. *Wilhelm Meyer* azon állítását, hogy a praecoxosok savója genitális mirigyet minden esetben, agykéregt és pajzsmirigyet pedig majdnem minden esetben bont, megváltoztatta és második közleményében már 23% negatív bontási eredményről számol be. Később kiderült, hogy nem elme-

betegségekben is találhatók bontások. *Fausser, Neue, Maos* és mások egészségesek vérsavójában mutattak ki a pajzsmirigy, vese, hasnyálmirigy, here, máj, gerincagy, proszta, idegállomány, izom fehérjéi ellen irányuló proteolytikus fermenteket. *Maas, Kafka* és *Theobald* epilepsiában szenvedőkben here-, pajzsmirigy- és mellékvese-bontást, míg *Fausser* egy alkoholistában herebontást talált. A negatív eredmények magyarázatára különböző okokat kerestek; így felhozták a klinikai kép megváltozását, a vér ferment-tartalmának ingadozását, nőknél a menstruatio szerepét, mindkét nemből a senilis involutiót, az eseteknek idült voltát, mely a vér bontóképességét gátolja. Később mindelebb kritika nyilvánult meg a módszer ellen. *Plaut, Rosenthal* és *Hilffert, Sioli, Schwarz, Lampé, Bowman, van Hasselt* nem találtak bontást schizopreniában és a bontási módszertől minden fajlagosságot megtagadtak. *Golla* epilepsiában, alkoholismusban, paralysisben gyakran talált genitális bontást. *Diemitz* és *Fries, Hauptmann* és *Bumke, Schwarz, Golla* élesen támadták a dialysatiós módszert, a ferment-specifitást és a körülményes dolgozást, sőt *Schwarz* polarisatiós módszerrel sem talált jobb eredményeket. Két tábor állott egymással szemben: az egyik oldalon *Kafka* és *Fausser*, a másik oldalon pedig *Plaut (Lampé* vizsgálataira támaszkodva), aki a módszert elvetendőnek tartja, mert ha a vizsgált savót szervetlen anyagokkal (kaolin, bariumsulfat stb.) hozzuk össze, akkor bizonyos %-ban pozitív ninhydrin-reactiót kapunk, tehát fizikális úton is pozitív reactio érhető el. *Plaut* mások kedvező eredményeit suggestív hatásnak tulajdonítja. A két, szélső felfogást valló szerzők mellett a vizsgálók egy része túlzásoktól óv, de a pessimistikus megítélés tarthatatlanságát is fejtegeti. Ilyenek *Sioli, Runge, Ewald* stb. és magam is. *Rosenthal* és *Hilffert* psychosis maniacó depressivában, hysteriában, neuropathiában is találtak bontást, de nem olyan számarányban, mint schizopreniában. *Theobald* és *Schwarz* heréteknel herebontást talált; *Schwarz* egy praecoxos esetet három ízben vizsgált, herebontást egy ízben talált, míg két ízben a savó kérget bontott, *Abderhalden* által végzett vizsgálatban megint kéregbontás találtatott. *Waldstein* és *Ekkert* cohabitatiós reactióról beszél, azt találván, hogy nőstény nyúl savója párosodás után herét bont. *Schmidt* a chlorosist az uterus és ovarium dysfunctiójaként fogja fel. *Wegener* nőknél csak ovarialis bontást talált és fordítva; *Hauptmann* egészségesek vérében peptolytikus fermenteket mutatott ki; Csépai állati szervekkel is tudott bontást elérni, egészségeseknél thymus-bontást talált; szerinte ez a reactio Basedow-kór és status thymo-lymphaticus eseteiben értéktelen. *Friedmann* és *Schönfeld* keményítőt használtak bontásra szerv helyett és esetenként pozitív reactiót kaptak. *Plaut* vizsgálataiban egyazon savó három különböző herekészítménnyel különbözőképpen reagált. Érdekes, hogy *Hans Lelewer* egy transvestita férfinél ovarium-bontást talált, a klinikai vizsgálat hermaphroditismus fennforgását tette valószínűvé. Amint látjuk, a szerzők véleménye e kérdésben eltér, de az kétségtelen, hogy a többség egyetért abban, hogy a praecoxosok vérének relatív ferment-tartalma egészséges és más psychosisokban szenvedők véréhez képest nagy; s hogy a védőfermentek specifikusak.

A dialysatiós módszer nehézsége, a sok hibaforrás miatt az utóbbi években aránylag kevés közlemény jelent meg. A háború óta a dialysáló hüvelyek minősége romlott, bár azelőtt is nehézségekbe ütközött a hüvelyek áteresztőképességének meghatározása. Gyakran találunk savót áteresztő hüvelyeket, ami gyengén pozitív reactio esetében subjectivitásra ad alkalmat (alig szürkés-kék ninhydrin-szineződés). Vannak hüvelyek, melyek egy savó számára impermeabilisok, míg más savók számára átjárhatóak (*Ringe, Winiwarter* és *Werner*); az üvegedény kémiai összetétele is befolyással lehet a ninhydrin-reactióra, egyes szerzők észlelete szerint ugyanaz a dialysatum egyszer pozitív, egyszer negatív eredményt ad. Ezen tényezők felismerése vezette *Pregl*-t arra, hogy új módszert dolgozzon ki. A Fermentforschung második évfolyamának első számában jelent meg *Pregl*-nek *de Crinis*-szel együtt írt dolgozata: „Über den Nachweis von Abwehrfermenten in kleinsten Serummengen (Mikro-Abderhalden-

Reaction)“, melyben módszerének technikai részét és az alkalmazhatóság feltételeit írta le. Csodálatos, hogy a könnyen végezhető, pontos és szellemes módszer alig talált kellő méltánylásra és még a legújabb dolgozatok is a dialysatiós módszerre vonatkoznak. Tekintve, hogy magyar nyelven ilyen irányú dolgozat nem jelent meg, — a technikát is ismertetem.

Pregl refractometer segélyével meghatározza a vizsgálandó vérsavó refractióját, majd az ismert refractiójú savót száraz szerkivonatokkal keveri és 16—20 °C-os hőmérséken állani hagyja, ami a bontás optimumának megfelel; a 37 °C-os hőmérséklet a fermentatív működést már gátolja. Magam is végeztem ugyanazon szervvel párhuzamos bontásokat thermostatban és szobahőmérsékleten s az utóbbi savóban a fehérje-concentratio növekedése nagyobb volt. Ha a savó a szerkivonattal fehérjéjét tudja bontani, akkor a bontástermékek oldódva a savó concentratióját növelik és így a refractio coefficient is nő. Az ily módon végzett fehérjemeghatározás, melyet először *Emil Reiss* dolgozott ki, nem specifikus a fehérjére, mert a savóban oldott összes anyagok határozzák meg a törésmutató nagyságát. A vérsavó összetétele tapasztalat szerint annyira állandó, hogy a savó refractio ingadozása felnőtteknél 7—9%, gyermekeknél átlagban 6%. A fehérje törésmutatója a többi oldott anyagokhoz képest magas, a módszer kényelmes, nagy pontossággal és csekély kísérleti hibával végezhető. A vizsgált savót reggel éhgyomorral vesszük, mert reggel legállandóbb a vér összetétele. 10 cm³ vér elegendő. *Runge* módszerét alkalmaztam a savó nyeréséhez: Sterilen vett vért 3—4 óráig (a teljes refractio bekövetkezéséig) jégsezkrényben tartom, majd a savót leöntve 2—3-szor centrifugálom, míg halavány, víztiszta savót nyerek. A savó ilyen technika mellett haemolitikussá sohasem válik (bár a haemolitikus savó a vizsgálatot tapasztalatom szerint nem zavarja). Absolut tiszta savót alkalmaztam; kezdetben egy részt inactiváltam, egy részt pedig mint vizsgálati anyagot és activ savócontrollt használtam fel. Több sorozatban alkalmaztam inactiv savócontrollt, de miután inactiv savó nem bontott és az *Abderhalden*-reactio nem complement-rectio, a vizsgálatok folyamán csak mind ritkábban alkalmaztam, majd attól teljesen eltértem. Az activ savócontroll törésmutatóját a kísérlet előtt és a végső leolvasásnál pontosan ellenőriztem, hogy a controllnak netáni normális ingadozását meghatározhassam, ami a gyengén pozitív reactiók eredményének megítélésében előnyt jelent. A vizsgálati eszköz *Pulfrich* refractometere, melynek segédprismájára hajszálpipettával 3—4 csepp savót csöp-pentünk és erre illesztjük reá a refractometer prismájának hypothenus felületét, majd szabályosan elzárjuk és a törésmutatót 17,5 °C hőmérsékletű vízfürdőben olvassuk le. A leolvasásnál arra kell ügyelnünk, hogy az akkor történjen meg, mikor a savó a vízfürdő hőmérsékletét már felvette, miután a refractio változása a hőmérséklettől függ. *Pregl* módszeréhez más módon nyerjük a szerveket, mint a dialysatiós eljárásához. Magam azon szerencsés helyzetben voltam, hogy a szükséges szerveket egészséges egyénekből nyerhettem, kiknek halála után néhány órával a szerveket már fel is dolgozhattam. A szerveket a kötőszöveti burkoktól, erektől, idegektől megszabadítjuk, vízvezeték alatt mossuk, majd húsvágógépen egyenlő mennyiségű konyhasóval keverve átdaráljuk s az így nyert szervpépet préselőkészüléken kipréseljük, tiszta vászondarabon addig colláljuk, míg a mosóvíz tisztán csepeg át. Szűrés után újra konyhasóval daráljuk a pépet, majd préseljük és ismét colláljuk. Ezután a szervet destillált vízben vízfürdőn kétszer egy-egy óráig forraljuk. Majd rázókészüléken 5 percig alkoholban, 5 percig alkohol-aetherben, 5 percig aetherben rázzuk. A rázás azt a célt szolgálja, hogy a reactiót zavaró lipoidokat eltávolítsuk; az alkohollal való rázás fehérje-denaturatiót nem okoz. Ezután a szerveket ellenőrizzük, esetleg újra főzzük és a rázást ismét-eltjük. E műveletek után a szerveket szárítjuk, esetleg porítjuk, mikor szürkés-fehér könnyű port nyerünk, mely sterilen eltartható és bontás céljaira állandóan alkalmas. Szigorúan alkalmazkodtam *Pregl* utasításaihoz és kifogástalan szerveket nyertem.

A vizsgálathoz néhány csepp savó és mintegy 0'01 gr szerv szükséges. A savó és szerv 24 óráig mikrokémcsőben hat egymásra. Ezen idő elteltével a savót centrifugáljuk és törésmutatóját meghatározzuk. *Pregl* utasítása szerint a bontás sterilitásának biztosítására egy szemecske thymol ajánlatos a kémcsőbe tenni. Célszerűbb ennél a steril dolgozás, mert a thymol, amint azt *Hans Meyer* is leírta, fehérjecsapadékot okozhat s ez a reakciót zavarja, illetve használhatatlanná teszi. A törésmutató közvetlen meghatározása nem szükséges, mert a refractometer skáláján leolvasott értékből megfelelő táblázat és egyszerű interpolációs művelet révén a fehérjeconcentrációt százalékokban megkapjuk. A leírt eljárással *Pregl* és *de Crinis* tüdőtuberculosisban tüdő-, schisophreniában here- és máj-, epilepsiában, paralysisben, dementia praecoxban agykéreg-, terhességben placentabontást találtak. *De Crinis* és *Mahnert* rákos betegek savójának rák-szövetet bontó képességéről számoltak be.

Pulfrich refractometere érzékeny eszköz, a hibaforrások nem számottevők, de számolni kell a vizsgált savó fehérje-concentrációjának spontán megváltozásával. Tapasztalati tény az, hogy normális savók állás után koncentrációs változást mutatnak. *H. Meyer* 180 savónak önmagában való változását vizsgálta és azt találta, hogy a normális ingadozások +9 és -8 között mozognak, ami kb. a tizedes skála egy fokának felel meg. *Meyer* empirikus úton azt találta, hogy középértékben +12 az az érték, amelyen felül a normális savó koncentrációja szervhozzátétel nélkül nem változik meg. Én nagyobb anyagon szintén meghatároztam a normális savó refractiós érték-ingadozásait és *Meyer* exact kísérleteinek megfelelő adatokat nyertem. Minthogy a gyengén pozitív esetek megítélésére +12-t nem tartottam elegendő magasnak, csak a +15-ön felüli értékeket fogadtam el pozitív bontás gyanánt. Ez nem lényeges, mert bontások esetében rendszeren az egész skála fokaiiban vannak több fokot kitevő eltolódások. A kísérletek folyamán szigorúan *Pregl* előírásait tartottam meg, mert nem tartom indokoltnak (már összehasonlításra alkalmas alap megszerzése szempontjából sem) valamely módszernek önkényes módosítását akkor, amidőn ennek sem tudományos, sem gyakorlati lényege tisztázva nincsen.

Meyer vizsgálataiból kitűnik, hogy a normális savó bontó hatásának kitett normális szervek is positive reagálnak. Az ilyen eredmények a dialysáló eljárásnál is ismeretesek voltak. *Meyer*nek normális savóval végzett vizsgálatait a következő összeállítás tünteti fel:

Serum egyedül	44 esetből	3 pozitív	= 7'0%
Serum-lép	23	2	= 8'7%
Serum-tüdő	34	6	= 17'6%
Serum-here	34	6	= 17'6%

*Meyer*nek adatait nem vehetjük bizonyító értékűeknek, mert kóros elváltozások klinikailag egészséges egyének szerveiben is előfordulhatnak anélkül, hogy vizsgálat számára hozzáférhetőek volnának. *Meyer* egy esetében nő savója herét bontott, s ennek okát a szerző, miután kísérleti hibát nem talált, nem tudta megadni. Én 12 esetben végeztem normális savókkal sorozatos bontási kísérleteket mindazon belső secretiós szervekkel, melyeket később bontás céljaira felhasználtam. Mintegy 90 bontási kísérletből csupán két esetben kaptam pozitív pajzsmirigy-bontást; mindkét betegnek strumája volt.

Ezek után áttérek azon vizsgálatok eredményeinek ismertetésére, melyeket dementia praecoxban szenvedők savójával végeztem. A kísérlet tárgya 58 beteg 76 savója volt s ezzel összesen 365 bontási kísérlet történt. 8 katonias savójával 3 alkalommal 3 sorozatban történtek bontások annak ellenőrzésére, hogy a savó qualitativ bontóképessége megváltozik-e? A kísérlet célja *Moravcsik* tanár intenióinak megfelelően az volt, hogy katoniasban és stuporban van-e szerepe a hypophysisnek, mert *Alexander* vizsgálatait ennek a feltevésnek már előzőleg támpontot nyújtottak. A második kérdés az volt, hogy a dementia praecoxnak már bevezető szakában megnyil-

vánuló maniás depressió állapot bontási kísérlettel meg lehet-e különböztetni a genuin maniás depressió elmezavartól. Harmadik feltett kérdésünket úgy formuláztuk, hogy vajon tüntetnek-e fel a szervbontások quantitativ különbségeket, melyek az egyes mirigyelváltozások domináló szerepét kidomborítanák. Az agykéregbontásokra vonatkozó vizsgálatokat ez alkalommal nem közlöm. Bontás tárgyát először a hypophysis képezte, mellyel eddig kicsinysége miatt nem végeztek vizsgálatokat, kivéve *Kafka* 4, negative reagáló schizophreniás esetét. (Újabban az interferometriás mikromethodikával foglalkozók közöltek ilyen bontási kísérleteket.) További vizsgálat tárgyát képezte a pajzsmirigy, mellékvese, here, ovarium, máj, pancreas, thymus és kifejezett katonias eseteiben az izom. Klinikai felosztás tekintetében *Moravcsik* tanár beosztását vettem alapul, megkülönböztetve a következő kóralakokat: Dementia simplex, hebephrenia, katonica, stuporosa, paranoides és kevert formákat. Sajnos, jegyzőkönyveimnek közlésére a mai papírhiány mellett nem is gondolhatok és a táblázatok javarésze is elmaradt.

Egy bontási vizsgálathoz csak mintegy 0'01 gr száraz szervkivonat szükséges, de a hypophysis kicsinysége és nedvdús volta (a vizsgálatokhoz 70 hypophysist dolgoztam fel) csak 39 eset vizsgálatát tette lehetővé. Nyolc esetben végeztem hypophysis-sel sorozatos controll-bontásokat és így a hypophysis-bontások összes száma 47. Bontási eredményeimet a következő táblázat szemlélteti:

Bontási kísérletek dementia praecoxban.

Szerv	Positiv	Negativ	%-ban positiv	%-ban negativ	Esetek száma	Jegyzet
Hypophysis	7	32	17'8	82'8	39	Egy organotherapiát kapott
Pajzsmirigy	26	32	44'5	55'5	58	3 organotherapia
Mellékvese	19	39	25'8	74'2	58	
Here	19	11	63'3	36'7	30	4 organotherapia
Ovarium	19	9	67'8	32'2	28	1 organotherapia
Genitális mirigyek	38	20	65'5	34'5	58	
Hypophysis + pajzsmirigy	4	35	10'2	89'8	39	
Hypophysis + mellékvese	3	36	7'6	92'4	39	
Hypophysis + genit. mirigy	5	34	12'8	87'2	39	
Pajzsmirigy + mellékvese	9	49	15'5	86'5	58	
Pajzsmirigy + gen. mirigy	15	43	25'9	74'1	58	
Mellékvese + gen. mirigy	13	45	22'4	77'6	58	
Pankreas	1	3	—	—	4	
Thymus	1	11	8'3	91'7	12	
Izom	0	8	0	100	8	
Máj	3	20	13	87	23	
Három szerv	3	55	5'1	94'9	58	
Négy szerv	0	39	0	100	39	

A táblázat jegyzetrovata az organtherapiát kapott és positive reagáló esetekre vonatkozik.

A táblázat jegyzetrovatából kitűnik, hogy több esetben organotherapia alatt is végeztem bontási vizsgálatokat annak megítélésére, hogy a bontási kísérletet befolyásolja-e a szervezetre exogen úton juttatott increment. Midőn *Paul Hirsch* azokat a kriteriumokat felállította, melyek a bontási kísérletek eredményeinek megítélésében számba jönnek, az organotherapia szerepét is fölemlítette. *Paul Hirsch* szerint számolnunk kell az organotherapiával, a betegek aktuális hőmérsékletével, a menstruációval, a senilis involúcióval, altatószerekkel, különösen a paraldehiddel stb. Az organotherapia alatt álló betegek egy részében védő fermentek nem keletkeztek inkretumokkal szemben, illetőleg nem voltak kimutathatóak; ez talán magyarázattal szolgálhat az opotherapia sokszor sikertelen volta szempontjából.

Egy nőbetegünk pl. előző délután kapott Richter-féle glanduovin-injectiót és a másnap reggel vett vérben ovariális bontás nem volt található. Ezt találtuk néhány esetben glanduitrin, extractum thyreoideae, extractum testiculi befecskendezése után is. Véleményem szerint ezeknél a folyamatoknál nagy szerepet játszhatik az, hogy a szervkivonatok nem emberi eredetűek, bár a cretinismus kezelésében nem emberi szervekkel is jó eredmények érhetők el. Ha képet akarunk nyerni a refractiós vizsgálatok eredményéről, akkor a dialysatiós módszerrel nyert eredményekkel kell egybevetni. Erre vonatkozólag néhány irodalmi adat felhasználásával táblázatot állítottam össze, melynek csak eredményét közlöm. Ewald 67 esetéből 73³/₁₀₀ pajzsmirigy-, 73¹/₁₀₀ genitális-, 19⁴/₁₀₀ májbontás volt, míg ugyanezen szervek bontásából Niescytka 38,2, 82,4, illetve 11³/₁₀₀-ot talált. Runge 23 esetéből 53⁷/₁₀₀ pajzsmirigy-, 66⁶/₁₀₀ mellékvese- és 78% genitális-bontást mutatható ki. Golla 53 esete ugyanilyen bontások mellett 32,1, 50 és 65%-os eredményt talált, míg a májbontás értéke 3¹/₁₀₀-nak felelt meg. Sioli, Meyer, Roemer, Neue vizsgálatai hasonló értékeket tüntetnek fel. Saját eredményeim Kafka vizsgálataival egyeznek meg. Az eltérés pajzsmirigybontás esetében 4⁰/₁₀₀, genitális-bontásban 3⁵/₁₀₀, míg a mellékvesebontások teljesen egyeznek.

Kafkának vannak legnagyobb tapasztalatai, aki 1920-ban 3000 vizsgált esetről számol be. Lássuk, hogy a vizsgált 58 eset közül milyen százalékban maradt el a bontás a refractometriás vizsgálatoknál és mennyiben egyezik ez a dialysatiós módszer eredményeivel. 12 esetben nem találtam szervbontást, ami 20⁷/₁₀₀-os negatív eredménynek felel meg. Ezzel szemben Meyer 23⁰/₁₀₀-os, Ewald (41 esetből 8 negatív) 19⁵/₁₀₀-os és ismételt vizsgálatok után 22¹/₁₀₀-os, tehát középértékben 20⁸/₁₀₀-os negatív eredményről számol be, vagyis az ő eredménye az én negatív eredményemmel jól egyeznek. Vizsgálataimban egy esetben sem találok minden szervre vonatkozó pozitív bontással, míg Hilffert és Rosenthal 8⁰/₁₀₀-ban kaptak pozitív eredményt. A reactio specificitásának eldöntésére sorozatos bontásokat és heterogen genitális-bontásokat végeztem.

A sorozatos bontásokat három ízben kielégítő eredménnyel végeztem, úgyhogy ennek alapján én is a specificitás álláspontjára helyezkedem. Ebben a felfogásban megerősít az a tény, hogy három férfi és három nő savójával végzett genitális-bontások (férfi savóját ovariummal, nő savóját herével bontattam) negatív eredményt adtak.

Midőn a hypophysis-bontások eredményét átnéztem, feltűnt, hogy a hypophysist bontó betegek mind negativisták, stuporosak, katatoniasak, szóval nyugodt betegek voltak. Ezzel szemben a pajzsmirigy bontók sorából került ki a nyugtalan betegek legnagyobb zöme, miért is összeállítottam a bontások eredményét a betegek viselkedése szerint. A nyugodt betegeket két csoportba osztottam, aszerint, hogy ágybanfekvők vagy fennjárók.

Bontások a beteg viselkedése szerint.

Szervbontás neve	Eset	Nyugodt betegek		Nyugtalan betegek
		járók	fekvők	
Hypophysis	39	5	2	—
Pajzsmirigy	58	5	2	19
Mellékvese	58	11	3	5
Here	30	8	4	7
Ovarium	28	4	3	12
Máj	23	1	2	—

A táblázatból úgy látszik, mintha a hypophysist és mellékvesét bontó betegek nagyobb része a nyugodt, míg a pajzsmirigybontók zöme a nyugtalan betegek sorából kerülne ki. Érdekes, hogy a hypophysist bontó betegek mind stuporosak, vagy katatoniasak, a mellékvesét bontók katatoniasak voltak, vagy legalább is izomfeszülés náluk kimutatható volt. A májat bontó betegek apathikus

viselkedést tanúsítottak. Kórforma szerint csoportosítva a bontási vizsgálatokat, az tűnt ki, hogy hypophysisbontás csak katatoniasban és stuporban volt található, míg a pajzsmirigy bontások zöme hebefreniára esik. Májbontások esetében a depressio klinikai képét láttuk s kórforma szerint hebefreniában találtuk. Katatonias esetében izom- és thymus-bontásokat is eszközöltem.

Feltűnt, hogy a katatonias minden esetében negatív izombontási eredményt nyertem. A negatív izombontások még inkább megerősítettek azon felfogásomban, hogy a katatonias izomfeszülés oka psychomotoros tényezők mellett a mellékvesében keresendő. Katatoniasban a mellékvesebontás 50%-ot, sőt még többet is tesz ki.

A bontások intenzitása szerint három fokozatot különböztettem meg, és pedig +++-nek vettem a 0⁵/₁₀₀-on felüli fehérjeconcentratio változást, ++-nek amely 0⁵—0²/₁₀₀ között mozgott, míg 0²/₁₀₀-on aluli változást +-nek minősítettem. Azt láttam, hogy egyes esetekben, midőn több mirigy részéről merült fel bontás, egyes mirigynek bontása oly fölényes volt, hogy a többi szervbontás a nyert érték mellett számba alig jöhetett. Egyes esetekben többszörös bontások voltak észlelhetők, de a bontási értékek egymáshoz közel állottak, úgyhogy a bontási értékeket egyenrangúaknak kellett venni. A bontás intenzitása szerint nyert eredményeket táblázatban foglaltam össze.

Bontások intenzitás szerint.

Mirigybontás	Esetek száma	+++	++	+	Egyidejű bontásból	
					erősebb	gyengébb
Hypophysis	7	2	1	4	2	5
Pajzsmirigy	26	10	10	6	14	12
Mellékvese	19	3	7	9	8	11
Here	19	7	9	3	5	14
Ovarium	19	8	6	5	4	15

Jegyzet: 20⁷/₁₀₀-ban negatív bontás. Több szerv egyidejű és egyenlő intenzitású bontása 13 esetben.

Ha a praevalencián bontó betegeket klinikai szemmel nézzük, akkor azt látjuk, hogy olyan constitutionális típusok vannak, amelyek a bontási vizsgálatok quantitativ felhasználásával bontási típusoknak felelnek meg. Ezek a constitutionális típusok általában megegyeznek azokkal, melyeket sok más között Schuster és én írtunk le. A hypophysist bontó típusok általában somnolensek, apathikusak, végtagjaikon vasomotoros-trophias zavarok észlelhetők és klinikai szempontból a cachexia hypophysariának mitigált képét mutatják, hypothermiásak, lesóványodottak. A pajzsmirigy típusúaknak golyvájuk van, erethikusak, sympathicotoniásak és általában a Basedowoid klinikai képét mutatják. Az a típus, melyet én először mint mellékvese-dysfunctiós typust írtam le, talán Addisonoidnak volna mondható. Erre a típusra jellegzetes az astheniás alkat, a tuberculotikus fertőződésre való hajlamosság, az adynamia, a bőrnek és a nyálkahártyáknak pigmentálódása, a vagotonia és az izomfeszülésre való könnyű reagálás. A genitális-typust jellemzi az elhízásra való hajlam és az ezt követő gyors elbutulás, a csontok gracilitása, genitális- és szövet-anomáliák.

A típusok nem állandók, mert az endokrinmirigyek tovahaladó elváltozása végül is polyglanduláris típus kifejlődéséhez vezet. Ebből következik, hogy a serdüléscsere elmezavar idült kórformáiban bontások vagy egyáltalán nem találhatóak, vagy éppen többes bontások mutatkoznak. Az egyes bontások számértékének összehasonlítása alapján százalékokban fejeztem ki az arányt, mely a schizophreniás típus keveredésére világot vetne. Tudom, hogy ez inkább theoretikus jelentőséggel bír, talán nem is igazolható, de mindenesetre fényt vet a schizophreniás alkatok tanába és a klinikai alkati formákkal egyezést mutat.

Csoportosítás bontási típusok szerint.

Sor- szám	T y p u s o k	Esetek száma	%-ban
1	Hypophysis	7 : 2	2'9
2	Pajzsmirigy	26 : 14	24'1
3	Mellékvese	19 : 8	13'8
4	Genitalis	38 : 9	25'4
5	Polyglandularis	58 : 13	22'9
6	Nem bontó	58 : 12	20'7

Ezekből az következnek, hogy leggyakoribb volna a genitális-, majd a pajzsmirigy-, ezt követőleg a polyglandularis-, a nem bontó, a mellékvese- és végül a hypophysis-typus.

Az eddigi vizsgálati adatok nem nyújtottak pozitív támpontot arra, hogy ezen vizsgálati módszer segítségével a dementia praecox kezdeti szakában jelentkező maniás-depressziós állapot a genuin maniás-depressziós elmezavartól már korán, amidőn még a klinikai tünetek a felismerést megnehezítik, megkülönböztethető volna. Bár aránylag ritkán, de a genuin maniás-depressziós elmezavarban is találtam pajzsmirigy- és genitális-bontást. Véleményem szerint csupán schizophreniás alkati típusról beszélni nem lehet és a legtöbb alkati típus inkább csak schematizált típusoknak felel meg.

Azok a vizsgálatok, melyek Moravcsik tanár kezdeményezésére 1914 óta folynak intézetünkben, mégis haldást jelentenek és további kutatás lehetőségeit teremteték meg. Kiderült, hogy schizophreniában az endokrinmirigyeknek kórszöveti elváltozásai találhatók, hogy a hypophysisnek szerepe van a stuporban, a mellékvesének a katatonában, hogy alkati típusok fölvetelétől mereven elzárkózni nem lehet. A klinikai észleletek, a chemiaserologiai vizsgálatok valószínűvé teszik, hogy a dementia praecox keretébe felvett kórképek nem vonhatók mind egységes megítélés alá, hanem bizonyos csoport idővel belőlük külön fog valóni. Mert a dementia praecox különféle és lefolyásában külsőleg, tünetileg egymástól eltérő alakjai is végeredményben elbutulással végződnek, abból nem következik, hogy a betegség végső kimenetelét tekintve egységes volna. Nem elég ok valamely kórforma jellemének meghatározására a kimenetel, hiszen a pszichiatriában is több oly betegséget ismerünk, melyek terminális demenciában végződnek. A serdüléssel elmezavarban a különböző alakokat, melyek aetiologiai szempontból talán távol állanak egymástól, lehetséges, hogy csak klinikailag hasonló tünetek kapcsolják össze. A felmerülő kérdések megoldását, hogy t. i. a serdüléssel elmezavar belső secretiós betegség, hogy maga a betegség nem egységes, hogy schizophreniás alkati típusok vannak, csak mint teoriát fogadhatjuk el és a kérdés megoldását a jövőre kell bízunk.

A vizsgálatok kezdeményezéséért, irányításáért, munkám iránt tanúsított állandó jóindulatú érdeklődéséért köszönetem főnökömet, Moravcsik Ernő Emil egyetemi tanárt illeti meg.

Jegyzet. Dolgozatom, amely az elme- és idegkórtani szakosztályban 1921 november havában tartott előadásom után készült, idővel mintegy 1000 bontási reakcióval egészült ki. A további vizsgálatok ugyanazon eredményt adták, csupán az alkati típusokra vonatkozólag találtam, hogy ebben a kérdésben fokozott óvatosság szükséges, mert dementia praecox eseteiben csakúgy találkoztunk belső secretiós constitutiós típusokkal, mint más bel- vagy sebészeti megbetegedés kapcsán. Másrészt azonban az újabb psychopathologiai irány a constitutiós kutatás jogosultságát más utakon és más eszközökkel bizonyította. Az út sokfelé ágazik, de a cél egy. Bármilyen módon érjük el, hogy a serdüléssel elmezavar rejtett genesisének megismeréséhez egy lépést tehesünk, hasznos munkát végeztünk.

Irodalom: Moravcsik: Elme- és gyógytan. III. k. — *Abderhalden*: Schutzfermente etc. 1912., Abwehrfermente IV. Aufl. 1914., Klinische Bemerkungen etc. M. m. W. No. 10. 516. — *Beyer*: M. m. W. 1914. 825. — *Bressler*: Psych.-neurol. W. 1913. 191., 240., 325. — *Hussels*: u. o. 329. — *Runge*: Arch.

f. Ps. 1917. 71. — *Bundschuh*: Ztschr. f. ges. Neur. u. Ps. 1914. 712. — *Golla*: u. i. 1914. 410. és 619. — *Justschenko u. Plotnikoff*: u. i. 1914. 442. — *Kämmerer u. Dietrich*: u. i. 1913. 341. — *Kastan*: u. i. 1914. 21. — *Maas*: u. i. 1913. 560. — *Mayer*: u. i. 1914. 539. — *Niescytka*: u. i. 1914. 547. — *Peschker*: u. i. 1914. 1. — *Roemer*: u. i. 1914. 713. — *Rosenthal és Hilffert*: u. i. 1914. 6. — *Jakobi*: u. i. 1921. — *Diemitz u. Fries*: W. kl. W. 1914. 2292. — *Fausser*: M. m. W. 1913. 1984., 1914. 126., Allg. zt. f. Ps. 1913. 719. Über dysglanduläre Psychosen. Kongressbericht 1914. — *Fischer*: D. m. W. 1913. 2138. — *Foerster*: M. Kl. 1914. 772. — *Freytmuth*: M. m. W. 1914. 916. — *Fuchs u. Freund*: M. m. W. 1914. 307. — *Hauptmann u. Bumke*: Neurol. Zbt. 1913. 1004. — *Jaffe u. Pribram*: M. m. W. 1915. 694. — *Kastan*: Arch. f. Psych. 1914. 928., D. m. W. 318. — *Lange*: B. kl. W. 1914. 782. — *Loeb*: Monatschr. f. Ps. u. N. 1914. 382. — *Mayer*: M. m. W. 1915. 580. — *Neue*: M. m. Ps. 1913. 95. — *Obregia u. Pitulesco*: Compt. rend. d. l. Soc. de Biol. 1914. 47. — *Papazolu*: u. i. 1913. 979. — *Plaut*: Kongressbericht 1914. — *Schroeder*: B. kl. W. 1914. 1319. — *Schwarz*: u. i. 1914. 801. — *Theobald*: u. i. 1913. 2180. — *Sioli*: Arch. f. Ps. 1915. 241. — *Wegener*: M. m. W. 1913. 1197., 1914. 15. — *Wille*: Jahresvers. d. Schw. Irrenärzte 1914. I. 6. — *Winiwarter u. Werner*: D. m. W. 1913. 2017. — *Alter*: Ps.-n. W. 1914. 625. — *H. Meyer*: Med. Kl. 1921. No. 19. Biochem. Ztschr. Bd. 114. H. 3—4. — *Pregl u. de Crinis*: Fermentforschung. Jg. I—II. — *de Crinis u. Mahner*: u. i. Jg. II. — *Paul Hirsch*: M. Kl. 1921. No. 18. — *H. Rautenburg*: D. militärärzt. Ztschr. 1917. H. 23—24. — *H. Lelewer*: D. m. W. 1918. No. 18. — *Referatumok*: Neurol. Zentrbl. 1918. évf. — *Ewald*: Arch. f. Ps. 1919. 248., M. Kl. 1920. 71., M. f. Ps. u. N. Bd. 49—50. — *Kafka*: u. i. — *Büchler*: Orvosi Hetilap 1921. 22—23. — *Schuster*: u. i. 1920. 32.

A magy. kir. „Ferenc József“ tudományegyetem szemklinikájának közleménye (igazgató: id. Imre József dr. egyetemi ny. r. tanár).

A rivanol szemészeti alkalmazásáról.

Írta: *Ernyei István* klinikai gyakornok.

Morgenroth J., a „Koch Róbert“ intézet chemotherapeutikus osztályának vezetője rivanol néven egy új chemotherapeutikus antisepticumot állított elő, amely nem egyéb, mint 2 aethoxy 6'9 aminoacridin. Az új chemotherapeuticummal állatokon, főleg egereken különböző hígításban kísérleteket végezt s tapasztalta, hogy a rivanol 1:40000 hígításban még előli a strepto- és staphylococcusokat úgy in vitro, mint állatokban. *Morgenroth* eme meglepő eredményű kísérletei mások kísérleteit vonták maguk után, amelyeknek nagyobb része kitűnő eredménnyel végződött a közlések szerint. Nálunk *Liebermann Leo* magántanár, a székesfővárosi szt. Rókus kórház szemészőfőorvosa volt az első, aki a szert szembetegéknél kipróbálta. Ő a múlt év tavaszán a Magyar Szemorvostársaság pünködsdi ülésén beszámolt azokról a kísérletekről, melyeket száz kötőhártyalobban szenvedő egyénen végezt. Szerinte kötőhártyagyulladásoknál kitűnően bevált, biztos hatású gyógyszer a rivanol, amely minden esetben gyors gyógyuláshoz vezet. *Liebermann* azonban nem végezt betegéinél bakteriologiai vizsgálatot s azokat a betegeket is gyógyultaknak tekintette, akik nem tértek többé vissza a rendelkezésre. A bakteriologiai vizsgálat hiánya s a vissza nem térő betegnek is a gyógyultak közé sorolása kívánatosá tették előttem, hogy e két momentum mérlegelésével klinikánk beteganyagán kísérleteket folytassak a szerrel.

Mielőtt azonban a szert élő anyagon kipróbáltam volna, kísérleteket végeztem in vitro staphylococcus albus tenyésztésével, hogy ily módon kontrollálhassam *Morgenroth* közölt eredményeit. A kísérleteknél staphylococcus albus egyforma virulentiájú tenyésztéséhez különböző hígításokban (1:5000, 1:10000, 1:20000, 1:40000) rivanolt kevertem s az ily módon praeparált tenyészeteket 24, illetőleg 48 óráig állani hagytam. Az eredmények azonosak *Morgenroth* kísérleti eredményeivel. 24, illetve 48 óra múlva a rivanolos táptalajokon egyetlen colonia sem volt található, míg a kontroll célját szolgáló táptalaj telve volt staphylococcus-telepekkel.

Az in vitro meglepően jó kísérleti eredmény bátorított arra, hogy a rivanolnak legtömegebb koncentrációjú oldatával (2⁰/₁₀₀) most már élő anyagon folytassam a vizs-

gálódásokat. Sajnos azonban, az eredmények in vivo nem váltották be a hozzáfűzött reményeket s az új szer nem bizonyult olyan hatásosnak, mint az eddig alkalmazásban levők (protargol, argyrol, albargin).

Huszonöt, részben ambulans, részben bennfevő betegnél alkalmaztam a szert. A huszonöt eset közül huszonháromban mindkét szemem bő váladékképződéssel, könnyezéssel s erős kötőhártyai belöveltséggel járó acut kötőhártyalob, egy esetben chronikus dacryocystitis s egy esetben 7—8 hónap óta fennálló, minden eddigi kezeléssel dacoló, erős secretióval járó könnytömlőipoly volt jelen. Ez utóbbinál kiirtottuk a könnytömlőt is eredmény nélkül. Valamennyi esetben a kezelés megkezdése előtt mindkét szemem váladékvizsgálatot végeztem s így tizenöt esetben Koch-Weeks-bacillusokat, tíz esetben pneumococcusokat találtam, minden esetben bő számmal. (A könnytömlői folyamatoknál pneumococcusok találtak.)

A kötőhártyagyulladásoknál egyik szembe rivanolt, a másik szembe protargol 10%-os oldatát adattam, még pedig olyképp, hogy a rivanolt háromóránként, a protargolt pedig naponta négy alkalommal kapták a betegek, akik a kezelés ideje alatt állandó ellenőrzés alatt állottak s akiknél másodnaponként bakteriologiai vizsgálatot végeztem mindkét szemem. Úgy a makroszkopikus észlelésekből, mint a bakteriologiai vizsgálatokból kitűnt, hogy a rivanol antiseptikus hatása a szemem elmarad a protargolé mögött, mert a protargollal kezelt szem gyulladása 2—4 nap alatt bakteriologiai is teljesen gyógyult, míg a rivanollal kezelt szem a negyedik napon izgatott volt, váladékában a kórokozók kimutathatóak voltak szép számmal s csak a 8—10. napon sikerült elérni azt, hogy a váladék negatívvá s a szem nyugodtabbá váljék. Csupán csak egy eset gyógyult három nap alatt tökéletesen rivanolra, dacára annak, hogy a kezelés megkezdése előtt a váladékban bő számmal voltak pneumococcusok.

Úgy a dacryocystitis chronicánál, mint a könnytömlő-fistulánál ugyancsak 2000-es oldattal átfecskendéseket végeztem eredménytelenül, mert a secretio nem kisebbedett s a váladék épp annyi coccust tartalmazott egy heti fecskendés után, mint a kezelés megkezdése előtt, úgyhogy itt is protargolra tértem át.

Az in vitro mutatkozott jó hatás tehát nem vált valóra in vivo, vagy legalább is nem olyan eredménnyel, mint Liebermann eseteiben. A hatás kimaradásának oka szerintem egyrészt a könnyfolyadék aránylag magas (átlag 1%) NaCl tartalma, amely a hatás kifejlődését megakadályozza, másrészt pedig az, hogy a rivanol épp úgy, mint a vuzin vagy eucupin, mély antisepticum s mint ilyen nem alkalmas arra, hogy a kötőhártyán felületet hatást gyakoroljon. Az előbbi momentumra egyébként már Morgenroth is figyelmeztet, amennyiben az ő kísérleteiben a 1/2% NaCl-t tartalmazó rivanol-oldattal injeciált állatok kiterjedt és súlyos genyedéseket mutattak akkor, amikor a konyhasómentes rivanollal kezelt egerek phlegmoneja bakteriologiai is gyógyult.

Irodalom: Morgenroth J.: A chemotherapeutikus antiseptikus céljai és módjai. Klinische Wochenschrift, 1922 febr. 18. — Liebermann Leo: B. O. U. 1922. évf.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 április 21-iki ülése.

Elnök: Sarbó Artur.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutató:

Rosenthal Jenő: 39 éves nőbetegnél szokatlan pseudo-leukaemia volt megállapítható. 8 év előtt kezdődött a végtagjain, nyáron viszkető eczemával, s ez állandósult. 4 év előtt arcán és álla alatt apró kiemelkedések támadtak, melyek 1 1/2 év előtt hirtelen növekedtek; ugyanekkor felkarjai, különösen a jobb, megnöttek, minden körülírt kiemelkedés nélkül. Egy év előtt rádiumkezelésre a duzzanatok elmúltak, azonban a derekán, az inguinális téjron és a hátán kis csomók keletkeztek, s azóta lassan növekednek; felvételkor a legkisebb lencsényi, a legnagyobb tyúktojásnyi. Tapintatuk tömött, színük kékesvörös. A végtagok

bőre száraz, megvastagodott, helyenként eczemás. A lép nem nagy, a vörösvérsejt-szám 3,520.000, a haemoglobin 85%, a festődési index 1'2. A fehérvérsejt-szám 19.200, melyek közül neutrophil polynucleáris 12%, cosinophil 6%, kis lymphocytá 27%, nagy lymphocytá 4%, átmeneti 10%. Feltűnő tehát ezek nagy száma és a jelentékeny cosinophilia. Ezért elsősorban granulomatosisra gondolt; ennek azonban ellene szölt az aránylag sok lymphoid elem, miért is az eset tisztázása céljából az egyik hónalj és csipőtáji tumort szövettanilag megvizsgálták, és Johan B. lymphatikus aleukaemiás leukaemiát állapított meg. Röntgen-kezelésre fogták és a fehérvérsejt-szám lassanként esett, egészen 3200-ra, tumorok eloszlottak, a felkarok térfogata rendezett lett s a viszketés megszűnt. Most, egy évre e kezelés után újból daganatok jelentkeznek.

Az eset figyelemreméltó a szokatlanul nagy eosinophilia miatt, és mert ily vérvépet lymphoid pseudoleukaemia mellett is találhatunk. Hasonló esetről nincs említés az irodalomban, sőt ezt az esetet a vérvék alapján a németek mint granulomatosis már közölték is. Bizonyosága az eset annak, hogy a diagnosis szempontjából a szövettani vizsgálatnak nagy jelentősége van.

Előadás.

1. Csépai Károly: A valódi adrenalin-érzékenység meghatározásának klinikai jelentőségéről. Intravenás módszerével a belső secretió megbetegedések egy részénél és asthma bronchialeban jellemző adatokat lehet szerezni, melyek diagnostikai és prognostikai szempontból felhasználhatók. Basedow-kórban és hyperthyreosisban állandó a valódi adrenalin-érzékenység jelentékeny fokozódása, mely a betegség tüneteivel párhuzamosan csökkent vagy emelkedett. Közönséges golyva esetében az érzékenység vizsgálata rendes adatokat szolgáltat: a megkülönböztető kórismezésben jó eljárás. Felhasználható valamely therapiai beavatkozás (Röntgen, jod) hatásosságának ellenőrzésére is. Addison-kór két és diabetes insipidus öt esetében az érzékenységet csökkentenek találtak. Polyglanduláris sclerosos egy esetében, ahol izolált sókiürülési zavart lehetett megállapítani, ugyancsak nagy fokban csökkent volt az. Asthma bronchialeban az értékek a normális alsó határán mozognak vagy csökkentek. Egy esetben a nagyon csökkent érzékenység peptonkezelésre, az asthma megszűnése mellett, jelentékenyen fokozódott. Egy másik esetben rohammentes időben normális érzékenységet találtak, míg a roham alatt csökkent érzékenység mutatkozott. Myxoedemánál az értékek normálisak, vagy annak alsó határán vannak, de thyreoida-adagolásra azok jelentékenyen fokozódtak. Acromegalia egy esetében normális felső határt, manifest tetania egy esetében normális értéket, osteomalacia esetében normális vagy fokozott értékeket kapott. Diabetes mellitusban az eredmények változók. A különböző érzékenységet a vegetatív idegrendszer változó ingerlékenységével magyarázza, mely viszont hormonok befolyása alatt áll. A hormonok részben a peripheriára, részben a III. agygyomor fenekén elhelyezett trophikus vegetatív idegcentrumra hatnak. Az érzékenység jellemző megváltozását Basedow-kórban peripheriás és centrális, Addison-kór esetében peripheriás, diabetes insipidusban centrális okokkal magyarázza.

Weiss István: Márkus Stefánia dr.-ral végzett oly irányú kutatásokat, hogy a subcután adrenalin-injectióval együtt adott anyagok (NaJ) hogyan szívódnak fel. Azt találta, hogy az adrenalin-érzékeny egyéneknél az a natriumjodid felszívódását nem befolyásolja, míg a nem reagáló egyéneknél a jod felszívódását az adrenalin 3/4—5/4 órával késleltette. Ezeknél locais hatás folytán meggátolja a jod és így valószínűleg saját felszívódását is. Ebből magyarázható a vérnyomásemelkedés elmaradása. E vizsgálatokból kiderül, hogy csak az intravenásan adagolt adrenalin alkalmas a valódi érzékenység meghatározására.

Neuber Ernő: Az I. sz. sebészeti klinika golyvabeteg-anyagán végzett adrenalin-érzékenységi vizsgálatairól számolt be. A vérnyomást műtét előtt, közvetlenül a műtét utáni napon, majd folytatólagosan 2—3 napi időközönként határozta meg. A 39 eset közül 34 normo-, illetőleg hypofunctió volt. Ezeknél műtét előtt a vérnyomás átlagosan 1/100 mg után 15 cm-re, 2/100 mg után 25 cm-re emelkedett; a műtét utáni 24 órában 1/100 mg után 5—10 cm-re szállott alá, azaz csaknem a felére csökkent, majd lassan, a tizedik napon a régi magasságot érte el.

A hyperfunctió golyvákán az érzékenység fokozott volt; $\frac{1}{100}$ mg 30—35 cm, $\frac{2}{100}$ mg 40—45 cm, sőt némely esetben 60—80 cm-es kilengést okozott. Törvényszerűnek mondhatja az érzékenység csökkenését úgy normo-, mint hyperfunctió golyvaesetekben a műtét utáni első 24 órában. A csökkenést kezdetben a pajzsmirigyállomány kibebédésével gondolta összefüggésbe hozhatónak, amióta azonban néhány *nem golyvaműtét* után hasonló érzelt, azóta nem tudja magyarázni. Kiderült az is, hogy a normo- és a hyperfunctió golyvásbeteg más és más érzékenységet mutat, illetőleg, hogy a hyperfunctióval fokozott érzékenység jár együtt. Az adrenalin-érzékenység és a pajzsmirigy működése között létező szoros kapcsolatot két operált eset elmondásával világítja meg.

Kern Tibor: Az I. sz. belklinikán Kunze János dr.-ral vizsgálták az érzékenységet tüdőtuberculosisban szenvedőknél. Az eddig 67 esetben végzett kb. 90 vizsgálat alapján úgy látszik, hogy azok valódi érzékenysége általában csökkent: rossz prognosist exsudatív esetek a legalacsonyabb értéket adják, míg a jó prognosist productív esetek valamivel nagyobb érzékenységet mutatnak. Ezzel a leletükkel Deutsch és Hoffmann, illetőleg Huth nézetéhez csatlakoznak, akik szerint a jóindulatú tüdőtuberculosisok inkább sympathicotóniások, míg a rosszindulatú súlyos esetek vagotóniások.

Hetényi István: Hypertoniás egyének adrenalin-érzékenységét vizsgálta Csépai szerint Sümegi dr.-ral, mivel a subcután methodikával az irodalomban ellentmondó adatok találhatók. Mind a 12 hypertoniás esetben rendkívül fokozott volt az érzékenység. Kellemetlenségek elkerülése végett $\frac{1}{400}$ mg, sőt $\frac{1}{1000}$ mg-mal kezdték a vizsgálatot; több esetben $\frac{1}{400}$ mg-ra már 60 cm vérnyomásemelkedés következett be. A minimális adagokra néha beálló vérnyomássüllyedés ezen adagok értégitő hatásával magyarázható.

Baitz Géza: Beszámol azon anyagcsere-vizsgálatokról, melyeket Weiss dr.-ral végzett jodtheraphiára fogott Basedowos egyénnél. A jodtheraphia előtt 40 gr fehérje mellett nitrogen-deficit volt, utána ugyanannyi fehérje mellett nitrogen-egyensúly támadt. Az anyagcsere e kedvező változásával párhuzamosan alakult a valódi adrenalin-érzékenység is, mely normálissá vált, míg a jodtheraphia előtt a beteg túlérzékeny volt.

Szondi Lipót: 30 esetben alkalmazta a Csépai-féle érzékenységi próbát s a következők megismeréséhez jutott: 1. Könnyen kivihető, gyors és veszélytelen vizsgálati eljárás, ha ott és úgy alkalmazzuk, ahol és ahogyan Csépai megállapította. 2. Megerősítést nyert Csépai azon tapasztalata, hogy a subcután és az intravenásan adott adrenalin vérnyomást változtató hatása között a diagnosztika számára lényegbevágó különbségek mutatkoznak. 3. Felette alkalmas a vegetatív idegrendszer tonusának körmézésére. Mindazon esetekben, amikor a vegetatív reflexek és próbák közül a cardio-vasculáris és subdermális-reflexek, továbbá az oculáris és excretiós tünetek sympathicotón viselkedést mutattak, kivétel nélkül pozitív irányú fokozott, ahol pedig vagotonia állott fenn, kis adag adrenalinra negatív irányú érzékenység, tehát vérnyomássüllyedés és nagyobb dosisra csökkent pozitív érzékenység mutatkozott. 4. Ezen eredményeivel igazolni véli Dresel azon megállapítását, hogy az adrenalin mint Reizgift (Kretschmer) klinikailag nemcsak a sympathicus-rendszerre izgat, hanem másodlagosan a vagus-rendszert is izgatja. 5. Tanácsos volna az eddig szokásban levő fokozott és csökkent érzékenység helyett pozitív és negatív irányú érzékenységről beszélni. A pozitív érzékenységet sympathicotonia, a negatív pedig nagyfokú vagotonia tüneteként kell felfogni. A csökkent érzékenység nem más, mint mérsékeltfokú vagotóniának a tünete. 6. Az endocrin-betegségek diagnosztikájában a próba elsősorban vegetatív tonus meghatározására értékesíthető. A sympathicotón vérmirigybetegségeknél erősen pozitív, míg a vagotón vérmirigybetegségeknél negatív.

Steiner Béla: Gyermeknél a psychikus izgalom zavarja az intravenás injectióra beálló vérnyomásemelkedés értékelését; néhány példával rámutat, hogy a subcután adott injectio is értékes adatokat szolgáltat.

Büchler Pál: Bár osztozik Csépai felfogásában, a paradox adrenalin-érzékenységről alkotott felfogását fenn kell tartania, mivel a schizopreniások egy része vérnyomás-csökkenéssel reagál. A neurovegetatív encephalitisek esetében a göctünetek súlyosbodásával a betegek adrenalin-érzékenysége csökken.

Csépai Károly: Steiner és Büchler adatai egyáltalán nem igazolják subcután-alkalmazás jogosultságát. Az előadásában hangoztatott érvek teljesen eldöntik e kérdést. Steiner azon állítására, hogy gyermekeknél az intravenás methodika nem alkalmazható, mert már a psychikus izgalom is vérnyomás-emelkedést okoz, Steiner saját munkáját idézi. Ő t. i. azt találta, hogy intravenás alkalmazásra gyermekeknél egyáltalán nem következett be vérnyomásemelkedés. Ennek oka előadó szerint a tökéletlen technika.

2. Schill Imre és Patai József: A vérnyomás befolyásolása vízkísérlettel. Magas vérnyomásnak számos esetében a vérnyomás $\frac{1}{2}$ l. teának éhgyomorral való elfogyasztása után

akár 5—6 napra lényegesen csökkenthető volt 1—2 hetes időközben megismételve, a vízkísérlet hasonló eredményt adhat. A csökkenés annál valószínűbb, minél magasabb a vérnyomás és minél nagyobb ingadozásokat mutat sorozatos mérésnél. A vérnyomáscsökkenés sem a vér összetételének megváltozásával, sem a diuresissal, vagy az extrarenális vízvesztéssel nem áll szabályszerű összefüggésben. A vízkísérletre az érrendszer functionális alapon fennálló felesleges contractioja szűnik meg; erre mutat részben a körömágy capillarissainak észlelt tágulása, részben a véreloszlásnak, a kiserek tágulásának megfelelő megváltozása.

Rusznay István: Kénijectiókkal sikerült 13 eset közül 11-ben fokozott vérnyomást erősen csökkenteni. A kezelés alatt a betegek subjectív panaszai feltűnően javulnak. A kén hatásának mechanizmusa és tartóssága még ismeretlen.

Hetényi István: Az előadó által felemlített functionális momentumra vonatkozólag kiemeli, hogy egyrészt a hypertoniások adrenalin-érzékenységének meghatározásakor kapott görbe hasonló a splanchnicus izgatásakor kapott kétfázisú görbéhez, melynek második emelkedése ma már minden valószínűség szerint hyperadrenalinemiától feltételezett, másrészt az acut diffus glomerulonephritiseseken végzett vizsgálataiban a vérnyomásemelkedés és a vércukor párhuzamos csökkenését látta, amit néhány chronikus hypertoniánál is megtalált. Valószínűnek tartja, hogy a hypertonia részben vagy egészben functionálisan, a véretek állapota révén a mellékvesék hatására következik be.

Korányi Sándor: A vérnyomás mérésének ma szokásos klinikai methodikájába egy principális hiba csúszott be. Amint azt Benczúr vizsgálatai kimutatták, az arteria brachialis olyan fokú leszorítása után, amely mellett a radialis pulsus megszűnik, a Gärtner-féle tonometer az ujj arteriájában még mindig tetemes vérnyomást jelez. Eszerint az, amit az irodalomban és az elhangzott előadásokban vérnyomásnak neveznek, a pulshullám energiája, amelyet a brachialist leszorító mansetta által okozott szűkületben keletkező akadály nagyságával mérünk.

Guhr Mihály: A vérnyomást csökkentő gyógytényezők közül a magaslati klíma különböző kórfarmában s különösen Basedow-kór eseteiben a legkedvezőbb hatású. A Magas-Tátrában a légnyomás és hőmérsékleti viszonyok különösen szerencsés találkozása biztosítja és magyarázza a sikert.

Schill Imre: (A zárószó szövege nem érkezett be.)

A német belorvostársaság XXXV. kongresszusának üléseiről.

(Wien 1923 ápr. 9—12-ig.)

II.

Az encephalitis vitában felszólalt még *Benedek* (Debrecen) is, kinek felszólalását mult heti számunkban egész terjedelemben közöltük.

A kongresszus másik főtémája a verőerek hypertoniájának kérdése volt, melyet *Durig* (Wien) és *Volhard* (Halle a. S.) referálták. *Durig* azt fejtegette, hogy a verőeres hypertonia alapvető kérdései három szempontból vizsgálhatók meg: 1. ha azt kérdezzük, mi a fokozott vérnyomás, úgy azt kell mondanunk, minden a normalisnál jelentékenyen magasabban fekvő vérnyomás az. Már physiologias körülmények is jelentékeny változást okozhatnak és észlelhetünk 90—180 Hg. mm-es értékeket. A vérnyommérés csak összehasonlító értékeket szolgáltat, melyek esetről esetre a kisérő körülményekkel egybevetve értékelendők. Hypertonián csak túlságosan magas vérnyomás-értékeket értünk, és bár szükséges volna, hogy a kóros vérnyomásemelkedést már korán felismerhessük, kisebb nyomáskülönbségekből hypertoniára még nem következtethetünk. 2. kérdése az, hogy mi idéz elő túlfesztes vérnyomást? Hypertonia keletkezik, ha az erek telt-ségének fokozódása és a szív működés fokozódása mellett a szívből az érrendszerbe dobott vérmennyiség és az erekből elfolyó vérmennyiség között helytelen arány támad. A túlfesztes vérnyomás keletkezése szempontjából sem a szívveréstérforog, sem az erek ellenállása, sem a szív működés ereje magában véve nem jöhet tekintetbe. Leginkább mérvadó az erek magartartása. A túlfesztes vérnyomás keletkezhet egyrészt az érfal elváltozása következtében, másrészt az erek működés-zavara következtében. Az érfalváltozás vonatkozhatik az erek rugalmasságának vagy tágasságának változására. A rugalmasság elvesztése a szív számára munkavesztést jelent. Az erek tágasságának megváltozását vagy a hajszálerek eltömődése, vagy a vérmeder szélességének az érfal megvastagodása következtében támadt csökkenése okozza. A functió hypertoniára vonatkozóan 82 családon végzett vizsgálatból arra kell következtetni, hogy az erre való anatomiai vagy neuropathiás hajlamosság örökletes is lehet. 3. kérdése az, hogy mit lehet következtetni abból, ha hypertoniát állapítottunk meg? Válasza az, hogy sem a szív

munkájára, sem a keringésre nem lehet következtetni és kiegészítő módszerek segítségével is csak bizonyos útmutatást nyerhetünk, melyeknek segítségével a hypertonia keletkezésének módjára az egyes esetben következtethetünk.

Durig eloquens előadás modora osztatlan tetszést aratott; *correferense*, *Volhard*, kevesebb szimpathiát, de eredeti felfogásának heves védelmezésével érdeklődést kellett. Főtételei a következők voltak:

A túlfeszés érverés oka az erek összehúzódása; a hypertonia minden részletjelenségének magyarázatával tehát az érgörcsre kell visszatérnünk.

A hypertoniás betegek között két típust lehet megkülönböztetni: az egyik sápadt, a másik piros. A különbséget nem az adja, hogy a szív ereje különböző, hanem az, hogy a sápadtban az érgörcs általános.

A sápadt hypertoniás vérében érgörcsokozó méreg kering, a piros hypertoniásban e méreg nem mutatható ki: lehetséges, hogy az ilyenben ideges reflexes ingerület fokozza a vérnyomást.

A túlfeszés érverés oka kizárólagosan a vesemegbetegedés. Állatkísérletben megállapítható, hogy a vesebajos beteg vére az adrenalin-hatást fokozza: a hatás egy fehérjetermészetű méreg jelenlétéhez kapcsolódik.

Hevenyész vesebajban a kóros elváltozás a vesében érgörcs következménye; ha idejében jó orvosi segítség érkezik, egy hevenyész vesebajosnak sem szabad elpusztulnia.

A vesebaj keletkezésében életkornak, öröklött hajlamoságnak, sőt még a psychés állapotának is lehet befolyása.

A vérerek öregedése tágíthatóságuk csökkenésével és ürtartalmuk fokozódásával jár; a csökkent tágíthatóság folytán a vérnyomás fokozódik, de az ürtartalom fokozódása, valamint az öregedő szív erejének csökkenése az érveszülést mérséklék. Öregkorban csökkenő edénytágíthatóság mellett csak azokban túlfeszés a vérnyomás, akikben a szív fiatal maradt.

A vitában *Katsch* hangoztatja, hogy nem helyes a szív szerepét a vérnyomás kérdésében annyira figyelmen kívül hagyni; az álomban a systoles vérnyomás csökken, a diastoles nem és amennyiben ez utóbbi csak az ér tonusának a funkciója, a vérnyomás csökkenése csakis a szív erejének csökkenése következtében támadhat. A szív működésének megváltozására utal az is, hogy ilyenkor a szív kamra kiürülésének ideje is meghosszabbodott. *Kahler* a funkciós hypertoniát neuronos és chemiai úton keletkezett csoportokba osztja s ezek mindegyike lehet centrális és peripheriás. *Heinemann* terhességi vesében és eclampsiában túlfeszés vérnyomást észlelt még mielőtt a vizeletben bármely elváltozás lett volna kimutatható. *Maliwa* szerint az érvégység hatása igen múló és csak plethorás hypertoniásokon, kiknek szívpanaszuk van, ajánlható. *Rusznay* azt tapasztalta, hogy kéninjekció után a vérnyomás csökkent. *Munk* hangsúlyozza, hogy *Volhard* érgörcstheóriája éppen olyan kevésbé bizonyított, mint az ő alteritios theóriája. *Frey* hangoztatja, hogy a hypertonia keletkezésében a peripheriás ingerületeknek (p. o. CO_2) is jut szerep. Piros és sápadt hypertonia nem fejez ki egyebet, mint localisált és generisált hypertensiót. *Falta* hypertoniásokon szép eredményt lát erőszakos sómegvonás, fehérjekorlátozás és vízmegvonás, valamint cukornapok hatására. *Lephe* a vénába fecskendezett kovasavas natrium hatására csak az esetek 60%-ában látott javulást; jelentékenyebb javulás érhető el, ha hetenkint egyszer-kétszer 1 cm^3 1-2%-os natrium nitrosumot fecskendezünk a vénába. *Klemperer* a hypertonia keletkezésében a psychés factornak tulajdonít jelentőséget és a paedagogiás therapia szükségességét hangsúlyozza. *Dresel* centrális befolyásnak (c. striatum) tulajdonít szerepet. *Frank* nem tudja *Volhard* theóriájával összeegyeztetni azokat az eseteket, ahol a hypertonia fiatal egyénen a mellékvese kéregállományában fejlődő daganattal együtt jelentkezett. *Volhard* a zárszóban azt mondja, hogy felfogásának ellenzői fejtegetéseit még mindig nem értik meg; ajánlja a strophantint.

A kongresszus egyes előadásai a következők voltak:

Spiegel (Wien). *Miképen jut tudatra az érfájdalom?* Kutyán és macskán a háti gerincvelő elülső és oldalsó kötegének féloldali átmetszése után a fájdalomérzés, melyet az azonoldali lábáról $BaCl_2$ befecskendezéssel váltott ki, csökkent volt; az érfájdalom tehát más úton halad, mint a fájdalomérzés.

Nothmann (Breslau). *A guanidin hatása az emlős állat harántcsíkolt izomzatára a tónus problémájával kapcsolatban;* Ha a n. lingualis átvágása után kutyába guanidint fecskendezünk, úgy ez az izomzat tónusát nem változtatja meg. Előzetes guanidinbefecskendezés után azonban már a tónusfokozó acetylcholin hatásos adagjának $1/20$ része is elegendő az izomtónus fokozására. A guanidin tehát a fokozott ingerlékenység állapotát idézi elő. Az ezen előadást követő vitában *Spiegel* fölemlíti, hogy a „decelebrated rigidity” a hátulso gyökök átmetszése után sem szűnik meg, amely tapasztalás *Frank* felfogásával ellenkezik. *Frank* megkülönböztetendően tartja azt a tónusfokozódat, mely a hátulso gyökök felől váltható ki.

Klee és *Grossmann* (München). *Cholinchloridoldat vénába fecskendezésével kísérleteztek:* $1/40$ -os oldatból percnként

mintegy 16 cm^3 -t (40 mgr), összesen 800 mgr-ot fecskendeztek be. Hypertoniások többet tűrnek el, vagotoniások kevesebbet. A cholin fokozza a nyáleválasztást, hőszéghézt támaszt, csekély mértékben fokozza a vérnyomást és az érverések számát. 5-600 mgr cholinchloriddal sikerült kedvező hatást elérni a peritonitises ileusban, az idősült atoniás székrekedésben és az ideges dispepsiában.

Pick (Prag). *Az átöröklés néhány kérdéséről* szólva, megállapítja, hogy *Mendel* tanai az emberen nehezen tanulmányozhatók, mert nem lehet, mint a botanikában és a zoológiában, az egyazon generációhoz tartozókat egymással keresztezni. Még a leghasonlóbbak a viszonyok az egypetűjű ikrekben, de ezek ritkák. Az ilyen ikrek mindig egyneműek, de viszont az egynemű ikrek közül csak egy negyedrészt egypetűjű. 12 év alatt csak 30 megfigyelést gyűjtethet össze saját tapasztalásából és az irodalomból. A legtöbb adat az egyidőben fellépő és egyező körlefoyasú betegségekre vonatkozik (egyidőben jelentkező epilepsziás roham, asthmaroham, diabetes, a fertőző betegségek feltűnően egyező körlefoyasú). Ritkábban közli az irodalom az ú. n. recessiv betegségeket, melyek csak akkor jutnak észlelésre, ha mindkét szülő részéről összetalálkoznak. Két esetet említ (daltonismus, alkaptonuria), hol biztosan egypetűjű ikrek közül csak az egyikben volt meg a betegség. Fontosnak tartja, vajjon az állatokban oly nagy szerepet játszó domináncsera az emberben is előfordul-e? Allítják, hogy a gyermekek a fejlődés folyamán majd az apához, majd meg inkább az anyához válnak hasonlók és ilyen domináncserének tekintik egyesek a haj színének utólagos megváltozását is; ilyennek volna felfogható *Pick* szerint egyes örökléses betegség jelentkezése (migraen, asthma bronchiale, Basedow) is; családfákat demonstrál, melyek megállapítható, hogy a beteg szülőhöz hasonló gyermekek korábban betegednek meg, míg az egészséges szülőhöz hasonlóan rendszeren csak az 50-ik éven túl nyilvánult meg a baj és ezzel egyidőben jellemükben és psychéjükben hasonlóbbá is váltak a betegséggel terhelt szülőhöz. Indítványozza, hogy angol mintára ilyen családi történetek gyűjtésére központi állomás létesíttessék.

Molnár és *Csáki* (Budapest) megállapították, hogy a hyperacidok NaCl-kiválasztása késlekedő. A hyperacid panaszú anacidok hasonlóan viselkednek. Az atropin és az alkaliák nagy adagjai e zavart még fokozzák, kis adagjai nemcsak a subjectiv panaszokat, hanem a NaCl kiválasztását is kedvezően befolyásolják. A hyperaciditás tehát a szervezet általános megbetegedése, nevezetesen a konyhasóanyagcsere zavara; kezelésében a konyhasószegény diéta előírása a legfontosabb.

Friedrich (Budapest). *A rágás befolyása a gyomor mozgató működésére.* Említésre méltó változást nem állapított meg.

Fischer (Frankfurt a/M). *A vastagbélrák korai és tuberculosissal szemben való elkülönítő körfelismerése kombinált levegő és Ba-os folyadékotöltéssel.* A Röntgen-felvételeket oldalfekvésben készíti; szép Röntgen-kepeket demonstrál. Daganat okozta szűkület határán a levegőhólyag egyenletes, kerek határú, míg a tuberculosiss okozta szűkület határa egyenetlen.

Boenheim (Berlin). *Az incretumok jelentősége a gyomor-ékönyvből mozgásra.*

Pavlovics (Belgrád). *Különböző gyümölcsök hatása a gyomor elválasztásra.* A gyümölcsnedvet kipréselve adta; próbareggeli után, csak az almanedv fokozta a savelválasztást, ez is hatástalan volt, ha gyomorsondán át adta be.

Heyer (München). *Az emésztés psychés befolyásolása:* hypnosissal vagy rábeszéléssel lehetséges; így sikerült öt-hatnapos obstipálókat kétnaposakká tenni. Röntgen-képet mutat, melyen az előzetesen atoniás gyomor a suggestio után jó peristolejú.

Glaessner (Wien). *A parenterális gyomormérgekről.* Toxinok parenterális adására hypochlorhydria támad, míg a lázkelto szerek ellenkezően hatnak.

Walko (Prag). *A gyomor-bélfékelyek lappangásáról* szólva hangoztatja, hogy az úgynevezett Röntgen-fészek eltűnése nem bizonyítja azt, hogy a fékely meggyógyult, másrészt a panaszok megszűnése sem jelenti a fékely gyógyulását.

Stern (Wien). *A gyomor mint levegődob a kiirtott gégyűiek beszéd- és hangképzésekor.* Három beteg mutat be, kik gégyűkiirtás után a hangos beszédre képesek a gyomorba lenyelt levegő beszédközti kiáramoltatása útján.

A budapesti kir. Orvosegyesület otologiai szakosztályának március 22-iki ülése.

Elnök: *Krepuska Géza.*

Jegyző: *Germán Tibor.*

1. *Török Béla:* *Füledetű arachnoideális cysta.* Megjelent az Orvosi Hetilap 1923 április 25-i számában.

Hozzászólások: Sarbó Artur (vendég) kitér a meningitis serosa kérdésre, operált esetei alapján utal arra, hogy többnyire hydrocephalus kíséri az ily állapotokat. A bemutatott

esetben a kisagyhídszöglet táján a fülbántalom következményeképp fellépett meningitis circumscriptát lehetne talán fölvenni s ennek folyamányaként hydrocephalus internust. Utóbbi megmagyarázza az összes tüneteket és ezek jövését-menését. Biopsiás lelet nélkül cysta felvétele csak hypothetikus lehet. Ki kell indulnunk abból a tényből, hogy a dura pungálása után bő liquor-folyás állt be, mire az összes tünetek megszűntek, majd újból előállottak s most már időszakonkénti lumbalpunkcióra is megszűnnek. Szórol-szóra ezt látjuk epilepsia bizonyos eseteiben is, jogosult ilyenkor a tünetek hátteréről a hydrocephalusra gondolni. E felvétel mellett magyarázatot nyer a láz is, mint a hypothalamusban fekvő vegetatív központ izgalmanak következménye, az epilepsias rohamok, az ataxia, mely tehát nem cerebelláris eredetű, hanem a hozzászóló által leírt rubralis ataxiának felel meg. A jövő szempontjából fontos, hogy az időnként felszaporodó liquor elhelyeződését hová localisáljuk, mert hydrocephalus esetén az Anton-Bramann-féle „Balckensticht” ajánlaná, ha már a lumbalpunkció eredménnyel nem járna.

Hudovernig Károly (vendég): A Szent István-kórház idegosztályának eredeti hysteria kórisémjét egyrészt avval magyarázza, hogy imbecillis egyénekben mindenkor megvan a készség arra, hogy hysteriform jelenségekkel reagáljanak, másrészt avval, hogy igen gyakran látjuk, hogy neuropathiás idegrendszer szervi — tehát anatómiai elváltozásokkal járó — betegségei kezdetben hysteriform tüneteket okozhatnak. A hydrocephalus internust az eset magyarázatára nem tudja elfogadni. A féldolali idegbénulások ellene szólnak, másrészt a beteg epilepsias rohamai mindenkor sajátos látászavarokkal voltak kapcsolva; ez a jelenség is, mely egyéb látópálya-zavar nélkül jelentkezett, szintén ellene szól belső agyvízkórnak. Osztózik előadó nézetében: aghártya-összenövéséből eredő látógyagyuroktömlőt vesz fel, mely mérsékelt telődés alkalmával lumbalpunkció által meg volt csapolható, de ha erősebben telődött, valamelyik ventiliszertű zárnak nyomásokozta záródása révén így már nem, hanem csak külső beavatkozás után nyílt meg.

Szász Tibor: A legnagyobb kétkedéssel olvassa az irodalom idevonatkozó közléseit. A kérdés körbonctani része még annyira nyitott, hogy a functio-vizsgálat eredményei egyedül nem szolgáltatnak elég indokolást a látógyagyurokakat is szélesen megnyitó műtét elvégzésére és előadó is így gondolkodott, mikor a feltételezett cystát csak a durán keresztül pungálta. Hasonló esetben talán célszerű volna a lumbalpunkcióval nyert liquor és a punctióval kapott folyadék refractióját összehasonlítani, feltéve, hogy el tudjuk kerülni a vér hozzákeveredését. Ez a meghatározás műtét közben könnyen elvégezhető és nem complicáltabb, mint egy fagyasztott metszet elkészítése műtét alatt. Ha a két meghatározás eredménye nagy különbséget mutat, úgy van némi jogunk annak felvételére, hogy a „cysta” nem közlekedik nyiltan a liquorral.

Kluge Endre (vendég): Észlelte az esetet. Hysteriás vonások felülretegződését organikus betegségeknel gyakran látni. Az észleltet után az organikus megbetegedés kétségtelen. A lázakat a hőcentrum mechanikus izgalma eléggé megmagyarázza. Sarbóval szemben nem a tünetek jövését-menéséről, hanem a tünetek paroxysmusáról beszélne, amit a hydrocephalus nem magyaráz meg. Hydrocephalus ellen szólnak egyéb jelenségek is. A cysta biopsiás bemutatása a mai boncolási technikával felette nehéz.

Sarbó Artur: A kapott felvilágosítások és a beteg megtekintése után még határozottabban foglal állást a hydrocephalus felvétele mellett. A beteg törpe növevése, öreges arca, imbecillitása, positiv Wassermannja congenitális lues tesz valószínű; a lueses folyamat valószínűleg a hypophysis tájékán zajlott le és vezetett hydrocephalus internus kifejlődéséhez (ependymitis granulosa). A hydrocephalus fokozódó növekedésével mind súlyosabb tünetek: epilepsias rohamok, ataxia, láz, psychotikus viselkedés fejlődtek ki és szűntek meg liquor-kibocsátásra egy csapásra. Egyes tünetek feloldalsága nem szól a hydrocephalus ellen, minthogy igen gyakran tapasztaljuk, hogy az egyik oldali oldalgomroc tágultabb, mint a másik és így csak ezen oldal felől kapunk tüneteket. A Babinski-féle tünet is csak hydrocephalussal magyarázható. Ha az encephalographia nem volna oly veszélyes eljárás, ajánlaná ennek diagnostikai célból való megejtését. Újból föl hívja a figyelmet rosszabbodás esetén az Anton-Bramann-féle eljárásra.

Török Béla (zárszó): Hydrocephalus internus felvételével nem tartja az esetet megmagyarázhatónak. Természetes, hogy a cysta punctióval nem gyógyult, mert a punctióval s az utána beállott liquor-folyással csak a fokozott nyomás szűnt meg, de az anatómiai viszonyok, melyek a cysta képződéséhez vezettek, nem változtak. Hangsúlyozza, hogy a fennálló tünetcsoport mindig oly tünetekből adódott össze, melyek az ezen oldali kisagyhídszögletben létesült nyomásfokozódásból kellőleg magyarázhatók voltak. Köszönetet mond Kluge-nak a beteg ismételt megvizsgálásáért és az értékes neurologiai útbaigazításokért.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A rákban és vészes vérszegénységben szenvedő betegek serumának viselkedése melegítéskor. Ehrentheil és Weis-Ostborn. (Klin. Wochenschrift, 1923, 13. sz.)

A reactio kivitele: A serumot physiologiás konyhasóval tiszteresére felhígítjuk és aztán 80° hőmérsékleten tartjuk egy negyedórán keresztül. A felmelegített, zavaros serumból hígításokat készítünk: az eredeti 1:10, a következő 1:20, majd 1:40 stb. arányában és a kémcsöveket a különféle betegségekben egymással összehasonlítjuk. Nagyon gyenge zavarosodás keletkezik rákos betegek savójában (10 eset) és nagyon erős zavarosodás van a vészes vérszegény, az uraemiás és lues III. beteg savójában (14 eset). Ha 100°-ra melegítették fel a savót, nagy csapadékot kaptak anaemia perniciosában, míg lues III-ban semmiféle csapadék nem keletkezett. Sarvay dr.

További megfigyelések és tapasztalatok icterusban a vizelet, vér, duodenumdv és liquor cerebrospinalis epe-savtartalmáról. Borchardt. (Klin. Wschr., 1923, 12. sz., 541. old.)

A Hay-próbánál érzékenyebb viscostagonometriás módszerrel végzett nagyszámú újabb vizsgálata megerősíti régebbi megállapítását, hogy mechanikus icterusban az epesavak és epefesték mindig együtt jelennek meg a vizeletben és együtt tűnnek el belőle. Az epefesték és epesavak kiválasztása a vizeletben mennyiségileg is párhuzamos egymással, a vérsavóban azonban sok epefestékkel egyidejűleg a vizeletben történő nagymennyiségű epesavkiválasztás dacára is gyakran csak kevés epesav van, ami amellet szól, hogy az epesavaknak a vesén át való kiválasztási küszöbértéke jóval alacsonyabb, mint az epefestéké. A vérsavóban nagyobb mennyiségű epesavat csak heveny és subacut sárga májrosvadásban talált. Szerzőnek a duodenumdvben májfunctióvizsgálatokkal egyidejűleg végzett epesavmeghatározásai csak májműködési zavar esetén mutattak a rendesnél kisebb epesavmennyiséget. A liquor cerebrospinalissal végzett vizsgálatok megerősítették Umber álláspontját, hogy a plexus chorioideusok ereinek ép volta esetén a liquor xanthochromiás elszíneződése nem epefestéktől származik, mert ép erek mellett súlyos icterusos betegeknek vérsavójában sem talált epefestéket és egyáltalában nem sikerült epesavakat sem kimutatni. Pákozdy dr.

Bakteriumölő anyagok hatásának fokozása intravenásan adott hypertoniás szőlőcukoroldattal. Silberstein. (D. m. W., 1923, 11. sz.)

A bőr megbetegedéseinek egyrésze tapasztalat szerint kedvezően befolyásolható intravenás hypertoniás szőlőcukorral. E hatás valószínűleg protoplasma-activáláson alapszik, mert spirochaetának és gonococcusoknak is fokozott szaporodási tendencia állapítható meg ezen eljárás hatására. A protoplasma-activálás útja elképzelhető a szőlőcukor által a szövetekből lehasított histaminszerű anyagokon keresztül, de lehet az is, hogy a hypertoniás oldat maga hat így, a sejt és környezete közti concentratio-egyensúly megbontása folytán.

A protoplasma-activáló hatás serologiai reakciókkal nem mutatható ki. A lueskezelésnél azonban az a megállapítás tehető, hogy a 20—50%-os szőlőcukorban oldott neosalvarsan nemcsak kevésbé mérgező a vízben oldott neosalvarsannál, hanem kb. felényi adag neosalvarsan így már ugyanolyan hatású, mint vízben oldva kétszerannyi.

Gonococcusok — amint említettük — gyorsabban szaporodnak ugyan, de kevésbé ellenállók szőlőcukor hatására. Fehér egerek kísérletes trypanosoma-fertőzésével sikerül beigazolni a klinikai tapasztalatok helyességét. Hypertoniás szőlőcukor helyett konyhasót használva az eredmények nem olyan jók, de így is sokkal jobbak, mint ha közönséges víz az oldószer.

Helyileg ható bakteriumölő szer hatása is erősödik hypertoniás oldat egyidejű alkalmazására. Kiss József dr.

A proteinkelés befolyása az intermediaer anyagcserére és a vércukorra. Vollmer. (Klin. Wochenschrift, 1923, 12. sz., 529. oldal.)

A szervezetbe parenterálosan bevitt fehérje nem specifikusan hat, hanem a szervezet valamennyi sejtjének oxydatív tevékenységét fokozva, az anyagcsere-folyamatok lefolyását gyorsítja és azokat alkáliás irányba tereli. György vizsgálatai bizonyítják, hogy a vizelettel történő sav-, ammonia- és nitrogén-kiválasztásból következtetni lehet az intermediaer anyagcsere-folyamatok lefolyására. Szerző a proteininjectiók adása után gyermekeken a vizelettel történő savkiválasztás és a H-ion koncentrációjának nagyfokú csökkenését észlelte, mint az anyagcsere-folyamatok alkáliás irányban való befolyásának tünetét; ezt a több napon át tartó progressív csökkenést rövid ideig tartó acidosisos fázis előzi meg ugyanúgy, mint azt szerző az anyagcserét fokozó hormonok hatására is észlelte. Véleménye szerint ez az acidosisos szak a proteintestek közvetlen hatására

vezethető vissza, míg a második fázisban az anyagcserének és a sejtek oxidatív tevékenységének fokozódását a szervezet saját fehérjéinek az elsődleges sejtkárosodás következtében keletkezett bomlási termékei váltják ki. A nem specifikus proteinhatás szerepét játszik a kétségtelen specifikus hatás mellett a tuberculinkezelésben is; szerző vizsgálatai szerint utóbbi az anyagcserefolyamatokat ugyanúgy befolyásolja, mint a proteinkezelés. Előzetes proteinkezelés, amint azt szerzőnek *Herzberg*-gel együtt végzett kísérletei mutatják, csökkenti az adrenalin hyperglycaemiát okozó hatását, aminek oka szintén a protein hatására létrejövő alkalosisos állapot, amely az acidosisal szemben mások megfigyelései szerint is a vércukorértékek megkisebbedéséhez és a hyperglycaemiás adrenalinhatás megszűnéséhez vagy csökkenéséhez vezet. *Pákozdy dr.*

Sebészet.

A sarokcsonttörések műtéti kezelése. *Becher.* (Zentralblatt f. Chir. 1923, 7. sz.)

Mint hogy a sarokcsonttörések darabos, a bokák közé beékelődő törések, a véres beavatkozást ajánlja. Módszere a következő: a vérömleny kelfőkök visszafelődése után néhány cm-nyi vízszintes metszést ejt a külső boka alatt 1 ujjnyira. Elevatoriummal tompán áthatol a belső bokáig, ahol kis metszéssel keresztül az elevatorium csúcsát szabadon hozzáférhetővé teszi. Az elevatorium csúcsára és nyelére gyakorolt, lefelé irányuló húzással a dislocatiót megszünteti, egyszersmind ezen fogással a törött csontdarabkákat rögzítve, csontfúróval hátulról-alulról előre-fölfelé fúr, az összes tört darabokon keresztül. Melléksérülések elkerülése miatt a fúrás mélységét Röntgennel előre meghatározza és azt a fúrón jelzi. A fúrót a műtét befejeztével helyén hagyja. Rögzítésül egyszerű mull-pólyát alkalmaz oly módon, hogy az a helyreállított talpboltozatot is biztosítja. A gyógyulás tartama 6 hét. *Krüger Viktor dr.*

A hüvely világrahozott hiányának négy esete, a vékonybélből való képzéssel. *Hortolomei.* (Zentralblatt f. Chirurgie. 1923, 7. sz.)

Négy esetről számol be, ahol a hüvely világrahozott hiánya miatt 20–30. életévek közt lévő másodlagos nemi jellegeket kifejezeten mutató betegein Baldwin-Mori szerint plastikai műtétet végzett. A műtét részletei: tompa felhatolás a rectovesicális közben a Douglas-redőig, laparotomia útján 25–30 cm hosszú, kellenként lefelé húzható vékonybélkacs kiiktatása, a belfolytonosság helyreállításával, a kiiktatott bélrésztel lehúzása a rectovesicális térbe, a Douglas-redőn készített peritoneális hasadékon keresztül, a hasfal zárása és a vékonybél darab rögzítése új helyén, arra ügyelve, hogy az a lehúzás közben egy rövidebb és egy hosszabb szárra megtörve, duplikálódjék, az introitus vaginae számára szolgáló nyílás pedig a megtörés csúcsán a hosszabb szárra nyílólag készíttessék. Négy esetből három gyógyult, egy peritonitis miatt meghalt. Végkövetkeztetése az, hogy elért jó eredményei dacára is a *Schubert*-féle műtét (vaginakészítés vastagbélből) veszélytelenebb eljárás, mert ott a hasüreget nem kell megnyitni. *Krüger Viktor dr.*

Paraffinpermetezési eljárás égési sebeknél. *Redauli.* (Münch. med. Wochenschrift. 1923, 6. sz.)

Az általa feltalált permetezőkészülékben a paraffin melegvízfürdőben áll. A megtisztított sebet addig permetezi, míg azt a paraffin szumaszerüleg bevonja. Egy réteg gazet téve rá, erre szintén paraffint fujtat. Előnye, hogy a kötésváltás fájdalommentes és hogy eközben a keletkezett hámszigeteket nem tépi le. Ezáltal a sebek sokkal hamarabb gyógyulnak. *Scheitz.*

Homloköbölsteoma. (Reh. Deutsche med. Wochenschrift. 1923, 7. sz.)

A homloköbölből kiinduló osteomák veszedelme, hogy átörök a koponya és a szemüreg falát, miáltal fejfájásokat, agnyomást, illetve exophthalmust okoznak. Ezért a gyökeres műtétet ezen tünetek fellépte előtt ajánlja. Az általa közölt esetben a daganat már a koponyaüregbe és a szemüregbe is behatolt. A gondos eltávolítás után a szemöldökön át vezetett metszést teljesen zárta. A lefolyás biztosítására szükségesnek tartja a homloköböltáj tamponálását az orrüreg felé. *Pommersheim.*

A strangulációs bélelzáródás korai felismerése. *Krecke.* (Münch. med. Wschr. 1923, 4. sz.)

Bélelzáródásoknál gyakran találkozunk még azon fel-fogással, hogy a műtét beavatkozást megelőzőleg megkísérlendő vértelen eljárásokkal eredményeket elérni. Kétségtelen, hogy e nézet az ileusok egy részénél helyes. Spastikus, obturációs ileusok — melyek némelyike életveszély nélkül akár hétszámra is fennállhat — gyakran maguktól is oldódhatnak. Nem áll ez a strangulációs ileusoknál, hol egy bélrész nemcsak mechanikailag van elzárva, hanem táplálásában is zavart szenved. Következmény gangraena s ezt követi általános peritonitis. A strangulációs ileus legveszélyesebb alakjai a belső kizáródások, ahol peritoneális hézagok, adhaesiók folytán fellépő kötegek szerepelhetnek előidéző ok gyanánt, volvuluson kívül. A kórisme a bél-

elzáródás és bélelzáródás tüneteiből tevődik össze. Az első csoportba tartoznak a kezdeti hányás, ércesen csengő bélzöregek, kölikaszzerű fájdalmak, bélmerevedések, bélsárhányás, szél- és székrekedés, általános elesettség. E tünetek közül feltétlenül jelen kell lennie a szél- és székrekedésnek, a többi tünet főleg az első időben hiányozhatik. Örizkedjünk a bélsárhányást, mint feltétlenül szükséges kórisme jelet bevárni. A bélelzáródás tüneteinek közül legfontosabb a betegség kezdetétől jelenlevő, folyton fokozódó fájdalom, mely obturációs ileusnál igen gyakran teljesen hiányzik. Fontos jel a naponta 10–12-szer ismétlődő hányás. Ezeket követi a pulsus számának emelkedése, mely már 2–3 óra után kimutatható s az 5–6. órában már a 100-at is meghaladja. A fenti tünetek alapján, ha appendicitis, cholecystitis, salpingitis kizárható, felállíthatjuk a bélelzáródás valószínű kórisméjét és a műtét javallatát. A korai kórisme felállítása sokszor nehézségekbe ütközik, pedig 1–2 órai késedelem a beteg halálát okozhatja. Midőn a has már dobszerűen puffadt, a pulsus kicsiny és filiformis, az ajkak cyanotikusak, bélsárhányás van jelen, műtéti beavatkozásunktól nem sok eredményt várhatunk. *Tirczka Kolos dr.*

A tejsyrupbeöntés. *Küttner.* (Zentralblatt f. Chirurgie. 1923, 7. sz.)

Kétharmad liter 38 fokra melegített tej és egyharmad liter közönséges repásyrup keverékéből készített szűredék beöntés formájában alkalmazva, még oly makacs obstipatio és ileuszzerű állapot esetén is eredményes lehet, ahol más szerek csődöt mondanak. A beöntést 15–30 perc múlva követi a székelés. A hatás lényege a keverék magas koncentrációjú polysaccharidjainak nedvmegkötő tulajdonsága az osmosis törvényeinek értelmében. *Krüger Viktor dr.*

Gyermekorvostan.

A törpeségről. *Max Berliner.* (Klin. W., 1923, 3. sz.)

A törpék két legfontosabb csoportját, a chondrodystrophiás és a hypophysises törpét állítja szembe. A chondrodystrophiás törpénél már születéskor megvannak a jellemző tünetek. Állni, járni rendes időben tanulnak meg, intelligenciájuk normális. Ezzel szemben a proportionált hypophysises törpék születéskor normálisak, csak később állanak meg fejlődésben. Állni, járni később tanulnak meg, intelligenciájuk csökkent. A chondrodystrophiás törpére jellemzőnek tartja a micromelián kívül az izomzat erős fejlettségét, az orrgyök behúzódottságát, az arc hosszirányban való növekedését, továbbá az agykoponya relative nagy voltát. Jellemző lelete, hogy Röntgennel a sella turcicát igen erősen lelapultnak találta, ami szerinte valószínűvé teszi *Biedl* felvételét, hogy a chondrodystrophia azáltal jön létre, hogy az intrauterin életben lefolyó hypophysis-betegség következményeképpen az epyphysis-porc az első foetális hónapokban megbetegszik. Erélyesen állást foglal az ellen, hogy ezen két körformát az infantilismusok közé sorolják, miután a chondrodystrophiás törpe intelligenciája egészen normális, míg a hypophysises törpék már a 30. év után öreges vonásokat mutatnak. *Beck Rella dr.*

A coli-bakterium szerepe csecsemők táplálkozási zavarainak pathogenesisében. *Schiff és Kochmann.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 99., 4–5. f., 1922.)

Moro és *Bessau* vizsgálatai óta az acut táplálkozási zavarok létrejöttében nagy jelentőséget tulajdonítunk a duodenum chymus-pangás okozta bakterium-flóra szaporodásának. Szükségessé vált annak a kérdésnek tisztázása, hogy miként viselkedik a coli-bakterium a különböző tápanyagokkal szemben, s hogy létrejönnek-e ily módon oly toxikus anyagok, melyek a táplálkozási zavarok kialakulásában szerepet játszhatnak.

Schiff és *Kochmann* megállapították, hogy a fehérjéből a coli hatására aminok keletkeznek. A fehérjebontás élnék cukor nélküli táptalajban is. Zsír és magas zsírsavak sóinál jelenléte a fehérjebontást és a bakterium-felszaporodást feltűnően elősegíti.

Zsír-bontás coli hatására nem történik. Ha a táptalaj erjedésképes anyagokat tartalmaz, úgy a coli elsősorban ezeket támadja meg. A cukortartalom és az aciditás csökkenésével arányban azonban mindinkább a fehérjebontás lép előtérbe.

A táplálkozási zavarban szenvedő csecsemők zsír-intoleranciáját magyarázza azon vizsgálati eredményük, hogy zsír és zsírsavak a táptalaj bakterium-tartalmának gyors felszaporodását okozzák és a vékonybél lassú kiürülését idézik elő.

Fontos és értékes azon megállapításuk, hogy az erjedést és rothadást ugyanaz a bakterium okozza. A cukor- és fehérjebontás egymás mellett következik be. *Steiner Béla dr.*

A liquor cerebrospinalissal végzett bőrreactio használatáról a meningitis tuberculosa diagnosisának felállításánál. *Gertrud Usbeck.* (Klin. Wochenschrift, 1923, 10. sz. március 5.)

A *Wildbolz*-féle *Eigenharn-reactióból* indult ki, gondolván, hogy e módszerrel az antigén kimutatása a szervezetben

haszonnal fog járni. Ha a vizeletben megjelennek antigenek, úgy a liquor cerebrospinalisban még sokkal több van jelen; igaz, hogy egyesek szerint az ily exsudatumokban az antigenek a fehérje védő colloidjaihoz vannak kötve (Schützcolloide) és azért hatástalanok, de az ő előkísérletei azt mutatták, hogy a liquorral kevert tuberculin a rendes cutan-reactiót adja, tehát feltehető, hogy adott esetben a liquorral végzendő kísérletek pozitív eredménnyel fognak járni.

16 meningitis tuberculosa liquorját használta fel. Először is szűrte, azután részben besűrítette. Ebből a garantálhatóan bacillusmentes liquorból 0.1 cm³-t adott intracutan, részben a meningitises gyermekeknek, s mivel feltételezhető volt, hogy ezek már anergiások, tuberculinra erősen reagáló gyermekeknek is, control gyanánt. A liquor besűrítése nem játszik szerepet. Minden gyermeknél phys. konyhasóval control végeztetett. Az eredmények 24 és 48 óra múlva vizsgáltattak, a 48 órás mérvadó.

A „saját-reactio” csak öt esetben volt kivétel, a többi gyermek elhalt, mielőtt a liquor elő lett volna készítve.

A theoretikus okoskodás nem vált be, mert:

1. a meningitis tbc.- és gyermeknél a saját-reactio csaknem mindig negativ, a hetero-reactio erősen allergiás gyermeknél csaknem mindig pozitív a meningitis liquorjával; 2. tuberculinra erősen reagáló gyermeknél a nem meningitis tbc.-ből származó liquor is majdnem mindig pozitív eredményű; 3. Tbc.-mentes gyermeknél semmitéle liquor nem ad pozitív reakciót; 4. így tehát a reactio csak egy túlérzékenységi s nem specifikus reactio. Meningitis tbc. diagnosizására a reactio tehát fel nem használható, s ezen okból a Wildbolz-reactio is értéketlen ily esetekben.
Bókay Zoltán dr.

Fülgőgyászat.

Kiütéses typhus eredetű fülmegbetegedések. Swersevsky. (Zentralbl. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenhik. 1923. 11. füzet.)

Statistikai adatokat sorol fel orosz orvosok által konstalt fülmegbetegedésekről a kiütéses typhusjárvánnyal kapcsolatban. Általánosságban 0.2–5.8% közt ingadozik a genyes középfülgulladás arányszáma. Jóval gyakoribb a belsőfül megbetegedése, aminek okát szerző a kórokozónak a centrális és peripherikus idegrendszerre gyakorolt toxikus hatásában keresi. A kiütéses typhusban szenvedők — rendszerint átmeneti — nagyothallása a med. oblong. kiváltképpen pedig a hat utolsó agyideg, elsősorban a n. cochlear. magjának különösebb érzékenységével magyarázható. Meningeális jelenségek kíséretében mutakozó süketsegnél sikeresen alkalmaztak megismételt lumbalpunkciót. A hőmérsék rohamos csökkenésekor beállt hirtelen süketsegi rendkívül rossz prognosizra enged következtetni. A genyes középfülgulladás a negyedik és ötödik héten szokta elárulni magát. A csecsnýulvány megbetegedése legtöbbször egyoldali; sokszor jellegzetes tünetek nélkül, azonban majdnem mindig hatalmas csonttronsolás kíséretében, torpid granulatio képződéssel. Felvéséskor kimondottan pneumatikus, erősen fejlett terminális sejtek találhatók. Az agyhártya és a vérpálya részéről szövödmény alig fordult elő, a műtét utáni körlefolysis rendszerint sima szokott lenni. A kiütéses typhus complicatiójaként szerző tehát kétféle fülmegbetegedést állapít meg: specifikusat és nem specifikusat. Az első csoportba sorolható: a felső légutakkal egyetemben a fülkürt, esetleg a középfül és csecsnýulvány hurutos megbetegedése, kiváltképpen pedig a belsőfül affectiója. Nem specifikus complicatiók közé pedig (legtöbbször másodlagos streptococcusinfectio következményeként) a középfül, úgyszintén a csecsnýulvány idült genyedése. Zimányi dr.

A lues korai stádiumában jelentkező hallóidegzavarok. Dr. Richard Lehmann Berlin. (Beiträge zur Anatomie, Pathologie des Ohres etc. 1923. 3–5. füzet.)

Az első salvarsan-aerában a primaer stádiumban szenvedőknél sok hallóidegbántalom került megfigyelés alá, amelyek a salvarsan adagolása után mutatkoztak s főleg a magas hangok iránti rossz hallásban, fülzúgásban, rövidült csontvezetésben, fejfájásban és szédülésben nyilvánultak. Annál is inkább a salvarsan káros hatásának tudták ezt be, mivel a primaer stádiumban addig csak a legtrikább esetben láttak luetikus alapon fejlődő hallóidegbántalmat, isolált vestibuláris bántalmat pedig még a lues későbbi stádiumában sem. Szerző nagyobb anyagon vizsgálta meg primaer affectióban szenvedőknél a hallóideget, még pedig a salvarsan-kúra előtt, és meglepően több mint a felénél talált kistokú hallóideg-bántalmat, dacára annak, hogy legtöbbjüknek semmi subjectiv panaszuk ez irányban nem volt. Volt közöttük elég tekintélyes számban isolált vestibuláris bántalom is. A salvarsan-kúra megkezdése után néhányal subjectiv is felléptek a panaszok, amit a szerző (Ehrlich felfogása szerint) azzal magyaráz, hogy a latens hallóidegbántalom a salvarsan elégtelen adagaira manifestté válik. Érdekes analogia is van ezen a téren, amennyiben 1–2 higany-injectio után néha a negativ Wassermann pozitív válik, vagy pedig az addig nem jelentkezett roseolák hirtelen kitörnek. Fialowski Béla dr.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1923 április 28-iki ülésének napirendje: Bemutatás: Licskó Andor: Epibulbáris sarcoma. Előadás: 1. Id. Liebermann Leó: A d'Hérille-féle tünemény magyarázata modell-kísérlettel. 2. Flesch Armin: A csecsemőkori spasmophilia kezelése quarzfényvel.

A Budapesti Orvosok Szövetsége április hó 30-án, hétfőn délután 1/27 órakor a Budapesti Kir. Orvosegyesület (VIII., Szentkirályi-utca 21.) Semmelweis-termében tisztújító közgyűlést tart. Napirend: 1. Elnöki megnyitó. 2. A főtitkár jelentése. 3. A pénztáros és a pénztárvizsgáló-bizottság jelentése. 4. A választmány javaslata a jövőévi tagsági díj megállapítása tárgyában. 5. A tisztikar és választmány megválasztása. 6. Tagfelvétel.

A Magyar Szemorvostársaság ez évi rendes közgyűlést és tudományos nagygyűlést május hó 19., 20. és esetleg 21. napján tartja. A tagok külön meghívót kapnak a közgyűlés előtt két héttel, azonban kívánatos, hogy tartandó előadásuk vagy bemutatásuk címét már előbb jelentseék be a titkárnak (ifj. Liebermann Leó dr. egyet. m. tanár, IV., Veres Pálné-utca 34.). Orvosvendégeket a tudományos üléseken szívesen lát a Magyar Szemorvostársaság.

Az Országos Közegészségi Tanács rendkívüli tagjai. A népjóléti és munkaügyi miniszter Verebely Tibor és Tóth István e. ny. r. tanárokat és Lénárt Zoltán e. m. tanárt a Tanács rendkívüli tagjaivá nevezte ki; Bayer Antal budapesti gyógyszerész, Feleki Hugó e. m. tanár, Tüdös Kálmán t. főorvos (Debrecen) és Végh János t. főorvost (Budapest) a Tanács rk. tagjaivá újból kinevezte.

Az Orvosképzés régebbi évfolyamai az orvosi továbbképzés központi bizottságának irodájában (VIII., Mária-utca 39. I. sz. egyetemi szemklinika) még kaphatók. A teljes évfolyam 1000 koronáért, egyes számok 200 koronáért. Átvehető délelőtt 9–1 óra között.

Az Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya május hó 8-án, kedden d. u. 6 órakor a Szt. Rókus-kórház gégeszeti osztályán ülést tart, a következő napirenddel: Némái József: Ritka typhusfekély a gégeben. Pollatschek Elemér: Mediastinitis post. operált és gyógyult esete. Lénárt Zoltán: A tonduillák papilláris hypertrophiája. Kalocsay Géza: Sinusitis frontalis endonasalis úton operált és gyógyult esete.

Állami serumok ára. A m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszterium 1923. évi április hó 7-én kelt leirata az állami serumok eladási árát a következőkben állapította meg:

1000 A. E. diphtheria serum	300 korona
1500 " " " "	400 " "
2000 " " " "	525 " "
3000 " " " "	700 " "
Dysenteria serum	700 " "

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; egyebütt 6000 K, átutalendő a Magyar Országos Központi Takarékpénztár Kálvin-téri fiókjánál számlánkra.

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

Kéziratokat fél iv 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.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

A „Tátra”-szanatórium Ótátrafüreden május 15-től ismét üzemben lesz. Elsőrendű fizikalis, diétaes intézet, magaslati klimatikus gyógyhely Basedow-kórosok, vészergeyek, anyagcsere-betegek, idegesek, 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.)

Dr. Keszler—Dr. Langfelder

bőrgyógyászati és kozmetikai intézete IV., Váci-utca 11/B
Röntgen, Quarz, Diathermia, Kosmatikai eljárások és műtétek.

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 vizsgyógy-
intézete ez évben nyílt meg. MÉRSEKELT ÁRAK. SZABAD ORVOSVÁLASZTÁS.

ZUGLIGETI

ÜDÜLŐTELEP

TELEFON
54-28

FÁCÁN

TELEFON
54-28

KLIMATIKUS GYÓGYHELY MEGNYILT

HYDRO-ELEKTROTHERAPIA. NAP- ÉS LÉGFÜRDŐK. DIÉTÁS KONYHA

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete.

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

RÖNTGEN-ODELGA

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

DR. RAJNIK PAL

tüdőbetegségek diagnosztikai rendelője

Budapest VII,
Vilma királyné-út
11. szám (Fasor).
Telefon: József 14-51.

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

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

PÁLYÁZATOK.

A szabolcsvármegyei kiskvárdai közkórháznál lemondás
folytán megüresedett bentlakó **alorvosi állásra** pályázatot hir-
detek. Az állás javadalma a X. fizetési osztálynak megfelelő
2000 K évi törzsfizetés, az ez után járó ideiglenes segély, háborús
segély, drágasági segély és rendkívüli segély, kizárólag saját
személyére egy szobából álló lakás, fűtés, világítás és elsőosztályú
élelmezés. Ezenkívül a kinevezendő orvos tagja a közalkalma-
zottak beszerzési csoportjának és kedvezményes árú ruha- és
cipőellátásban is részesül. Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy
képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal
felszerelt pályázati kérvényüket Szabolcs vármegye Főispáni
hivatalához címezve, a kiskvárdai közkórház igazgatóságához folyó
évi május hó 5-éig adják be, a később érkezők nem fognak
figyelembe vétetni. Az állás azonnal elfoglalható.

Kiskvárd, 1923 március 29.

Dr. Mosánszky s. k., igazgató-főorvos.

Az igazgatásom alatt levő közkórházban megüresedett
szemész-főorvosi állásra pályázatot hirdetek. Az állás ezidő
szerint a IX. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő javadalom-
mal van egybekötve, a megfelelő háborús és drágasági segélyek-
kel, valamint a Kaposváron megjáró lakbérrel és lakbérpótlékkal.
Az állásnak a VIII. fizetési osztályba való átszervezése folya-
matban van. A kinevezés életfogytiglan tart s az állás nyug-
díjjal egybekötött. Szakképzettségüket és eddigi működésüket
igazoló kérvényeiket a hivatalos állásban levő pályázók hivatali
főnökjük útján a törzslap melléklésével, nem hivatalos állásban
levők pedig rövid éleleírással és a kömmün alatti viselkedésüket
igazoló bizonyítvánnyal Somogy vármegye főispánjához,
méltóságos Sárközy György úrhoz címezve, folyó évi május
hó 15-ig nálam nyújtsák 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.



PEPSOL

„PHARMACIA“

Dragirozott pepsinsósavas tabletták.

Egy tableta 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 tableta 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

Aeo-Trépol

BISMUTH-PRAECIPITAT

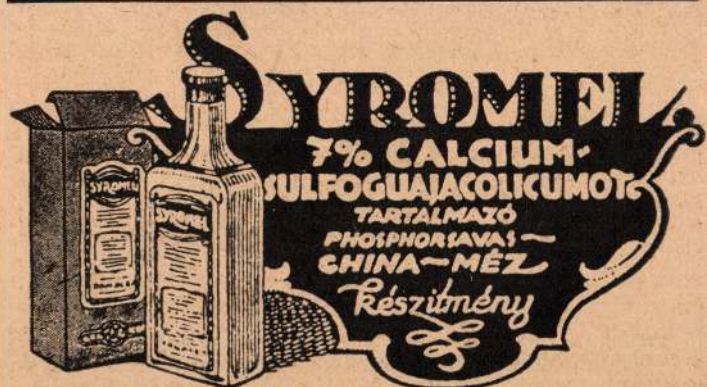
spirilloid activ bismuth-készítmény, a modern
syphilis-therapia legértékesebb gyógyszere.
Sazerac és Levaditi originalis praeparatuma,
amely csakis a bismuth-therapia e két úttörő-
jének állandó felügyelete és ellenőrzése mellett
készül.

Bismuth-tartalma 'isotoniás közegben 96^oo,
tehát sokszorosán felülmúlja a bismuth-tarta-
rat-készítményekét és amazoknál kevésbbé
fájdalmas.

Magyarországi központ:

PANACEA GYÓGYSZERVEGYÉSZETI RT.

BUDAPEST.



RÖNTGEN-COOLIDGE

berendezéssel a legideálisabb üzem'

Telefon: ODELGA R.-T. VI, Andrassy-út 28. Telefon:
68-16. Sürgőncím: MEDODELGA Budapest. 37-04.