

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kern Tibor és Johan Béla: Közlemény a budapesti m. kir. Pázmány Péter-tudományegyetem I. sz. belklinikájáról (igazgató: Bálint Rezső dr., egyet. ny. r. tanár) és I. sz. kórbonczatani intézetéből (igazgató: Buday Kálmán dr., egyet. ny. r. tanár). A miliaris tuberculosis gyógyulásának lehetőségéről. 467. old.

Benedek László: Közlés a debreczeni magyar kir. Tisza István-tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájáról. Új lumbalpunkciós tű az encephalographiás vizsgálatokhoz. 469. oldal.

Thurzó Jenő: Közlemény a debreczeni m. kir. Tisza István-tudományegyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájáról. (igazgató: Benedek László dr., egyetemi tanár.) A pneumocephaliás befúvások technikájának módosítása. 469. oldal.

Buday Kálmán: A kórbonczolástan jelentősége az utolsó évtizedekben. 470. oldal.

Budapesti Kir. Orvosegyesület. (I. rendes tudományos ülés 1922 október 31.-én.) 472. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Ernst Wachtel: Sonderfälle der Fruchtabtreibung.

— S. Jessner: Bartflechten und Flechten im Barte. — Lapszemle. Belorvosstan. Boas:

A psychogen dyspepsiáról. — Sebészet. Victor Pauchet: A remese-rák és kezelése. —

Szülészeti és nőorvosstan. Eisenreich: Néhány újabb ajánlott szülészeti műtéti eljárásról. — Kisebb közlések az orvogyakorlatra. 473–475. oldal.

Vegyes hírek. 475. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti m. kir. Pázmány Péter-tudományegyetem I. sz. belklinikájáról (igazgató: Bálint Rezső dr., egyet. ny. r. tanár) és I. sz. kórbonczatani intézetéből (igazgató: Buday Kálmán dr., egyet. ny. r. tanár).

A miliaris tuberculosis gyógyulásának lehetőségéről.*

Irta: **Kern Tibor** dr., egyetemi tanársegéd és **Johan Béla** dr., egyetemi magántanár.

A miliaris tuberculosis majdnem minden esete halálos kimenetelű. A halál 2–3 hét alatt szokott bekövetkezni és ezt a kimenetelt a mai gyógyító eljárásainkkal megakadályozni nem tudjuk. Észlelték azonban elvéve egy-egy olyan miliaris tuberculosis esetet, a melyben egészen váratlanul a kísértő súlyos tünetcsoport enyhült, majd hosszabb-rövidebb idő múltán a betegség összes tüneteinek megszűntével a beteg klinikailag gyógyultnak volt mondható. A következőkben ismertetett esetünk is a miliaris tuberculosis klinikai értelemben vett gyógyulásának ilyen lehetőségét bizonyítja.

Betegünk kórtörténetéből közöljük, hogy T. Ilona, 23 éves leány 1920 április 17.-én egy hét óta állandóan fennálló, 39° C-t is elérő hőemelkedései miatt jelentkezett az I. sz. belklinikán felvételre. A lázzal járó rossz közérzetten kívül egyéb panaszai nem voltak. Physicalis vizsgálata minimális csúcselváltozásokon kívül a rendestől eltérő leletet nem adott. Köpetében Koch-bacillus ismételt vizsgálat után sem volt kimutatható. Lépmegnagyobbodása nincsen. Vizeletének diazoreactiója pozitív. Felvételkor 38,2° C° testhő mellett fehérvérsejtjeinek száma 7300, érverése percenként 120. A typhusra és paratyphus-csoportra végzett agglutinációs reactio negatív eredményű volt.

Míthogy a betegnek — a mint a további klinikai megfigyelése alatt kitudt — állandóan 38°–38,5°-ig emelkedő lázai voltak, szívűködése szaporává vált, mérsékelt dyspnoéja és cyanosisa jelentkezett, miliaris tuberculosis fennforgására kellett gondolnunk. A beteg mellkasáról készült Röntgen-felvételek e feltételezett körjelzésünket megerősítették. A mellkasról készült Röntgen-lemezeken ugyanis mindkétoldali tüdőmezőben rendkívül sok rizsszemnyi, kölesnyi és ennél kisebb szétszórt és egymással össze nem folyó góczárnyék volt. E góczárnyékok legbővebben a hilusok körül, de a tüdők többi része felett is láthatók. Egyébként a lemez igen dús jobboldali hilust, benne néhány megnagyobbodott nyirokcsomót és a jobb mellkasfélben egy-két lencsényibabnyi meszes góczot is mutatott. Az egy hónappal később (1920 május 22.-én) készült újabb Röntgen-felvétel ugyanezeket az elváltozásokat mutatta.

Egyéb szervek részéről miliaris eruptióra utaló elváltozások belgyógyászatiilag kimutathatók nem voltak, szemtükörrel azonban a jobb szemfenéken a papillától ki- és lefelé két solitaer kölesnyi gümő volt látható.

A leirtak alapján betegünk körjelzése *miliaris tuberculosis*. Várakozásunk ellenére azonban 6 heti klinikai tüneti kezelésre a beteg állapota annyira javult, hogy őt 1920 június 9.-én subfebrilis temperatúrákkal és 1½ kg.-nyi testsúlygyarapodással vidéki tartózkodás, illetőleg üdülés céljából a klinikáról elbocsátottuk. Három havi vidéki tartózkodás és a megfelelő hygiénés és diétás életmód betartása mellett

* A Budapesti Kir. Orvosegyesületben 1921 márczius 11.-én tartott bemutató kapcsán.

1920 szeptember végén testhőmérséke állandóan 37 C° alatt maradt, tüdeje felett kopogtatási és hallgatódzasi elváltozások alig voltak, testsúlyában még 11½ kg.-mal gyarapodott, sőt annyira jól érezte magát, hogy hivatalában irodai teendői végzését ismét elkezdte és négy hónapon át teljesen jó közérzettel folytathatta is. A mellkasáról időközben készült Röntgen-felvétele azonban ugyanazt az igen sok rizsszemnyi, kölesnyi és ennél kisebb disseminált góczárnyékokat mutatta, mint az előbbi két (áprilisban és májusban készült) felvétel, jelölül annak, hogy a miliaris tuberculosis kórbonczolástan elváltozásai a tüdőkben ebben a klinikailag tünetmentes időszakban is fennállottak.

E klinikai értelemben gyógyultnak mondható időszak hét hónapig tartott. 1921 február hó elején a beteg ismét lázas lett, heves fejfájások gyötörték, félrebeszélte, éjjelenként álmában felsikoltott, miért is 1921 február 15.-én a betegot zavart öntudattal, kifejezett tarkómerevséggel, bőren Trousseau-féle csikokkal és féoldalai arczidegparezissal ismét a klinikára vettük fel. A gerinczagyccsapolással nagy nyomás alatt nyert cerebrospinalis folyadék pozitív Nonne Appelt- és Pandy-reactióval, pozitív lymphocytás pleocytosissal a klinikai tüneteiből is felismerhető gümős agyhártyagyulladás körjelzését megerősítette. Ez az agyhártyagyulladás gyorsan súlyosbodó tünetekkel február 17.-én a beteg halálára vezetett. A hullát boncolásra „*Tuberculosis miliaris sanata. Meningitis basilaris tuberculosa*“ klinikai körjelzéssel írtuk ki.

A bonczolás adatai szerint a jól táplált női hulla mindkét tüdeje néhány szalaggal volt a mellhártyához odanöve. Tüdei valamivel nagyobbak a rendesnél, metszéspapján mérsékeltén bővérű. Állományukban meglehetősen egyenletesen elszórvva kölesnyi és ennél kisebb, igen élesen határolt, szürkésfehér szemcséket találunk, a melyek a metszéspapról kissé kiemelkednek. Ezekon kívül itt-ott néhány nagyobb, borsónyi-babnyi, tömött gócz van, a mely metszéspapján fakósárga, morzsálékony anyagból áll s heges udvarral van szegélyezve. Egyébként a tüdőállomány savóval bőven beszűrődött és vérbő. A lépben gümős góczokat nem találtunk. Mindkét vese kéreg- és velőállományában elszórvva kölesnyi sárgásfehér szemcsék vannak. Ezenkívül a felületükön szabálytalan alakú behúzódnásokat látunk, a melyeknek a kéregállományba betérjedő fehéres sárga területek felelnek meg, melyeket kölesnyi sárgásfehér göbcsék vesznek körül. Az ileum alsó részletében néhány lencsényi, egyenetlen szélű fekély van, melyeknek megfelelően a bél serosáján mákszemnyi, kölesnyi sárgás szemcsék vannak.

Az agyállomány tömött. Az agyalapon a lágyburkokat kocsonyás, szürkésárga izzadmány vastagította meg. Ebben finom sárga, sajtos szemcséket ismerünk fel. A gyrus centralis anteriornak felső részén is megvastagodottak, sárgásfehérek a lágyburkok; az agyállományban e helyen körülbelül mandulányi sárga sajtos gümős gócz van, a melynek széle szürkés szövetből áll.

A bonczoláskor — a találtak alapján — úgy gondoltuk, hogy a beteg meningitis basilaris tuberculósában halt meg. A tüdőben és a többi szervben talált apró szemcséket acut disseminatio következményének gondoltuk. A tüdő vérbősége szintén a folyamat acut volta mellett szólt. Feltételeztük, hogy a meningitis basilaris ennek az általános miliaris tuberculosisnak a részjelensége.

A *mikroszkopos vizsgálat* alapján azonban meg kellett változtatnunk véleményünket. A tüdő mikroszkopos metszeteiben epitheloid sejtekből álló gümöket találtunk, a melyekben itt-ott egy-egy Langhans-typusú óriássejt van. Az epitheloid sejtek körül circularis lefutású kötőszöveti rostokból álló tok van, a mely a gümöket a környezet felé élesen elhatárolja. Ez a kötőszövet helyenként hyalinos. Megjegyzendő, hogy az epitheloid sejtek között is találunk kötőszöveti rostokat. A gümővel szomszédos alveolusfalak vastagabbak a rendesnél.

Az alveolusokban részben levegő, részben kevés sejtszegény savó van.

A nagyobb sajtos góczokat még szélesebb kötőszöveti tok határolja, a mely jobbra hyalinos.

A többi szerv vizsgálata nagyjából ezzel egyező képet adott. A gümők mindenütt kötőszöveti tokkal voltak körülveve. Kétségtelen, hogy ilyen kötőszöveti tok képződése hosszabb ideig tart s így a leírt gümők nem származhatnak acut disseminációból, hanem régebbi eredetűek. A kórtörténet adatai szerint a betegnek körülbelül 10 hónappal halála előtt miliaris tuberculosis volt, a melyből meggyógyult. A histológiai kép alapján fel kell vennünk, hogy az akkor keletkezett gümők bizonyos fokú növekedés után nagyrészt eltokolódtak. Csak néhány nőtt tovább, ezek később elsajtosodtak s azután szintén eltokolódtak. Az agyhártyák gümős fertőzése újabb keletű. A fertőzés valószínűleg az agyban lévő góczból származott, de származhatott esetleg máshonnan is.

Az ismertetett eset klinikai és pathológiai érdekességét a miliaris tuberculosis klinikai értelemben vett gyógyulása adja meg. Kórbonczolástani értelemben a tüdőben talált gümős folyamatot nem tarthatjuk gyógyultnak, hanem csak eltokoltanak, a mennyiben gyógyult gümős folyamatról csak akkor szólunk, ha a gümöbacillus hatására keletkezett gyuladástermékeket (tuberculum) a szervezet reakciójának terméke, hegesedő kötőszövet foglalta el. Kétségtelen, hogy a gümöbacillus acut disseminációját a gümős folyamat eltokolását ritkán látjuk. Rendesen a tuberculosisbacillusok disseminációját után gyógyulás nem következik be, mert a bacillusok toxinja halált okoz. Nagyon gyorsan (egy-két hét alatt) halált okozó miliaris tuberculosisok bonczolásakor a bacillus nagyfokú toxicitását jelzi az, hogy mindenütt, a hol egy bacillus megakadt, hamar elsajtosodó izzadmány keletkezik s a szövettermelés (epitheloid sejtek) erősen háttérbe szorul. A tuberculosisbacillus kórokozó hatása ilyenkor hasonló ahhoz, a mit a sajtos tüdőgyuladást látunk. Azokban az esetekben, a melyekben a halál csak 4–5 hét múlva áll be, a szemcsék egy része igen apró, szürkés, áttűnő, csak kisebb része nagyobb, fakósárga, átlátszatlan. Ezek mikroszkop alatt jellegzetes tuberculomok képét mutatják, a környezetben a lobos jelenségek kisebb fokúak s a tuberculomok körül kezdődő szövetképződés van. Minden valószínűség szerint itt gyengébb virulentiájú gümöbacillusok szerepelnek. A mi esetünkben a kötőszövetképzés a gümők körül igen nagyfokú, valószínűleg kevésbé virulens és kevésbé toxikus bacillusok hozták létre a tuberculomokat; ezek nagyobb része körül újabb gümők nem képződtek, a gümő nem nőtt, hanem eltokolódtott. A folyamat lefolyása hasonlít ahhoz a tüdőtuberculosishoz, a mely igen lassú lefolyású, elhegesedik, hosszú ideig vagy végleg tünetmentessé lehet, de azért a lejátszódott gümős folyamatra a tüdőszövetben lévő heg utal.

A fentebbiekben nem voltunk tekintettel a szervezet állapotára, pedig ez egyáltalán nem hanyagolható el. Kétségtelen, hogy a nagyobb fokban immunis szervezet egészen másképp reagál a gümöbacillusra, mint a kevésbé védett. Érthető, hogy az előbbi esetben erősebb virulentiájú mikrobák más elváltozásokat hoznak létre, mint az utóbbi esetben.

Esetünkben a tuberculomok kis része továbbfejlődött gümős csoportozattá, elsajtosodott és így jöttek létre azok a sajtos göbök, a melyeket a tüdőben itt-ott bonczolásakor találunk. Az agyba jutott gümöbacillus hozta létre azt a régebbi sajtos góczot, a melyből a halált okozó gümős meningitis kifejlődött.

A *miliaris tuberculosis* régebben, éppen úgy, mint a *gümős agyhártyagyuladást* is, biztosan halálos megbetegedésnek tartották. A gümős agyhártyagyuladás gyógyulásának lehetőségére azonban a külföldi irodalomban már *Rilliet* 1855-ben mutatott rá olyan esetek ismertetése alapján, a melyekben a gümős agyhártyalobnak gyógyulása után jóval később megejtett kórbonczolás a régebben lefolyt meningitis gümős eredetét kétségtelenül kimutatta. Később *Freyhan*, *Henkel*, *Barth* és *Archangelsky* olyan kétségtelenül gyógyult eseteket ismertetett, melyekben az agyhártyagyuladás gümős

természetét a cerebrosponialis folyadékban kimutatott gümős bacillusokkal bizonyították.

A hazai irodalomban először idősb *Bókay János* 1862-ben az Orvosi Hetilapban egy 4 éves leányka esetét közli, kinek gümős agyhártyagyuladása gyógyult; *Bókay János* pedig 1914-ben két gyógyult esetet ismertetett. Az egyik beteg — 11 éves fiú — tuberculosisra positiv állatoltással az egy év után végzett ellenőrző vizsgálatkor, a másik — 12 éves fiú — ugyancsak positiv állatoltással és a cerebrosponialis folyadékban tuberculosisra positiv bacilluslelettel a 2¹/₂ év után végzett ellenőrző vizsgálat alkalmával is teljesen gyógyult volt.

Az irodalomban közölt és *Bókay* által összegyűjtött gyógyult gümős agyhártyagyuladás eseteinek száma 34 Igaz, hogy a gyógyult esetek nem mutattak tartós, illetőleg végleges gyógyulást — egyeseken ugyanis újabb meningitises tünetek jelentkeztek, végre is halálos kimenetellel —, mégis láthatjuk az ismertetett esetekből, hogy a biztosan körjelzett meningitis basilaris tuberculosis — bár ritkán — de kétségtelenül gyógyulhat.

Az általános miliaris tuberculosis gyógyulása még a gümős agyhártyagyuladás gyógyulásánál is ritkább, de gyógyulásának lehetősége nem zárható ki. Leggyakrabban — mint általában tudjuk — a miliaris tuberculosisnak akár pulmonalis, akár typhoid vagy meningealis alakja gyorsan súlyosbodó tünetekkel — többnyire 2–3 heti fennállás után —, mint fentebb említettük, halálos kimenetelű szokott lenni. Remissiók vagy néhány hétre terjedő intermissiók lefolyása közben csak kivételképpen fordulnak elő. Ezzel az általánosan ismert felfogással szemben a gyógyulásnak lehetőségére *Waller* már 1845-ben utalt. *Wunderlich* bonczolásakor gyógyult miliaris gümöket látott és különösen egy miliaris tuberculosisból kigyógyult beteget említett, a ki miliaris tuberculosis gyógyulása után négy hónappal súlyos tüdő- és vesevészben halt el és a kinek bonczolásakor számos obsolet miliaris gümőt talált. *Sick* egy emphysemában elhalt kőfaragón, *Burkart* két ugyancsak emphysemában elhalt egyén bonczolásakor gyógyult miliaris gümöket látott.

A francia irodalomban több adatot találunk arra vonatkozólag, hogy a gümöbacillusok acut disseminációját után gyógyulás következhetik be. *Landouzy* „*typhobacillosisok*“-nak nevezte ezeket a gümöbacillus acut disseminációjából eredő sepsiseket, a melyekben valódi miliaris eruptióra alig került a sor. *Bard* „*granulie discrète*“ elnevezés alatt ír le gyógyuló miliaris tuberculosisokat, a melyek azonban a mi esetünktől abban különböznek, hogy míg *Bard* eseteiben a különböző szervekben súlyosabb általános tünetek mellett csak kis számú miliaris tuberculomok keletkeztek, addig a mi esetünkben az igen nagyszámú tuberculom képződésével járó klasszikus miliaris tuberculosis képe volt jelen.

A hazai irodalmunkban *Bard* eseteihez hasonló esetekről *Benedict* tesz említést.

Cornet a miliaris tuberculosisról írt munkájában a miliaris tuberculosis gyógyulását elméletileg is magyarázza. Szerinte a hogyan az egyes tuberculom kötőszövetesen eltokolódnak, úgy a miliaris gümők számai és ezrei is a legkülönbözőbb szervekben eltokolódnak. Az életveszély a betegre nézve nem annyira a miliaris gümők gyógyulásának elmaradásából, mint inkább abból származik, hogy toxinok hatásának esik áldozatul, mielőtt még a természetes gyógyulási folyamat kifejlődhetett volna. Ennek kifejlődése *Wunderlich* szerint legálább 6–11 hetet vesz igénybe.

A mi esetünkben a miliaris tuberculosis fennállásának 6.–7. hetében következett be az az állapot, a melyben a beteg lázai elmaradtak, enyhe dyspnoéja és cyanosisa, úgyszintén szapora szív működése megszűnt és testsúlya jó közérzet mellett gyarapodni kezdett.

Mint említettük, a klinikai tünetek főleg a gümöbacillusok toxinképződésében lelik magyarázatukat. Ha a gümöbacillusok toxinjai a szervezet védő berendezéseinek hatására neutralizáltak, a klinikai tünetek egy része (láz, rossz szív működés) csökken vagy megszűnik. A dyspnoének és a következményes cyanosisnak oka a toxinok

hatására a tüdőben a gümők környezetében keletkezett széles gyuladós zóna (gyuladós vizenyő). Ha a toxinképződés csökken, illetőleg a képződött toxinok közömbösíttetnek, akkor ez a vizenyő lassanként felszívódik és így ennek klinikai tünete, a dyspnoé fokozatosan enyhül, végül megszűnik, mert a gümők önmagukban, szélesebb vizenyős udvar nélkül, nem okozzák a lélekző-felületnek nagyobb fokú csökkenését.

Esetünkben tehát azt látjuk, hogy enyhébb virulentiájú és toxinhatású gümöbacillusokkal történt infectio mellett, ha a szervezet megfelelő védekezésre alkalmas, *védőberendezései a gümöbacillusok toxinjainak közömbösítése és a miliaris gümők kötőszövetes eltökölése által még a millaris tuberculosis súlyos klinikai tüneteit is annyira visszafejlődésre bírhatják, hogy a betegség klinikailag gyógyulhat.*

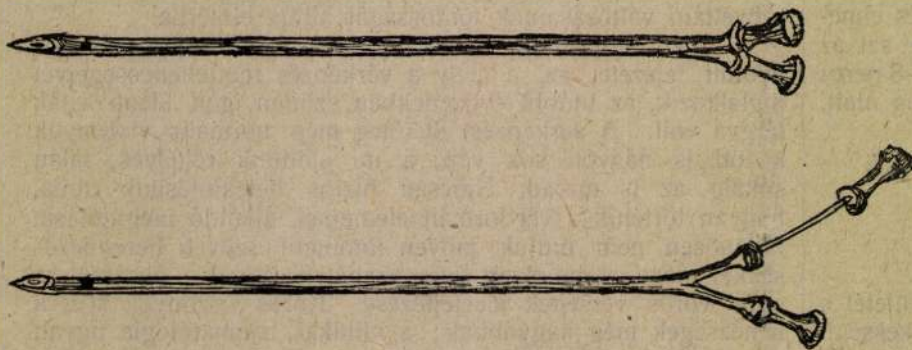
Irodalom. *Rilliet*: „De la guérison de la meningite tuberculeuse”, cit. *Bókay*, O. H., 1914, 369. l. — *Freyhan*: Deutsche med. Wochenschrift, 1894. — *Henkel*: Münchener med. Wochenschrift, 1900. — *Barth*: Münchener med. Wochenschrift, 1902. — *Archangelsky*: Jahrb. f. Kinderheilkunde, 1911. — *Bókay János*: A gümős agyhártyagyulladás gyógyulásának lehetőségéről. O. H., 1914, 19. sz. — *Waller*: Pr. Vjschr., 1845, II. köt., 1. old. — *Wunderlich*: Archiv für Heilkunde, 1860, 269. l. — *Sick*: Württ. med. Corr.-Bl., 1866, 323. l. — *Burkart*: Archiv für klin. Med., 1873, XII. köt., 277. l. — *Benedict*: A gümős rheumatismus. A tuberculossal foglalkozó orvosok egyesületének munkálatai, 1913. — *Cornet*: Die akute allgemeine Miliartuberkulose, 1900.

Közlés a debreczeni magyar kir. Tisza István tudományegyetem ideg- és elmeorvosi klinikájáról.

Új lumbalpunkciós tű az encephalographiás vizsgálatokhoz.

Irta: *Benedek László* dr., egyet. ny. r. tanár.

Az alábbiakban készüléket kívánok ismertetni, mely elsősorban a pneumoencephaliás befúvások céljait kívánja szolgálni. A két különböző helyen való punctio ugyanis egyrészt elnyújtja a befúvás időtartamát, másrészt kétszeres fájdalmat okoz a betegnek, végül a venosus plexus laesiójával kapcsolatos vérzések eshetőségei kétszeresen vannak meg. Épp úgy a tünek obliteratiójára is kétszeres az eshetőség. Az egy tűvel való befúvás megnehezíti a liquorlefolyást, a mi azért is kellemetlen, mert a liquornyomás mérése pontatlan, vagy egyáltalában nem eszközölhető a befúvás idején. E felsorolt kellemetlenségeket akarom kiküszöbölni akkor, midőn egy kettősurató lumbalpunkciós tűt ajánlok használatra, melyet klinikámon kipróbáltam. A tűt a Weszely István Utóda, Nagy Károly céggel készítettem el.



A tű éppen olyan könnyen használható, mint bármely más lumbalpunkciós tű. Alkalmazásának javallatai: 1. encephalographiás vizsgálatok céljaira történő levegőbefúvások; 2. minden diagnostikai lumbalpunkcio azon célból, hogy a liquorlefolyás után beálló hirtelen nyomáscsökkenést kevés levegőmennyiséggel pótoljuk. A mellékelt ábra a kettős lumbalpunkciós tűt eredeti nagyságában ábrázolja.

A tű legnagyobb vastagsági átmérője 3 mm., egész hossza 105 mm. A bifurkált csőrészletek hossza 12 mm. Mindkét egymástól izolált csőfél mandrinnal van ellátva. A tű vége lancetta-alakban van kiképezve. Az így előálló ék magassága 5 mm.-t tesz ki. Az ék két lekészörült lancetta-lapja a két bifurkált csőrészlet irányába néz. Ezenkívül a

lancetta-élek facette-szögekbe vannak csiszolva. A lándzsa felett kétoldalt biztosító nyílások.

A használatkor tanácsos az egyik mandrint kihúzni és ezt a véget megfelelő vékonyságú gummicsővel ellátni. Ez lesz a levegőbefúvásra alkalmas cső. A szokott helyen és irányban történő beszúrásakor (medián vonal, a beteg ülő helyzetben) a gummival ellátott levegőcső felfelé nézzen, az alsó mandrinos, a mely a liquorlefolyásra alkalmas, lefelé irányuljon. A mandrint félíg kihúzom a beszúrás után és a cseppekben ürülő liquort mércézett hengerbe felfogom. Kis nyomás esetén az egész mandrint eltávolítom. A felső csövön a szakaszokban kiengedett liquor mennyiséget ugyanannyi mennyiségű levegővel pótolom. A levegőbefúvást egy Dieulafoy-féle, végén conusus illesztékkel ellátott fecskendővel végzem, a melynek illesztékére a bifurkált cső gummiáját ráhuzom. Az alsó liquorcsőtől a liquornyomás mérését is végezhetem hasonló gummitoldalékkal az eljárás közben.

Végül ismét kiemelem, hogy a technika egyáltalában nem nehezebb, mint az egyszerű lumbalpunkciós tű használatakor, éppen azért kívánatos volna, hogy az eszköz minél szélesebb körben elterjedjen és így azok a számos esetben észlelhető és a hirtelen nyomás-csökkenés folytán előálló heves fejfájások, tarkótáji fájdalmak, a melyek a közönséges diagnostikai lumbalpunkciónál sokszor minimalis liquor-mennyiségek eltávolítása után is bekövetkeznek, könnyen kiküszöbölhetők legyenek.

Közlemény a debreczeni m. kir. Tisza István tud.-egyetem ideg- és elmeorvosi klinikájáról. (Igazgató: *Benedek László* dr., egyetemi tanár.)

A pneumenkephaliás befúvások technikájának módosítása.

Irta: *Thurzó Jenő* dr., egyetemi klinikai tanársegéd.

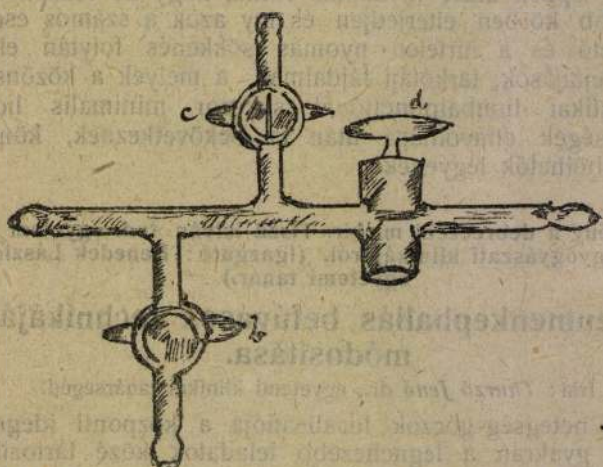
A betegség-gócok localisatiója a központi idegrendszerben gyakran a legnehezebb feladatok közé tartozik. E téren a röntgenológia csak keveset nyújtott a neurologiai diagnostikának. *Dandy* és *Bingel* módszerének alkalmazása azonban nagy haladást jelent e téren. *Dandy* módszere a „ventriculographia”, a melyet először 1920-ban alkalmazott. Az agyvelőkamarák punctiója után levegőt fujt be az oldalkamarákba és Röntgen-felvételt készítve, a ventriculusok alakváltozásából, egyik ventriculus esetleges relatív eltolódásából fontos következtetést vont le egyes tumorok localisatiójára nézve. *Bingel* módszere még tökéletesebb és többet nyújtó.

Ő a ventriculus-punctio helyett a kisebb beavatkozást jelentő lumbalpunkciót végzi és a gerincvelő-liquor lebecsátása után levegőt fuj be endolumbalisan. A spinalis liquornak a for. med. Magendiiin és a for. lat. ventr. quartin át való közlekedése folytán az endolumbalisan befujt levegő az agyvelő-kamarákba és a subarachnoidalis ürbe jut. Ily eljárással kapjuk az úgynevezett „pneumenkephalographiás” Röntgen-képeket. *Bingel* óta sokan használják ezt a methodust nagy sikerrel az ideggyógyászati diagnostika terén.

A befúvások technikájára nézve különböző eljárások vannak alkalmazásban. Ismert methodus az, mikor két lumbalpunkciós tűt szúrunk be, az egyiket a második és harmadik, a másikat a harmadik és negyedik lumbalis csigolya között s az alsó tűn történik a liquor lebecsátása, a felső tűn a levegő befúvása. Lehet egy csigolya-közben két lumbalpunkciós tűt is beszúrni s így végezni az eljárást. Használatosak a Krönig-féle, csappal elzárható lumbalis tűk is.

A befúvások technikájának megkönnyítésére egy kis készüléket szerkesztettem. A rajzban feltüntetett minta szerint egy négyágú s három oldalágon csappal elzárható üvegcső-szerkezetről van szó. Az elül levő részhez kis gummicső útján az egyszerű lumbalis tűkhöz szolgáló kis illeszték van kapcsolva, melynek révén a lumbalpunkciós tű beszúrása s a mandrin kihúzása után az egész készüléket a lumbaltűhöz

illeszthetjük. A *b*-vel jelölt rész csappal elzárható s a liquor lebocsátására szolgál. A *c*-vel jelölt részhez — mely szintén beköszörült csappal elzárható — kis gummicso útján a liquor-nyomás mérésére szolgáló üvegcsövet illesztünk. Az üvegcsőre a lumbaltű beszűrési magasságától számított milliméter-beosztás van ételve. Végül a *d* részhez — a melyet szintén csappal zárhatunk el — kis gummicso útján a Dieulafoy-fecskendőhöz használatos fecskendővég-illesztéket alkalmazunk. A készülék azt az előnyt nyújtja, hogy segítségével a befúvás előtt a liquor-nyomást ellenőrizhetem, leolvasva az üvegcső milliméter-beosztásán a liquor-tűkör ingadozását a befúvások bármely szakában. Alkalmazásakor először a *c*-csap kinyitása után a liquor-nyomást megmértem. Ezután a *c*-csapot zárva, a *b*-csap kinyitásával néhány köbcentiméter liquort bocsátok le s ezután a *c*-csapot kinyitva, egy 50 vagy 100 cm³-es fecskendővel levegőt fúvok be. Utána mindjárt ellenőrizhetjük a liquor-tűkör állását. Így *Dandy* technikájának megfelelően fractionáltan végezzük a levegő-befúvásokat.



Bingel és számos szerző igen fontosnak tartja, hogy a befúvások alkalmával ne idézzünk elő sem nagyobb mérvű nyomás-csökkenést, sem nyomás-fokozódást, mert mindkét esetben kellemetlen melléktünetek jelentkezhetnek. A fent leírt technika mellett lehetővé van téve, hogy még átmenetileg sem idézzünk elő nagyobb fokú liquor-nyomás-ingadozást. A *d*-csap mögött célszerű még kevés steril gazet avagy üveggyapotot elhelyezni, a melyen keresztül a befújt levegő mintegy átfiltrálódik.

A készülék a gyakorlatban a debreczeni ideg- és elme-klinikán teljességgel bevált. Könnyű kezelhetősége azt az előnyt nyújtja, hogy alkalmazásával az egész műtét 5—8 perc alatt elvégezhető, akár egy chloraethyl-bódulat tartama alatt.

A kórboncolástan jelentősége az utolsó évtizedekben.

Irta: *Buday Kálmán* dr.

(Vége.)

Hagyjuk el már most az általános kórtan területét s térjünk át a részletes kórtannak néhány actualis érdekességű fejezetére.

Egyik nagyon fontos problema, a mely iránt az érdeklődés sohasem lankadt el, de időnként különösen nagy lendületre kapott, a chronikus vesegyuladások osztályozása. Tudjuk, hogy klinikusok és bonczolók külön-külön és vállvetve igyekeztek a zürzavaros helyzetet tisztázni, a tapasztalatok nagy tömegét rendszerbe foglalni — elég változó szerencsével. A bonczolások alapján felállított típusok nem elégtették ki a klinikusokat, viszont a látszólag azonos klinikai képpel megjelenő, tehát összetartozónak látszó esetek bonczolásakor merőben ellentétes morfológiai változások derültek ki.

Mivel az észleletek azt bizonyították, hogy a chronikus vesebajok jórésze mint heveny gyuladás indul meg s vala-

milyen fertőzés, illetőleg infectio-toxikus behatás eredménye, az aetiologiai gondolkodás virágkorában volt olyan törekvés is, hogy a vesegyuladások az előidéző ok szerint, illetőleg a kórokozó bacterium minősége szerint csoportosíttassanak. Itt azonban nagyon is meddőnek bizonyult a kóroktani, illetőleg bacteriologiai factoroknak a túlzott előtérbe állítása. A vesegyuladások további lefolyására nézve, főleg a heveny időszak elmúltával nem az a fontos, hogy milyen mikrobának vagy bacteriumtoxinnak behatása okozott pusztulást a vese szövet-elemein, hanem inkább az, hogy ez a pusztulás milyen kiterjedésű és súlyosságú. Mivel azonban a kóros veseműködés és a szerkezeti változások közt a kapcsolatot nem sikerült megtalálni, s időközben a veseműködés vizsgálata terén nagy haladások történtek, a melyekben a mi *Korányi Sándor*unknak irányító szerepe volt, felmerült a vágy egyes klinikusok részéről, hogy a vesebajok osztályozása tisztán a kóros működések alapján történjék, teljesen figyelmen kívül hagyva a kórbonczolási leletet.

Ez a gyökeres szakítás a morfológiával azonban sokak előtt túlmerésznek és indokolatlannak tűnt fel s újabb meg újabb kísérletek történtek a klinikai és bonczolási kép összhangjának megteremtésére. Sokkal inkább ismeretes mindenki előtt, hogysem hosszasan kellene részleteznünk, hogy a legnagyobb felkészültséggel, a legszélesebb alapon, a legtöbb érzékkel az együttműködés fontossága iránt, a chronikus vesegyuladások nehéz témáját *Volhard* és *Fahr*, a mannheimi kórház belgyógyásza és prosectora igyekezett megoldani. Az ő monographiájukban lefektetett elvek nagyjában elismerésre találtak; a nephrosist, a chronikus glomerulonephritist és a nephrosclerosist az ő meghatározásuk szerint különítik el ma egymástól. Tanáiknak persze nem minden része maradt el- lenvetés nélkül, de általánosan elfogadták belőle azt, hogy a vesebajokban a szívhypertrophia főleg a glomerulus-változásoktól függ és hogy hiányzik tartósan a szív-tütnegés az olyan tubularis vesegyuladásokban (újabb elnevezés szerint nephrosiskban), a melyek a glomerulusokat érintetlenül hagyják. Tehát a kóros vese szöveti képe és működése közötti összefüggés megalkotásában megint előbbre jutottunk egy nagy lépéssel. Kevésbé tisztázott még a másodlagos vesegyuladások és a nephrosclerosisok elkülöníthetősége; e tekintetben még nagyon kívánatos a klinikusok és pathohistologusok közti szoros együttműködés, de annyi már az eddigiekből is kiderült, hogy igen sokszor nem tisztán a vese momentán teljesítőképessége dönt a beteg további sorsa fölött, mint inkább az, hogy mennyi működésképes vese-szövettel rendelkezik még a szervezet, a mi megint a vese kórszövet-tani változásainak fontosságát állítja előtérbe.

A kórtannak egy másik nem kevésbé fontos és bonnyolult fejezete, az, a mely a vérképzés rendellenességeivel foglalkozik, az utóbbi évtizedekben szintén igen élénk viták tárgya volt. A vérképzést illetőleg még normalis viszonyok között is nagyon sok van, a mi előttünk rejtélyes, talán sokáig az is marad. Nincsen biztos betekintésünk abba, hogyan történik a vér formált elemeinek állandó megújulása, különösen nem tudjuk, milyen finomabb szöveti berendezésekkel megy végbe olyan nagy szabályossággal a pusztulásra szánt vörös vérsejtek kiselejtezése. Kóros viszonyok közt a nehézségek még nagyobbak; a klinikai haematologia ugyan nagyon becses adatokat gyűjtött arra nézve, hogy egyes betegségek alakokban, például a súlyos anaemiák különböző fajaiban, milyen a morfológiai vérkép, de ezek az adatok inkább csak a diagnosist szolgálták, azt is hiányosan, a vérszegénység okának és kifejlődésének ismerete ezzel nem jutott előbbre.

Épp oly tökéletlen volt az is, a mit a bonczolásokat követő szöveti vizsgálatok nyújthattak. A vér sejtjes elemei olyan érzékeny képletek, hogy a qualitativ és quantitativ viszonyokról a hullavér csak nagyon hiányos képet adhatott. Különösen a vészes vérszegénység elkülönítése más súlyos anaemiáktól okozott sok nehézséget a klinikusnak épp úgy, mint a bonczolónak. A sötétségbe némi fényt látszott hozni az a felfedezés, hogy az anaemiák bizonyos fajaiban a vörös-

vérszék ellenállása konyhasó-oidatokkal szemben csökkent. Csakugyan úgy tűnt fel, hogy az icterus haemolyticus név alatt megismert betegségnek egyik legállandóbb és legjellemzőbb tulajdonsága a resistentia-csökkenés. *Eppinger* szerint az icterus haemolyticusnak minden egyéb sajátossága lehet változékony, csak a resistentia-csökkenés nem, míg a vészés vérszegénységben szenvedők vörösvértesteire nézve éppen a resistentia-fokozódás a jellegzetes.

E szerint két, lefolyásában lényegesen eltérő betegség közt nem lehetett döntő morphologiai különbségeket felállítani, hanem physicalis-chemiai ismertető jelhez kellett folyamodni; a haematologia egy fontos területén tehát a klinika a kórszövettantól függetlenül magától. Így látszik első tekintetre a dolog, azonban ez ügyben a végső szó még nincs kimondva. Maga *Eppinger* közöl egy kóresetet, a melyben resistentia-csökkenést nem talált, s a mely esetet egyéb jelek alapján mégis kénytelen volt icterus haemolyticusnak minősíteni. Mivel tehát icterus haemolyticus eseteiben kivételesen hiányozhatik a resistentia-csökkenés, másrészt pedig resistentia-csökkenéssel egyéb súlyos anaemiák is járhatnak, ebből következik, hogy a vörösvérsejtek ezen viselkedése konyhasó-oidattal szemben lehet ugyan becses diagnostikai eszköz, de nem jelenti a lényegét valamely betegségnek, annál kevésbé, mert az icterus haemolyticusban szenvedőkben a nagy lép kiirtása után majdnem minden kóros jel eltűnhetik s az illetők teljesen gyógyulnak érzik magukat, de a resistentia-csökkenés megmarad náluk. Azt kell hinnünk tehát, hogy nem a resistentia-csökkenés okozta a súlyos betegség-tüneteket. Ha a resistentia-csökkenést felosztási elvvel elfogadjuk, egymás mellé kerülnek betegségek, a melyek egyébként nagyon messze állnak egymástól s szétválasztatnak olyanok, a melyek igen sok egyéb tünetben nagyon hasonlóak. Nem lehetetlen tehát, hogy a resistentia-csökkenés csak alkati anomalia s nem jelenti magát a betegséget.

Mivel az essentialis vérszegénység eseteinek osztályozása tisztán a kórtünetek alapján nem hozott kielégítő sikert, s a supponált haemolytikus mérgeket megtalálni nem sikerült, úgy hogy a kóroktani vizsgálatok is eredménytelenek maradtak, parancsoló lett itt is az a szükség, hogy a kórszövettan nyújtotta tényeket újból revidálják s legalább a pathogenesis terén iparkodjanak némi haladást elérni. Így fordult a figyelem megint fokozott mértékben a máj, lép és csontvelő pathohistológiájára felé, így létesült *Eppinger* nagy tanulmánya a hepatolienalis megbetegedésekről, a melyben lehetnek ugyan vérmes állítások (lehetséges például, hogy azoknak az érfali változásoknak, a melyeket ő a lépben talált, nincsen az a döntő szerepük az anaemia perniciososa vérszékpusztulásában), de az bizonyos, hogy ez a munka megint jelentős kísérlet arra, hogy a kórszövettani és klinikai képet egymáshoz közelebb hozza. Azt hiszem talált *Eppinger*-nek az az észrevétele, hogy a lépnek és az egész reticuloendothelialis készüléknek normalis működését is tulajdonképpen a kóros esetek szöveti tanulmányozása kezdi felderíteni. Tehát ezen a téren is, úgy mint az agyrostozattanban, a kórszövettan elősegítette az ép viszonyok megismerését.

Igaz, hogy *Eppinger* felfogására nézve a hepatolienalis megbetegedésekről a talajt előkészítették *Aschoff*-nak és tanítványainak vizsgálatai a reticuloendothelialis készülék szerepéről; ezen kísérleti szövettani vizsgálatok eredményeibe, vagyis a reticuloendothelialis sejtek megismert vörösvérsejt-bontó tulajdonságaiba igyekezik beleilleszteni *Eppinger* az ő szöveti leleteit, a mikor úgy az icterus haemolyticust, mint az anaemia perniciosát azon betegségek közé sorolja, a melyekben a reticuloendothelialis sejtek erythrophagiás működése kórosan fokozott. Mindenestre a lép kórszövettana még sok érdekes dolgot ígér, ha a hieroglifáinak olvasásához való kulcsot megtaláljuk.

* * *

Tisztelt Nagygyűlés! Nem folytatom tovább a példákat, hiszen máris úgy látszik, hogy súlyos kérdéseket vetek ugyan föl, de csak nagyon vázlatos feleleteket tudok rájuk adni. Az talán eléggé kitetszik az eddigiekből is, hogy a kór-

bonczolástan kapcsolata a klinikai szakmákkal nem lazult, sőt új kötelek által talán még intensívebbé vált. Igaz, hogy a kórbonczolót hivatása olyan tere utalja, a hol életjelenségek már nincsenek s a hol ő egy hosszas kórfolyamatnak csak a végső momentumát vizsgálhatja, míg az előzményekről legfeljebb közvetve szerezhet tudomást; ezeknek a nehézségeknek a bonczolást végző épp úgy tudatában van, mint a hogy tisztán látja az életjelenségek ismeretén alapuló biológiai bűvárkodás temérdek kétségtelen fölényét. Egyedül a morphologiai vizsgálódással nagyon sok téren nem lehet tovább jutni, s erre a kutatási módszerre korlátozva, nagyon sok igazsága az orvosi tudománynak kiderítetlen maradt volna, a diagnosis, prophylaxis és therapia igen névezetes haladásait nem morphologiai úton érték el; mindazáltal a morphologiai vizsgálódás most is igen fontos szerepet tölt be, mint az orvosi bűvárkodásnak ellenőrzője, mérséklője, támogatója, sőt gyakran irányítója.

Sem a bacteriologiai, sem a serologiai, sem a vérvizsgálat, sem a röntgenezés és a vegyi vizsgálat nem nyújthatja teljesen azt, a mit a kórbonczolás, tehát ezt nem is pótolhatják. Mindezek a vizsgálati módszerek és bűvárkodási eszközök igen becsesek ugyan a kellő helyen alkalmazva, de nagy tévedésekre adhatnak alkalmat, ha egyoldalú, túlzott értékelésben részesülnek. A klinikus elég gyakran most is a kórbonczolástantól mint szilárd talajtól kap erőt, hiszen nem egyszer tapasztaljuk, hogy olyan esetek, a melyek klinikailag tisztázottnak látszanak, a kórbonczolás által adott megvilágításban egészen más értelmezést nyernek s a bonczolásokkor derül ki, hogy azokat a mozaikrészleteket, melyeket a klinikus külön-külön helyesen ismert fel, hogyan kell egységes képpé összeilleszteni. A többi elméleti kórtani szakma közül, a pathophysiologiát kivéve, mindegyik inkább csak kisebb részletekkel foglalkozik, egyik sem terjeszti ki vizsgálódását az egész kóros szervezetre úgy, mint a kórbonczolástan; a kórbonczolást végző előtt, ha szabad úgy mondanom, a betegségben elhattnak az ő somatikus individualismusa, personalismusa is bizonyos mértékig feltárul, ha kellő érzéke van az egyéni vonások felismerése iránt.

Hogy mégis sokan, köztük jeles bűvárok, kik telve vannak eszmékkel, a kik új irányokat törtek, közönyösek azzal szemben, a mit a kórbonczolástan nyújthat, vagy éppen kicsinylőleg beszélnek róla, az részben vérmérséklet dolga. Sok embernek, s nem éppen az értéktelenebbeknek, nagy a hajlamuk a mystikus, megmagyarázhatatlan iránt. Az ilyenek szeretnek a fantázia szárnyain repülni s ezért nagyon lebilincseli őket a serologia, az idegkórtan, a belső elválasztások tana az ő megoldatlan rejtjelmeivel. Ezeket nem vonzza, nem lelkesíti a kórbonczolástan az ő objectivitásával, hűvös józan-ságával.

Mi végeredményben ma is ragaszkodunk ahhoz a *Virchow*-féle elvhez, hogy a kórosan megváltozott sejtműködés az alapja mindennek, a mi pathologikus, s a míg az élő sejt ép és kóros működésének, különösen finomabb chemismusának megítélésében az ismereteink ennyire fogyatékosak, addig a morphologia tanácsát bajos nélkülözni. Kimondhatjuk bátran azt is, hogy nem állhat meg oly értelmezés vagy elmélet, a mely a helyesen felismert morphologiai tényekkel lényeges ellentétben van. Az persze lehetséges, hogy az a hypothesis, a melyet a morphologiai tényekhez fűznek, hibás, s az ily deductiók helyesbítésre szorulnak, de azok nem érinthetik az objectiv igazságok értékét.

Hogy azonban a kórbonczoló az orvostudományok előbbrevitelében betölthesse azt a szerepet, a melyet neki szakmája kijelöl, neki is az idők szelleméhez kell simulnia. Nem tekintheti magát bírónak, a ki ítélkezik a klinikus tévedése fölött, hanem segítőtársnak az igazság keresésében. Nem negligálhatja a haladást egyéb tereken; kell hogy tájékozva legyen a klinikai szakmákat foglalkoztató fontosabb kérdésekről, kell, hogy ismerje egyéb elméleti orvosi szakmák vizsgálódási eszközeit, annál jobb, ha gyakorlatilag is tud élni velük. A kórbonczolástan saját értékének tudatában féltékenység nélkül nézheti más szakmák sikereit. Leélni nem fogja magát soha, mert valamint az anyag és erő problémája örök

és kimeríthetetlen, épp úgy a szervezetet megtámadó betegségek tünetei és azok morfológiai jelentkezése is kimeríthetetlenül változatosak, folyton új és új helyzeteket teremtenek, akár csak a mozgó háború.

A kórboncolástannak tehát a működési alkalmazkodást, a melynek mint természeti törvénynek felismerésében ő is résztvett, önmagán is meg kell valósítania. Ma már nem követheti többé azt az egyoldalú descriptív irányt, a melyet régebben, a mikor a boncolóknak a legfőbb ambíciója a semmitől nem befolyásolt objectiv lelet volt. Ezekből az önczélként megszerkesztett objectiv leletekből gondosságuk, aprólékosságuk és a rájuk pazarolt sok idő dacára sokszor hiányzott az érzék aziránt, hogy a boncolást végző a megoldásra váró kérdéseket a klinikussal való együttműködés révén meglássa s keresse azok felderítésének az eszközeit. Az ily jegyzőkönyvekben, a melyek úgy, mint a törvényszéki orvosi szakértők véleménye, a tanuvallomások ismerete nélkül készültek, sokszor csak éppen arról nem volt szó, a mi az eset megítélésére, értelmezésére a legtanulságosabb lett volna. Nem jár e helyesen az a boncoló, a ki nem méltányolva s közvetlen tapasztalatból nem is ismerve azokat a nehézségeket, a melyekkel a klinikusnak küzdenie kell, kritikát mond nagyobb rátermettség nélkül, a helyett, hogy a klinikus észleleteit felhasználva, igyekeznék a pathogenesis és a kórokban sok vitás kérdését megfejteni. A kórboncoló hivatását úgy fogja fel helyesen, ha a boncolással nem tekinti befejezettnek feladatát, hanem ahhoz fűzi a szövettani, szükség esetén a bakteriologiai, serologiai vizsgálatokat és állatkísérleteket, és ha a birtokukban van, a vegyi vizsgálati eljárásokat is. Így eljárva, nagyon sok boncolás egy vagy más irányban tanulságos lehet s ezen tanulságok tökéletesítéséhez a boncoló éppen úgy felhasználhatja a morfológiaian kívül a többi vizsgálódási módszert is, akár csak a törvényszéki orvostan vagy a belgyógyászat.

A kórboncolástan tehát, ha ma nincs is úgy az érdeklődés központjában, mint a belső secretiók és a constitutiók tana, megmaradt olyan határterületnek, a melynek úgy az elméleti orvosi szakmákkal, mint a gyakorlati orvostannal számtalan közös érintkezési pontja van, sőt a kórboncolások végzője munkálkodása közben állandóan serkentést kap e szakmák vívmányainak megismerésére. A kórboncolástan, hogy egy más hasonlattal éljek, az orvostudományok épületében megmaradt szilárd oszlopnak, a mely, ha itt-ott el is borította a repkény, tartó erejében nem gyengült s az épület régi és új falaival még szorosabban kapcsolódott össze, mint azelőtt.

Tisztelt Nagygyűlés! Én igyekeztem tőlem telhetőleg tárgyilagos lenni, de ha nem is sikerült volna nekem a teljes objectivitás, az én — talán egyoldalúnak látszó — felfogásom hosszú tapasztalatból gyökeredzett, ez adott bátorságot arra, hogy meghallgatást kérjek. Bennem megvolt a jóakarát, hogy úgy adjam elő a dolgokat, a mint látom, hogy hitet tegyek meggyőződésemről. A jelszó, a melytől a haladást várhatjuk, az orvostudományokra nézve is az, a mi az élő nemzetre nézve: a lankadatlan együttműködés, az erők egyesítése!

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(I. rendes tudományos ülés 1922 október 31.-én.)

Elnök: Hutya Ferencz.

Jegyző: Fekete Sándor.

(Vége.)

Hólyagos himlő Budapesten a háború alatt.

Hammer Dezső: A háború alatt Budapest területén előfordult 859 hólyagos himlőesetet ismerteti. Megállapítja, hogy a 859 esetből fertőzéssel vidékről került a fővárosba 311 polgári és 141 katonabeteg. Ilyen vidékről Budapestre került betegektől a fővárosban betegedett meg 351 polgári és 4 katonaszemély; a fővárosi járványkórházban 33 kórházi fertőzés támadt; csak 19 olyan himlős beteg volt, a kin a himlőfertőzés forrását, azt, hogy a beteg himlővel hol fertőződött,

nem sikerült kideríteni. Az összes betegek közül oltva sohasem volt 214, csak gyermekkorában volt oltva 561, újraoltásnak a nyoma meglátszott 84 betegen.

Az irodalomból és az itteni hólyagos himlő körül szerzett tapasztalatokból is megállapítja, hogy a hólyagos himlővel szemben az első kötelező és a kétszeri újraoltás körülbelül a 40—42 éves korig véd. Erre nézve az összegyűjtött adatok is bizonyosságot szolgáltatnak, mert a 859 betegből, ha a többször újraoltott 145 katonát leszámítja, 260 polgári osztályhoz tartozó férfi és 454 nő betegedett meg. A 454 nőből 341 volt olyan, a ki a 20 éves életkort meghaladta, a ki vallomása szerint csak gyermekkorában volt oltva, tehát a kin legfeljebb egy újraoltást lehetett számítani abból az időből, mikor iskolába járt. A 20 éves életkoron felül megbetegedett 341 nővel szemben ugyanilyen korú férfi csak 54 volt. A férfiaknál az újraoltás nemcsak az iskolákban, az egyes mesterségek tanulásakor, de a katonaságnál is megtörténik és így a nőkel szemben, a kik iskoláikat hamar elhagyják és azontúl nagyrésztük otthon a háztartásban foglalkozik, jobban vannak megvédve. Megállapítása szerint ezért volt lehetséges az, hogy a hólyagos himlő a háború alatt az ország lakosságából is sok áldozatot szedett.

Budapestre a himlő már 1915 januárjában behurcoltatott s azóta 1919 végéig, dacára a körültekintő és állandó védekezésnek, Budapesten és közeli környékén 18 kisebb járványt okozott. A Budapestet környező községek, a melyek egészségügyi szempontból elhanyagoltak, több ízben szolgáltattak a fővárosnak újabb és friss fertőzést. Így Kispestről 30, Erzsébetfalváról 38, Rákospalotáról 16, Újpestről 8, Csepelről 7 stb. himlős beteg került a fővárosba.

A főváros nemcsak a megbetegedettek kórházi elhelyezésével, a fertőzött helyek fertőtlenítésével, de a betegekkel érintkezettek beoltásával és elkülönítésével is védekezett. Csak így sikerült a főváros közönségét nagyobb járványtól megóvni. A quarantine-ben 5108-an voltak internálva, a kik közül az incubatiós időben 72-en betegedtek meg hólyagos himlőben.

Előadása végén hangoztatja, hogy csak akkor lehetséges a himlővel szemben védekezni, ha az oltások és újraoltások végrehajtása szigorúan ellenőrizve lesz. Abból, hogy a 859 esetből a fertőzés forrását csak 19 esetben nem lehetett kikutatni, arra a következtetésre jut, hogy a himlő éppen úgy, mint a többi fertőző betegség, leginkább érintkezés útján terjed, hogy tehát a védekezésnél mindig gondosan kell nyomozni a fertőzés eredetét; a volatilis úton való terjedés lehetőségét azonban nem tagadja.

Vas Bernát: Utal a gyors és biztos körjelzés, mint a védekezés egyik fontos tényezőjének jelentőségére. A klinikai tünetek mellett különböző laboratoriumi eljárások, ezek között elsősorban a Paul-reactio használható fel mint differentialis diagnostikai eljárás a variola és varicella között. A reactio, a melyet használhatóságára nézve Gerlóczy-val együtt kipróbált, lényegesen a pustula-tartalommal beoltott nyúlcornán 36—48 óra múlva jelentkező hólyagszerű képletekből áll, melyek mint tűszúrásnyi-kölesnyi krétafehér gümbök mutatkoznak, ha a szemet enukleálva, sublimatakohollal kezeljük. Ezek az elváltozások biztosan szólnak variola mellett; sem varicellából, sem más bőrgyuladástól (acne, furunculosis) származó geny nem adja. A negatív reactio azonban nem zárja ki a valódi himlő fennállását; ilyen előfordulhat, ha a vizsgálati anyag nem megfelelő, így elgenyedt pustulában a variola vírusa elpusztul; néha azonban nem lehet kideríteni az okot. Kétes esetekben a Paul-reactio mint értékes diagnostikai segédeszköz eldönti a diagnosist és minthogy az eljárás különösebb laboratoriumi berendezést sem igényel, elterjedését nagyon kívánatosnak tartja. Ha a reactionál lobos jelenségek is mutatkoznak a szemben, a mi azonban variolával való oltásnál csak kivételesen szokott előfordulni, akkor a biztos eldöntés céljából a cornea histologiai vizsgálatát is kell végezni.

Gerlóczy Zsigmond: Bécsben 1914 őszén már ezernél több himlős beteg volt, a mikor Budapesten még egy eset sem fordult elő. Hogy a háború alatt Budapestet sikerült a veszedelmes járványtól megmenteni, azt jó közegészségügyi közigazgatásunknak, de legfőképpen tisztí főorvosunk odaadó munkásságának és kiváló szaktudásának köszönhetjük. A legbiztosabb védelmet a himlő ellen a szigorúan végrehajtott védőoltásokban látta. Egyébként igazat ad az előadónak abban, hogy a himlő korai felismerése a legfontosabb, hiszen ezen az alapon indul meg minden további védekezés, és pedig minél előbb, annál nagyobb sikerrel. Sajnosan tapasztalta, hogy a hadbavonultak vaccinálása, illetőleg revaccinálása nem mindenütt ment végbe. Így esett meg, hogy noha már 1914-ben az Orvosképzés központi bizottsága felkérésére megtartott előadásában a hadbavonultak beoltására különösen fel-

hívta az illetékes körök figyelmét, nagy számmal vonultak be oly idősebb korosztálybeliek, a kik nemcsak újraoltva nem voltak, de sőt sohasem voltak beoltva. A háború három első évében a fertőző betegek kórházában 87 himlős katonánál 4 volt olyan, a ki sohasem volt beoltva. Ezek közül 1 halt meg (25%). 33 volt olyan, a ki újraoltásban is részesült, ezek közül csak kettő halt meg (5.8%). 50 közül, a ki csak kis gyermekkorában volt beoltva, 8 halt meg (10.6%). Ez a három adat is igazolja azt, hogy a vaccinálásnak és még inkább a revaccinálásnak milyen nagy értéke van; a beoltott vagy még inkább revaccinált ember ha meg is kapja a himlőt, sokkal több reménye van a meggyógyulásra, mint a soha be nem oltottnak vagy csak egyszer oltottnak. Himlős katonáinknak 62%-a nem részesült újraoltásban. Megdöbbentő volt az a tapasztalás, hogy az erdélyi menekültek közül a felnőttek nemcsak legnagyobb részét újraoltva nem voltak, de sőt sokan egyáltalán nem voltak vaccinálva. Érdekes volt az a tapasztalás, hogy az oltatlanok nagy része, legalább a két éves koron túl, igen kedvező gyógyulási arányszámot adott. Úgy vette észre, hogy a két éves koról a tíz éves korig a gyermekeket természetes immunitás védi a himlő ellen, míg 10 éven túl a fogékonyság, különösen az oltatlanokra nézve, egyre növekszik. A sikeres védőoltás immunizáló erejének tartósságára vonatkozóan megemlíti, hogy az nagyon individualis. Így egy ápolónője, a kit 1915-ben a legelső himlős beteg mellé rendelt ki s a kit annak ellenére, hogy 1½ év előtt személyesen revaccinált, még pedig olyan sikerrel, hogy hatalmas vaccina-pustulái fejlődtek, a segédorvosa, mert himlős beteghez rendeltetett szolgálatára, újból beoltotta s megint jól fejlett vaccina-pustulákat kapott, sőt ennek ellenére a himlős beteg ápolása közben pontos incubatio elteltével megkapta — bár enyhén — a himlőt. Hogy a himlő pusztán beleheléssel is inficiálhat, arra vonatkozólag megemlíti, hogy néhány év előtt egy hallgatója himlős beteg demonstrálásakor, a mikor személyes felügyelete mellett senki sem érintkezett sem a beteggel, sem a beteg szobájában volt bármilyen tárggyal, a betegszobában 2—3 percig tartott időzés alatt inficiálódott és pontosan két hét múlva mint enyhe himlős beteg került a kórházba. E medikus esetében a belehelés útján való fertőzést minden kétségen felül megállapíthatta.

Torday Ferenc: A heveny fertőző kórok közül a himlő az egyetlen, melyben természetesen tudunk védekezni, az egyetlen fertőző betegség, mely ellen active lehet immunizálni, melyben újraoltással az immunitást természetesen korlátlanul fenn lehet tartani. A háború tapasztalatai újból igazolták, hogy a közegészségügyi hatóságok legfontosabb feladata a himlő elleni védekezés terén úgy a csecsemőkori, mint a rendszeres újraoltások következtetés megőrzésének szigorú ellenőrzése. Minthogy hazánkban e tekintetben a multban is kevés volt a mulasztás és a himlő majdnem mindig rövidebb-hosszabb időre bejött idegenek által hurczoltatott be, szükséges, hogy minden akár átutazó, akár letelepedő idegen himlő ellen beoltassék. A himlő-oltó anyag hatékonyságának hatósági ellenőrzése is nagy jelentőségű.

Balogh Ernő: Közvetlen tapasztalatszerzései alapján kifejti, hogy Galicziában a hólyagos himlő azért kaphatott lábra, mert az ottani polgárság már régebbre visszamenőleg rendszertelenül és hiányosan volt védőoltva. Hasonló okban leli magyarázatát az is, hogy Odesszában 1918-ban miért éppen az ukrán bolsevik felkelőkből adódtak himlős bonczolt esetek. A 2., majd keleti hadsereg egészségügyi bizottsága nem azért igényelt sok oltóanyagot, mintha minden három hónapban oltott volna himlő ellen, mint azt *Pécsi D.* a katonaságra nézve általánosságban felvenni gondolja, hanem mert a rationalis oltási mód teljes tudatában beoltotta és beoltatta a galicziai stb. hadtápterületbe eső összes polgári lakosságot is. A himlő körjelzése terén nemcsak negatív, de pozitív értelemben is lehetnek tévedések. Tapasztalásaiból idézi például, a mikor himlőre gondolt a halottkémlő orvos csecsemő veleszületett bujakórja, a klinikus variolászertüri eruptiókkal jelentkezett malleus esetében. Ismerteti azokat a belső szervei elváltozásokat, a melyek alapján a kórbonczoló makroszkoposan már valószínűséggel, mikroszkoposan pedig bizossággal felismerheti a hólyagos himlőt. A himlő elleni védekezés terén a háború alatt a székesfővárosi tisztifőorvosi hivatal vitán felül álló teljesítményt végzett, de a katonai egészségügyi szolgálat is éppen a vészhozó Keleten olyan tevékenységet fejtett ki, a mely méltán tarthat számat a mögöttes országrészek elismerésére.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Ernst Wachtel: Sonderfälle der Fruchtabtreibung.
Leipzig, 1922. Verlag von Kurt Kabitzsch.

A szerző az abortus kérdését veti napfényre politikai, tudományos és socialis szempontokból. Nagy alaposággal foglalkozik a kérdéssel az anya és magzat szempontjából, eugenetikai indicióból és végül kizáróan socialis szempontból ismerteti a nehéz problémát. Azok az orvosok, törvényhozók és politikusok, a kik erről a kérdéstről behatóbb információt akarnak szerezni, élvezettel fogják olvasni a könyvet, bár lépten-nyomon találkozunk olyan nézetekkel, a melyek a

miénket semmiképpen sem fedik. A mai megszállott német területek nyomorúságát tárja szemünk elé, midőn a fekete csapatok által teherbe ejtett német nők szomorú sorsáról ír; joggal kérde, hogy az ilyen születendő gyermekek életben-tartása kinek a szempontjából kívánatos? Hasonlóan nehéz az orvos helyzete akkor, midőn elme-, vagy idegbetegtől eredő terhességről van szó. Végül a zárszóban törvénytervezetet nyújt be s az élő magzat perforatórióját is tárgyalja. *L. J.*

S. Jessner: Bartflechten und Flechten im Barte. IV. sehr verbesserte Auflage. Verlag von Curt Kabitzsch. Leipzig, 1922.

Jessner-nek orvosi körökben kedvelt és jól ismert, füzetekben megjelenő dermatologiai előadásait e hasábokon már számos alkalommal ismertettem. A jelen füzet (Heft 10) a gyakorlatilag oly fontos szakállbetegségekről szól s természetesen főként a trichophytiasisra (superficialis és profunda) s a sycosisra terjeszkedik ki részletesen. Az orvosi gyakorlat igényeinek szánt kis munkát (42 oldal) az érdeklődők sok haszonnal olvashatják.

Guszman.

Lapszemle.

Belorvostan.

A psychogen dyspepsiának az utóbbi időben nagyon gyakran észlelhető alakjára hívja fel a figyelmet *Boas* tanár. Felismerésére legfontosabb a nagyon gondos anamnesis. Legjellemzőbb a többé-kevésbé állandóan meglévő gyomor-nyomásra vonatkozó panasz; ez a gyomor nyomás független a táplálkozástól; sokszor üres gyomor mellett is megvan, akárhányszor már a kora reggeli órákban jelentkezik és független a táplálék mennyiségétől meg minőségétől; némelyik beteg ugyan azt mondja, hogy nagyobb étkezés vagy nehezebben emészthető ételek után, illetőleg az evés után némileg fokozódik, a különbség azonban általánosságban csak jelentéktelen. A nyomás csekély megszakításokkal többnyire az egész napon át tart, hetekig, hónapokig, sőt évekig; néha vannak ugyan rövid szünetek; de hónapokig tartó panaszmentes időszakok, a melynek például pylorus-fekély eseteiben fordulnak elő, sohasem észlelhetők. Hangsúlyozandó, hogy csak gyomor nyomásról van szó, gyomorfájás vagy gyomorgörcs soha sincs. A nyomás éjjel csaknem teljesen megszűnik, de előfordulhat, hogy éjjel is tart és zavarja az alvást; egyes esetekben csak az epigastriumra szorítkozik, másokban a bázisig közepéig fölterjed. További jellemző tünet a legtöbb esetben előforduló globus, azonban a hysteria minden jele nélkül. A gyomor nyomás és globus időbelileg gyakran egybeesik, néha azonban váltakozva jelentkezik. E két tünetet gyakran, de nem mindig kíséri a nausea nervosa, még pedig teljesen függetlenül a táplálkozás idejétől, minőségétől és mennyiségétől; a nap bármely szakában jelentkezhetik, sokszor már kora reggel, és nyugodt hátfekvés mellett, főleg éjjel, teljesen megszűnik. Az említett tünetek az eseteknek egy részében egymagukban állanak fenn, míg más esetekben az általános neurasthenia kórképe mellett. Végül vannak esetek, a melyekben valamely organikus betegség kíséretében jelentkeznek (cholelithiasis, achylia gastrica). Ez utóbbi esetek kivételével a többiben a gyomor és bél vizsgálat nem mutat rendellenességet; az idegrendszer részéről az inreflexek fokozott volta, anaesthesiás és hyperaesthesiás zónák, a pharynxreflex hiánya, a bulbus anaesthesiája stb. található. A mi a terapiát illeti, mindenekelőtt meg kell próbálni meggyőzni a beteget, hogy az emésztőszervei egészen jól működnek; ennek megfelelően minden diaeta-megszorítás mellőzendő, kivéve azokat az eseteket, a melyekben egyúttal valami organikus betegség is fennáll. Ha a beteg lassanként meggyőződik arról, hogy az emésztőszervei teljesen megfelelnek a mindennapi élet követelményeinek és ennek megfelelően táplálkozik, akkor a táplálkozása javul és kellő hydrotherapiás és gyógyszeres kezelésre (valeriana, brom) megszűnik a baj. A kórkép fel nem ismerése operatív beavatkozásra vezethet, a mely csak ront a helyzeten, a betegek a műtét után még rosszabbul érzik magukat s akárhányszor

összenövések felvétele miatt másodszor is műtetre kerül a sor, természetesen minden haszon nélkül. (Deutsche med. Wochenschrift, 1922, 42. szám.)

Sebészet.

A remese-rák és kezelése. A „Journal de Médecine de Paris” 1922 október 7.-i számát egészen kitölti Victor Pauchet ily című munkája, melynek megértését nagyban megkönnyíti 57 tanulságos ábra. Felöleli a remese-rák egész kór- és gyógytanát. Különös figyelmet érdemel a műtéti rész. A műtéti technikát illetően a szerző inkább több ülésben operál, egyrészt, hogy a műtéti halandóságot csökkentse, másrészt, hogy a rendes végbélnyílást megtarthassa, illetőleg visszaállítsa. Az utóbbi szempontot az előbbiért csak a nehezen operálható sigma-ráknál áldozza fel bizonyos kedvezőtlen esetekben. Négyüléses műtétet is végez két igen súlyos esetben: 1. ha heveny elzáródásban kapja a beteget, 2. ha a rák kifelélyesedett és abscessus pericolicus, valamint a hasfallal való összenövés van jelen. Ennek köszönheti, hogy ily nehéz esetekben sincs műtéti halálózása. Így például 3 heveny elzáródásos betegen a következő négyszakos műtétet végezte halálessel nélkül: 1. anus coecalis helyi érzéstelenítésben; 2. 8 nap múlva ileo-sigmoidostomia; 3. 8 nap múlva az anus coecalis megszüntetése; 4. egy hó múlva colectomia totalis a valvula ileocoecalistól a sigmáig. Kifelélyesedett ráknál abscessus pericolicussal a következő műtétet végzi: 1. a tályog bemetszése, a daganat kivarrása, ugyanazon ülésben anus coecalis készítése; 2. resectiója a beteg bélrészletnek és a hozzátapadt hasfalnak, a két bélcsonknak rögzítése a hátulsó hasfalhoz, mert a széthúzódás rendszerint oly tekintélyes és a környezetet oly irritált, hogy nem remélhető később a közélet és egyesítés; 3. ileosigmoidostomia; 4. az anus coecalis elzárása. A műtéti változatok megválasztását tekintve, a következő esetek fordulhatnak elő: A) *A beteg bélelzáródásos állapotban van feszes hassal*; ilyenkor a fenti négyszakos műtét végzendő. B) *A beteg bélelzáródásos, hasa puffadt, de lágy, nem feszes*; ilyenkor általában felderítő hasmetszés végzendő, és pedig: 1. ha a daganat a leszálló vastagbélben ül, kiterjedt felszabadítás, gyökeres kiirtás, a csontok kivarrása által mesterséges végbélnyílás készítése, két hó múlva ennek megszüntetése vagy a két csont közvetlen egyesítésével, esetleg a hasfalhoz odatapadt vékonybélkacsok megsértése miatt veszélyes sarkantyúmetasztézist is igénybevéve, vagy ha az egyesítés az alsó csont túlságos sorvadása miatt így sem sikerül, ileosigmoidostomia és egy harmadik ülésben colectomia totalis; 2. ha a harántvastagbélben ül a rák, resectio segmentalis, a két csont kivarrása, azonnali megnyitása a proximális csontnak, néhány hó múlva a mesterséges végbélnyílás zárása; 3. ha a felszálló remeséről van szó és a beteg jó erőállapotban van, egy ülésben hemicolectomia dextra és ileocolostomia transversa; ha a beteg állapota rossz, az első ülésben csak ileosigmoidostomia, egy hó múlva colectomia totalis; 4. ha rövidkacsú sigmán ül a rák, első ülésben a daganatot reszekáljuk, a flexura lienalistól lecsusztatva a leszálló remesét, a csontokat egyesítjük, a felső véget gummicsőre húzva és az egésztest az alsó csontba behüvelyezve. A has bevarrása után ugyanazon ülésben anus coecalist készítünk, melyet egy hó múlva elzárunk. Ha azonban a sigma resectiója után a nagy hiány miatt a csontok nem egyesíthetők, colectomia totalist végzünk három ülésben; resectio után a felső csontot kivarrjuk, a második ülésben anastomosis ileorectalist készítünk, a harmadik ülésben colectomia totalist végzünk, miközben a mesterséges végbélnyílást is kiirtjuk; 5. ha hosszúkacsú sigmán van a rák: resectio és a csontok kivarrásával ugyanott mesterséges végbélnyílás, melyet két hó múltán zárunk a csontok közvetlen egyesítésével. C) *Ha nincs bélelzáródás*, általában colectomia totalist, sigma-ráknál együléses abdomino-perinealis műtétet ajánl. Ha a colectomia totalis nem vihető keresztül, vagy a sebész nem mer rá vállalkozni, a következőket ajánlja: 1. a felszálló remese rákjánál hemicolectomia dextra és ileocolostomia transversa egy ülésben; 2. a haránt remese rákjánál resectio segmentalis, kivarrás, 48 óra múltán

megnyitása a proximális végnek; ilyenkor a nagy cseplesz megfelelő részletét is reszekáljuk a gyomor nagy görbülete mentén; 3. a leszálló remese, ezenfelül a flexura lienalis és a sigma felső részének rákjánál bélresectio kivarrással, egy hó múlva a mesterséges végbélnyílás zárása a csontok direct egyesítésével; 4. a sigma középső részének rákjánál resectio közvetlen egyesítéssel, a sigma alsó részén ülő recto-sigmoidalis ráknál abdomino-perinealis műtét a rendes végbélnyílás helyére való kivarrásával a felszabadított sigma felső részének. A szerző azzal fejezi be cikkét, hogy közölt műtéti eljárásával gyökeres gyógyulást tud elérni és nemcsak a műtéti halandósága csekély, hanem a távoli eredményei is igen jók. Valkányi Rezső dr.

Szülészet és nőorvostan.

Néhány újabban ajánlott szülészeti műtéti eljárásról ír Eisenreich a Döderlein-klinika tapasztalatai alapján.

1. A fogó alkalmazását az utoljára jövő fejre a magzatra nézve sok esetben kiméletesebb eljárásnak mondja, mint a fejnek a Veit-Smellie- vagy a Wiegand-Martin-fogással való kifejtését. Ha a lágyrészek ellenállása miatt a fejet nem lehet erőszakosabb húzás nélkül kifejtetni, haladéktalanul a fogóhoz nyúlunk; így sokkal jobb a gyermek-statisztikájuk, mert a kézzel való erőszakos kifejtésnél gyakori tentorium-szakadások, gerincoszlop- és nyúltvelő-sérülések, vérzések száma csökkent.

2. Farvégű fekvésnél a karoknak a Müller ajánlotta módon kifejtését mint gyors és megbízható eljárást igen ajánlja. Azonban ha nagyobb téraránytalanság van, akkor ellenjavalltnak tartja az alkalmazását, mert a karoknak kifejtése ezen módon nem sikerülvén, a rendes fogással most már nehezebben jutunk célhoz.

3. Sachs-nak azt az álláspontját, hogy néha ajánlatos a már megszületett törzset (halott magzattal) a fejről levágni s ilyen módon tenni könnyebbé a fej eltávolítását, a Döderlein-klinika eleinte helytelenítette, de két esetük kapcsán most az a felfogásuk alakult ki, hogy ritkán kerül ugyan sor erre, de némelykor mégis szükséges lehet nemcsak a Sachs ajánlotta eltávolítása a már megszületett törzsnak (farvégű fekvésnél), de (fejvégű fekvésnél) a már megszületett fej eltávolítása is, a túlnagy törzsnak könnyebb darabolhatása céljából.

4. A perforatióra még mindig használt Braun-féle kranioklastot, úgyszintén a Braun-féle horgot a decapitációnál teljesen elveti. Az előbbi helyett a Döderlein módosította Ribemont-Bong-eszközt, az utóbbi helyett a Zweifel-féle kephalokranioklastot (vagy a Fehling-, vagy a Döderlein-műszert) ajánlja.

5. A Kielland-fogóra nézve a müncheni klinika álláspontja (90 eset kapcsán) a következő:

a) *A bemenetben álló fejre* gracilisabb volta miatt kisebb erő fejthető ki vele, mint a Naegele- vagy Tarnier-fogóval, tehát kevesebb szülést lehet vele befejezni, de ez nem hátránya, mert ha az erősebb húzást is megengedő fogókkal és nagy erővel végeztetik a műtét, akkor több élő gyermek kerül ugyan világra, de a többlet agyvérzéssel. Ellenkezőleg, előnye a gracilisabb volta, mert ezek a gyermekek perforatióra kerülvén, ugyanaz a végső eredmény az anyára nézve kiméletesebb módon éretett el. A bemenetben álló fejnél tehát a kevésbé gyakorlottak kezében talán czélszerűbb eszköz, mert nem csábítja őket hosszadalmas, erőszakos tractiókra.

b) *A medence üregében álló fejre* mint forgató eszköz igen alkalmas, ebben a tekintetben felette áll a Naegele-félenek.

Hogy való-e a gyakorlóorvos kezébe a Kielland-fogó, erre a kérdésre még korainak tartaná a feleletet. Egyelőre még a klinikusokra vár a feladat, hogy használhatósága kérdését tisztázzák. (Münchener med. Wochenschr., 1922, 36. sz.) Váro dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az euphyllin véralvadást siettető hatása Addicks szerint beáll akkor is, ha a szájon át adjuk a szert. Tapasztalatai szerint 0.1—0.2 gramm 2—3 órára, 0.3—0.4 gramm

5—7 órára kiterjedő hatást fejt ki s ez a hatás egyenlő értékű a gelatinával, konyhasóval, serummal és chlorcalciummal elérhető hatással. Intravenás alkalmazásmód mellett a hatás tartóssága tekintetében az euphyllin felülmúlja ezeket a szereket. (Deutsches Archiv für klin. Med., 140. kötet, 1. és 2. füz.)

Terhesek hányása ellen *Naamé* thyreoidint és ovarint együttesen használtat naponként 3-szor $\frac{1}{2}$, —1 órával az étkezések előtt; thyreoidinból 0.05, ovarinból 0.10 grammot ad egyszerre; ez a kezelés több napig folytatandó. (Bull. de la soc. de thérap., 1921, 26. szám.)

Az **encephalitis epidemica** lefolyására vonatkozó adatokat közül *Adler*. 76 beteg közül csak 9 (12.9%) gyógyult meg teljesen. 13 (16.9%) meghalt. Tartósan megkárosodott 54; ezek közül csak 6 (7.9%) korlátoltan munkabíró, 48 pedig (62.3%) teljesen munkaképtelen. (Med. Klinik, 1922, 36. sz.)

Anthrax ellen *Vaccarezza*, *Inda* és *Posse* nagyon jó eredménnyel használja a peptont intraglutealis befecskendezés alakjában. Naponként 1—2-szer fecskendez be 30 cm³-t a következő oldatból: Rp. Peptoni (Witte) 5.0; Natr. chlorat. 0.5; Aqu. destill. 100.0. (Semana medica, 1922, jún. 1.)

A **tüdővérzés kezelésének egyszerű módjára** hívja fel a figyelmet *Geers*: 500 gramm tejet fecskendezünk be a végbélen át. A hatás úgyszólván rögtön beáll. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., 1922, 1688. 1.)

Cardiospasmus ellen *Oehler* kitűnő eredménnyel használja a gyomorszonda levezetését. Ezt magának a betegnek is meg kell tanulnia, a mi nagyon könnyen megy, már néhány nap múlva egész könnyen „lenyeli“ a gyomorcsövet. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 42. szám.)

Vegyes hírek.

Magántanári megerősítés. *Petényi Géza* dr. egyetemi tanársegédnek a „gyermekgyógyászati diagnosztiká“-ból az Erzsébet-tudományegyetemen magántanárrá történt képesítését a vallás- és közoktatásügyi miniszter megerősítette.

Megbízás. A m. kir. igazságügyminiszter *Ács Sándor* dr.-t megbízta a szegedi kir. törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi tennivalók rendes ellátásával.

Physicalis, Röntgen-, serologiai és bakteriologiai vizsgálatok. Specifikus oltások, quarz- és művi pneumothorax - kezelés. **Dr. Rajnik Pál** Budapest, VII., Vilma királyné-út 11. sz. (Fasor). Telefon József 14—51.

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

RÖNTGEN-ODELGA

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

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

Termális és fizioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: *Dr. Benczúr Gyula*, egyet. magántanár.

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

Telefon: József 4—12. Igazg.-tulajd.: *Dr. Melha Armand*, *Dr. M.-né Hilf Paula*, *Dr. Mandler Ottó*. **ZANDER- Gyermektorna** a *Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben*, IV., Semmelweis-u. 2. 1. e.

PÁLYAZATOK.

4578/1922. kig. sz. Pest-Pilis-Solt-Kiskún-vármegye váczi járásához tartozó Pestúj hely községben üresedésben levő II. orvosi állásra pályázatot hirdetek. Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt minősítésüket, valamint eddigi működésüket, a forradalom és kommun alatti magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi december hó 7.-éig nyújtják be. Az orvos javadalmazása: az 1908: XXXVIII. t.-cz.-ben megállapított illetmény és 4000 korona lakbér. A választás hatánapját később fogom kitűzni. Vác, 1922 november hó 14.

Veliacha dr. s. k., t. főszolgabíró.

Mikroszkop Reichert-féle immersziós lencsével, tokban, teljesen új állapotban **eladó**. Érdeklődni a *Petői Irodalmi Vállalat* Budapest, VII., Kertész-utca 16. sz. révén árajánlással.

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre.

Budapest, V., Vilmos-császár-út 18. I. em. — Telefon: 13—98. — Diathermia. Quarz Spectrosol. Ivlámpa. Négyrekeszes fürdő. Fényszekrény. Hüvelyfény- és hőlámpa. Elektrotherapia. Franklinisatio. Főn. Vibrációs massage. Zander-stb. kezelések. Vezető orvosok: *Dr. Kiss Jenő*, *Dr. Kovács József*.

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

HŰVÖSVÖLGYI PARK-SANATORIUM Klimatikus, physicalis és diéta gyógyintézet Budapest, I., Hidegkúti-út 78. Telefon 50—37 és 145—90. — Bel-idegbetegek és üdülők részére hízó- és fogyókúra. Vizgyógyintézet, elektrotherapia, orvosi laboratorium. — Bejárók részére vizgyógyintézet is.

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

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh koronától kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással utlevél-ügyben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.




NERVOPLAST IDEGTONICUM SEDATIVUM
FERGLOBIN SINE ET CUM ARSENO
GUAJAGLOBIN
TABLETTÁNKÉNT 0.05 GR. GUAJACOL TUBERCULOSIS STB.
ÖRKÉNY HUGÓ

ORVOSI MŰSZERÜZEM
Főüzlet: **BUDAPEST IX., Üllői út 1.** TELEFON: JÓZSEF 32-73.
Fióközlet: **DEBRECZEN Kistemplom Bazár.**

DR. SANDER -féle csukamájolaj-emulsió
A biológiailag fontos tápsókat glicerinophosphorsavhoz kötve tartalmazza.
Dr. H. Sander & Co., Chemische Fabrik G. m. b. H. Mainz-Geestemünde.



DR. SANDER -féle Vitamin-csukamájolaj-emulsió
Calcium-vas-phosphortartalmú vitaminanyagokkal emulgeált készítmény.
Magyarországi központ „Panacea” Gyógyszer-vegyészeti R.-T. Budapest, V., Nádor-utca 30.

<p>Álmatlanság, ideges fájdalom és depressiós állapotok</p>  <p>Prof. v. Noorden szerint.</p> <p>Rp.: Somnacetin-tabletták 1 ered. csomagolás. — Rp.: Somnacetin-por, 06. D. t. Dos.</p>	<p>Pontos adagolás. Leghosszabban tűrik.</p>  <p>Haemoglobin-vasalkalibromid-tabletták.</p> <p>20 éven át bevált!</p>	<p>Fluor albus, vaginitis, gonorrhoea</p>  <p>Rp.: Tanargentan-Bolus 10⁰/₀ ered. csomagolás. Rp.: Tanargentan-Bolus 20⁰/₀ ered. csomagolás.</p>
<p>Psychés zavarok, epileptikus állapotok</p>  <p>Rp.: Somnospasmosan, 1 ered. tüveg.</p>	<p>Epilepsia, neurasthenikus és psychikus állapotok.</p> <p>Igen tűrhető, még hosszú használatnál is jöleső, roboráló és tonizáló nervinum és antiepilepticum.</p> <p>Rp. Epilepticon Dr. Weil. 1 eredeti doboz (60 tableta). S.: 2—3 tableta naponta fél pohár vízben vagy sóatlan levesben vagy ételben; azonkívül naponta 1—2 evőkanál Spasmosan az egész napra elosztva.</p> <p>Dr. R. & Dr. O. Weil, vegyi-gyógyszerkészítmények gyára Frankfurt a. Main. Orvosi mintával és irodalommal díjmentesen szolgál a magyarországi vezérképviselőt: Pogány Gábor, Budapest, VIII., Baross-u. 125.</p>	<p>Influenzában, lázas tüneteknél a szív erejét növeli</p>  <p>Rp.: Coffeospirin, ered. csomagolás.</p>
<p>Subcutan, intramuscularis és rectalis használatra. Hypnoticum, sedativum, analgeticum.</p>  <p>Rp.: Somnacetin solubile, ampullák. Rp.: Somnacetin solubile, kúpok.</p>		<p>Izom- és ízületi rheuma, neuralgiák</p>  <p>Rp.: Coffeospirin comp., ered. csomagolás.</p>

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.
25 év óta közkedvelt roborans, tonicum. Eredményesen alkalmazható neurasthenia, véralkati bajok, tüdőbajok stb. eseteiben.

Emulsio Ol. Jecoris Dr. Egger. A csukamájolaj legjobb adagolási formája. Kiválóan használható súlyvesztéssel és erőhianyatlással járó betegségek, például tuberculosus, scrophulosus, rachitis stb. eseteiben.

Corrosol Dr. Egger. Fájdalommentes luestherapeuticum. — Salvarsannal kombinálva is alkalmazható. Intramuscularis injectio. Spirilicid hatás.

Vaccinae sec. Dr. Pápay:

Epileptolysin. Parentero-(proteino-)therapeuticum epilepsia kezelésére.

Proteinosan S. U. Szőlőcukortartalmú tejinjectiós készítmény. Proteinopantherapeuticum.

Polysan. Complex immun-vaccina az omniculturalis protoplasma-activálás elve alapján parenteralis módon alkalmazandó.

Irodalommal stb. készséggel szolgál:

Dr. Egger L. és Egger J.
Budapest, VI., Révay-utca 12.

ANORRHAL	Kúpok, kenőcs és hintőpor alakban, külön hatással mindenféle aranyeres bőrtálmaknál.	Feleslegessé teszi az operatív beavatkozást, mert még a legelhanyagoltabb esetekben is visszafejleszt a bőrtálmak.
CALMYREN	Valeriana-camphor-pepsin pillák, erősítő, szilapító és antispasmodikus hatással szívbetegségeknél.	A valeriana kezelt hátrányai főleg annak kellemetlen szagával vannak kapcsolatban — deglorova azonban bízható adagolhatjuk.
DIGASTRIN	Elsőrendű ét- és emésztőpor, Natr. bicarb. tartalom nélkül, a nyálkártyákat nem igtatja.	Ideális diastetikus folyadék a felszaporított gyomoravat semlegesíti az emésztést hathatósan elősegíti.
DISPNON	Theobromin-Quebracho tabletták, Asthma, arteriosclerotosis, angina pectoris eseteiben javalva.	Theobromin tartalmánál fogva a vérértékek gyógyszerre; az asthmások pulzológikus fokozott véredényizgalmosságát csökkenti.
HAEMOSTAN	Belső vérzástilapító, elismert mérgektelen készítmény, klinikonkiprobalvas alkalmazásban.	Heteken át való rendszeres adagolás mellett sem vált ki semmilyen mellékhatást; hatása még prophylacticus is.
RHOME	Yohimbin-Phosphor-Strychnin tabletták, impotencia, sexual neurasthenia eseteiben biztosan hat.	A férfi és női nemű érzés mindenféle káros természetű hiányánál, klinikailag megállapított aphrodisicum.
VAGINOL	Antisepticum, Prophylacticum, Acticoncipiens. Hatás baktericid, antekül, hogy a nyálkártyákat tántana.	A női nemű szervek hurutos és gyulladásos megbetegedéseinek a legjobb eredményt eljáratmazható.
VESICURIN	Klinikailag megállapított indikációi: Cystitis, urethritis, prostatohypertrophia, akut és kronikus eseteiben is.	Elsőfokban befolyásolja a vizelet tartalmát, rövid használat után csökken a vizek, vér és bacterium mennyiségét.

KÉSZITI AZ APOTHEKE ZUR AUSTRIA WIENIX/3
MAGYARORSZÁGI FŐRAKTÁR: BALLA SÁNDOR ÉS TÁRSA
GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA, BUDAPEST, VII. WESSELENYI U. 69.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Torday Árpád: A typhusos meningismusról. 477. oldal.
Molnár István: Közlemény a Frigyesi József dr. egyetemi magántanár vezetése alatt álló Bakáts-téri szülészeti és nőgyógyászati osztályról. Az aortacompressor alkalmazása a szülészetben. 479. oldal.
Budapesti Kir. Orvosegyesület. (II. rendes tudományos ülés 1922 október 26.-án.) 481. oldal.
Bókay János: Elnöki megnyitó a Budapesti Orvosok Kamarazene-Egyesületének alakuló ülésén. 482. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Oscar Hertwig: Der Staat als Organismus. — *Lap-szemle. Belorvostan. Schridde:* A hajzat, illetőleg szőrözlet viselkedéséről rák eseteiben. — *Koch:* A véráramlás gyorsaságának meghatározása a latens dinamikai keríngéselégatlenség felismerésére. — *Szülészeti és nőrvostan. Dietrich:* A lázas abortusok kezeléséről. — *Gyermekorvostan. Kraus:* A serumbetegség megelőzéséről heterológ antigének alkalmazásával. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 483–484. oldal.
Vegyes hírek. 484. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A typhusos meningismusról.*

Irta: **Torday Árpád** dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

Typhus abdominalisban az idegrendszer részéről jelentkező tünetek elég gyakoriak, így fejfájás, kábultság, aluszékonyság, közönyösség a környezet iránt (febris nervosa stupida). Máskor izgékonyosság, furibundus deliriumok, psychosisok, melancholiás depressiók jelentkezhetnek, a melyek mély coma alatt eltűnnek. A motoros és psychés izgalmi jelenségek annyira uralkodhatnak a képen, hogy ha a láz csekély vagy azt kellő figyelemre nem méltatják, fertőző osztály helyett ideg- vagy elmeosztályra szállítják be esetleg a beteget.

A typhusnak ezen közismert agytünetei mellett néha meningeális tünetek jelentkeznek, úgy hogy a kép agyhártyagyulladásához hasonlíthat. S csak a pontos klinikai megfigyelés, a vér serologiai vizsgálata s a lumbalis punctatum szolgáltatja adatok adnak útbaigazítást az irányban, hogy sem gümős, sem járványos agyhártyagyulladással nincs dolgunk, sem typhusnak ezen bántalmakkal való complicációjával vagy typhus kapcsán jelentkező sepsises eredésű meningitissel (*Huguenin*), hanem agytünetekkel járó typhusos megbetegedéssel. Mint-hogy a tüneteknek vagy semmi, vagy csak csekély anatómiai elváltozás felel meg, ezért *Dupré* óta e körformát meningismusnak nevezzük, mint a mely kifejezéssel az aetiologiának nem prejudikálunk. *Bouchat* e tünete csoportot pseudomeningitisnek nevezte el, *Schulze* pedig meningitis nélküli meningitisnek.

Eseteim röviden a következők:

B. Ilonka, 7 éves, pinczér leánya, 1921 november 17.-én vétetett fel a Szent Gellért-kórházba typhus abdominalis körjelzéssel. A betegség 8. napján Widal 1:100 pozitív, haemocultura pozitív. A pulsus szapora, kis hullámú. A hasfalán egy-két roseola, a has meteorismusos, a lép nem palpálható. A hőmérsék állandóan magas, 38,5–39,4° C. A bal alsó lebenyben hurutos jelenségek. A beteg éjjel nyugtalan. November 26.-án feltűnik, hogy mióta a kórházban van, azóta nem beszél. Nyugtalanossága miatt 0,25 gramm bromot kap. December 7.-étől a láz kezd intermittáló jellegűvé válni. December 18.-án a gyermek elég nyugtalan, gyakran tépi a haját, lábát mindig felhúzza tartja. Hyperaesthesia van, tarkómerevség nincs. December 12.-én Kernig pozitív, somnolens. 13.-án az éjszakát egész nyugodtan töltötte. Reggel óta kissé nyugtalanabb, fejét és hasát fájlatja. Haját állandóan tépi. Lumbalis punctióval 10 cm³ víztiszta folyadékot bocsátunk le, mely közepes nyomással ürül. A punctio után nyugodtabb, de a következő nap és éjjel megint izgatottan viselkedik. Kernig erősen pozitív. 15.-én mindkét szemfenék ép. December 17.-én meningitises testtartás, a tarkó hátrahajlítva, beesett has, vadászkutya-fekvés, élénk Kernig, Brudzinski, Babinski pozitív, élénk reflexek (*Eiszenmann*). Ötnaponként végzendő lumbalis punctiót ajánlanak, fejfájása ellen brom-phenacetin-coffein keveréket kap 3-szor naponta. December 18.-án kissé nyugodtabb, többször enni kért. A *második* lumbalis punctio alkalmával körülbelül 12 cm³ víztiszta folya-

dékot bocsátunk le, mely váltakozva hol egész alacsony nyomással, hol erősebb nyomással ürül. Másnap a közérzet lényegesen jobb, a sensorium elég tiszta. 20.-án nyugodt, de kissé somnolens. 21., 22. és 23.-án, főleg éjjel, nyugtalan. Már beszél és éhes, azonban vizeletét maga alá nem bocsátja. 23.-án lumbalis punctio alkalmával 20 cm³-nyi folyadék elég nagy nyomással ürül. 24.-én fülvizsgálat, a dobüregek épek. December 25.-én nyugtalan, félrebeszél, a pulsus 120. 27.-étől nyugodtabb. Enni kér. 30.-án nyugodtabb, sokat alszik. A beteg 1922 január 1.-étől sokkal jobban van, sensoriuma nem zavart; vizeletét maga alá nem bocsátja, azonban majd a somnolentia, majd a nyugtalan viselkedés és az idegrendszer labilitása egy ideig még fennáll, míg végül január végén gyógyultan távozik. A lumbalis folyadék vizsgálati eredménye a következő: December 3.-án és 17.-én: Víztiszta, a mikroszkop alatt elvéve néhány kis lymphocytá, a tenyészet steril. Pándy, Nonne-Appelt negatív. December 23.-án Pándy negatív, Nonne-Appelt gyengén pozitív.

Második eset: N. Juliska, 9 éves, felvétetett 1921 december 27.-én a Szent Gellért-kórházba typhus abdominalis és bronchopneumonia diagnózisával. December 29.-én visioi vannak. 30.-án pozitív Kernig, lábait térdben behajlítva tartja. Tarkómerevség nincs. 31.-én nyugtalan. Reggel hányt. Lumbalis punctióra kis nyomással 10 cm³-nyi víztiszta folyadék ürül, melynek vizsgálata alkalmával a Nonne-Appelt-, Pándy-reactio negatív. Alakelemek nem találtak. A beteg 1922 január 1.-étől láztalan. Azonban a Kernig-tünet még január 6.-án is erősen pozitív. A meningeális tünetek csakhamar visszafejldnek s a beteg gyógyultan hagyja el a kórházat. A meningeális tünetek megjelenésekor a pulsus változó, 130–90.

Harmadik eset: V. Juliska, 16 éves, gyári munkás. Felvétetett 1921 december 15.-én. A sensorium fátyolozott. A temperatura dec. 21.-éig 39,2°-ig emelkedik. Dobürege ép, úgy hogy rosszullását a szakorvos lázas nagyothallásnak minősíti. 22.-én a sensorium még kissé fátyolozott. 23.-án éjjel nagyon zavart. 24.-én 38° C hő mellett kiskökű tarkómerevség, pozitív Kernig. Hyperaesthesia. Pulsus 120. 25.-én anisocoria, zavart sensorium. A betegnek tehát a meningeális tünetek a harmadik hét közepe felé jelentkeztek. 28.-án bélvérzés állott be, 29.-én somnolens. 30.-án nyugtalan magaviseletű. 31.-én is nagyon nyugtalan, állandóan félrebeszél. 1922 január 1.-én a sensoriuma még zavart, bár a láza már intermittáló jellegű. Január 2.-án a sensorium kezd tisztulni, csak időnként zavart kissé. A beteg gyógyultan hagyta el a kórházat. Az idegrendszerbeli zavarok a betegség második felében jelentkeztek.

Negyedik eset: K. T., 25 éves, cseléd, felvétetett 1922 február 22.-én, meghalt március 10.-én. Diagnózis: Typhus abdominalis, bronchopneumonia, decubitus, meningismus. Felvételtelk fejfájásról panaszkodik. Az állandóan lázas betegen már kezdetől fogva feltűnik a sensorium zavart volta s izgatott viselkedése. 27.-én igen nyugtalan, úgy hogy este chloralhydratot kap klysmában. A pulsus 122, kishullámú. A fülvizsgálat a nagyothallásnak helybeli magyarázatát nem találja. A Kernig-tünet pozitív, vadászkutya-fekvés, a has behúzódtott. Babinski pozitív. Március 9.-én lumbal punctióra nagy nyomással 25 cm³-nyi tiszta savó ürült. A festett készítményben igen kevés leukocytá. (Tenyészet: sok bacterium, szennyezett.) A beteg láza állandóan magas, 39,5° körüli, egészen az exitus bekövetkeztéig. Sajnos, a felszólításon a meningismus nem jelezetett s ezért a kórboncolási jegyzőkönyvben az agyról említést nem találtam. A boncoláslelet typhus abdominalis 4. hetének felel meg. Ha a beteg bemonásának hitelt adhatunk (hogy a kórházba való felvétele előtt 5 nappal feküdt le), itt is a meningitises tünetek nem a betegség elején, hanem annak második felében jelentkeztek.

Végül felemlítem, hogy egy 25 éves nevelőnőn is észleltem meningitises tüneteket. A képet azonban a beteg nagyfokú hysteriája zavarta. Ez eset diagnosztikájában *Eiszenmann* adjunctus volt segítségemre. A szemész kiskökű neuritis optica-t állapított meg. A szemmozgások normalisak, a pupillák egyenlők, élénken reagálnak. Mindkét látóidegő kissé bővérű és elmosódott határú. Pangásos jelenségek nincsenek. A beteg therapiás célból többször végeztetett lumbal punctio. A deczem-

* Előadás a Közkórházi Orvos-Társulat 1922 április 19.-én tartott ülésén.

ber 17.-én végzett liquor-vizsgálat eredménye: víztiszta folyadék, elvéve egy-egy kis lymphocytá. Pándy, Nonne-Appelt gyengén positiv. A tenyészet fertőzött.

A meningealis tünetek többnyire gyermekeken vagy fiatal egyéneken jelennek meg a betegség harmadik hetében vagy a láztalanság beállta után. De jelentkezhetnek mindjárt kezdetben, a mikor is a hirtelen beálló láz, a fejfájás és a többi agytünet a diagnosist megnehezíti. A tünetek néha napokig tartanak, máskor hetekig is elhúzódnak. A már kezdetben mutatkozó meningealis tünetek miatt meningitis epidemica vagy basilaris meningitis jöhet szóba az elkülönítő körjelzés szempontjából. A láz és az agytünetek között congruentia nincs. Typhusos meningismusról a meningitis ismert tünetei mutatkoznak, minők a tarkómerevség, a gerincoszlop merevsége, Kernig-tünet, hányás, opisthotonus, bőrhypaesthesia, trismus. A psychés viselkedés változó, egyszer a beteg teljes apathiában fekszik, máskor környezete iránt érdeklődik. Bénulásos jelenségek, aphasiáig fokozódó beszédzavarok is mutatkozhatnak. A tünetek nem oly kifejezettek s nem oly tartósak, mint a valóságos meningitisnél. Míg például ma a tarkómerevség kifejezett, másnap alig találunk belőle valamit. A meningitissel ellentétben a pulsus nem lassú, sőt tachycardiás lehet, a fejfájás nem oly vehemens. A liquor, a mely sokszor nagy nyomás alatt ürül, víztiszta, alakelemekben szegény, Nonne-Appelt és Pándy negativ. A tenyészet többnyire steril. Egyes szerzők typhus-bacillusokat tudtak a liquorból kitenyészteni, mint *Lewkovitz*, *Guinon*, *Schultze*, *Silberger*, *Schottmüller*, *J. Löw*, *Lenhartz*, *Siccard*, *Stäubli*, *Stühmer*. E positiv leletek azt igazolják, hogy a meningealis tünetek nem csupán távoli toxinhatásnak tekintendők, hanem a bacillusoknak a gerincvelőbe és az agyba való (direct) bejutásának következménye gyanánt foghatók fel. A központi idegrendszerben azonban kimutatható anatómiai elváltozást nem létesítenek, legfeljebb agyhártyavérbőséget vagy vizenyőt és ezért beszélünk csupán meningismusról. Azon idegtünetek közül, a melyek alapján valamely könnyebb természetű agyelváltozásra lehetne következtetni, felemlíthető a pupilladiferentia és a neuritis optica, a melyet *Flatau* egy paratyphusoson talált, *Loeb* esetében pedig a papillitis segítségével lett a meningitis acuta serosa diagnoskálva. Egy betegemen neuritis opticát talált a szemész. Felemlíttem, hogy a typhus abdominalisnál beszédzavarok előfordulnak, a melyek az aphasiáig fokozódhatnak. *Stäubli* az irodalomból 27 ilyen esetet szedett össze. Ez az aphasia corticalis eredésű, rendszerint egyedül jelenik meg, hamar gyógyul; gyors és kedvező lefolyása miatt a beszéd-centrum maradandó elváltozását ki lehet zárni. Többnyire a reconvalescentiában és fiatal egyéneken szokott előfordulni. *F. Müller* aphasiát choreával egybekapcsolva észlelt, a mit toxikus tünet gyanánt fogott fel.

Curschmann saját és régebbi tapasztalatok alapján a meningitist typhusnál discussio tárgyává tette. Felemlíti, hogy a bántalom genyes meningitissel és meningitis cerebrospinalissal szövődhetik, mint azt *Leyden*, *Griesinger*, *Buhl* és *Erb* is találta. De azt is megírja, hogy a typhus meningealis tünetekkel kezdődhetik, a melyek az első hét végén eltűnve, a typhus közönséges képének adnak helyet. *Wolff* *Curschmann* klinikáján meningitises tünetekkel járó 12 esetet észlelt, ezek közül 3 került bonczolásra, de egyikben sem találtak az idegrendszerben elváltozást. A negativ leletnek *Schultze* igyekszik magyarázatát adni. Egy esetben szövettanilag a következő elváltozásokat találta: gömbsejtfelhalmozódást a gerincvelő erei körül, továbbá a nagyagyban és a nyúltvelőben; az agyállomány véreire a perivascularis ürökben erős sejtfelhalmozódást mutattak. De hogy ezek az elváltozások csakugyan a typhus következményei voltak-e, azt *Schultze* maga sem tudta eldönteni az egyidejűleg fennálló léptályog miatt, a mi a vegyes fertőzés lehetőségét nem zárta ki. A mikroskopos leletet *Strümpell* sem tartja jelentőségteljesnek. *Bernhardt* kimutatta, hogy *Fritz* francia orvos már 1864-ben leírta typhusnál a meningitises tüneteket s azt írja, hogy az izgalmi tünetek már az első héten uralkodhatnak a kórképen, azonban a bántalom előrehaladott szakáig is eltarthatnak; de

bonczoláskor myelitist vagy meningitist nem talált. *Eichhorst* meningotyphusnál tarkómerevséget, sensoriumzavart, olykor pupillamerevséget észlelt, a mi meningitisre hívta fel a figyelmet; azt gondolja, hogy e tünetek a meninxek hyperaemiájával és oedemás állapotával állanak összefüggésben. *Schottmüller* nem tartja valószínűnek, hogy a *Schultze* által leírt gyuladós állapotot csupán a vérben keringő toxinok okozzák, hanem a folyamatot a typhus-bacillusoknak directe a vérekre kifejtett hatásából magyarázza. Esetében, miként az enyéimben is, a typhusbacillusok kitenyészése nem sikerült, ellenben a lumbalis folyadékot megszorodva s a nyomást fokozottnak találta. A lumbalis folyadék csekély sejtszaporulatot is mutatott s ezért jogosnak tartja a meningitis serosa typhosa elnevezést. Azonban a sejtek szaporulata tüneti is lehet s pusztán erős fejfájásnál is előfordulhat. Részemről szükségesnek tartom, hogy *Schultze* vizsgálatai kiegészítettessenek, mert a kifejezett meningealis tünetek, a fokozott agynyomás, az egyes agyalapi idegek részéről található funkciók elváltozások, továbbá az aphasia valószínűvé teszik, hogy az agyban finomabb, visszafejlődésre még képes elváltozások fejlődtek ki.

Külön fejezetbe tartozik a bacillusok által előidézett genyes meningitis. Az irodalmi adatok alapján kétségtelen, hogy a typhusbacillusok genyes meningitist okozhatnak, a mit *Schottmüller* a meningitis serosa hatványozott alakjának tart. A bántalom kapuja a torok vagy a mandula lehet, vagy a typhus különös localisatiója folytán állhat elő a kórkép. A *Schottmüller* leírta esetben a belekben különös elváltozás nem volt. *Korczynski* 1917-ben esetet írt le 9 éves gyermekben. A bonczoláskor a meninxek genyesen infiltrálva voltak, a belekben azonban, miként *Schottmüller* esetében, elváltozásokat nem találtak. A különös esetet úgy magyarázza, hogy a gyermekkorban az elváltozások a belekben nem oly kifejezettek, de az is lehetséges, s ez a valószínűbb, hogy előzetesen bacillusok hatolhattak az idegrendszerbe és ott meningealis izgalmat vagy meningitis serosát idéztek elő. Ez a folyamat múltóban volt, a mikor újabb ártalom csatlakozott hozzá, a melyre a szervezet a gyuladós folyamat kiújulásával reagált, mely ezúttal genyes jellegűt öltött. *Dmochowski* és *Janowski* kétségtelennek tartja, hogy typhus-bacillusok genyedést okozhatnak, míg *Baumgarten* és *Fränkel* ennek lehetőségét tagadja s csak genyedést okozó coccusok társaságában véli ezt felvehetőnek. Ez okból a typhus mellett található góczokat az agyhártyákon pneumococcus és meningococcus által előidézettnek tartják. Újabb észleletek azonban kimutatták, hogy nem minden eset vegyes fertőzés, mert a typhusbacillusok egymagukban is okozhatnak genyes meningitist. *Neumann* és *Schäffer* 1887-ben írta le az első genyes meningitist, *Stäubli* pedig 1905-ben közölt esetet, a melyben a bacteriologiai vizsgálat alapján már in vivo felállíthatta a körjelzést. Utána *Stühmer*, *David* és *Spetz*, *Lyall*, *Susanne*, *Bergier*, *Weissbach*, *Lemière* és *Soltrain* ismertetett hasonló eseteket. Bonczoláskor genyes meningitist találtak positiv typhus-lelettel, némely esetben staphylococcus társaságában *Roux*, *Adenot*, *Balp*, *Breton*, *Houl*, *Vaudreme*, *Hintze*, *Tictone*, *Stuhlem*, *Dadde* és mások. Egészben véve az esetek száma nem nagy, *Curschmann* 600 esetében genyes agyhártyagyuladás egyszer sem fordult elő s az irodalomban *Korczynski*-nek 1917-ben ismertetett esete óta újabb ilyen tárgyú közleményt nem találtam.

A typhusos meningismus vagy meningitis serosa tekintetében is szegény az irodalom, mert dacára annak, hogy a háború alatt elég typhus-eset fordult elő, mindössze *E. Freund* esetét találtam meg egy bécsi folyóiratban. Az irodalom egyébként *Korczynski* munkájában található meg, a régebbi irodalom pedig *Stäubli*-nál.

Ezek szerint hastyphusban úgy a bántalom elején, mint későbbi folyamán meningitises tünetek állhatnak be, melyek miatt vagy tisztán agyhártyagyuladásra terelődik a gyanu, vagy a typhusnak meningitissel való szövődésének gondolata vetődik fel. Minthogy a typhus folyamán jelentkező meningitises tüneteknek anatómiai substratuma hiányzik, csupán meningismusról lehet szólni, vagy a nagyobb agyny-

mást okozó, bő liquortermeléssel járó esetekben meningitis serosáról. Klinikailag a tünetek kevésbé kifejezettek, mint a valóságos agyhártyagyulladásnál és múló jellegűek lehetnek vagy változó intenzitást mutathatnak. Rendszerint kezdetben kifejezettebbek s később a kép elmosódik; előfordulhat, hogy nem minden tünet van meg együtt. A typhus körjelzésével már adva van az agytünetek diagnostikai jelentősége, mert biztos typhus esetén csak meningismusról, esetleg meningitis serosáról lehet szó, míg a typhusbacillusok által előidézett valóságos genyes agyhártyagyulladás a ritkaságok közé tartozik. A lumbalis punctio eredménye igazít legjobban útba. Rendszerint a folyadék nagy nyomással ürül, víztiszta s alak-elemekben szegény; a gyuladásra utaló reakciókat (Nonne-Appelt, Pándy) nem adja. A folyadék bacteriologiai vizsgálata is útbaigazítást adhat. A lumbalis punctio klinikailag nem tisztázott esetekben bír fontossággal, ha a meningismust a gümős vagy járványos agyhártyagyuladástól, typhusbacillusok által okozott genyes meningitistől, vagy sepsises agyhártyagyuladástól kell elkülöníteni. A kezelés szempontjából is fontos a liquor vizsgálata, mert a typhusos agyhártyagyuladásokra a többször megismételt gerincvelőcsapolás kedvező hatását.

A meningismus tünetei többnyire gyermekeken és fiatal egyéneken fordulnak elő. Bár a meningismus többnyire súlyos esetekben észlelhető, egymagában nem súlyosbítja a prognoszt. E tekintetben irányadó az, hogy nincsenek-e egyéb, az életet veszélyeztető szövődmények. Az általam megfigyelt 5 beteg közül kettő halt meg.

Közlemény a Frigyesi József dr. egyetemi magántanár vezetésével álló Bakács-téri szülészeti és nőgyógyászati osztályról.

Az aortacompressor alkalmazása a szülészeti.

Irta: Molnár István dr.

Régóta igyekeztek már a gynaekologusok minden jelentékenyebb atoniás méhvérvést az aortacompressio valamely módjával csillapítani. Az aortacompressiót műszerek hiánya miatt legősibb formájában digitalisan, ujjal, vagy manuálisan, ökölbe szorított kézzel végezték az uterus fundusa felett a köldök tájékán, az aorta hasfali projectiójának megfelelően. Ez eljárásnak több hátránya volt. Az orvost teljesen lefoglalta. A szükséges műtéti beavatkozáshoz elő nem készülhetett az orvos. A mellett nagyon fárasztó a komprimálóra, a nyomás egyenlőtlensége miatt viszont az eredmény kétséges.

Természetes következményképpen megindult a kutatás — uterus-contractiót kiváltó gyógyszereken kívül — megfelelő műszerek konstruálására.

Első volt e téren 1908-ban a Momburg-cső, melyet nagy elismeréssel fogadott a szülészek egyrésze. Lényege: circa 1½ m. hosszú, hüvelykujnyi vastag gummicső, melyet a vérző nő alsó bordaszéle és a csípő taraja között a has körül csavarunk elasticitásának teljes kihasználásával 2—4 tourban. Ily módon — a mint irodalmi adatok és tapasztalatok alapján tudjuk — sikerült is a vérzéscsillapítás, de némelyek egy-egy esetben igen káros mellékhatásokat is észleltek. Igen súlyos bél-, pankreas-, vese- és ureter-laesiókról számol be *Burk, Hofmeister, Franke* és *Hoehne*. Ezért *Döderlein* is csak ultimum refugiumként ajánlja végső szükségben, ha semmi egyéb nincs kéznél.

A káros secundaer hatások elkerülése céljából a szakemberek az aorta izolált compressiójára törekednek.

Elsőnek *Gauss* konstruált aortacompressort, melynek alkalmazásával a freiburgi női klinika ért el jó eredményeket. *Gauss* compressorja három, csavarra járó pelotta segítségével oldja meg a kérdést. A két oldalsó pelottával rögzíti a medenczét, a harmadikkal pedig felülről igyekezik komprimálni az aortát. Ez az eljárás a compressor súlya és nehézkes technikája miatt nem tudott népszerűsége szert tenni.

Alap gondolat tekintetében *Gauss*-éhoz hasonló műszert szerkesztett *Sehrt*, ki új nézőpontot vitt az aortacompressio problémájába az izolált aortacompressio követelésével a vena cava inferior részvétele nélkül.

Abból a megfontolásból indult ki, hogy valóságos vér-

kiürülés csak úgy jöhet létre, ha az összes odavezető arteria-utak el vannak zárva, míg a venosus vér elfolyása biztosítva van. Izolált aortacompressio teljes vérszegénységet nyitott vena cava inferior mellett eredményez, mert csak így fejlődhetik az alsó testfél ischaemiája.

Sehrt ajánlotta nagyobb értörzsek, így arteria carotis és arteria femoralis sérülésekor az arteria és vena együttes lekötését, hogy az illető agyfél vagy végtag teljes ischaemiáját megakadályozza. Fontos következmény, hogy az izolált aortacompressio mint autotransfusio hat. Vitalis fontosságú e tény az agycentrumokra (nyúltvelőre), tudva azt, hogy az anaemia iránt ezek mennyire érzékenyek.

Sehrt compressorja a kétkarú emelő systemája szerint készült elül lapos pelottával, baloldalt megfelelő zárókészülékkel. A *Sehrt*-féle aortacompresszor legtöbbet foglalkozott a kielői női klinikán *Becker* és az innsbruckin *Gamper*. Mindketten elismerik az instrumentalis aortacompresszor fölényét a Momburg-féle csővel szemben. Leszögezik előnyeiket. Nevezetesen, hogy zsigeri laesiókat nem okoz és az uterus anaemizálásával szünteti a vérzést. Áthidalhatatlan ellentét csupán az arteria spermatica internák szerepére vonatkozólag van *Becker* és *Gamper* között.

A vesearteriákon kívül szabadon maradnak az arteria spermatica internák is az aortacompresszor alkalmazásakor. *Becker* szerint az arteria spermaticáknak alárendelt szerepük van a terhes méh ellátásában.

Ellenkező állásponton van *Gamper*. Három esetére hivatkozik, melyekben nem sikerült tökéletesen a vérzés-csillapítás, habár a distalis aortarész pulsatiója megszűnt az aortacompresszor alkalmazása révén. E vérzések forrásainak a nyitva maradt arteria spermaticákat jelöli meg. Idézi *Hyrtl*-t és *Nagel*-t, a kik szerint az arteria spermatica internák a graviditás idején kétszeresükre, sőt többszörösükre is megvastagodnak és 5 kisebb ovarialis ág leadása után úgyszólván teljes vastagságukban átmennek az arteria uterina ramus ovaricusába. *Luschka* szintén az arteria spermatica internát tartja a gravid uterus fő arteriájának.

Aortacompressio esetén még kedvezőbbek az áramlási viszonyok az arteria spermatica internára, mert a compressio idején nyomásesés áll be az arteria uterina területén, mely az arteria spermatica interna felé egyenlítődik ki. Ezt bizonyítják *Becker* azon kísérletei is, melyek a szülés alatti physiologiás 200—300 cm³ vérvesztés prophylaxisos csökkentésére irányultak, de eredmény nélkül.

Gauss-on és *Sehrt*-en kívül *Rissmann* is szerkesztett aortacompressort. Ez a műszer Svájcban a bábatáska felszereléséhez tartozik. Ezzel komprimálják a bábák az aortát az orvos megérkezéséig.

A *Rissmann*-féle aortacompresszor villaalakú pelottája adta meg az impulsust a dortmundi *Hoffmann*-nak. Az instrumentalis aortacompresszorok legmagasabb fejlődési fasisát kétségkívül *Hoffmann* aortacompresszorja mutatja. Pelottája minden tekintetben respektálja a gerincoszlop, az aorta és a vena cava inferior anatómiai viszonyait. Pelottája jobb szarát megrövidíti, hogy a vena cava inferior nyomását kikapcsolja. A compressort 900 gr. súlyúra csökkenté, hogy súlyánál és hosszúságánál fogva alkalmas legyen a szülészeti műszertáska számára.

Kísérleteimet a *Frigyesi* egyetemi magántanár vezetésével álló Bakács-téri szülészeti és nőgyógyászati osztályon a *Hoffmann*-féle aortacompresszorral végeztem.

1. 1071. fejlapszám. Primiparán, különben normalis viszonyok mellett, az ép placenta távozása után 5 percczel az uterus elernyed és igen erős vérzés áll be. A szokásos méhcontractiót kiváltó kezelés dacára a vérzés nem szűnik, miért is az aortacompressort alkalmazzuk 15 perczig. Ezalatt contractiók jelentkeznek. Vérzés nincs. Kellemetlen melléktünetek nem voltak. Láztalan gyermekágy.

2. 1041. fejlapsz. II-Para. Első szülésekor nagyfokú atoniája volt, ezért kereste fel szülésre osztályunkat. Az ép placenta távozása után az uterus elernyed, belőle valósággal ömlik a vér. Glanduitrin, ergotín, uterusmassage dacára az erős vérzés tovább tart. Feltesszük az aortacompressort 20 perczre. Az uterus a compressor fellevésére kiadós contractiókkal reagál. A vérzés azonnal megszűnik. Kellemetlen melléktünetek a lábzsibbadáson kívül nem voltak. Láztalan gyermekágy.

3. 700. fejlapszám. Primipara, az elmúlt évben pneumoniát, erysipelast és typhus abdominalist állott ki. Jelenleg hydramnion mellett ikreket szült. Az egyik koponyafekvésben született, a másikat lábfekvésből extraháltuk. Az ép placenta megszületése után abundans vérzés, mely a szokásos eljárásokra nem szűnik. Tekintettel az előző betegségek folytán meggyengült, anaemiás organismusra is, prophylactice aortacompressort alkalmaztunk 10 percig. Sűrű contractiók jelentkeztek. A vérzés megszűnt. A fájdalomnyilvánítás minimalis. Láztalan gyermekágy.

4. 2604. fejlapszám. Ikerszülés. Az első spontán koponyafekvésben, a második farfekvésben extractio útján született. A placenta *Credé* szerinti expressiója az egyórás placentaris szak, ismételt glanduitrin-injectiók és massage daczára nem sikerülvén, a vérzés indicatiójából a 120-as pulsusú, igen debilis asszonyon aortacompressort alkalmazunk 10 percig. Az előzőleg halványarcú szülőnő kipirul, pulsus 96-ra javul. Uteruscontractiók jelentkeznek. A placéntát csakhamar sikerül exprimálni épen a burkokkal együtt. Az uterus jól contrahálódik. Vérzés nincs. Az aortacompressort óvatosan eltávolítjuk. Négy perc múlva igen nagyfokú atonia jelentkezik. A szülőnő úgyszólván pillanatok alatt veszt közel fél liter vért, miért is gyorsan újból alkalmazzuk az aortacompressort. A vérzés prompte megszűnik. A nagy mértékben debilis és anaemiás asszonyt féltjük minden csepp további vérvesztéstől, miért is az aortacompressor védelme mellett Dührssen-tamponadot végzünk. Glanduitrin, ergotint és cardiotonicumot adunk. A 132, alig tapintható pulsus bő izzadás kíséretében fél óra leforgása alatt 98-ra javul. A compressort 10 és 20 percres részletekben, összesen 30 percig alkalmaztuk. Lábzsibbadáson kívül egyéb kellemetlen melléktünet nem volt. A gyermekágy, pár napig tartó kisebb hőemelkedést leszámítva, zavartalan volt.

5. 914. fejlapszám. Primiparán a *Credé* szerint exprimált placéntából cotyledo-részlet hiányzik. Glanduitrin-injectiók és uterus-massage daczára a szűnni nem akaró, erős vérzés indicatiójából feltesszük az aortacompressort 20 percre. Az előbb még atoniás uteruson contractiók jelentkeznek. Az kezek és a külső genitálék kellő desinfectiója után méhürletapintás az aortacompressor védelme mellett, mikor is a fundusban tapadó cotyledót lege artis eltávolítjuk. Méhüregöblítés. Láztalan gyermekágy.

6. 1306. fejlapszám. Multipara (V.-P.), a kin 1921-ben post partum a lepény művi leválasztását végezték. Mostani szülése a placentaris szakig normalisan folyt le. A 1 $\frac{1}{2}$ órás placentaris szak, a $\frac{3}{4}$ liter vért meghaladó vérvesztés, kezdődő anaemia-tünetek (főfájás, szédülés, halvány arcszín stb.) indicatiójából aortacompressort alkalmazunk az érzékeny asszonyra való tekintettel felületes chloraethyl-bódulatban. Erős contractiók nem jelentkeztek, a placenta leválási tendenciát nem mutat. Vérzés nincs. A 128-as pulsus 108-ra javul. Tekintettel a kétórás placentaris szakra és az előző nagyfokú vérzésre, a placenta művi leválasztását végezzük az aortacompressor védelme mellett. A gyermekágy normalis lefolyású volt.

7. 466. fejlapszám. Primiparán episiotomiával kapcsolatos üregi forceps után a placentaris szakban igen jelentékeny vérzés áll be. Tekintettel a szülőnő egyébként is anaemiás voltára, az aortacompressort alkalmazzuk 12 percig. A vérzés azonnal megszűnik. Contractiók egymásután jelentkeznek. A placenta épen távozik burkaival együtt. A diagnosit klinice is cervixlaesióra tettük, miért is kellő feltárással mellett elláttuk a meglévő cervixlaesiót. Az aortacompressor alkalmazása idején a szülőnő nagyobb mérvű fájdalomról nem panaszkodott. A gyermekágy láztalanul folyt le.

8. 1578. fejlapszám. Primiparán elhanyagolt haránt fekvés. Evisceratio. A placentaris szakban erős vérzés indul meg. Az uterus elernyed az ismételt glanduitrin-injectiók és massage daczára. Aortacompressort alkalmazunk, jelen esetben kivételesen $\frac{3}{4}$ óráig. Uteruscontractiók jelentkeznek. Vérzés nincs. Ez esetünkben azért alkalmaztuk szándékosan hosszabb ideig az aortacompressort, mert el akartuk kerülni a lepény leválasztását. Mivel a placentaris szak már a harmadik órába is belenyúlott és mert a placenta spontán leválási tendenciát nem mutatott, a szalagosan odanőtt placenta manualis leválasztását végeztük. Utána vérzés nem volt. A szülőnő az aortacompressort jól tűrte.

9. 2738. fejlapszám. Először szülő nephritica, kin egyetétű ikerszülés folyt le. Mindkét iker rendes koponyafekvésben született meg, minden beavatkozás nélkül. Az ép placenta távozása után nagyfokú atonia jelentkezik, a mely a szokásos eljárásokra nem csillapodik. Tekintettel a nem szűnő atoniára és az előző $\frac{1}{2}$ liter meghaladó vérvesztésre, feltesszük az aortacompressort 10 percre. A vérzés prompte szűnik. Az aortacompressio tartama alatt mindkét alsó végtagon zsibbadás keletkezett.

Az aortacompressor alkalmazásának technikája a következő volt:

A szülőnő bal oldalára állva, a kinyitott aortacompressor hátulsó szárát a szülőnő dereka alá vezetjük úgy, hogy az elülső szár pelottája a középvonalban a köldök felett 1—2 harántujnyira kerüljön, természetesen mindig az uterus fundusa felett. Az epigastriumnak teljesen szabadnak kell maradnia, mert ennek bárminemű csekély nyomása is tűrhetetlen fájdalmakat vált ki. Majd óvatosan zárjuk az aortacompressort a zárókészülék csavarjának fokozatos forgatásával és a compressio figyelmes adagolásával leszorítjuk az aorta abdominalist. A csavart jobb kezünkkel forgatjuk, míg bal kezünkkel kontrolláljuk a pelotta helyes beigazodását.

A szülőnőt felszólítjuk, hogy vegyen felületes, szopora légvételeket, mert így a fájdalommasság könnyebben elviselhető. Igen fontos a pulsus útján a szív szigorú ellenőrzése. Eseteinkben az aortacompressor alkalmazása idején a pulsus szám általánosságban csökkent és a levétel után viszont emelkedett 20—30 percnyi átmeneti időre.

Ami az aortacompressio folytán előálló vérnyomás-differentiákat illeti, klinikai tapasztalataink alapján sohasem lépték túl a szív normalis accomodatiós képességének határait. Az aortacompressio jóságára döntő kritériumnak a compressio helyétől distalisán fekvő aortarész és az arteria femoralisok pulsatiójának eltűnését vettük. Erre törekedtünk és sikerült is minden alkalommal elérnünk, habár eseteink között igen elhanyagodott, corpulens nők is szerepelnek.

Az aortacompressor alkalmazásának tartama általában 10—20 perc. Egy esetünkben alkalmaztuk hosszabb ideig ($\frac{3}{4}$ óráig). Ebben az esetünkben *Gauss* és *Lindin* megfontolása vezetett bennünket. Ők ajánlották, hogy elhúzódó placentaris szak esetén az uterus kiürítése helyett az uterus anaemizálására törekedjünk. Ebben az esetünkben a vérmegtakarításon kívül nem értük el kitűzött célunkat, a placenta spontán leválását, mert a placenta — a mint a manualis leválasztáskor bebizonyosodott — szalagosan volt az uterus falához odanőve.

Leghelyesebb, ha az aortacompressor alkalmazása idejének maximuma gyanánt a fél órát fogadjuk el, mert ezen túl való alkalmazásával elfedünk olyan pathológiás viszonyokat, melyek egyéb beavatkozást involváltnak.

Az aortacompressor meglazítását, illetőleg eltávolítását nem hirtelenül, minden átmenet nélkül, hanem fokozatosan, 4—5 perc alatt végezzük. Ez elv betartása azért fontos, nehogy nagyobb mennyiségű vér hirtelenül áramoljon az alsó testfélbe és ezáltal agyanaemia fejlődjék ki, melynek következményei közismertek.

Mint fontos körülményt jegyezzük meg, hogy az aortacompressort minden alkalommal alaposan kipárnáztuk vattával és pólyával. Ily módon a compressióból származó fájdalmakat sikerült teljesen letompítani, viszont a compressiót ad maximum fokozni.

Alkalmazzuk az aortacompressort a placentaris szakban minden oly életveszélyes post partum-vérzés esetén, melyet az eddig szokásos eljárásokkal: uterus-massage, contractiót kiváltó szerek (glanduitrin, ergotin, chinin), forró irigatiók nem tudunk eredményesen megszüntetni. Ilyenkor a leggyorsabban, minden előkészület nélkül alkalmazható és biztosan ható vércsillapítási methodushoz, az aortacompressorhoz nyúlunk, mikor is úgyszólván egy perc leforgása alatt a helyzet uraivá válunk a vérzés csillapításával. Így nagyfokú atonia, placenta-, cotyledo-retentio és cervixlaesio eseteiben jelentkező vérzések idején.

Továbbá alkalmazzuk a placenta távozása után minden jelentékeny vérvesztés idején, mikor nagyfontosságú, hogy minden megtakarítható csepp vért megőrizzünk az organismus számára. Áll ez főleg a placenta praeviasokra és a különben is nagy mértékben — atoniára hajlamos — anaemiás, debilis szülőnőkre, kik nehéz gazdasági viszonyaink közepette nem ritka jelenségek.

Kétségtől az aortacompressor csak akkor felel meg hivatásának, ha az uterinalis vérzést biztosan tudja csillapítani és alkalmazása nem okoz káros secundaer hatásokat.

Klinikai tapasztalataink szerint káros hatást sohasem láttunk. A hasi szerveknek sem anatomiai, sem functionalis laesiója egyszer sem történt. A mellkasi szervek: a szív és tüdők minden zavar nélkül tudtak alkalmazkodni a változott viszonyokhoz, bár az aortacompressor a rendes respiratorius kinetikát megváltoztatja a hasizomzat befolyásolásával és a rekeszizom feltolásával oly módon, hogy a physiologiás, azaz a costalis légzési typus fokozódik. Perczenkénti száma frequensebb lesz (20—24).

Az alsó végtagokon a legtöbb esetben zsibbadás áll be. A felsorolt melléktüneteket többnyire jól tűrik a betegek. Érzékeny egyéneknek a fájdalmat felületes aethylchlorid-bódítással lehet csillapítani.

Az aortacompressor feleslegessé teszi sok esetben a vaginalis és uterinalis beavatkozást. Ezáltal csökkenti az infectio veszélyét. Gyakran nélkülözhetővé teszi a Dührssen-tamponadot, de nem szorítja ezt ki a therapiás eljárásaink közül.

Feltűnő, hogy az előbb még kollabált nő sápadt arca a compressor alkalmazása után már 2—3 perczel kipirul, az alig tapintható pulsus teltté válik, szóval a lankadó női organismus valósággal felfrissül.

Az aortacompressor alkalmazása veszélyt nem rejt magában, miért is leghelyesebb nagyobb vérzések azonnal alkalmazni. Ezáltal 15—20 percnyi időt nyerünk az esetleges előkészületekhez: műszerek, kezek és a genitális kellő sterilizálására. Időt nyerünk a thrombus képződésére is.

Alkalmazásával mindig elérjük az uterus anaemizálását, a mi viszont a contractiók sorozatát váltja ki a legrenyhébb uterusokon is. A szükségessé váló beavatkozásokat: cotyledo, vagy a lepény művi leválasztását, a cervixlaesio ellátását a fent levő aortacompressor mellett végezzük, hogy minél több vért takarítsunk meg.

Az aortacompressor alkalmazását nagyon áldásos eljárásnak tartjuk, melylyel sikerül a post partum életveszélyes vérzéseknek élébe vágni. Éppen ezért nem mint ultima ratio alkalmazandó nagyobb vérzés után, hanem idejekorán és az aorta lezorítása alatt ki kell használni az időt a végérvényes vérzés-csillapításhoz szükséges eljárások végrehajtására.

Irodalom. *Frigyesi József*: A Momburg-féle csővel való vérzés-csillapítás alkalmazása a szülészetben. Orvosi Hetilap, 1911. — *Becker*: Ein Beitrag zur Frage der Aortenkompression. Zentralbl. f. Gynäk., 1921, 3. sz. — *Schulze*: Erfahrungen mit dem Sehrtschen Aortenkompressorium bei Blutungen in der Nachgeburtperiode. Zentralblatt für Gynäk., 1921, 11. sz. — *Becker*: Eine Änderung der Sehrtschen Aortenklamme und die Anwendung dieses Instrumentes bei post partum Blutungen. Zentralbl. f. Gynäk., 1921, 27. sz. — *Hoffmann*: Aortenkompressorium für die Praxis. Zentralbl. f. Gynäk., 1921, 36. sz. — *Hoffmann*: Selbsthaltendes Aortenkompressorium für den Praktiker. Münchener med. Wochenschr., 1921, 33. sz. — *Gamper*: Erfahrungen mit der Sehrtschen Klemme. Zentralbl. f. Gynäk., 1921, 45. sz. — *Döderlein*: Geburtshilfliche Operationslehre, 1917. — *Döderlein-Krönig*: Operative Gynäkologie, 1921. — *Nürnberg*: Experimentelle Studien über die instrumentelle Aortenkompression. Archiv f. Gynäk., 1922, CXV. köt., 2. füz.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(II. rendes tudományos ülés 1922 október 26.-án.)

Elnök: **Sarbo Artur.** Jegyző: **Lehoczky-Semmelweis Kálmán.**

- a) Colopexia a ventrifixált uterusához prolapsus esetében.
b) A törzs bőrén át beszúrt varrótűnek a rectum falába jutása.
c) Omentum maius-cysta két esete.

Nádory Béla: Eredeti közléseink során egész terjedelemben hozzuk.

Az iritisek összefüggése egyéb szervek betegségeivel.

ifj. Liebermann Leó: Az úgynevezett endogen iritisek keletkezésében néhány nem eléggé ismert, vagy bár ismert, de gyakorlatilag és különösen a therapiában nem eléggé méltatott szempontra kívánja felhívni a figyelmet. A lueses és tuberculosus aetiologiat kellőleg figyelembe szokták venni s a hol a szembaj klinikai képe is megfelel ennek, ott az alkalmazandó therapia tekintetében nem lehet kétség. Nem szabad azonban elfelejteni, hogy lueses vagy gümőkóros esetben egyéb aetiologiai tényezők is előfordulhatnak. A köszvényről, még inkább pedig a diabetesről az előadó igen kétségesnek tartja, hogy közvetlen okozói lehetnek-e uveagyulladásoknak. Valószínűnek tartja, hogy csak disponálnak más, főként septikus eredetű gyulladásra, mely utóbbi ok után tehát köszvény vagy diabetes fennforgása esetén is kutatni kellene. Hasonlóan fogja fel a némely szerző (különösen *Elschnig*) által vitatott intestinalis autointoxicatio szerepét is. Gonorrhoea és heveny fertőző betegségek kapcsán támadt uveagyulladásnál az összefüggés közvetlen és világos szokott lenni. Bővebben foglalkozott ezután az úgynevezett rheumás eredetű uveagyulladásokkal. Hibáztatja, hogy olyankor, a mikor polyarthritist egyidejű vagy régebbi előfordulása az ezzel való összefüggést bizonyossá vagy igen valószínűvé

teszi, az ez ellen irányuló belorvosi therapia a szokásos antirheumatikus szerek adagolásában merül ki, melyhez legjobb esetben még bizonyos physicalis eljárások is járulnak, de a baj végökát nem szokták tekintetbe venni. Pedig ilyenkor az infectio behatolási kapuit ismerjük vagy nagy valószínűséggel sejtjük s szem előtt kellene tartanunk azt, hogy ezek az infectio-kapuk nemcsak mint ilyenek, hanem mint persistens góczok szoktak szerepelni, melyeknek kiküszöbölése nélkül a baj végleges gyógyulása nem remélhető. Ezek (a mennyiben eddig ismeretesek, mert lehet, hogy több is van): a tonsillák chronikus gyuladása, a foggyökér-periostitisek s a genitális adnexumok latens chronikus (többnyire postgonorrhoeás) gyuladásai. Foglalkozik mindháromnak a diagnostikájával; hangsúlyozza, hogy e góczok után akkor is kell kutatni, ha arthritise nem volt a betegnek, mert a szem lehet az egyetlen septikus metastasisos gócz is. Végül rátér a therapiára, mely a tonsillabeli eredetnél a tonsillák radikális extirpációjából, postgonorrhoeás prostata- vagy ondóhólyag-góczoknál, a melyeknek jelentőségét *Picker* már 12 évvel ezelőtt hangsúlyozta, rendszeres massageból, foggyökér-periostitisek, gyökércsúcs-granulomák esetén pedig ezeknek sebészi kezeléséből áll (extractio vagy gyökércsúcs-resectio). A női genitális adnexumok szerepe még teljesen ismeretlen; ezt is tanulmányozni kellene. Felfogását nagyszámú oly eseten gyűjtött tapasztalatra alapítja, mely ezelőtt minden kezeléssel dacolt, illetőleg recidivált, az előidéző gócz felkutatása és kiküszöbölése után pedig véglegesen meggyógyult.

Picker Rezső: Az előadó által említett góczreakciót 1909-ben írta le „diagnostikai kilengés“ neve alatt akkor megjelent tanulmányában a húgyszervi fertőző betegségek pathologiájáról, a hol az adnexumokból kiinduló sepsisek mechanizmusa részletesen van kifejtve. A septikus centrum szakszerű megvizsgálása előtt a hőmérséklet 4—5 napon át minden gyógyszer kihagyása mellett pontosan feljegyzendő, úgyszintén a pulsus száma is. Ezeknek ingadozása a septikus gócz mechanikai megterhelése után (prostatamassage, tonsillaárkok megnyomása) igen fontos és akkor is bizonyító, ha localis septikus reactio, diagnostikai kilengés nem áll be a vizsgálat után azonnal. Tonsillaris góczoknál a tonsillaris árok beszűrődöttsége és a nyakmirigyek megnagyobbodása meg érzékenysége mutatja a még activ oldalt, melyen a tonsilla is előbb távolítandó el.

Grósz Emil: A köszvényes iritisek nálunk azért ritkábbak, mert a mint azt *Korányi Sándor* kifejtette, maga a köszvény is ritkább. Angliában a köszvényes eredetű iritisek is gyakoribbak. Osztozik az előadó ama véleményében, hogy a gonorrhoeás eredet gyakoribb, mint a hogy általánosságban hiszik. Az intestinalis autointoxicatio szerepe főleg az idős egyének, még pedig a nők chronikus iridochorioiditiseinél érvényesül. De mindezeknél nagyobb szerepet játszik a gümőkór, mely nemcsak jellegzetes göbös alakban, hanem gyakran mint egyszerű iritis plastica jelenik meg. Az összefüggés megállapítása nehezebb, mint a luesnél; de az előadó által képviselt és ajánlott gondos mérlegelés több esetben célra vezet.

A fehérje-anaphylaxia jelentősége az asthma bronchiale és e körbe tartozó más kórformák pathogenesisében és therapiájában.

Róth Miklós: Régi tapasztalat, hogy egyes tápszerek némely egyénben bizonyos kóros tüneteket hoznak létre. Különösen az urticaria, a gastrointestinalis zavarok és az asthma aetiologiájában vettek fel ilyen momentumokat. A tudományos alapot *Pirquet* és iskolája teremtette meg az allergia fogalmának ismertetésével. Asthma bronchiale-eseteiben *Kössler* és utána számos északamerikai szerző vizsgálta a szervezet allergiáját és meglepően érdekes eredményekre jutottak. Eseteik jelentékeny részében bizonyos fehérjeféleséggel szemben intracutan oltással az asthma szervezet túlérzékenységét tudták kimutatni. Ezek az Európában kevésbé ismert és méltányolt eredmények készítették az előadót az eljárás kipróbálására annál is inkább, mert a therapiának is lényeges haladását remélte tőle. A használt — jelenleg a Chinoi-gyár által előállított — praeparatumok készítése módjának s az oltások technikájának részletes ismertetése után a III. sz. belklinika 50 betegén nyert tapasztalatokról számol be. Ezek nagyjában fedik az amerikai észleleteket: számos — részben be is mutatott — esetben a diagnostikai oltásnak megfelelő fehérjének az étrendből való elhagyása lényeges javulást, sőt a rohamok teljes megszűnését vonta maga után. Különösen hálásnak bizonyultak azok az esetek, melyek csupán egy fehérjeféle-

séggel szemben mutatkoztak túlérzékenynek és a melyekben emphysema és idült hörgőhurut még nem fejlődött ki. Chronikus urticaria két esetében teljes gyógyulás, kettőben javulás állott be, kettőben nem volt eredmény. Rhinitis vasomotorica, Quincke-oedema, migraine eseteiben az oltások negatív eredményt jártak. A mellett, hogy a pozitív oltások valóban allergiát jelentenek, számos tény látszik szólani. Így *Frugoni* vizsgálatai, a hypereosinophilia viselkedése és végül az előadó azon észleletei, melyek a haemoklasiás krízisnek asthmásokon való beállítására vonatkoznak. Az ismertetett eljárással a további kutatás számára tág tér nyílt meg. Főleg a fehérje-érzékeny szervezetek deszenzibilizálása ígérkezik hálás feladatnak.

Glück Tibor: 9 esetben próbálkozott intracutan reakcióval, 2 esetben pozitív volt. Az eredmény megítélésakor rendkívül óvatosságnak kell lenni. Egy esetben úgy próbálta ki, hogy a patiensnek azt mondta, hogy az előzetesen eltitolt ételeket újból adja. Valósággal azonban nem adta őket s ennek dacára prompte asthmás roham váltódott ki. Másik megjegyzése az, hogy ugyanazon allergikusan reagáló patiens éveken át asthmamentes volt. Tehát a reakciókat úgy asthmamentes, mint asthmás időkben kell megkísérlni.

Flesch Ármin: A gyermekkorban exsudatív diathesis eseteiben látszik, hogy bizonyos tápszerekre, tejre, tojásra a manifestációk megjelennek (ekzema, prurigo). E tápanyagokkal azonban csak provokálni tudjuk a manifestációkat, de elhagyásukkal véglegesen megszüntetni nem. Kérdés, hogy az asthmásokon is hosszas megfigyelés után nem lesznek-e hasonló az észleletek, továbbá, hogy csakugyan a fehérje-alkotórész okozza-e ezt, végül kérdéses, nem voltak-e ezeken a felnőt asthmásokon gyermekkorukban az exsudatív diathesis jelei észlelhetők.

Holitsch Rezső: Asthmás roham esetén a lép Röntgen-besugárzása tapasztalása szerint gyakran egy csapásra megszünteti a rohamokat. Valószínű az a feltevés, hogy a Röntgen-besugárzás mobilizálja a lépnek védő berendezését, a melynek hiányos működése okozhatja az illetőnek asthmás rohamait.

Országh Oszkár: A Chinoin-gyár proteindiagnosticumával megkísérelte az intracutan vizsgálatot. Minthogy a vizsgált 5 asthmás beteg borjúhúrsra reagált és a hűmentes diacta eredményes nem volt, ellenőrzésképpen normalis egyénekre és gümőkórososokra megismételte az intracutan próbákat. 18 egyén közül 12 borjúhúrsra reagált. Érdekes, hogy a nem reagálók közül négy előzetesen tuberculin-kezelésben részesült. Míg a proteindiagnosticum kellő kipróbálás nélkül jut a forgalomba, szükségesnek tartja, hogy a vizsgálók az asthma analízisére csak egészségeseken való ellenőrzés után alkalmazzák. A tuberculin-kezelés szerzett tapasztalat a deszenzibilizálás activ methodusára hívja fel a figyelmet. A szénaláz kezelésében is ez eredményesebbnek bizonyult, mint a passiv pollantin- vagy graminoltherapia. Az előadó fejtegetései a kérdéssel való további foglalkozásra ösztönöznek.

Elnöki megnyitó a Budapesti Orvosok Kamara-zene-Egyesületének alakuló ülésén.

Tartotta: *Bókay János* dr., egyetemi tanár.

Szívből üdvözlöm Önöket és köszönöm, hogy meghívásunknak eleget méltóztattak tenni. Nem szaktudományunk érdekében jöttünk mi ma össze, ma *Aesculap* hívei a zene *Muzsájával* óhajtanak kaczerkódni s én boldog lennék, ha ezen kaczerkódás viszonyban folytatódna s ez megteremné a nemes gyümölcsöt.

Az orvos nehéz foglalkozása közepette szomjazik arra, hogy szórakozást leljen s ezt a legtöbbször meg is találja a művészetek egyik vagy másik ágának kultuszában. S a szép-művészetek közül talán a zene az, mely leginkább üdíti lelkünket, nehéz napi foglalkozásunk után. Ha látogatjuk a mi derék philharmonikusaink concertjeit s kiváló kamarazenészeink estélyeit, úgyszólván minden padosorban látunk ismerős kartársakat, kik majdnem mindig jelen vannak s velünk együtt áhítattal hallgatják és élvezik az előadást s szinte úgy érezzük, hogy ezekhez a zeneértő, zenekedvelő kartársakhoz mintha jobban vonzódnánk, mintha a kapocs, mely személyünket velük összefűzi, szorosabbra húzódnék össze s ha egyik-másik egy-egy kiváló concerten nincsen jelen, magunkban szinte szemrehányással illetjük az illetőt.

Az orvosok a zenéhez mindig közel állottak s a zene-történelem két példája különösen erősen megvilágítja a zene herosának s az orvostudomány művelőjének egymáshoz való szoros közeledését s a baráti kapcsolódás kölcsönös kihatását mindkettőre.

Az egyik példa *Haydn J.* baráti viszonya *Genzinger* dr. híres bécsi születésű, volt rector magnificushoz és családjához; a másik *Johannes Brahms* meleg barátsága *Billroth*-hoz, szakunk jeleséhez.

A XVIII. század nyolczvanas éveiben, midőn *Haydn*, mint *Eszterházy* herceg karmestere, már sűrűbben utazhatott Kismartonból, illetőleg Eszterházáról a császári székvárosba, több napra is kiterjedő ott időzése mind közelebb hozták őt a császárváros lakosságának szellemi központjaihoz s a mellett, hogy kiadói: *Artaria*-t stb. látogatja, mind szorosabb barátság fűződik közte és *Genzinger* dr. között s a költő lassanként benne van azon társadalmi körben, mely Bécs akkori szellemi aristocrátiáját alkotta. *Genzinger* dr. házában vasárnaponként délután *Haydn* együtt muzsikált *Dittersdorff* kiváló zenészzel, *Mozart*-tal és *Albrechtsberger*-rel, a kiváló contrapunctistával, *Beethoven* későbbi tanítójával s ezen családi kört különösen kellemessé és kedvesé teszi *Genzinger* felesége, a nagyműveltségű urinő, ki maga is művészi zongorázik s a mester költői továbbfejlődésére kétségtelenül nagy hatással volt. Ezen körben fűződik *Haydn* és *van Swieten* báró, a császári könyvtárak directora és *Saurau* gróf, az udvari cancellaria magas hivatalnok között azon mindinkább benső barátság, mely eredményezte, az említett két aristocraia hathatós kezdeményezésére, 1799-ben a „*Teremtés*“ oratorium létrejöttét s 1797-ben az osztrák néphymnus megszületését, melyet *Haydn* C-dur vonós négyesében is megörökített mesteri kidolgozású változatokkal.

Brahms barátsága *Billroth*-tal egyike a legmeghatóbbaknak. Akkor kezdődött, midőn a kiváló sebész még Zürichben volt professor s *Brahms* mint borotvált képmű 30 éves ifjú máris eljutott fejlődésének zenitjére, s tartott fokról fokra szorosabbra fűződött *Billroth*-nak 1894 február hó 6-án bekövetkezett haláláig. *Billroth* nemcsak rajongott a zenéért, de maga is jó muzsikos volt. *Eschmann*-tól tanulta a violát, hetenként trio volt *Platten-utcai* lakásában s oly tökélyre emelkedett játékában, hogy utczaiszenesztákkal együtt játszhatta a viola-szerepet *Beethoven* quartettjeiben s *Brahms* sextettjeiben. Jól játszotta a zongorát, kiváló blattista volt s alkalmilag zenekritikát is írt a zürichi lapokba.

Körülbelül az első találkozások egyike lehetett az, melyről barátjának, *Lübke* tanárnak Stuttgartba a következőket írja: „*Seit einigen Tagen ist Brahms hier, er will eine zeitlang in der Schweiz bleiben. Heute Morgen spielten Brahms und Kirchner auf zwei Klavieren symphonische Dichtungen von Liszt! . . . wir purgierten uns mit Brahms neuem Sextett, das eben herausgekommen ist. Brahms und Kirchner spielten es vierhändig.*“ *Billroth* ebben az időben tehát, mint látjuk, nem volt a *Liszt*-féle modern irányzat feltétlen bámulója. Nemsokára rá házában házi concertet rendez *Brahms* tiszteletére s ezen a mester G-dur sextettjét adják elő, melyen *Billroth* is active résztvesz, mely productio azonban kissé balul ütött ki, mert *Billroth*, idegessé téve a mester jelenlététől, csakhamar a jelenlevő *Eschmann*-t kérte fel, hogy vegye át a violát. Erre vonatkozik egyik levelének következő passusa: „*Ich habe noch etwas gelernt, nämlich nie in Gegenwart des Komponisten zu spielen, wenn sein Stück nicht so viel, wie möglich vorbereitet ist. Da ich nun das Stück sehr genau kannte, so hatte ich eine klare Vorstellung von den Schmerzen, welche Brahms dabei ausgestanden haben muss, obgleich er sich in liebenswürdigster Weise aus der Affaire zog. Kirchner, Brahms und Hegar hatten die Nacht vorher stark gekneipt, und waren müde, das alles kam hiezu, um die Stimmung matt zu machen.*“

De nem folytatom tovább a példákat, csak felemlítem a mi dicsőségünkre, hogy három magyar orvoscsalád adott hazánknak oly kiváló muzsikosokat, mint *Kresz*-t, *Flesch*-t és *Geyer Stefi*-t, a hegedű ezen három, Istentől igazán megáldott mesterét.

Ezek a példák mutatják, hogy mi orvosok tudjuk értékelni a magasabb zenét s épp azért csak örvendünk a sors azon rendelkezésén, hogy *Berlioz Hektor*-t, a program-zene megalkotóját eltérítette az orvosi pályáról. Az ifjú *Berlioz* nem

törődve azzal, hogy anyja kitagadja s orvos-atyja megvonja tőle az anyagi támogatást, a zenei pályára lép s a párisi *Conservatoire* növendékei közé véteti fel magát, pedig alig hogy meg tud élni s hogy ne éhezze, a *Theatre Gymnase Dramatique* kóristái közé kénytelen belépni. Ki tudja, hogy *Berlioz* hatalmas alkotásai nélkül *Liszt* és *Wagner* monumentális művei láttak volna-e napvilágot!

Uraim, végezem elnöki megnyitómát s a mai megalakuláshoz sikert kívánok; hiszem, hogy csakhamar azon örvendetes helyzetben leszünk, hogy magyar orvosok épp úgy fognak kamarazene-játékukkal bennünket gyönyörködtetni, mint a hogy gyönyörködtették csak nemrég a lipcsei *Palmen-gartenben Czerny, His, Strümpell* és *Unna* tanárok a német vándorgyűlés tagjait, megmutatva, hogy nemcsak elsőrangú tudósok, de a vonót is mesterileg kezelik.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Oscar Hertwig: Der Staat als Organismus.

Jena, G. Fischer, 1922. 264 lap.

A mióta *Auguste Comte* ma 100 éve a társadalom újraszervezéséről írt munkájában rámutatott arra, hogy a társadalom újraszervezésére a „megfigyelő tudományok“ művelői és nem a szónokok hivatottak, a természetkutatók több ízben találtak analógiákat a társadalmi és politikai fejlődés, meg a biológiai megfigyelések között. Az efajta munka elé bukkanó akadályok azonban igen nagyok. *Oscar Hertwig* általános biológiájában és „*Werden der Organismen*“ című könyvében már több ízben utalt ilyen analógiákra és így szinte vártuk, hogy ezeket a rövid utalásokat alaposabb feldolgozásban összefoglalva kapjuk meg ettől a kitűnő kutatótól. Ez a vára-kozásunk vált be a jelen munkával, a melyet minden általánosabb érdeklődéssel bíró orvosnak és természetkutatónak annyival is inkább ajánlhatunk, mert szinte szégyenelnünk kell, hogy, a mikor előrehaladottabb történetkutatók, mint például *Lamprecht*, a történelmet és a politikát biológiai-pszichológiai tudománynak nyilvánítják, közöttünk orvosok és biológusok közt garmadával akadnak olyanok, a kik elmaradottabb állásponton vannak, mint a nem biológus *Lamprecht*. Elvégre mégis csak mi vagyunk a szakemberei a biológiai tudománynak és így mi vagyunk nemcsak hivatva, de kötelezve is a történelmet és politikai tudományt biológiai alapon reformálni. Öreg hiba, ha ez alól a köteletségünk alól kivonjuk magunkat. A mi lelkünkön szárad, ha a teret egészen azoknak a szónokoknak engedjük át, a kikről már *Auguste Comte* száz év előtt okosan megmondta, hogy nem arra termettek. A míg a történelem és politika a megfigyelések csomókba rendezésétől és ilyen csomók összehasonlító természettudományos földolgozásától, azaz attól a módszertől, a melyet mi akár a beteg ágyánál, akár az anatómiában, életianban, állat- és növénytanban alkalmazunk, tartózkodik, a fejlődésnek azon a szakaszán marad, a melyen az óegyiptomi orvosok állottak, a míg nem volt szabad boncolniok. Nem csoda, hogy ilyen körülmények közt krokodilus-excrementumot nyelettek a betegekkel, mint a hogy ilyen krokodilus-therapiát nyeletnek a népekkel a népeket, az osztályokkal az osztályokat vezető politikuskok.

Azok a kutatók, a kik *Hertwig* előttünk fekvő pompás könyvének nyomában fognak járni, lesznek hivatva az emberiséget a mai és a maiakhoz hasonló nyomorúságoktól megváltani, ha ez emberileg egyáltalán lehetséges.

Nincs szándékomban ennek a nagyon becses könyvnek a tartalmát elmondani. Csak röviden jelzem, hogy foglalkozik a kollektív egyéniségek fejlődésével, a differenciálódás, az élettani integratio, a szervezeti munkafelosztás, a részek correlációjának, az okok sokaságának törvényeivel, úgy a hogy ezek a biológiából a társadalmi biológiába átvihetők. Nagy

értékű a socialismus és communismus biológiai bírálata, annyival is inkább, mert akadtak orvosok, a kik a communismusba valami természettudományosságot vétek belemagyarázni. Ezeknek alaposan a körmére koppint *Hertwig* biológiai fölfogása.

Bennünket orvosokat legközelebről érint a társadalmi betegségek és krízisek elemzése *Hertwig* kiváló ingeniumának megvilágításában. Itt ő két analógiát használ föl. Egy helyen a mutatót említi odavetőleg, mondván, hogy 200 év óta mutatóban van Európa. Más helyen a rovarok metamorphosisa adja kezébe az analógiát, a történelmi ugrások magyarázására. Sajnálom, hogy nem tud magyar polyhistorunknak, *Méray*-nak „Weltmutation“ című 1918-ban megjelent könyvéről, a mely teljes részletességgel dolgozza ki ezt a kérdést, bár nézetem szerint nem minden részletben helytálló módon. Nézetemet erről abban foglalom össze, hogy az egyéni embriológiai fejlődés metamorphosisai az egyes szervekben (például ősz-, elő-, végleges vese stb.), a rovarok az egész szervezetet illető metamorphosisok, a növény- és állattani fajfejlődés mutatói, valamint a történelmi átalakulások ugrásai különféle egymás közt nem minden pontban egyező változatai egy lényegazonos folyamatnak.

Végül még csak azt akarnám megjegyezni, hogy nézetem szerint nem annyira az állam az organismus, mint a hogy *Hertwig* könyvének címe után gondolnók, hanem a nép, vagy a népek szövődése, mert például kétségtelen, hogy a fölnevelt magyar nép ma is inkább egy organismus, mint akármelyik utódállam, a melybe ennek az organismusnak egyes részei mint idegen testek vannak beékelve és a népek szövődésébe az egész magyarság egyetemlegesen, és nem az államok szerint, a melyekbe kényszerült, illeszkedik be.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A hajzat, illetőleg szőrzet viselkedéséről rák eseteiben ír *Schridde* tanár. A rendelkezésére álló hullanyagokon rendszeresen megvizsgálva a szőrzetet, illetőleg a hajzatot, nem találta ugyan igazoltnak *Wunderlich* és *Strümpell* állítását, hogy idősebb gyomorrákos betegeknek alig őszül a hajuk, de azért mégis nagyon érdekes megállapításra vezettek a vizsgálatai. Kiderült ugyanis, hogy a rákos betegek hajzatában és a fénynek kitett egyéb szőrzetében több-kevesebb sötétfekete, fénytelen haj-, illetőleg szőrszál van; ezek a szőrszálak egyúttal merevebbek és vastagabbak. Különösen a halántéktájon vannak nagy számmal ilyen hajszálak. Vöröshajú rákos beteget eddig csak kettőt boncolt a szerző, ezeknek a hajzatában azonban nem találta meg a jelzett fekete szálakat. Minél kiterjedtebb a rák, minél számosabbak a metastasisos góczok, annál nagyobb számú fekete szőrszál található. A rendellenes pigmentáltság egyébként az arcz és a kezek bőrén is látható. Sarkoma eseteiben a szerző eddig még nem látta a jelzett haj- és bőrpigmentáltságot, a melyet annyira jellegzőnek tart, hogy a rák diagnosisának felállítására használható. Így említ két esetet, a melyekben a klinikai diagnosis tabes dorsalis, illetőleg tüdőgümőkór volt s ő még a boncolás előtt kijelentette a hajzat pigmentáltsága alapján, hogy a belső szervekben rákos folyamatnak kell székelnie, a mit a boncolás azután igazolt is, a mennyiben az egyik esetben bárzsingrák, a másikban pedig a gyomor carcinoma gelatinosuma volt kimutatható. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 45. szám.)

A véráramlás gyorsaságának meghatározása *Koch* szerint nagyfontosságú lehet a latens dinamikai keringéselégelenség felismerésére. Az eljárás lényege az, hogy a jobboldali könyökvenába fluorescin-oldatot fecskendezünk és megállapítjuk, hogy mikor jelenik meg először fluorescin a bal könyökvena vérében. A részleteket illetőleg az eredeti közleményre kell utalnunk. (Deutsches Arch. f. klin. Med., 140. köt., 1. és 2. füz.)

Szülészeti és nőorvostan.

A lázas abortusok kezeléséről írt közleményében *Dietrich* lázasnak mond minden olyan abortust, a hol a genitálékból kiinduló hőemelkedés 37,5°-on felül van. A diagnózis felállításához mulhatatlanul szükséges a pontos anamnesis, hőmérőzés, pulusszámolás és legalább egy napi megfigyelés. Komplikált a lázas abortus, ha a fertőzés a méhen túl terjedt és peri- vagy parametritis, salpingitis, pyaemia vagy sepsis csatlakozik a folyamathoz. A szerző csak a nem komplikált esetekről szól, a melyeknek a kezelése lehet *beavatkozó (activ)* és *várakozó (conservativ, expectativ)*. Az előbbi eljárás alapelvei: Átjárható-e a nyakcsatorna vagy sem? Ha nem, tágitunk: fém-pálca (Hegar, Jolly), laminaria, a cervix és vagina feszes tamponálása. A gyors tágitás veszélye a belső méhszáj berepedése, a lassú a méhváladék pangása s így a fertőzés tovaterjedése. Ha a nyakcsatorna átjárható, *ujjal és eszközzel* üríthető ki a méh. Az előbbinél nélkülözhetetlen a mély narcosis. A külső kéz kívülről biztosítja — de nem nyomja vagy masszálja! — a méhet a belső kéz számára. Az ujjal leválasztott részek eltávolíthatók a Winter-, Döderlein-féle stb. abortusfogóval. Az eljárás hátránya a meglehetősen bő tágitás, előnye a jóval ritkább perforatio (*Benthin* szerint 28%). Ellenzői felhosszák, hogy a kitakarítást végző ujj a méh nyirokéréseibe egyenesen beledörzsöli a csírákat. Az utóbbinál a peterészek nagy tompa curette-tel és abortusfogóval távolíthatnak el. Előnye: a kisebbfokú tágitás. Hátránya: a tökéletlen kitakarítás, és a perforatio veszélye (*Benthin* szerint 60%). A kiürítést követő méhölblítést a szerző nem tartja elfogadhatónak. Erős vérzés esetén 6 órai méhtamponad jodoformgázzal, 2 cm³ secacornin intraglutaealisan. Prophylactice ajánlatos a kiürítés után rögtön colloidalis ezüstöt, vagy methylenképezüstöt, dispargent, caseosant stb. adni.

A *várakozó eljárás* abból a tapasztalatból indul ki, hogy a spontan befejeződő lázas abortus adja a legjobb eredményt. Az eljárás lényege: Absolut ágynyugalom, a mivel megtartott nyakcsatorna és zárt méhszáj esetén esetleg a terhesség is fenntartható. Ha az abortus megindult, a fájástevékenységet gyógyszerrel támogatjuk: chinin per os 0,2 gr. 5-ször két-óránként; 12 óras szünet után esetleg megismételjük. Adhatók többször kis adagban secale- és hypophysiskészítmények. Ha a spontan kiürülés nem következik be, várunk, míg általában 6 napon át szünetel a láz. Ha a vérzés még ezután is fennáll, a vázolt eljárásokkal már veszély nélkül fejezhető be az abortus. Ugy ennél, mint a beavatkozó eljárásnál feltétlen követendő a gyermekági láz kezelésére előírt szabályok. Ez eljárásnak *egyetlen* ellenjavallata az életveszélyes vérzés, a mely azonban elég ritka. Ám a gyakorló orvost a vérzés gyakran készíti a beavatkozásra. Sokan ez eljárás rovására írják hosszadalmasságát és azt is mondják, hogy magánháiban nem vihető-keresztül. Ez utóbbi esetben lelkiismeretes orvos intézhet küldi a beteget. Ha a beteg ebbe nem egyezik és az abortus nem tartható fenn, próbálkozunk meg a várakozó kezeléssel. Csak erős vérzéskor jöjjön szóba az exact hüvelytamponad vagy kitakarítás. Ha a nyakcsatorna teljesen zárt, active ne járjunk el. Egyébként megszívlelendő *Schottmüller* szava: „Csak hasznára, de sohasem kárára lesz betegnek az, a ki a kitakarítást elveti.“ (Klin. Wochenschrift, 1922, 36. szám.)

Temesváry Ernő dr.

Gyermekorvostan.

A serumbetegség megelőzéséről heterolog antige-nek alkalmazásával ír *Kraus* (Buenos-Ayres). Kimutatja, hogy marhaserum alkalmazása után sokkal ritkábban látunk serumbetegséget kifejlődni, mint lóserum injectiója után, s ha egyszer-mászor serumbetegség elő is fordul, az sokkal enyhébb, mint általában megszoktuk. Kísérletei azt is kimutatták, hogy a lóserum előtt adott marhaserum a lóserum okozta serumbetegségek kifejlődését meg tudja akadályozni vagy legalább is lényegesen gyengíteni. Ha azonban a lóserum bevittele után adja a marhaserumot, ez hatástalan. A gyakorlalt számára tapasztalatait úgy kívánná értékesíteni, hogy diphtheria- és tetanus-serum alkalmazásakor először mindig anti-

toxikus marhaserumot alkalmazzunk, s ha ez nem volna elég, 24 óra múlva a magasabb titerű lóserumra térjünk át. Serumtermelésre a marha nem oly alkalmas, mint a ló, mert kevesebb és kisebb titerű serumot nyerhetünk csak tőle. A serum kisebb titerén besűrítéssel segíthetünk, előbbi tulajdonsága miatt azonban a marhaserum Európában nem igen fog elterjedhetni. Az európai államokban ezért legalább is a prophylaxis oltásokra használjunk specifikus marhaserumot. A gyógyító oltásokra a rendes lóserumot vegyük alkalmazásba, de annak injectiója előtt 20—25 cm³ marhaserumot adjunk, hogy így a serumbetegséget elkerüljük vagy legalább gyengítsük. Ajánlja, hogy specifikus marhaserumot alkalmazzunk a diphtheria ellenes prophylaxis számára s nem toxinos immunizálást. (Münchener med. Wochenschrift, 1922, 45. szám.)

Bókay Zoltán dr.

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

Gyermekkori pneumonia eseteiben a freiburgi gyermekklinán nagyon jó eredménnyel használják az intramuscularis chininbefecskendezést (Chinin. muriat. 1,0, Urethan 0,5, Aqu. destill. 10,0). A megmelegített oldat sohasem okozott necrosist. A hőmérsék sokszor már az első befecskendezés után 6—12 órával csökkent, a dyspnoea úgyszólván rögtön megszűnt, a gyermekek felültek és játszottak, az étvágy javult. Főleg a betegség kezdeti szakában kezdve meg a kezelést, volt kitűnő az eredmény; 58 ilyen eset közül 52 volt abortív lefolyású (leghosszabb tartam 4 nap), míg ugyanakkor a városban nem chininnel kezelt 72 eset közül csak 2 folyt le abortíve. Az esetek javarészt pneumococcus-pneumoniák voltak; a valódi influenza-pneumoniák kivétel nélkül nem reagáltak a chininbefecskendezésre. (Archiv für Kinderheilkunde, 71. kötet, 4. füzet.)

Vizkórság súlyos eseteiben *J. Flesch* 1 milligramm strophantin (Böhringer) intravenás és 2 gramm novasurol intramuscularis egyidejű befecskendezését ajánlja. A hatás feltűnő gyors, már az első órákban jelentkezik. (Wiener klin. Wochenschr., 1922, 44. sz.)

Vegyes hírek.

Kinevezés. Az igazságügyminister *Kelen Béla* dr. egyetemi magántanárt az igazságügyi orvosi tanács tagjává nevezte ki.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 16.-án délután 6 órakor tartja rendes évi közgyűlést a következő napirenddel: 1. Elnöki megnyitó: Jövő feladatainkról. 2. Titkári jelentés. 3. Új tagok választása.

A Magyar Szemorvostársaság legközelebbi tudományos összejövetelét január 7.-én délelőtt 1/2 10 órakor tartja az Erzsébet-egyetem szemklinikáján (poliklinika).

A Budapesti Orvosok Kamarazene-Egyesülete november 30.-án tartotta alakuló ülését *Bókay János* tanár elnöklése mellett. Az egyesület tagja lehet minden a zenét művelő vagy kedvelő orvos. Jelentkezések írásban a titkárhoz (*Doctor Károly* dr., IV. Kossuth Lajos-utca 3) intézendők.

Törvényszéki orvosi képesítést nyertek a folyó évi október havában Budapesten tartott törvényszéki orvosi vizsgálat alapján: *Szucsek László* dr., *Gaizler Gyula* dr. és *Rasch Rudolf* dr.

Meghalt. *H. Obersteiner* tanár, a bécsi neurológiai intézet igazgatója, 75 éves korában november 19.-én.

Lapunk mai számához a *Chinoín gyógyszer- és vegyészeti gyár részvénytársaság* Ujpest prospectusa van mellékelve.

SVÁBHEGYI NAGY SZÁLLODA SUBALPIN GYÓGYHOTEL.

A Svábhegyi Liget-Sanatorium téli dependence-a.

Modern orvosi, vizgyógyászati felszereléssel. Diéta konyha a Dr. Jakab-féle Liget-Sanatorium régi kipróbált rendszere szerint. Fekvő kúrákra kitűnő védett, napsugaras terraszok.

Felvétetnek: Anaemiások, Basedow-betegek, gyomor- és bélbetegek, valamint üdülésre és pihenésre szorulóknak.

Orvosi vezető: Dr. Györki Béla, sanatoriumi főorvos.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Czoniczér Gábor: Közlés a budapesti kir. magyar Pázmány Péter-tudományegyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár †.) A vérhúgsavmeghatározás szerepe a nephritis körjelzésében és kórjósulásában. 485. oldal.

Pickler Rezső: A húgszerveken át történő staphylococcuskiválasztás megszűnése tonillektomia után. 487. oldal.

Budapesti Kir. Orvosegyesület. (III. rendes tudományos ülés 1922 november 4.-én.) 489. oldal.

Debreczeni Orvosegyesület. (I. tudományos ülés 1922 október 21.-én.) 490. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Hans Prinzhorn: Bildnerer der Geisteskranken. — *Lapszemle. Belorvosstan. Frehse:* Az idült nephritis prognosisa. — *Leopold és Bogen-dörfer:* A cholesterolin jelentősége fertőzésekben. — *Szemészet. Sattler:* Az enucleatio után végzett kozmetikai javítóműtétekről. — *Szülészet és nőorvosstan.* Az eklampsia. — *Gyermekorvosstan. Borden S. Veeder és T. C. Hempelmann:* Exanthema subitum. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 491—492. oldal.

Vegyes hírek. 492. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlés a budapesti kir. magyar Pázmány Péter-tudományegyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár †.)

A vérhúgsavmeghatározás szerepe a nephritis körjelzésében és kórjósulásában.

Közli: *Czoniczér Gábor* dr.

A köszvény pathogenesisére irányuló vizsgálataim közben lettem figyelmes arra, hogy a húgsavkiválasztóképeség a vese egyik legérzékenyebb partialfunctiója, a melynek zavara a vesebajban a dekompenzáció idején már igen korán észlelhető; ez vezetett arra a gondolatra, hogy megkíséreljem, lehetne-e a húgsavretentió, azaz a vérserum húgsavconcentrációjának nagyobbodását a veseműködés finomabb vizsgálati módszerrel felhasználni? E célból 100 egészséges és beteg veséjű emberen közel 200 húgsav- és maradék-N-meghatározást végeztem, melyeknek eredményeiről és az ezekből nyert következtetéseimről az alábbiakban számolok be.

A húgsav a vérsavó úgynevezett „maradéknitrogen”-anyagjainak állandó alkotórésze; ezeknek diagnostikai jelentőségére először *Strauss* hívta fel a figyelmet, kimutatta, hogy a veseműködés elégtelensége idején a vérben igen gyakran felhalmozódnak. A vérsavó húgsavconcentrációja ilyenkor nagyjából párvonalosan növekszik a maradéknitrogen koncentrációjával és uraemiás emberek vérsavójában már többen, így *Garrod* és *Jaksch*, legutóbb pedig *Monakow* és *Bass* észlelték a húgsavfelhalmozódást. Észlelések azonban csak accidentalisak voltak; tervszerű, diagnostikai és prognostikai következtetéseket megengedő vérhúgsavmeghatározások nephritisben mindezeideig nem történtek.* A maradéknitrogen más alkotórészeire, az *indicanra* és *kreatininre* nézve ilyen vizsgálatokat már többen végeztek és főképp az *indicanaemiát* igyekeztek az elégtelen veseműködés jelzőjéül felhasználni. *Obermayer* és *Popper* voltak az elsők, a kik az *indicanaemiát* az uraemiás állapot körjelzőjéül ajánlották. Azóta *Haas*, *Dorner*, *Becher*, *Rosenberg* foglalkozott e kérdéssel. A vizsgálatok eredménye az volt ugyan, hogy nagyobb fokú *kreatininaemia* és *indicanaemia* (egyidejű *indicanuria* nélkül) az uraemia biztos jele, mégis ezek a vizsgálatok, mint *Rosenberg* legutóbbi közléséből kitűnik, nem lehetnek gyakorlati értékűek. Az *uricaemia*** vizsgálata már pusztán megfontolás alapján is sokkal előnyösebbnek látszik, mint az *indicanaemiáé*, elsősorban mert a vér húgsavtartalmának meghatározása a *Neubauer* módosította *Folin*-féle colorimetriás eljárással sokkal egyszerűbb, pontosabb és lehetővé teszi a húgsavconcentráció legkisebb ingadozásának ellenőrzését is; másrészt azért is, mert a húgsav a vérsavónak állandó alkotórésze, a mely, mint a sejt anyagcseréjének egyik végterméke, purinmentes ételrend mellett egyenletes adagokban kerül oda, míg a vér *indican* tartalma elsősorban a bélbéli rothadástól, tehát egy külső és alig ellenőrizhető tényezőtől függ.

* *Megjegyzés a correctura alkalmával.* Vizsgálataim lezárása után jelent meg *E. Kraus* közlése (*E. Kraus:* Der Harnsäuregehalt des Blutes bei Erkrankungen der Nieren. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1922, 138. köt., 5.—6. füzet), melynek eredményei főbb vonásokban egyezők az én eredményeimmel.)

** Az *uricaemia* (húgsavvérűség) tulajdonképpen ép állapot, éppen úgy, mint a *glykaemia*. Helyesebb volna tehát a vérhúgsav kóros megszorodását *hyperuricaemia* névvel jelölni, éppen úgy, mint azt a vércukorra vonatkozólag már régen tesszük (*hyperglykaemia*) és mint azt *Rosenberg* az *indicanra* vonatkozólag ajánlotta (*hyperindicanaemia*).

Az egészséges ember vérsavójának húgsavconcentrációja meglehetősen állandó: 2·0—3·5 mgr.‰ között ingadozik és a felső határt még purinbő táplálkozás mellett sem haladja meg. Igaz ugyan, hogy egyes olyan kóralakokban, melyek nagyfokú sejtszételéssel járnak, valamint köszvényben a vérsavó húgsavconcentrációja nagy és ezért ezeket az eseteket vizsgálatainkból már eleve kizártuk. A *croupus pneumonia*ban, a *leukaemia*ban és a köszvényben tehát a *hyperuricaemia* nem használható fel a veseelégtelenség körjelzésére; az azonban alig befolyásolja az eljárás használhatóságát, mert hiszen ezek a kóralakok könnyen felismerhetők. Vizsgálataim alapján állíthatom, hogy, ha ilyen eseteket nem tekintünk, a *hyperuricaemia* mindig a veseműködés zavarát jelenti. Egyazon egyéneken végzett sorozatos vizsgálatokból kitűnt, hogy a vérsavó húgsavszintje a legkülönbözőbb körülmények között is alig változik, sőt kevésbé ingadozik, mint a maradéknitrogené. Nagyobb ingadozások csak elégtelen veseműködés idején fordulnak elő.

Ezek szerint elméletileg megvan a lehetőség és mód arra, hogy a *hyperuricaemiát* a veseműködés zavarának körjelzésében felhasználjuk; vizsgálataimat, a melyek a *hyperuricaemia* kimutatásának jelentőségére vonatkoznak, úgy végeztem, hogy egészségesek és nephritisesek vérsavójában mindig meghatároztam nemcsak a húgsav, hanem a maradéknitrogen koncentrációját is, egyes esetekben csak egyszer, a legtöbb esetben azonban sorozatosan, 2—6-szor. A vizsgált betegek körlefolysását a leg gondosabban ellenőriztem és különös figyelmet fordítottam arra, hogy milyen volt a vese működése a vérvizsgálat idején, milyen volt a nitrogén- és húgsavkiválasztóképesége, a vizelet minősége, a szív állapota, a vérnyomás, végül arra is, hogy volt-e oedema és voltak-e uraemiás tünetek? Az egészséges veséjű emberek vizsgálatakor a fent már említett okból nem helyeztünk különös súlyt a teljesen purinmentes ételrend betartására, de a nephritisesek purinmentes ételrenden voltak. Mind a maradéknitrogen-, mind a húgsavmeghatározás uracetattal fehérjementesített savóban történt; a maradéknitrogen meghatározása céljából az 1:5 hígítású és fehérjementesített serum 5 cm³-ét kénsavval roncsolva, *Pregl* mikro-Kjeldahl-készülékében destilláltuk át; a húgsavmeghatározást a hasonló módon fehérjementesített és hígított savó két cm³-ével végeztük *Folin-Neubauer* colorimetriás eljárása szerint. Az eljárás tapasztalataim szerint igen megbízható és pontos: segítségével már 0·1—0·2 mgr.‰ eltérés kimutatható.

Az eredmények megítélésekor három kérdést vettem fel: 1. Felhasználható-e a vérhúgsavmeghatározás, mint a maradéknitrogenmeghatározást helyettesítő eljárás? 2. Módot nyújt-e a maradéknitrogen és a húgsav párhuzamos meghatározása a vese működés-zavarának az eddigieknél finomabb körjelzésére; és végül 3. milyen elméleti következtetések vonhatók le a vizsgálatokból?

A mi az első kérdést illeti, erre azt kell válaszolnom, hogy a vérhúgsavmeghatározás felhasználható ugyan, mint a maradéknitrogenmeghatározást helyettesítő eljárás, de csak bizonyos határok között. Hogy a vérhúgsavconcentratio nagyságából *nem lehet mindig* a maradéknitrogenconcentratio nagyságára következtetni, annak oka éppen a húgsavszint nagyobb érzékenysége: a magas húgsavszint (pneumonia, leukaemia stb. eseteit természetesen kivéve) mindig a vese működés-zavarának a jele ugyan, de nem minden esetben jár együtt a maradéknitrogen magas szintjével, a miről az alábbiakban még szólni fogok. Bizonyos tekintetben azonban határozott következtetést vonhatunk a vérhúgsavconcentratio nagyságából: ugyanis egyetlen egy esetben sem észleltem a maradék-N szintjének határozott emelkedését a nélkül, hogy egyszermind a húgsav szintje is ne emelkedett volna: 36 olyan eset közül, a melyben a húgsav concentratioja kevesebb volt, mint 3·5 mgr.%, egyetlen egyben sem találtam 50 mgr.%-on felüli maradéknitrogent. Ha tehát a vérhúgsavérték kevesebb, mint 3·5 mgr.%, veseeredetű nitrogenretentio a vérben nincsen.

A 3·5—6·0 mgr.% közötti vérhúgsavértékek azok, a melyekből (éppen az imént említett érzékenységnél fogva) a maradék-N-re vonatkozó biztos következtetést vonni nem lehet: ezeknek hol normalis, hol fokozott maradék-N-értékek felelnek meg. A 6 mgr.%-on felüli húgsavérték azonban az esetek túlnyomó többségében igen nagy, 100 mgr.%-on felüli maradék-N-értékkel jár együtt, vagy ha nem is: klinikai értelemben mindig uraemiát jelent. A legmagasabb vérhúgsavérték, melyet eddig észleltem, 11·75 mgr.% volt, 170 mgr.% maradék-N mellett.

A magas vérhúgsavértékek kitűnően értékesíthetők a kórjósítás szempontjából: 9 mgr.%-on felüli vérhúgsavconcentratio idősült vesebajban rossz kórjósítás jele. 11 ilyen betegünk közül 9 a vérvizsgálatot követő egy hónapon belül meghalt, kettő néhány nappal a vizsgálat után igen súlyos állapotban hagyta el a klinikát; további sorsukról azóta nem sikerült tudomást szereznem. Hevenyész nephritisben még az ilyen nagyfokú hyperuricaemia sem jelent rossz prognoszt.

A mondottakból következik, hogy a vérhúgsavmeghatározás, mint egyszerű, olcsó és laboratoriumi felszerelést alig igénylő eljárás, szükség esetén a maradék-N-meghatározást pótolhatja, olyan helyen, a hol ez utóbbihoz szükséges felszerelés nem áll rendelkezésre; a maradéknitrogen értékére azonban csakis a szélső (3·5 mgr.%-on aluli és 6 mgr.%-on felüli) vérhúgsavértékekből következtethetünk.

A mi a második kérdést illeti, arra vizsgálataim alapján azt kell felelnem, hogy a párvonalos maradéknitrogen- és húgsavmeghatározás sokkal finomabb diagnosztikai eljárás, mint a maradék-N-meghatározás magában és hogy értékes felvilágosítást ad a vese pillanatnyi állapotáról. A hyperuricaemia érzékenyebb indicatora a vese működés-zavarának, mint az azotaemia, ugyanis gyakran már előbb jelentkezik és viszonylagosan nagyobb fokot ér el, mint az azotaemia.

A nephritises hyperuricaemiában nem a húgsavtermelés fokozódott, hanem a húgsavkiválasztás csökkent. A vese húgsavkiválasztóképségének csökkenését bizonyítja az az észlelésem, hogy a nephrosklerosisos betegek vizeletében kevés a húgsav abszolút mennyisége és kicsiny a concentratioja annak ellenére, hogy a vérük húgsavszintje magas. A beteg vese tehát a rendelkezésére álló koncentrált vérhúgsavoldatból csak minimalis mennyiséget tud kiválasztani. Ezzel szemben olyan betegek vizeletében, a kikben az ugyanekkora hyperuricaemiát fokozott sejtszétéssel járó folyamat okozta, de a veséjük ép volt, az átlagosnál jóval nagyobb húgsavmennyiséget találtam. Az ép vese tehát a koncentráltabb vérhúgsavoldatból jóval több húgsavat választ ki.

A vérhúgsavszint viszonylagosan nagyobbfokú és korábban jelentkező emelkedésének oka abban rejlik, hogy nephritisben a vese húgsavkiválasztóképsége már olyankor szenved, a mikor más nitrogéntartalmú anyagok kiválasztásában zavar még nem észlelhető. Így mindenekelőtt heveny nephritisben a simán lefolyó, gyógyulással végződő esetekben

többnyire normalis maradéknitrogen-értéket találtunk, míg a húgsavszint kisebb-nagyobb fokú emelkedése gyakori észlelés. Hét acut nephritis-eset közül, a melyekben a maradék-N normalis volt, négy esetben a vér húgsavconcentratioja több volt, mint 5 mgr.%. Ehhez hasonló *Monakov* észlelése.

Az egyszerű hypertoniában (*Volhard* jótermészetű vese-sklerosisa) addig, a míg a vese működésében zavar nincsen, mind a maradéknitrogen, mind a vérhúgsavconcentratio a rendes határok között ingadozik; a mint azonban a vese működés-zavarának klinikai tünetei mutatkoznak, növekszik a húgsavérték, megelőzve a maradéknitrogen megszapordását és figyelmeztetve a fenyegető veseelégtelenségre. A hyperuricaemia ezekben az esetekben valóban a kezdődő veseelégtelenség jele; ezt igazolhatja egyrészt a már említett nephrosklerosisos vizeletlelet, másrészt az a körülmény is, hogy ott, a hol magas húgsavszintet találtam, többnyire már a vese sűrítőképsége nem volt tökéletes (hypostenuria). A sklerosisos polyuriás vese tehát az ureumot még tökéletesen kiválasztotta, de a húgsavat teljesen kiválasztania nem sikerült; végül feltevésem helyességét támogatja egy olyan észlelésem, a melyben a hyperuricaemia konstatálása után néhány hónappal az azotaemia is bekövetkezett.

Kitűnő szolgálatot tesz a maradék-N-meghatározással párvonalosan végzett vérhúgsav-meghatározás, ha az azotaemia olyan kistokú, hogy mint a veseelégtelenség tünetét biztosan még nem értékelhetjük. Tapasztalatunk ugyanis az, hogy uranacetattal való fehérjementesítés mellett a maradéknitrogen normalis felső határa 40 mgr.% körül van ugyan, de 40—60 mgr.% közötti értékek előfordulnak veseelégtelenség nélkül is inkompensált vitiumban, lázas megbetegedésekben, diabetesben és minden olyan esetben, a hol a fehérjeszétés fokozott. A maradéknitrogen ilyen kistokú megszapordásakor a párhuzamosan végzett vérhúgsav-meghatározás eldöntheti, vajjon valóban a vese működés-zavaráról, vagy csak véletlen leletről van-e szó: 3·5 mgr.%-nál kisebb húgsavérték veseműködés-zavar ellen, nagyobb mellette bizonyít.

Az idősült lefolyású és mindig halálos uraemiában, a melyet *Volhard* valódi uraemiának nevez, nagy maradék-N-érték mellett mindig nagy vérhúgsavértéket is találunk: a 100 mgr.%-on felüli maradék-N-értékeknek rendszeren 6 mgr.%-on felüli húgsavértékek felelnek meg. Ilyen esetekben tehát a párhuzamos meghatározás legfeljebb a kórjósítás szempontjából mond újat, a mennyiben, mint már fentebb említettem, a 9·0 mgr.%-on felüli húgsavérték még viszonylagosan kis maradék-N-érték mellett is közeli halált jelez.

Legérdekesebbek azonban azok az észleléseim, a melyeket olyan betegeken tettem, a kiknek egy része idősült, más része acut eklampsiás uraemiában szenvedett, a nélkül, hogy vérükben a maradék-N lényegesen megszapordott volna. Ezeket az eseteket *Volhard* pseudouricaemia néven foglalja össze, mert szerinte az itt jelentkező tünetek teljesen függetlenek az anyagforgalom salakjának retentiójától és nem mérgezési tünetek, hanem activ vagy passiv agyanaemia jelei. Ez esetek egy részében azonban normalis vagy alig fokozott maradék-N-érték mellett kifejezett húgsavretentiót észleltem, sőt néhány esetben azt is tapasztaltam, hogy az uraemiás tünetek heveny fellobbanásával a húgsavszint hirtelen emelkedése, a tünetek enyhülésével annak sülyedése járt együtt. Láttunk azonban olyan esetet is, a hol nyilvánvalóan valódi uraemiáról volt szó, a hol soporosus állapot mellett a beteg csuklás, bőrvizketés, izomrángások kínozták, tehát olyan állapotot, a melyet *Volhard* is mindig mérgezésnek minősít és a melyben a maradéknitrogenszint emelkedése mindvégig mérsékelt keretek közt mozgott, míg a vérhúgsavszint igen erősen felszökött. Mielőtt ezeket az eseteket részletesen méltatnám, röviden közlöm a kórlefoyasukat.

I. V. L.-né, 66 éves. A klinikára először 1921 január 31.-én vetjük fel. Megelőző betegségről nem tud. Mostani betegsége egy év előtt kezdődött munkadyspnoéval; három hét óta igen erős szívdobogása és derékfájása van. Néhány napja állandó hányásinger kínozza, naponta hány. Status praesens: Igen halvány, lesóványodott nő; oedema nincs. Állandóan hányásinger és gyakori hányás. A tüdő fölött kopogtatási eltérés nincs, kiterjedten hurutos zörejek hallhatók. A szívcsúcslökés az

V. bordaközben a középvonaltól 13 cm.-nyire, emelő; a szívcsúcson systolés zöreje. Vérnyomás = 210—100 mm. Az érverés rhythmusos, percenként 80. A szemfenék ép. A vizelet fajsúlya 1012—1015 és benne 1·5% fehérje található, üledékében sok szemcsés henger, néhány vörösejt van. R.N. = 51 mgr.‰.

Érmetzés után a hányás, a főfájás és a dyspnoë szűnik, a közérzés jó. Ebben a javult állapotban a maradék-N = 58 mgr.‰, az \bar{U} = 4·3 mgr.‰.

Február 19.-én subjective teljesen jól érezvén magát, elhagyja a klinikát. 1921 április 3.-án vesszük fel ismét súlyos uraemiás állapotban; elmondja, hogy egy hete éjjelenként fulladásos roham kínozza. Naponta többször hány, kínzó főfájása van. Az objectiv lelet ugyanaz, mint az első felvételkor; a beteget rohamokban támadó dyspnoë, állandó hányás és erős főfájás kínozza. Vérnyomás = 185—90 mm. A vizelet fajsúlya 1013, benne 2‰ fehérje, üledékében sok szemcsés henger van. R.N. = 53·5 mgr.‰. \bar{U} = 8·85 mgr.‰. Érmetzésre és koplaltatásra a beteg állapota ismét megjavul; a hányás, főfájás és dyspnoë megszűnik. Április 12.-én subjective teljesen jól érzi magát; a maradék-N = 57·0 mgr.‰, az \bar{U} = 4·15 mgr.‰. A klinikát elhagyja.

Május 28.-án ismét jelentkezik hasonló súlyos uraemiás tünetekkel, mint április 3.-án (dyspnoë, főfájás, hányás). Vérnyomás = 190—95 mm. Az objectiv tünetek és a vizeletlelet az akkorival megegyező, R.N. = 56 mgr.‰, \bar{U} = 7·4 mgr.‰.

Mint a kórtörténetből kitűnik, idősült nephritis kapcsán kifejlődő uraemiás állapotról van szó. Az uraemiás tünetek időnként fellobbannak, majd therapiás beavatkozásra megjavulnak. A maradéknitrogenszint állandó kismértékű emelkedést mutat, a nélkül, hogy kilengésekkel követné a beteg állapotának változását. Ezzel ellenkezően a vérhúgysavsztint híven jelzi az uraemiás állapot változását, a javulással hirtelen süllyed, a tünetek fokozódása idején ismét felszökik.

(Vége következik.)

A húgyszerveken át történő staphylococcus-kiválasztás megszűnése tonsillektomia után.

Irta: *Picker Rezső dr.*, urologus Budapesten.

Staphylococcusok jelenléte a férfi húgyszerveiben megfigyeléseim szerint következőképpen nyilvánul:

1. Mint diplococcus-tartalmú folyás. A diplococcusok gyakran intracellularis elhelyezésűek és az egyszerűen festett praeparatumban az esetek egy részében a gonococcusok klasszikus képét utánozzák; az esetek más részében nagyobbak, mint a gonococcusok lenni szoktak. A gyakran tiszta vizeletnek genyartalma csak chemiai vizsgálattal dönthető el, az intracellularis diplococcusok valódi természete pedig Gram-festéssel.

2. Mint phosphaturia mindennemű panasz nélkül. Ez a phosphaturia essentialis alakjától csupán abban különbözik, hogy az I. vizelet finom foszlányaiban, melyek gyakran csak a vizeletnek eczetsavra feltisztulása után található, staphylococcusok vannak.

3. Mint váltakozva tiszta és phosphatos vizelet, melyben minimalis genyartalma mellett, kicsi, fehér, homokszerű szemcsék láthatók; ezek erős nyomással készítményé dolgozhatók fel és színtelen tokban levő Gram-positív diplococcusokból állnak. Ezen szemcséknek bőséges kiválasztása a vizelelkor különböző panaszokat okozhat, s akár kistokú terminalis vérzésre is vezethet.

4. Mint phosphatosan zavaros és bőségesen genyartalmú vizelet heves vizelesíngerral. A vizelés fájdalmas, utána sűrű, fehér, krétás tömegek és nyálkás hártályak lökődnek ki.¹ A vizeletben bőven vannak finom és durvább fehér, vakolat-szerű szemcsék és ilyeneket tartalmazó czafatok, hártályak vagy rögök, melyekben a staphylococcusok tiszta tenyészetben található fibrinbe ágyazva. Ezen váladékok genyesejtartalma néha meglepően kicsi.

Mindezek a fertőzések legtöbbszörre nagyon makacsok. A hólyagmosások, a melyek enyhítik ugyan a 4. alaknál gyakori és igen nagyfokú panaszokat, valamint a nagyon sok esetben fertőzött prostata és ondóhólyagok massage-kezelése, a vaccinatio stb. nem segítenek véglegesen a sokszor hónapokon

át folytatott kezelés dacára sem. Ez az oka, hogy e betegek egy része éveken át vesződik a kezeléssel és végül beletörődik „gyógyíthatatlan hólyagbajába”, a mely hosszabb-rövidebb időközökben változó hevességű vizelesi zavarokat, vagy más kellemetlenséget okoz a hordozójának.

Teljes gyógyulási eredmények mellett van gyakorlatom korábbi éveiből sok olyan esetem is, a melyben a fenti képek alatt lezajló staphylococcus-fertőzésnek kigyógyítása a hólyagmosással és prostata- stb. kezeléssel nem sikerült.

1917-ben láttam egy, a 3. csoportba tartozó beteg cystoskopozása alkalmával a lobos elváltozásokat nem mutató ép hólyag fundusában bőségesen kicsi, sűrű, fehér szemcséket; ilyenek ürültek szemem láttára mindkét ureterből. A vesemedenczék katheterizálásával teljesen tiszta vizeletet nyertem, melynek centrifugált üledékében genyesejtek teljesen hiányoztak, staphylococcus azonban rendkívül nagy számmal volt kimutatható. A vesemedenczemosásoknak végleges eredménye nem volt. Végül az 1918-ban megejtett Röntgen-vizsgálat a bal vesében éles kőárnyékot mutatott. A beteg a javasolt műtétbe nem egyezett bele és elmaradt.

Ez idő óta minden egyes esetben ellenőrzöm, hogy a húgyszervek staphylococcusos fertőjében részt vesznek-e a felső húgyutak és hogy vannak-e concrementumok. Az utóbbi négy évben a húgyszervek staphylococcusfertőjének 20 esete közül 2-ben sikerült kimutatnom concrementumokat a vesében és minden egyes esetben megtaláltam ezeket a csírákat a vesemedenczékben is.

A kő nélküli, friss esetek többszörre néhány (1—10) vesemedenczemosásra gyógyultak, a régibb esetekben sokkal nagyobb számú, energikus, néha naponta végzett vesekezelésre volt esetleg szükség. Ez eseteknek a tárgyalása, a melyekben különösen a veselet és a hólyagzavarok súlyos volta közötti aránytalanság a szembeütő, nem tartozik e dolgozatom keretei közé.

Ha már most olyan esetben, a melyben a vesemedenczében követ vagy retentiót nem tudunk kimutatni, a helyi kezelés célra nem vezet, mindig felvetődik a kérdés, miért olyan makacs a baj.

Kutatnunk kell a kiváltó okok után és megfontolás tárgyává kell tennünk, hogy milyen úton jöhetett létre a felső húgyutak fertőjője. Az az észlelés, hogy távoleső testrészek bacteriumos megbetegedései (bélfertőzések, furunculus, tonsillitis) alatt vagy után a felső húgyutakban bacteriumos megbetegedések fejlődhetnek olyan egyéneken, a kiknek az alsó húgyutaik betegek sohasem voltak, mutatja az irányt, a melyet az adott esetben a kiváltó ok kutatásának követnie kell. Ha megtaláltuk az okot, akkor gyógyítási tervünk számára is ki van jelölve a helyes út, melyen tovább kell haladnunk, ha a specialis urológiai kezelés nem vezetne célra.

Az alábbiakban leírandó eset véleményem szerint ilyen tekintetben példaképpen szolgálhat.

A 30 éves kulturmérnököt idült kankó diagnossissal küldte hozzám egy kollega, ki őt előttem megvizsgálta és a húgycsőváladékban genyesejtek és sok diplococust talált, zavaros vizelet mellett.

Az anamnesisben 1908—1914 között több gonorrhoea szerepel, a mely mind, csupán kis fecskendővel kezelve, 6—8 hét alatt „complicatio nélkül” gyógyult. A háború alatt állandóan a harcztéren volt; gyakrabban volt ez idő alatt egészen rövid időre reggel váladéka, helylyel-közzel hólyagpanasza is, a minek azonban jelentőséget nem tulajdonított és nem is fordult orvoshoz.

1921 júniusában újra valamivel több reggeli váladékot vett észre, sőt napközben is beragadt a húgycsőnyílása; nyomásra világos sárga geny jelent meg. Megint fecskendezni kezdett, egészen július végéig. Mint-hogy időnként fokozott vizelesíngert érzett, egy pohárban „megvizsgálta” vizeletét és zavarosnak találta. E zavarodás azóta egyre tart. Augusztusban a bal vesetájon négy napon át heves fájdalmakat érzett, melyek időnkint a has alsó részébe is kisugároztak; néhányszor rosszullet és hányás kísérte; midőn elmúltak, heves vizelesi inger támadt és két napon át véres volt a vizelete. Ezúttal sem fordult orvoshoz, egyrészt mert lakott vidéktől messze, erdőmérésekkel volt elfoglalva, másrészt pedig a leírt roham elmúltával teljesen jól érezte magát. Később azonban, hidegebb napokon, újra vizelesi panaszai voltak, vizeletét zavarosnak találta, és a mikor folyást is vett észre, ahhoz az orvoshoz fordult, a ki őt hozzám küldte.

Több órai vizelesi szünet után váladékot nem talál, a vizeletnek mind a három része mustszerűen zavaros, eczetsavra feltisztul. Az I. pohárban ekkor néhány foszlány tűnik elő, mely genyesejtekből áll,

¹ *Picker*: A húgyszervek staphylococcus-fertőzésének esetei. Orvosi-gyógyászati közlöny, 1907, 34. szám.

rendkívül sok Gram-positív diplococcus. A hátsó húgycső mirigyes függelékai nagyok és nyomásra nem fájdalmasak. Az e vizsgálat alkalmával bőségesen nyerhető prostataváladékban festetlen készítményben igen kevés genyesejt látható, az ondóhólyagváladék, mely nagy öntvényekben ürül, sago-szerű, átlátszó. A bal vesetájékon a kissé fájdalmasnak érzett megtapintás reflexes izomfeszülést vált ki.

December 13.-án cystoskopia és vesevizsgálat. A hólyag fundusában minimális gyuladós jelenségek, a két ureternyílás közötti területen a nyálkahártyához sűrű fehér morzsák tapadnak, melyeknek nagysága mákszem és gyujtófej között változik. Az ureternyílások gyuladós tünetet nem mutatnak; a bal valamivel vastagabbnak látszik. 6. sz. Ch.-katheterek akadály nélkül tolhatók fel a vesemedencékbe és a szokott rythmusban világos, egész enyhén megtört vizelet vezetnek le, mely ecetsavra feltisztul. Mindkét vesemedence térfogata 10 cm^3 ; a kezelést ugyanilyen mennyiségű 1% arg. nitr.-oldattal a befecskendezésével fejezem be. A vesemedencének megtöltése bal oldalon hasonló, csak gyengébb érzéseket vált ki, mint a milyenek augusztusban ágyának döntötték. Mindkét vizeletpróbának centrifugált üledéke festetlen készítményben sok finoman szemcsés, amorph csapadékot mutat, nagyobb számmal epithelsejteket és egészen elvértve genyesejteket. A festett készítmény a staphylococcusok tiszta tenyészetének képét adja. Tenyészési vizsgálat. Hőmérsékellenőrzés.

December 16. A tenyésztés fehér staphylococcut mutat dús tiszta tenyészetben. A bal vesetájon a fájdalmak délutánig tartottak. Vizelet-, hólyag- és veselet a fentivel egyezik. Hőmérsék maximuma 37.0°C .

December 20. A Röntgen-felvétel egyik oldalon sem mutat kövérnyelést. A pyelographia (10–10 gr. 20%-os bromnatrium) mindkét oldalon nagy, tojásalakú vesemedenczét mutat három nagy kehelyvel.

Ettől kezdve körülbelül négy naponta vesekezelés. A vesemedenczék mosása alatt (7. sz. catheterrel) időnként fehér, nehéz törmelék ürül, a mely amorph, mézszzerűen kenődő alanyanyagban diplococcusokat tartalmaz.

1922 január 12. A beteg állapota változatlan. A vizelet változóan tiszta és foszfátosan megtört; a hólyag időnként kiskökö izgalmat mutat. A vesemedenczekezelés alatt assistenszem mind a két vesét masszálja. Az ezután lecsepegtető vizeletnek centrifugált üledékében nagyon sok epithel- és hyalincylinder látható, melyet — 600-szoros nagyítással vizsgálva — sűrűn beborítanak apró, fénytörő pontocskák. Ezek festett készítményen coccusoknak bizonyulnak, melyek a cylindereket szinte teljesen bevonják. Azonkívül szabad csoportokban is mérhetetlen sok coccus.

Ez a lelet azt a gondolatot vetette fel bennem, hogy a csirák kiválasztódásának a veseparenchymában kell történnie és egyúttal megmagyarázza az állapot makacsosságát és a vesevizeletben a centrifuga- és kulturavizsgálatok alkalmával állandóan talált csirák tömegét, mely az intenzív mechanikai és antiseptikus kezelés dacára sem csökkent. Minthogy most ezt az állapotot kétoldali kiválasztásos fertőzésnek kellett felfognom, az első teendő az volt, hogy kiváltó okok után kutassak.

Infectiosus bélbetegségekben a kissé halvány, de egyébként erőteljes férfiú sem a háborúban, sem azóta nem szenvedett; heveny genyedő sebészi megbetegedésekben (furunculosis, panaritium stb.) sem. Kérdezésemre azonban visszaemlékezett arra, hogy gyermekkorában (körülbelül 8 éves korától 16-ig) nagyon gyakran szenvedett torokgyulladásban, a mely néhányszor igen magas lázzal kezdődött. Rheumás vagy más panaszai sem akkor, sem azóta nem voltak.

Január 14.-én az uretherkatheterismus a jobb veséből néhány pelyhet adott, melyek genyesejteket és diplococcusokat tartalmaztak. Mind a két tonsilla kissé belövelt, megnagyobbodott, egyenetlen, heges behúzódásokkal. Az állkapocsszögletből tapintva a jobb mandulagödör nem érzékeny, lágy; a balban vastos tömörülés érezhető, mely nyomásra fájdalmas. Ezen az oldalon a fejbiccentő mentén néhány megnagyobbodott nyirokmirigy található.

Az ezután rendszeresen végzett hőmérőzés gyakrabban mutatott 37.3° -ig menő emelkedéseket. A vesekezelést január 23.-áig lehetőleg másodnaponta folytattam és hol több, hol kevesebb diplococcut találtam festett készítményben és kulturában.

Most a gyógytervet úgy állítottam fel, hogy körülbelül 4 héten át megkísérlem a naponkénti vesekezelést. Ha ez célra nem vezet, akkor mindkét vesének állandó catheterrel való kezelését vettem tervbe és ha ez a kísérlet sem lenne eredményes, akkor el kell távolíttatnom mindkét tonsillát.

A vesemedenczekezelést január 23.-ától március 1.-éig a vasárnapi szünetelésekkel lehetőleg naponta végeztem; a vizelet majd tiszta volt, majd foszfátosan zavaros, a kulturák staphylococcus-tartalma változó, egy párszor átmenetileg negatív. Február 20.-án, miután két napon át mindennemű kezelés szünetelt, a beteg sárga folyással, zavaros foszfátos és genyertartalmú vizelettel jött a kezelésre. A váladékban genyesejtek és nagyon sok intra- és extracelluláris Gram-positív diplococcus. A hólyagban gyuladós tünet nincs, az ureternyílások feltűnőbb leletet nem adnak. Az alsó húgyutaknak egyszeri átöblítése kalium permanganicummal Janet szerint a húgycső-tüneteket megszünteti.

Január 28.-án, miután előző napon a hőmérséklet még 37° volt, mindkét állkapocsizület fájdalmas, a temperatura délelőtt 37.4° . A bal tonsilla valamivel erősebben gyuladt, nyomás az állkapocsszögletre fájdalmat okoz. A jobb állkapocsizület két nap alatt meggyógyul, a bal megdagad és erősen fáj. A duzzanat lassanként február 3.-ára enged, az izület azonban fájdalmas marad és a rágás, valamint a száj nyitása gátolt.

Március 1.-étől 3.-áig mindkét vesemedenczében 7 Ch. sz. catheter, miután 0.75 gr. neosalvarsant adtam intravenásan. 3–4 óránként vesemedenczeöblítés 1%₀₀-s lapisoldattal. Március 3.-án eldugulnak a catheterek, miután a vizelet kissé véres lett. Március 4.-én eltávolítottam a cathetereket és még egy 0.60 gr. -os neosalvarsant adok.

Március 6.-án betegem tiszta vizelettel jelenik meg, melynek pelyheiben kevés diplococcus és nagyon sok Gram-negatív pálcika található.

Március 7. Bacteriuriás vizelet. Hexal nagy adagokban. Március 8., 10. és 12.-én a veseváladéknak tenyésztés útján való vizsgálatá jobboldalt staphylococcut mutat tiszta tenyészetben, baloldalt staphylococcut és a coli-csoporthoz tartozó pálcikát.

Március 15. Kétoldali tonsillektomia (Liebermann dr.); aznap este a hőmérsék 37.9° . Két nappal utóbb egy ízben mérsékelt hőemelkedés, később hőmérsékemelkedés nincs.

Április 15. A műtét napja óta helyi kezelés nem volt, belső higiénia szigorú. A vizelet teljesen tiszta. Június 1.-éig klinikai és bacteriologiai ellenőrzés: a vizelet tiszta, a kevés foszlány és a centrifuga-üledék tenyésztésre steril. Körülbelül egy hétre a műtét után az addig kissé fájdalmas és mozgásaiban gátolt bal állkapocsizület teljesen szabad.

Mindkét tonsilla a kiirtás után tévedésből azonnal alkoholban lett keményítve és az I. sz. egyetemi kórbonczati intézetben feldolgozva. A metszetek a detritussal kitöltött lacunáknak fibrosus-leges zsugorodását mutatták. Bacteriumokat festési eljárással kimutatni nem lehetett.

Teljesen tudatában vagyok annak, hogy szabatos bizonyítékát a tonsillektomia hatásának a vesemegbetegedésre nem adom, mert hiányzik a bacteriologiai vizeletvizsgálat és a manduláknak bacteriologiai vizsgálata, illetőleg bennük staphylococcut tartalmazó genyőcöknek a kimutatása; de félreismertethetetlen a műtétnek kedvező befolyása az állkapocsizületi metastasis teljes kigyógyulására. A „post hoc“ azonban, tekintettel az előzetes intenzív és eredménytelen helyi kezelésre — összesen 38 vesemosást végeztem —, olyan meglepő, hogy nem tudok kitérni azon felfogás elől, hogy itt az „ergo propter hoc“-kal is szemben állok.

Az oki összefüggést egészen tisztán láttam a következő két esetben, a hol urogenitalis eredetű fertőzés teljesen hiányzott.

I. P. G., 17 éves, még nem közsült. 1920 augusztus 10.-én jelentkezik. Egy nap óta gyakoribb vizelésinger, aznap pedig a fájdalmas vizelés végén kevés vér. Reggel óta tompa fájdalmak a bal lágyéktájon. Körülbelül három hete furunculosisban szenved, különösen a zombokon néhány mélyen ülő furunculus nagyon fájdalmas volt, láza azonban 37.5° fölé nem emelkedett. Jelenleg egy nagyobb, tömött beszűrődött furunculus van a bal czomb külső oldalán; kissé duzzadt, érzékeny lágyékmirigyek.

A vizelet zavaros, a II. rész terminalis haematuriával; a foszlányokban Gram-positív diplococcus. A bal vesetájon határozott nyomás-fájdalmasság és defense.

Tüneti kezelés: a vizeleti panaszok ellen kúpok, diuresis és hexal, a furunculosis ellen prolongált fürdők, párákötés és napkúra, rendszeres hőmérés. Vidékre utazik.

Hőmérsék maximum augusztus 18.-áig naponta 37.4° . Uj furunculosis nincs, az utolsó gyógyulóban. A vizelet zavaros, a vizelés azonban kevésbé gyakori.

Augusztus 19. Hőmérsék $38.5, 39.7, 38.8, 38$. Augusztus 20. $37.4, 37.1, 37.7, 37.3$. A vizelésinger erősen fokozott, a baloldali vesetájon fájdalmak.

Augusztus 24.-éig subfebrilis, 37.2° maximummal. A vizelet nagyon zavaros, de az inger nem fokozott.

Augusztus 26. Újabb vizsgálat. Hőmérsék $36.4, 36.7, 36.3$. A furunculosis meggyógyult. A vizelet világos, pyuriás, foszlányaiban staphylococcusok. A bal vesetájon a defense elmúlt. Cystoskopia: a hólyagban közepes fokú foltos gyuladás, a bal ureternyílás kissé duzzadt, a vizeletsugár jó, a vizelet látszólag tiszta. Hólyagmosás 1%₀₀-s lapisal, folytatólag belső antisepticumok.

Augusztus 28. A vizelet tiszta, I. része foszlányokkal, bennük leukocyták, de bacterium nincs. Hexal elmarad. Innen kezdve panaszmentes; a vizelet tiszta, az I. rész apró foszlányai három tenyésztésnél sterilek. Szeptember 10.-én gyógyultan távozik.

II. B. L., 26 éves, 1920 október 2.-án azzal a panaszszal keres fel, hogy 8 napja gyakran, körülbelül negyedóránként kell vizelnie, sőt a vizeleti inger éjszaka is felkelti kétszer. Egy éve abstinent, gonorrhoeája nem volt. Három hét előtt torokgyuladása volt magas lázzal és rázóhideggel, azután egy héttig, míg fenti panaszai kezdődtek, jól érezte magát.

A vizelet mindkét részlete világos, pyuriás, kis foszlányokkal, a melyekből készített mikroszkopai készítmény bacteriumot nem mutat; a vizelet centrifugált üledékében genyesejtek és Gram-positív diplococcusok vannak. A bal vesetájon enyhe defense. A jobb tonsilla csúcán babnagyságú friss, heges behúzódás. Az állkapocsszöglet nem infiltrált, a nyakon mirigyek nem tapinthatók. A hőmérsék délután 4 órakor 36.9° .

Cystoskoppal 100 gr. kapacitás mellett a nyálkahártya diffúz gyuladást találok. A trigonum és a jobb ureternyílás szabad, ez látszólag tiszta vizeletet ürít jó sugárban. A bal ureternyílás duzzadt, gyuladt, lassabban mozog és zavaros váladékot ürít. A vesevizsgálattal jobboldalt tiszta, 1020 fajsúlyú vizeletet nyerek, baloldalt világos, eny-

hén zavaros, 1012 fajsúlyú a vizelet, a melyből centrifugálás előtt készült festetlen készítményben genysek láthatók. A centrifugatum jobboldalt epithelsejtek, baloldalt genysek és nem nagy számmal Gram-positív diplococcusokat mutat. Mindkét vesemedenczébe 3—3 cm³ 10⁰/₀-os lapis. Hólyagmosás. Hexal, diuresis.

Október 5. Panaszai két napja teljesen megszűntek. Vizelete tiszta, 1—2 legfinomabb foszlánnyal; ezekben elszórtan genysek vannak, bacterium nincs. Hexal elmarad.

Október 14. Teljesen jól van. A vizeletben sem foszlány, sem geny, sem más idegen alkotórész.

A tonsillitis, arthritis és nephritis közötti összefüggés ismerete nem mai keletű. A mandulamegbetegedések nyomán fejlődő genyes vesemegbetegedés a műtő- és a bonczasztalon be van bizonyítva. Egyet kell tehát csupán feltételeznünk, azt tudniillik, hogy az anamnesis szerint előzőleg már régen fennállott staphylococcus-fertőzés gyenge virulentiájú² — sajnos, a kulturákkal ezirányú kísérleteket nem végeztem —, s akkor feltevésemnek, hogy a kevésbé bántalmazott, vagy a már klinikailag gyógyult vesén át állandóan választódhatnak ki bacteriumok, semmi sem áll az útjában.

Typhusra és paratyphusra a kiválasztásnak ezt a módját Herz és Herrenheiser rendszeres klinikai bacteriologiai és kórbonczatani vizsgálatai már bebizonyították.³

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(III. rendes tudományos ülés 1922 november 4.-én.)

Elnök: Horváth Ákos.

Jegyző: Fekete Sándor.

A plastikus ólomvédő anyagról a Röntgen-therapiában.

Róna Alfréd: Kelen plastikus ólomvédő anyagával tett tapasztalatairól számol be. 1 kg. miniumot összekeverünk 1 kg. mintázó agyaggal és 1⁰/₀-os sublimatoddal össze gyúrjuk, a míg olyan a consistentiája, mint a szobrászagyag; ilyenkor a massa nem ragad, jól tapad, zárt edényben nedves kendővel letakarva, korlátlan ideig eltartható. Ha kiszárad, vízzel átgyúrjuk; könnyen sterilizálható. Nagyon alkalmas ez a védőanyag a szemgolyó védelmére, a szemöldök, a bajusz, a szakáll, a parotis és más mirigyek védelmére, melyeket a Röntgen-sugarak hatása alól ki akarunk rekeszteni; ilyenkor körülbelül 1 cm. vastagságban a megfelelő területre mintegy reáminázzuk, odaformáljuk. 1 cm. vastag védőanyag megfelel 4 mm. vastag ólomlapnak. A védőmasszának mintegy 40⁰/₀-a fémólm. Vizsgálatait az I. számú Röntgen-intézetben végezte. Összehasonlító méréseket eszközölt a használatban levő gummilapok és a plastikus ólomvédő anyag között. A kísérleteket radio-silex berendezéssel, nagy intenzitású, extrem kemény sugárzással végezte 90 ezer Volt effektív feszültség, 8 MA terhelés, 1/2 mm. zink- + 1/2 mm. aluminium-filter,

szélső Röntgen-sugárhullámhosszúság, 0.1 Å egység, 32⁰/₀ percentualis mély dosis és 30 cm. focus-börtávolság mellett. Az eredmények a következők voltak: 1 1/4 mm. vastag ólomgummilap a sugárzás 17.32⁰/₀-át átértesztette, 2 1/4 mm. vastag ólomgummilap, mindkét oldalán bőrrel fedve, a sugárzás 0.40⁰/₀-át eresztette keresztül, ugyanennyit kaptak 1/2 cm. védőanyagon át. 1 cm. vastag védőanyag alatt a sugárthatóság gyakorlatilag nulla. 34 betegen 59 esetben a védelem mindig teljesnek bizonyult, haj, szőrzet nem hullott ki, másodlagos elváltozások nem jelentkeztek. A védőanyag alatt levő terület a szomszédos részekből másodlagos sugarakat kap, de ez, mint a mérések bizonyítják, nem haladja meg a 10⁰/₀-ot. 20 cm² besugárzási kapun át 1/2 mm. Zn-filter alatt 9.8⁰/₀, 5 mm. filter alatt 7.8⁰/₀, filtrálatlanul 5.4⁰/₀ volt az oldalról odajutó másodlagos sugárzás. Az esetben sem volt a másodlagos sugaraknak hatása a védett terület alatt, a midőn a besugárzott területen a bőregység-dosison vitalis indicióból túlméntek.

² Löhlein: Über die haemorrhagische Nierenaffektionen (embolische, nichteitrige Herdnephritis). Med. Klinik, 1910, 10. szám.

³ Herz u. Herrenheiser: Paratyphusbacteriurie. Med. Klinik, 1920, 18. szám.

Terhességi diaetika és szülési prophylaxis.

Szili Jenő: 16 év óta folytatott eljárásának eredményeiről számol be, melyet normalis terheseken abból a célból végzett, hogy a terhességgel járó nehézségeket és kellemetlenségeket csökkentse, a terhesség okozta maradandó és részben rúfitó elváltozásokat lehetőleg redukálja vagy megakadályozza s hogy a szülés lefolyását megkönnyítse. Mint-hogy a magzatok nagyságának befolyásolása az anyának megszabott diaeta segítségével legalább is problematikus, a mint hogy az előadó sem látott a saját eseteiben sem ezirányú lényeges eltéréseket, az általa megszabott diaeta, a mely lényegében megegyezik az Eichhorst-félével, nem a magzatok súlyának a csökkenését célozza, hanem egyrészt a terhesek gyakori elhízásának megakadályozását, másrészt a magzati koponyacsontok alkalmazkodási képességének (rugalmassági tényező) elősegítését. A hasfalak tágulásának megakadályozását részben az általa e célra szerkesztett haskötő viselésével éri el, a mely azáltal, hogy a gerincoszlopon 14 csigolyára elosztva, segíti a terhes méhet hordani, lényegesen megkönnyíti az asszonyok járás-kelését és munkavégzését is. A hasfaltágulás megakadályozásának másik tényezője a hasfalak frottirozása. Ennek az eredménye az, hogy míg rendesen a terhesek 90⁰/₀-a kap terhességi hegeket a hasfalon, addig kezelt eseteiben ilyenek alig 10⁰/₀-ban képződtek. A kihajtó erők növelését a terhesek activ izomerejének fejlesztésével éri el: sok mozgás, bizonyos sportok és pontosan előirt hasizomgyakorlatok. Mindez eljárások egyszersmind a lelkierő fejlesztésére is szolgálnak, a mi a szülés nehéz óráiban rendkívül fontos. Mindezeket vetített képekkel és statisztikai eredményeivel illusztrálja.

Lovrich József: Nem tudja osztani az előadó nézeteit, mert azok talán célhoz vezetnek a magánygyakorlatban, de nem válnak be az általánosságban. Már a háború kezdetén szükségessé vált az újonnan felállított szülőotthonban a legnagyobb takarékoság, ezért főleg az olcsóbb növényi táplálékra tértek át, csak egyszer hetenként adtak húst, téstával pótolva a hiányzó caloriciákat. A házi súlygyarapodás így is több, mint egy kiló volt. Tornászásra nincs szükség, mert ezt a házimunka kiterjedt elvégzése bőven helyettesíti. A németek is újabban a sportolást házi munkával: fűrészeléssel, favágással, erősebb házi munka elvégzésével helyettesítik. A házi terhesek a sok munkával megerősítik az egyenes hasizmukat s kitűnően szülnék. A haskötőknek csak kóros esetekben van jogosultságuk. Először terheseknek főlőlegesen, hiszen egyenes fekvésnél a fej amúgy is mélyen leszál a medenczébe, ehhez haskötőre egyáltalán nincs szükség. Kóros esetekben egyszerű erős házi vászonnál készült haskötő is jó s nem szorulunk drága, komplikált hasartóra, mely kivétel nélkül nem mindenben megfelelő. A szülés eredményei így is jók, s távolról sem végez annyit fogót, mint a mennyit az előadó által előkészített asszonyokon végeztek. A fogóműtétek száma évről-évre apadt s ezer szülésnél alig 3—4 fogót végeznek a legszigorúbb indiciók alapján. A gyermekágy morbiditása jóval nagyobb a világon mindenütt, mint az előadó által említett 2.5⁰/₀, s ezért azt hiszi, hogy ez észlelési hiba.

Fekete Sándor: Az előadó a csontos medenczét említette, mint a szülési mechanizmus egyik tényezőjét. Ez a meghatározás nem elégendő, mert a lágy szülőutak, különösen a medenczefének izomzata jelentős befolyást gyakorolnak a mechanizmusra s a szülés gyorsaságára. E miatt ezek jelentőségét semmi esetre sem szabad mellőzni. Sajnálattal nélkülözte az előadásban egyrészt a diaeta pontos részletezését, valamint az étrend hatását a terhességi toxicosisokra, főleg a terhesség második felében kifejlődni szokott albuminuriára, vizenyőre s nephropathia. Minthogy nagyjában szok- és sószegegy étrendről lehet szó, igen érdekes lett volna megállapítani, mennyiben érhető el ezzel a nephropathia prophylaxisa. Az előadó több ízben szólt a fokozott terhességi lordosisról. Fuchs Dénes-sel végzett mérései alapján állíthatja, hogy a terhesség alatt a lordosis nem fokozódik. A terhesek „büszke” testtartása a boka, illetve térdizületben történő mozgás eredménye, célja a törzs súlypontjának hátrahelyezése. A gerincoszlop görbülete a terhesség alatt nem változik, így erre a fűző sem gyakorolhat jelentős hatást.

Frigyesi József: Régen kíváncsi az előadó eljárására és eredményeire, de úgy látja, hogy az előadó téves utakon jár és eredményei rosszabbak, mint az övéi és másokéi. A terhes asszonyoknak a mai nehéz megélhetési viszonyok között és a cselédtartás költségei miatt éppen elég mozgást kell végezniük s ezért nem is ajánl nekik egyebet, mint hogy rendes házi teendőiket elvégezzék és naponként egy órát szabad levegőn töltsenek, ha nem fáradtak, sétáljanak. Örül, hogy külföldi ember az előadást nem hallotta, mert téves képet nyerne helyzetünkről, azt hinné, hogy a magyar asszonyoknak nincs más dolguk, mint lábemelési és guggolási gyakorlatot végezni a terhességük alatt. De még az a néhány bizonyára igen kevés szerencsés, kivételes nő sem fogja ezeket a dolgokat végezni, hanem megfelelő időben vagy módon sportol, de nem a terhesség alatt. Azt mindenki tudja, hogy a

szülönőnek előnyére válik, könnyebben hozza világra magzatát, ha jó izomerőben van, de a terheség alatt nem lehet és nem is kell trainirozni. Kár a terhes nőnek a figyelmét annyira az állapotára irányítani, őt annyira az önmagával való foglalkozásra szoktatni; ez bizonyára csak fokozni fogja az úgynevezett ideges panaszait. Az izomerő és általában a testi erő helyes fejlesztésére már a leánykorban és serdülő korban kell gondolni és bizonyára annál több fog jobban megfelelni asszonyi hivatásának, mennél kevesebb teszi le jelesen az érettségi vizsgálatot. A diatának nincs nagy jelentősége a magzat fejlődésére; ezt híven megmutatták a háború alatt és után között nagy német statisztikák. Hogy az előadónak és terheseinek sok fáradságát sem koronázta siker, azt mutatják eredményei. Több mint 11.000 szülés közül csak 18^o/_o-ban, tehát félannyiszor kellett a szülést fogóműtéttel befejezni, mint az előadónak. A szülés tartama először szülő nőknél 16 óra, többször szülő nőknél 11 óra volt, holott szülönői között legalább 25–30^o/_o intelligens úrinő volt. Szülő a 3100–3200 gr. súlyú újszülötteknek nem örül, legtöbbször semmi hátránya sincs, ha az újszülött 3500–4000 gr. súlyllyal jön világra, erre a néhány száz gr. súlytöbbletre nagy szüksége van a csecsemőnek. Ez megéri azt is, ha miatta az anya hasfalzata jobban kitágul s néhány terhességi heggel több marad vissza a szülés után. Nem tartja helyénvalónak, hogy a terhességi heg kérdése mint fontos szempont befolyásolja eljárásainkat a terhesség alatt. Már pedig az előadónak sem a műtéti frequentia, sem a szülés tartama szempontjából nincsenek jobb eredményei, csak a terhességi hegek kisebb százalékában látja eljárásának sikerét. Hogy „prolapsus” eddig szülési után nem látott, annak az az oka, hogy mint jó nőorvos, a sérüléseket mindjárt el is látta; de különben is ezek a következményes sülyedések csak később jelentkeznek. A hasköti az utolsó napokban késlelteti az előfekvő rész leszállását, a medenczébe való benyomulását s ezért ilyenkor már nem is engedi hordani.

Scipiades Elemér: Az előadás conclusiójából hallotta, hogy az előadó arról óhajtott hallgatóságát meggyőzni, hogy az általa a terhesség idején alkalmazásba vett s élénk tárt módszerekkel a fogóműtét szükségességét jórészt, a szülészeti fájdalomcsillapítást pedig egészen ki lehet küszöbölni. Ez a meggyőzés azonban nem sikerült neki, de nem is sikerülhetett, mert hisz itt egész külön nézőpontra tartozó kérdésekről van szó, melyeknek egyik csoportja a terhesség, másik csoportja pedig a szülés diatetikájához tartozik, tehát nem keverhető össze.

Az előadónak helyesebben arról kellett volna minket meggyőzni, hogy az általa alkalmazott eljárások olyan haszonnal járnak, melynek előnyeit a terhesség lefolyásában élvezzük, következményes hasznát pedig még a szülésre, a gyermekágyra, sőt az ezt követő időre is kinyúlani látjuk. A meggyőzés azonban ez irányban sem sikerült, mert ehhez, magánesekekről lévén szó, az általa állítottak ellenkezőjét bizonyító magángyakorlati statisztika lett volna szükséges. Ilyet azonban a szülések tartamát és a magzatok súlyviszonyait illetőleg hozott csupán, a melyeknek adatai pedig semmit sem bizonyítanak, mert azoknak számadatai teljesen beléje esnek az irodalmi adatok átlagos adat-ingadozásai közé. Adatainak zömét ellenben, jóllehet előre mondotta, hogy az ilyen összehasonlítás nem helyes, intézeti adatokkal állította szembe. Ez az összehasonlítás is az ő anyagának rovására esett ki, például a fogó-frequentia és a magzati mortalitást illetőleg, bizonyosságául annak, hogy az eredmények éppen azokban az esetekben jobbak, melyekben az asszony az előadó ajánlotta életrendi cselekményeket nem végzi, bizonyosságául tehát annak, hogy azokra nincs is szükség. A mi az ajánlott eljárások összességét illeti, azok nem újak, a mi pedig őket egyenként illeti, rosszul vannak megválasztva. A részleteket kritikai boncolás alá véve, a következő conclusióra jut: Összegezve mindent, kritikául az előadásra azt kell mondanunk, hogy bár a törekvések, melyekkel terheseinek sorsát szíven viseli, dicséretesek, az általa ajánlott diatetikai eljárások igénybevétele nem ajánlható, még pedig azért nem, mert helytelen teoretikus alapokból levont következtetések eredményei lévén, célszerűtlének.

Szili Jenő: Fekete azon megjegyzésére, hogy a lány szülőutak szerepét a szülés lefolyásában nem méltatta, azt válaszolja, hogy egyáltalán nem tért ki a szülési mechanizmus mikéntjére, hanem a szülési erők játéka problémáját teljesen egyszerűsítve tárgyalta. Az általa előírt diéta nagyjából az Eichhorst-féle, annyi eltéréssel, hogy ennek keretein belül lehetőleg kevés phosphorsavas meszet engedélyez. Hogy a terhesség alatt fokozott lordosisról beszélt, ezzel az általánosan elfogadott álláspontot jelezte, fényképfelvételei is a mellett szólnak, hogy a terhesség alatt nem csupán a test súlypontjának hátravetése történik a boka- és csípőizületekben, hanem egy, főként az ágyéki csigolyákra szorító fokozott lordosis is van. Mindenesetre való, a mint az a bemutatott fényképfelvételekből is kitűnik, hogy az általa szerkesztett hasköti lehetőleg teszi, hogy a terhesek régebbi normalis tartással járjanak a nélkül, hogy testük súlypontját lényegesen hátrább helyezzék. **Frígyesi** megjegyzéseire az a válasza, hogy a terhesek által normalisan végzett napi munka lehet ugyan mozgás, de nem izommunka olyan értelemben, a mely a hasfalak izomzatát erősítene. Teljesen egyetért vele abban, hogy a terhesség alatt előírt tornagyakorlatoknál fontosabb lenne a leányok előkészítése az anyaságra fokozott sportolással stb. Angliában így is van: az angol asszonyok könnyen is szülnék; mint-hogy azonban a nőorvos nem a leányt, hanem a terhes asszonyt kapja kezelésbe, kénytelen a meglévő lehetőségekkel számolni és a veszített fejszének legalább a nyelét megmenteni. Hogy a sport a terhesség alatt nem szokásos, az lehet, de hogy ne volna hasznos is, ezt nem látja be, sőt a szülésre előkészített esetei az ellenkezőjét bizonyítják. A mi a magzatok súlyviszonyait illeti, erre nézve hangsúlyozta, hogy az előírt diéta magát a súlyt alig befolyásolta, de ez nem is volt a célja. A mi

a műtéti frequentia illeti, kiemelte, hogy a végzett fogók közé felvette azokat is, melyek tulajdonképpen hiányosan voltak előkészítve, melyek tehát nem is esnek a methodus rovására, valamint olyanokat, melyekben valamely intercurrentis baj az előkészítést illusoriussá tette. Ha a hozzászóló kórházi anyagában rövidebb szülési időtartamot mutat ki, ennek két oka lehet; egyrészt kórházi anyagban mindig sokkal több a fiatal szülönő, másrészt igen sokat tesz ki a kikérdezés módja és a szülönő bevallása. Könnyen támad így 10–12 óra differentia. **Scipiades**-nek az a megjegyzése, hogy az előadó saját magáneseit kórházi esetekkel hasonlította össze, nem helytálló, mert hiszen mindentűnt szembeállította elő nem készített eseteit is és csak kiegészítésként hozott fel klinikai adatokat. Irodalmi részleteket az előadó szándékosan nem említett, habár az erre vonatkozó gyér adatok rendelkezésére állanak. Annyit mondott, hogy az első idevágó közlemények 1911-ből valók, tehát 5 évvel későbbi időből, mint a mikor a kísérleteit megkezdte. A mi **Scipiades**-nek a szülés mechanizmusára vonatkozó megjegyzéseit illeti, az előadó ezt a szót, mint részt, az egész helyett használta, de tulajdonképpen csak a szülés mechanikai erőcomponentseiről beszélt, a nélkül, hogy éppen ezeknek mechanizmusát módosuló részletösszetevőire kitért volna. Az előadó nem mondotta azt, hogy a magzatot össze lehet nyomni. Az Eichhorst-diatának és a phosphorsavas mesz reductiójának eddig semmiféle kárát nem látta, az ilyet nem is az elmélet, hanem a gyakorlat dönti el. Az előadó hasköti je már csak azért sem térítheti a fundust a gerincszlop felé, mert hiszen a fundust szabadon hagyja és csak az uterus túlságos előredőlését akadályozza meg. Senki sem mondhat kritikát egy füzéről mindaddig, a míg azt ki nem próbálta; a hozzászóló lesújtó véleményével szemben sokkal kompetensebb a sok száz nő magasztaló véleménye, a ki azt hordta. **Lovrich** megjegyzéseire azt válaszolja, hogy hiszen lehet, hogy a szülés illetén előkészítését a kórházi gyakorlatban általánosítani ma még nem lehet, de hogyha lehetne, az éppen olyan hasznos lenne ott, mint az előadó eseteiben volt, a kik testi munkát különben nem, vagy alig végeznek. Hogy hasköti van-e szükség vagy nincs, az megítélés dolga. Sok előnyt látta, tehát viselteti. Hogy a szegény betegek nagy tömegének drága hasköti rendelteteni nem lehet, ez, sajnos, igaz, de ebből nem az következik, hogy hasköti viselni rossz, hanem hogy — sajnos — nem mindenki teheti. A mi az előadó gyermekágyi morbiditásának feltűnően jó statisztikáját illeti, ez csak az intézeti statisztikákkal szemben annyira feltűnő; az egyik oka az, hogy az intézeti beteganyag külső körülményei olyanok, a melyek a legnagyobb sterilitás mellett is bizonyos százalékban lázaskodás okává válnak.

Debreczeni Orvosegyesület.

(I. tudományos ülés 1922 október 21.-én.)

Elnök: Szontagh Félix.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Kombinált hasüri megbetegedés.

Hüttli Tivadar: Annak igazolására, hogy különböző hasüri megbetegedések előfordulása mennyire elhomályosíthatja a klinikai képet, 31 éves nőt mutat be, a kinek két év előtt orvos által észlelt appendicitisből kiinduló hashártyagyulladás volt. Betegsége műtét nélkül gyógyult. Jelenleg hasonló roham után tályog képződött a vakbél táján, mely mellett az appendicitis egyéb tünetei is jelen voltak. A Douglas le volt domborítva. Műtét a betegség harmadik hetében történt. Elhegesedett féregnyúlvány, gonorrhoeás eredetű salpingitis és ökölnyi dermoid cysta volt a Douglas-üregben. A cystában fogakat és szörpamacsokat talált. Éltávolította a féregnyúlványt, a tályogot megnyitotta; a dermoid cysta kiirtása négy hónappal később végzett műtéttel történt. A beteg meggyógyult.

Csecsemőkori gummás lues.

Ambrus József: Rámutat a kórkép ritkaságára. 11 hónapos csecsemőből való képzőanyagot demonstrál. Tumorszerűen növekvő képletek jelentkeztek négy hónappal ezelőtt. A homlokudorok felett jobboldalt diónyi, baloldalt valamivel kisebb szövetszaporulat, a melyben köralakú csontsáncz tapintható. A jobb triceps középső részén mogorónyi, tömör csomó, a könyökizületek környékén babnyi-kisdiónyi porczkemény nyirokcsomó, némelyiknek a belseje elcsajtosodott. A bal metacarpusban kifehélyesedett gümme. A tibiák vastagok. A tüdők felső lebenyeiben számos, a csontvelőben, májban, herében, kevesebb gümme. Feltűnő a gummák részarányos elrendeződése. Ismerteti az egyes szervek kórszöveti elváltozásait s kiemeli, hogy a Langhans-typusú óriássejtek nagy csoportokban vannak, a májban ez óriássejteken kívül májsejt-magvakkal bíró óriássejtek vannak, a csontvelőben nagyfokú eosinophilia.

Hyphomycetás megbetegedések.

Neuber Ede: Az előadás egész terjedelmében megjelenik.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Hans Prinzhorn: Bildneri der Geisteskranken.
Springer, Berlin, 1922. 361 oldal. Ára 840 márka.

Az elmebetegeknek mintegy két százalékát találta *Prinzhorn* olyannak, a ki szívesen rajzol, fest, farag. Ezek munkáinak összegyűjtése úgy a psychopathologia, mint a művészi alkotás psychológiája és nem utolsó sorban — ezt tegyük hozzá — a műkritika számára gazdag aratással biztatott. A heidelbergi elmeklinika vállalkozott, hogy a német testvér-intézetek hozzájáruló anyaggyűjtése segélyével e kérdést megvizsgálja. Az összegyűjtött anyag feldolgozása fekszik most előttünk pompás albumszerű kiadásban, 187 részben színes szöveggel és mintegy 20 színes képreproductio kíséretében. A kiadó tehát mindenestre kitett magáért. Vajjon elmondhatjuk-e ugyanezt a szerzőről?

Műve egyik részében az ábrázoló alkotás metaphysikai irányú psychológiájával foglalkozik, igen helyesen állást foglalva ama törekvés ellen, a mely a művészet és a psychiatria határterületét egyszerűen elintézte a Lombroso-féle közhellyel: genie és örökség. Főképpen a következő motivumokat fogadja el az ábrázolás psychológiájában: a kifejezési szomjúságot (Ausdrucksbedürfnis), a játékhajlamot és az utánzó hajlamot, melyek három főirányban nyilvánulnak meg: az ábrázoló, a rendező és a másoló törekvésben. Műve másik részében psychiatriai ismeretek előrebocsátása után teljesen regisztráló érdektelenséggel ismerteti egy csomó elmebeteg-rajzot, festményt, faragványt, majd ehhez a csoporthoz tíz, különösen productiv schizopheniás beteg productióinak regisztrálását fűzi. A következő fejezetben azután psychiatriai és intuitiv analytikai következtetéseket von le tapasztalataiból. Megállapítja ő is a schizopheniások rajzainak közeli rokonságát a gyermekek, primitívek és bizonyos kulturidők rajzaival, főképpen korunk ábrázoló művészetével. Állást foglal azonban ellene, hogy most már korunk művészi irányát betegnek mondjuk. Ez éppen olyan következtetés lenne, mintha azt mondanánk: X. Y. fatárgyakat farag, a négerék fatárgyakat faragnak, X. Y. tehát néger! A különbség az, hogy a schizopheniás nem tud másképp cselekedni, teljesen autistikus, ambivalens és nyakatekert világnézetének hatása alatt áll, korunk művészetében azonban tudatosan keresi az inspirációt mai irányzatában. Így a szerző. Sajnos, nem adhatunk igazat, mert az a művészi törekvés és az a műizlés, a mely a szépért a beteghez fordul, aesthetikailag sántít. Teljesen igaz van, mikor az ábrázolásnak a schizophrenia psychológiáját illető nagy fontosságát hangsúlyozza; kiemeli a schizopheniások nagy productiv készségét és azt a változatosságot, a mely már teljesen elbutult betegek alkotásaira is egyéni bélyeget nyom. Érthetetlen azonban, miként olvas ki ebből a megfigyelésből a schizophrenia egységének hiányára vonatkozó nézeteket. Végül a vizsgálatok nyomán adódó individualis és tömegpsychologiai problémákra világít rá.

A referens, ki maga is abban a helyzetben volt, hogy elmebetegek ábrázolásait gyűjtötte össze, a könyv nagyigényű megjelenése mögött nem találta meg az anyagnak olyan gazdagságát, a minőt várt. A psychologiai problémák sok helyen csak érintetnek, és pedig túlságosan metaphysikai irányban. Ezzel szemben az elmebetegek productiói gyakran csak a regisztrálás mellett maradnak és a tapasztalatok törvényszerűségeinek a symptomatologia számára való kitermelése igen mostoha elbánásban részesül. Nem is említjük, hogy a schizophrenián kívül egyéb kórképpel alig foglalkozik. Nagy érdeme azonban az az óvatosság, melylyel itt is, ott is fölhívja a figyelmet az összehasonlító anyag hiányára.

A könyv — korán jött. Így a nem psychiater, a művész, a műkritikus kezébe kerül, ára, kiállítása erre praedestinálja, és jó, ha kánon lesz belőle, de félünk, nem lesz-e egyszer csak — dorong.

Kluge dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az idült nephritis prognózisára vonatkozó adatokat közül *Frehse* a heidelbergi egyetem belklinikájáról. Idült nephritisben szenvedő 248 beteg közül 68 több mint 5 év óta, 23 több mint 10 év óta, 19 több mint 15 év óta, 6 több mint 20 év óta beteg (egy beteg baja 44 év előtt kezdődött). A betegség tartama és a vérnyomás foka között valamelyes törvényszerű összefüggés nem igen mutatható ki. Az albuminuria és cylindruria foka a prognózis szempontjából alig használható fel. Nagyobbfokú haematuria rosszabbodást jelent, megszűnté után azonban akárhányszor nem rosszabb a beteg állapota, mint a milyen a vérzés előtt volt. Voltak betegek, a kik 6—7 acut rosszabbodás után még aránylag nagyon jó állapotban voltak s a vérnyomásuk és maradéknitrogénjük alacsonyabb értékű volt a későbbi rosszabbodásuk után, mint az elsők után. Az arterialis nyomásnak állandó fokozódása kedvezőtlen prognostikai jel. Retinitis albuminurica 25%-ban fordult elő; a kifejezett retinitis többnyire rossz jel, de azért vannak kivételek; kisfokú neuritis optica éveken át változatlanul fennállhat a beteg általános állapotának tetemes javulása mellett. Az oedemák jelentkezése nem mindig rossz jel; több olyan beteget észlelnek már évek óta, a kinek időnként, esetleg hosszabb időre is oedemája van, még pedig kimutatható külső ok nélkül s a ki ennek daczára egészen jó általános állapotban van, munkabíró. A psychés ártalmak káros hatása több esetben nyilvánvaló. A vér maradéknitrogéntartalmának fokozódása és uraemiás tünetek jelentkezése többnyire nagyon komoly dolog, de azért még nem jogosít fel okvetlenül kedvezőtlen prognózis felállítására, a mint azt két részletesen leírt esettel demonstrálja a szerző. De arra is felhoz példát, hogy aránylag jóindulatúnak látszó esetben is nagyon óvatossá kell lennünk a prognózis felállításában. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 46. szám.)

A cholesterin jelentősége fertőzésekben. *Leopold* és *Bogendorfer* kísérletes vizsgálatai szerint a vér cholesterintartalma fertőzőbetegségek lefolyásában tetemesen csökken. Véleményük szerint a bacteriumtoxinok kötik meg a cholesterint. Állatokat sikerült bizonyos fertőzésekkel kigyógyítani, vagy legalább a betegség lefolyását hosszabbá lehetett tenni, ha a vér cholesterin-tartalmát mesterségesen fokozták. (Deutsches Archiv f. klin. Med., 140. köt., 1. és 2. füz.)

Szemészet.

Az enucleatio után végzett kozmetikai javító-műtétekről ír *Sattler*. A műszem hiányos mozgékonyosságát, a szemüregbe süllyedését s a felső szemhéjban gyakran keletkező mélyen behűződő barázdát az üvegszem alakjával és nagyságával többnyire nem tudjuk elkerülni, de sikerül ez élő szövetnek a szemgolyó helyére történő átültetésével, a mi leggyakrabban zsír, de lehet csont, porcogó, zacskó formájúvá tett bőr, nyálkahártya és fascia. Fő követelmény az, hogy a transplantatum kedvező táplálkozás-viszonyok közé jusson. Sok közlés, mely az enucleatio és exenteratio utáni zsíratültetésről szól, nem említi különbséget a sclera-zsákba és a Tenon-tokba átültetett zsír zsugorodásfokáról, pedig a sclera részéről hiányos táplálkozás miatt a transplantatum necrotikus lesz és igen erősen zsugorodik, ezért ezt az eljárást nem ajánlja. A Tenon-tokba átültetett zsír eleinte degenerációs jelenségeket mutat, de ezt regeneratio váltja fel s végeredményben nem, vagy alig zsugorodik. Az implantatio érdekében főkéllék a vérzés gondos csillapítása. Az átültetendő zsírt legkönnyebben a czomb külső felületéről vehetjük; nagysága körülbelül olyan legyen, mint a bulbusé. Az átültetendő zsírt a szerző két dohányzacskóvarrattal rögzíti a szemüregben, mely varratok egyikét a Tenon-tokban, másikat a conjunctivában helyezi el. Az implantatio eredményének és a zsugorodás fokának megítélésére szolgáló mérések azt mutatták, hogy míg egyszerű enucleatio után behelyezett műszemnél átlag 3-6 mm. enophthalmus mérhető, addig transplantatióval egybekötött után csak 0-8 mm. A műszem mozgékonyága egyszerű

enucleatio után átlag 26 fok, transplantációval egybekötött után átlag 35 fok. Gyermeken enucleatio után az orbita a növényben elmarad, ez transplantatio által ha nem is akadályozható meg, de talán valamennyire mérsékelhető. Enucleatio vagy exenteratio után néha a felső szemhéjon erősen behúzódó mély barázda látható. Ennek mérséklésére több mód van: 1. zsrátültetés a kötőhártya-zsákba; 2. nagyon petyhüdt alsó szemhéjnal a műszem emelése az alsó szemhéj megrövidítése (szemrésszűkítés) által; 3. zsrátültetés a felső szemhéj alá, a mit Adam, Hanssen és Lexer is ajánlott. Ez utóbbi műtét elvégzésére a metszést a szemöldökíven ajánlja. Utána eleinte ptosis keletkezik, de ez lassan visszafejlődik. Egy esetben az alsó áthajlási redő elé és mögé történt zsrátültetés javított a műszem helyzetén. A szöveghez két szépen sikerült transplantálás fényképét mellékeli. (Graefe's Archiv für Ophthalmologie, 1922 július.)
Pelláthy Béla dr.

Szülészeti és nőorvostan.

Az eklampsia volt az angol szülészeti és nőgyógyászok ez év júliusában megtartott congressusának egyik tárgya. Az 1911—21. évek 547 (!) eklampsiás esetének erre a congressusra egybeállított statisztikáját érdemes ismernünk, mert ilyen nagy beteganyag *egységes* összeállításából az unalmas számokban sokat mondó válaszokat kapunk olyan kérdésekre, melyek nemcsak a szülést, de a gyakorlóorvost is érdeklik. Összefoglalva az eredményeket: Az anyai mortalitás 22·1% volt. Az évenkénti és évszakonkénti megjelenésben semmiféle szabályosság nem vehető észre. Az eklampsiások 69·8%-a primipara. A primigravidáknak 20·5%-a, a többször terheseknek 23·6%-a halt meg. 9% iker-terhességnél fordult elő (az ikerterhesség gyakorisága valamivel több, mint 1%). A comával járó esetek mortalitása 34·2%, a „mély“ comával járóké 63·4%, a coma nélkülieké 5%. A hol a pulsus-szám 120 felett volt, 40%, 120—90 pulsus-számmal 9·4%, 90 pulsus-szám alatt 5·4% mortalitást észleltek. 39·5° C feletti hőmérsékelnél 74·3%, 39·5—37·7° C közöttinél 11·2%, 37·7° C alattinál 5·9% volt a halálozás. A rohamok száma szerint csoportosítva: a meggyógyultak átlag 6·8, a meghaltak átlag 12·7 rohamot állottak ki. A vizelet fehérjetartalmát véve alapul: fehérje nélkül 0%, kevés fehérjével 8%, sok fehérjével 14%, igen sok fehérjével 25·3% volt a mortalitás. Az oedemánélkülieknek 29·4%-a, a kis fokban oedemásoknak 15·4%-a, a nagy fokban oedemásoknak 16·3%-a pusztult el. (Más angol statisztikákban legnagyobb a mortalitás-százaléka a nagy fokban oedemásoknak.) A vérnyomás magassága szerint osztályozva: 200 Hg mm. felett 36%, 200—140 Hg mm. között 20%, 140 Hg mm. alatt 21% a halálozás. A terhesség 36. hete előtt kitört eklampsia mortalitása 22·2%, a terhesség későbbi szakában 17·9%. A terhesség alatti eklampsiáknak 20·5, a szülés alattiaknak 16·6, a gyermekágyiaknak 27·6 volt a halálozási százaléka. A szülés után a rohamok megszűntek az esetek 4/5-ében. De ha nem szűnnek is meg, a halálozási százalékat ez nem rontja. A kezelés szerint osztályozva: azoknak az eklampsiásoknak, a kiken semmiféle szülészeti beavatkozás nem történt és a kiken kisebb műtéteket hajtottak végre (szülés megindítása, fogó, fordítás), sokkal kisebb a mortalitása, mint a kiken császármetszést (akár per laparotomiam, akár per vaginam) végeztek. A két csoport eseteinek súlyossága között átlagban nem volt különbség! A vérbocsátástól kevés jó hatást láttak, sőt ártalmas is lehet, a halálozási százalékat növelheti. (Hogy hányszor és mennyi vért bocsátottak le, nem tudható meg a referatumból.) A magzatok sorsa e statisztika keretében nincsen tárgyalva. (The Lancet, 1922, 5158. szám.)
Váro dr.

Gyermekorvostan.

Exanthema subitum elnevezés alatt új heveny-fertőző kütéget ismertet Borden S. Veeder és T. C. Hempelmann (St.-Louis). A megbetegedést ezideig még csak Zahorsky észlelte, ugyancsak St.-Louisban, és roseola infantum neve alatt közölte eseteit 1910-ben és 1913-ban. A szerzők az exanthema subitum elnevezést jobbnak és kifejezőbbnek tart-

ják. A megbetegedés hirtelen veszi kezdetét 3—4 napig tartó magas lázzal, a mely idő alatt semmiféle kóros elváltozás nincs a lázon kívül, az eszmélet sohasem zavart. A negyedik napon a láz hirtelen esik és ekkor jelenik meg az exanthema, mely morbilliformis, halvány vörös apró maculosus, illetőleg maculopapulosus, 24—48 óra alatt teljesen elhalványodik, hámlás utána alig észlelhető. Jellemző a lázas szak alatt jelentkező nagyfokú leukopenia, 80—90% lymphocytával. Utóbántalmakat vagy szövödményeket sohasem észleltek, a betegség a kütég elhalványodásával véget ér. Ragályozó képessége úgy látszik igen csekély, mert sem a családban, sem az iskolában nem követték egymást megbetegedések. Leggyakrabban kis gyermekek, 6 hónaposak — 2 évesek kapják meg. A szerzők e megbetegedést, mely úgy látszik csak az Egyesült Államok déli részében fordult eddig elő, önálló kórformának tartják. (Journ. of the Americ. Med. Ass., 1921, decz. 3.)
Bosányi dr.

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

A trigeminusneuralgiák kezelésére a chlorylen (trichloroethylen) belégzését már többen ajánlották. Seelert szerint belégzéssel nem adagolható elég pontosan a nevezett szer s azért megpróbálta belsőleg adni. E célra szolgálnak a Kahlbaum-gyár által forgalomba hozott, csak a vékonybélben oldódó gelatina-gyöngyök 0·25 gramm chlorylen-tartalommal. Naponként 3-szor 2—3 gyöngy használatára az esetek egy részében már néhány nap múlva megkezdődik a javulás; más esetekben tovább várat magára az állapotnak jobbrafordulása. Friss esetekben jobbak az eredmények. Kedvezőtlen mellékhatásokat nem észleltek, a gyomor és bél részéről sem. Több esetben feltűnő volt az álmot hozó hatás, a mi a szóban levő bajban előnynek mondható. (Klinische Wochenschrift, 1922, 45. szám.)

A paracodin-sirup nevű újabb köhögéscellenes szer, a melyet a Knoll-czég gyárt, Schubert tapasztalatai szerint nagyon jó hatású kínzó köhögés minden alakja ellen, e mellett senega- és benzoészav-tartalma miatt váladékoldó is. Összetétele a következő: paracodium bitartaricum 0·2, extr. grindeliae 1·5, extr. senegae, extr. althaeae aa 1·0, acid. benzoicum 0·2, sir. simpl. 84·0, aqu. destill. ad 100·0. Felnőtteknek naponként 3-szor kávéskanálnyi, gyermekeknek 1/4—1/2 kávéskanálnyi adandó. (Medico, 1922, 13. sz.)

Vegyes hírek.

Megbízás. A m. kir. igazságügyminiszter Prihoda László dr.-t a sátoraljaújhegyi kir. törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi tennivalók ideiglenes ellátásával bízta meg.

Személyi hírek külföldről. J. Zange jenai rendkívüli tanárt ki-nevezték a gége- és fülörvostan rendes tanárává a gráci egyetemen. — Scheibe rendkívüli tanárt az erlangen egyetemen a gége- és fülörvostan rendes tanárává léptették elő. — P. Schmidt hallei tanárt meghívták a freiburgi egyetem közegészségtani tanszékére.

Meghalt. Verebely László dr. egyetemi rendkívüli tanár, a Stefánia-gyermekórháznak évtizedeken át sebészfőorvosa, 82 éves korában december 11.-én.

Fontos!!

Megjelent

az Orvosi Zsebnaptár XXVII. évfolyama.

Ára „Magyarország Orvosainak Évkönyvé“-vel együtt
980 korona, Évkönyv nélkül 350 korona.

Ajánlatos a megrendeléssel sietni, mert a készlet hamar elfogy és tavaly sem tudtunk az elkészített megrendeléseknek eleget tenni.

„Petőfi“ Irodalmi Vállalat
VII., Kertész-utca 16.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Donath Gyula: Közlemény a m. kir. tudományegyetem bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató: Nékám Lajos dr., ny. r. tanár.) Ezüstsalvarsan-kezelés a központi idegrendszer syphillises megbetegedéseiben. 493. oldal.

Sternberg Ferencz: Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., nyilv. rendes egyetemi tanár.) A purpuráról. 495. oldal.

Czoniczér Gábor: Közlés a budapesti kir. magyar Pázmány Péter-tudományegyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.) A vérhúgsavmeghatározás szerepe a nephritis kórjelzésében és kórjósulásában. 497. oldal.

Debreczeni Orvosegyesület. (II. tudományos ülés 1922 október 28.-án.) 499. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. W. Liepmann: Der geburtshilfliche Phantomkurs. — **Fehling:** Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung in der Frauenheilkunde. — **Lapszemle. Belorvosstan. Schottmüller:** Az asthma bronchiale vaccinás kezelése. — **Szülést és nőorvosstan. Seitz:** A menstruatio tanának legújabb állásáról. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.** 500–501. oldal.

Vegyes hírek. 501. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a m. kir. tudomány-egyetem bőr- és bujakórtani klinikájáról. (Igazgató: Nékám Lajos dr., ny. r. tanár.)

Ezüstsalvarsan-kezelés a központi idegrendszer syphillises megbetegedéseiben.

Irta: **Donath Gyula** dr., egyetemi tanár.

Az az elméleti feltevés, hogy a salvarsannak kémiai összeköttetése ezüsttel (a *Kolle* által előállított ezüstsalvarsannatrium), mely utóbbit szintén spirochaetaölőnek ismerünk, hatásában a tiszta salvarsant jóval felülmúló szert fog adni, a syphillidologusok eddigi tapasztalatai szerint fényesen beigazolódt. Már 1902-ben elfoglalt álláspontom, mely az idegrendszer úgynevezett metalueses megbetegedéseinek activ kezelését sürgeti, főként natrium nucleicummal kapcsolatban antisiphilicikumokkal, örvedetesen széles körben fogadták el. Kiválóan alkalmas a salvarsan a tabes és paralysis erélyes gyógykezelésére, roboráló és a kénesőhöz mérten kevésbé mérgező hatása miatt. Kívánságomat, hogy az ezüstsalvarsannatriumot kipróbáljam az idegrendszer lueses megbetegedéseiben, *Kolle* titkos tanácsos a legkészségesebben teljesítette, miért is neki e helyen leghálásabb köszönetemet fejezem ki. Sajnos, zavaros állapotaink és a közlekedés nehézségei miatt a megfigyelésekhez csak az 1919. év végén és még akkor is csak megszaktatásokkal bírtam hozzáfogni. Közben közölték *Weichbrodt*,¹ *Knauer*,² *Dreyfus*,³ *Sioli*,⁴ *Hoppe*,⁵ *Meggendorfer*,⁶ *Friedländer*,⁷ valamint *Boas* és *Kissmeyer*⁸ kedvező eredményeket paralysis eseteiben.

Általános megjegyzések.

Az ezüstsalvarsan-kezelés bejárólág történt, kivéve egy súlyosan megbetegedett paralysisest, ki czombnyaktörést is szenvedett és e miatt a klinikára vették fel. Legtöbbször 0.5%-os NaCl-ban oldott 1%-os ezüstsalvarsant infundáltunk, ritkán külső okoknál fogva Record-fecskendővel való injectio alakjában, akár 1.25%-os és 1.50%-os oldatot is. A kezelés

¹ *R. Weichbrodt:* Silbersalvarsannatrium und Suloxylatpräparat in der Paralysetherapie. Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 44. sz.

² *A. Knauer:* Über die Behandlung der Paralyse und Gehirnsyphillis mit Salvarsaninjektionen in die Karotiden. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 23. sz.

³ *L. Dreyfus:* Silbersalvarsan beiluetischen Erkrankungen des Nervensystems. Deutsche med. Wochenschrift, 1920, 31. sz.

⁴ *F. Sioli:* Über die Behandlung der progressiven Paralyse. Deutsche med. Wochenschrift, 1920, 8. sz.

⁵ *I. Hoppe:* Über Silbersalvarsannatrium. Deutsche med. Wochenschrift, 1919, 48. sz.

⁶ *Hamburger Aertzlicher Verein.* Ref. Deutsche med. Wochenschrift, 1920, 38. sz.

⁷ *Friedländer:* Die Behandlung syphillidogener Geisteskrankheiten mit Silbersalvarsan. Ibidem 1919, 20. sz.

⁸ *Boas und Kissmeyer:* Silbersalvarsannatrium. Mediz. Klinik, 1920, 9. sz.

után a betegeknek gyakran messzefekvő lakásukba, mely esetleg 1 óráig vasúti utazást is jelentett, kellett visszatérniök. Mindez baj nélkül történt. Az adagok fokozatosan emelkedtek 0.05 gr.-tól 5 cgr.-onként 0.30-ig, mely adagnál legtöbbször megmaradtunk. Erősebb testalkatú betegeken gyorsabban emeltük a dosisokat. Nőknek 0.25 gr. volt a legnagyobb adag. Az infusiók rendszerint 5 naponként történtek, azonban előfordultak 4 és 6 napos időközök is. Ezeket az injectiókat megszakítások nélkül adtuk, 10–15-öt, sőt még többet is.

Magától értetődik, hogy az infusiót, ha a beteg nem jól érezte magát, elhalasztottuk, míg a normalis állapot ismét helyreállott. Csak ritkán kellett erősebb reactio (magas láz, angioneurosisos jelenségek és hasonlók) miatt egy előbbi alacsonyabb adagra visszatérni. 10 infusio után esetleg 14 napi szünetet lehet tartani, azonban ajánlatos legalább 15 infusio, tekintettel arra, hogy *Hauk* és *Hahn*, valamint *Schindler* észlelései szerint a positiv Wassermann-reactio negativra fordulása a 10. és 14. injectio között szokott bekövetkezni; ez persze az úgynevezett metalueses megbetegedésekben már ritkábban történik. Az ily módon adott gyógyszer összes mennyisége 1.65 és 3.90 gr. közt mozgott.

A mi az infusiók utáni lázmenetet illeti, egyeseken semminemű hőemelkedés sem volt észlelhető, azonban az esetek többségében csekély hőemelkedés mutatkozott, legtöbbször 38° C alatt s csak egy esetben érte el a 39° C-t. Néha az első alacsony adagokra semmi reactio sem jelentkezett, a következő magasabb adagokra subfebrilis hőemelkedés állott be és az utolsó dosisokra újra normalis lett a temperatura. Az infusiót követő napon a betegek láztalanok voliak; csak ritkán jelentkeztek a 2–5. napon utólagos csekély hőemelkedések, melyek ritkán a 39° C-t érték el vagy ezt is túllépték. A lázas reactiók magyarázatát talán abban kell keresnünk, hogy a betegek egy része azelőtt semminemű vagy elégtelen specifikus kezelésben részesült, vagy a kezelés már régi keletű volt és a mostani salvarsanhatás által feloldott spirochaetákból lázokozó toxinok váltak szabaddá.

Lues cerebri eseteiben a positiv Wassermann-reactio teljesen negativvá vált. Ezzel szemben tabes és paralysis eseteiben, a mint a többi salvarsan-praeparatummal tett észleletek eddig is mutatták, a Wassermann-reactio meglehetősen refractarnak bizonyult. *Boas* és *Kissmeyer* is az idősebb syphillis-esetekben ezüstsalvarsanra a Wassermann-reactióban semmi vagy csak kevés változást észleltek.

Metalues 10 esete közül 4 negativ lett, közülük 1 eset kétes, 1 változatlanul negativ és 5 változatlanul positiv maradt. E mellett a liquor cerebrospinalis és a vér reactiója között semmi párhuzamosság nem áll fenn; ily módon a serum-reactio csekély javulása mellett a liquorreactio változatlan maradhat. A liquor Wassermann-reactiójának e befolyásolása, a mint az a Nonne-Appelt- és Pándy-féle reactióra, valamint a lymphocytosira is vonatkozik, nem tekintve a luesellenes gyógymódok therapiás hatását, kétségtelenül azt mutatja, hogy

a salvarsan, bármely csekély mennyiségben is, de belép a liquorba, ámbár annak jelenléte benne mindeztideig chemiailag kimutatható nem volt. *Knauer* szerint is az ezüstsalvarsan bekebelezése után a liquor cerebrospinalis chemiai vizsgálata arsenre és ezüstre eredménytelen volt, ennek oka azonban véleményem szerint a kimutatásra szolgáló reakciók kevésbé érzékeny voltában keresendő.⁹

A hol csak eme járókezelés mellett kivihető volt, az ezüstsalvarsan adását megtoldottam $\frac{1}{2}$ —1 mgr. neosalvarsan intralumbalis befecskendezésével. Ezütsalvarsant intralumbalis nem alkalmaztam, mert már első alkalommal ily erős higitás mellett a colloid ezüstsalvarsan durva pelyhes kicsapódását észleltem. Intralumbalis befecskendezés céljából 150 cm³ destillált vízben oldott 0.15 gr. neosalvarsannak $\frac{1}{2}$ —1 cm³-e 10 cm³-es fecskendőbe szívatott fel; ez physiologiai NaCl-mal megtöltve, a vizsgálat céljaira kibocsátott liquor helyébe ugyanazon kanülön keresztül injiciáltattam. Ha a diagnosis, mint legtöbbször, már a liquor-vétel előtt kétségtelen, akkor a liquor kibocsátását már az első alkalommal lumbalinjectióval köthetjük össze. De mindenesetre kívánatos, hogy a lumbalinjectio a kezelés végén történjék. Utána teljes nyugalom elérése céljából a beteget ágyba fektetjük, hol medenczét magasan, fejét alacsonyan helyezük el, a mit az ágy lábvégének emelése, a medencze felpárnázása, a fejpárna elvétele útján érünk el. Ily helyzetben tölt a beteg 2—6 órát.

Későbbi, ismételt lumbalpunkciók, mint *Gennerich* és *Gärtner* ajánlotta, külső okokból kivihetetlenek voltak.¹⁰

Angioneurosisos tünetsoportot csak két egyénen láttam; az egyikén két ízben, és pedig az utolsó legmagasabb adagoknál, a másikon (asszonyon) mindenkor a magasabb dosisok után. Azonban tonogen (*Richter*) subcutan injectiójára rögtön megszűnt. Ugyanez egyén a kúra után súlyos dermatitist kapott, melyből 37 nap után teljesen felépült.

A kezelést végeztük: lues cerebri 3 esetében, tabes dorsalis 9 esetében, paralysis 6 esetében.¹¹

A központi idegrendszer megbetegedéseiben, különösen tabes és paralysis eseteiben, hol már degenerációs folyamatok játszódnak le és legtöbbször idős, leromlott szervezeti egyénekről van szó, természetesen az eredmények nem oly gyorsak és tökéletesek, mint a lues első időszakában. Azonban amazokban is látunk kedvező eredményeket, melyek a gyógyulással egyenértékűek, vagy lényeges javulásokat, így a lancináló fájdalmak, fájdalmas krízisek kimaradását, kezdeti stadiumban levő paralysisesek oly fokú javulását, mely őket újra munkaképesé teszi és a mint előbbi munkáimban¹² rámu-

⁹ Közben *Weichbrodt* (*Experimentelle Untersuchungen zur Salvarsantherapie der Paralyse*. Deutsche med. Wochenschrift, 1921, 3. sz.) kimutatta, hogy salvarsan-készítmények intravenás befecskendezése után majdnem mindig, rövid idő múlva arsen található a liquorban, és pedig az arsenmennyiség a vérben és liquorban körülbelül egyenlő; azonkívül salvarsan után minden esetben volt található arsen az agyban.

¹⁰ *E. Friedländer* szerint (*Zur Infectiosität der latenten Syph. u. ihre Beh. auf intravenösem Wege*, D. med. Wochenschr., 1920, 21. sz.) a liquor elváltozásai (*Wassermann-reactio*, sejtszám, fehérje és globulin-szaporodás) jóddal és kénesóval kombinált intravenás salvarsan-injectiókkal igen jól befolyásolhatók és az intralumbalis injectiókkal legalább is egyenlő értékűek. És miután *Gärtner* maga állapította meg, hogy az idősebb liquorelváltozásokat még *Gennerich* szerinti tervszerű kúrákkal sem lehet megszüntetni, az intralumbalis injectiók fölöslegesekek. A *Knauer*-féle injectiók a carotisba is nélkülözhetővé tennék ezeket.

¹¹ A kórtörténeteket, melyeket máshol kivonatossan közlök, itt a hely kimelése végett mellőzöm.

¹² A paralysis progressiva, valamint a toxikus és infectious psychosok kezelése sóinfúziókkal. (*Klin. Füz.*, 1902, december.) A kezdő hűdéses elmezavar kezelése nucleinsavas natrium-injectiókkal. (*O. H.*, 1909, 41. sz.) A tabes dorsalis és paralysis progressiva új kezelésmódja. (*B. O. Ujság*, 1913, 42. sz.) Ez alkalommal legyen szabad felemlítenem francia búvárok azon kísérleteit, melyek kimutatták, hogy a natrium nucleinicum elmozdítja a salvarsan átmenetét a liquorba. Így *Tinel* és *Leroide* (*Compt. rend. Soc. biol.*, 1913, 197. old.) 4 házi-nyúlón 0.1 gr. neosalvarsan intravenás befecskendezésére arsen a liquorban nem talált, ha azonban az állatokat előzőleg pár csepp natrium nucleinicummal kezelték, akkor az arsen 4—8 mgr. mennyiségben volt jelen. *Camus* (*Compt. rend. Soc. biol.*, 1912, 861. old.) salvarsan-injectióra 4 kutya közül 1-ben arsen a liquorban kimutathatót, he előzőleg natrium nucleinicumot és pamut-zsírsvavat fecskendezett be intralumbalis.

tattam, oly százalékban, mely lényegesen felülmúlja a spontan remissiók számát.

Lues cerebri 3 esete közül 1 klinikailag és serologiailag meggyógyult, 2 epilepsia luica gyógyulatlan maradt.

Tabes dorsalis 9 esete közül 5 javult (köztük 3 lényegesen, 2 kissé), 3 változatlan maradt, 1 meghalt.

Paralysis progressivában szenvedett 6 beteg közül 5 (köztük 1 kifejezett taboparalysises) ismét munkaképesé lett, úgy hogy hivatásos foglalkozásukat ismét felvehették. Ezek közül kettő előzőleg állami elmegyógyintézetben volt elhelyezve, az egyik dühöngő zavartság miatt 5 hétig, a másik maniacalis izgatottság miatt 2 hónapig. A midőn közvetlenül utána kezelés alá vétettek, meg voltak nyugodva, de testi és szellemi munkaképtelenségük még változatlanul fennállott.

Az esetek száma statisztika felállítására csekély, de az eredmények mindenesetre figyelemreméltók. Az epilepsia 2 esetében, a hol a lueses eredet mellett főleg az érett korban való első megjelenés és a *Wassermann-reactio* szólottak, specifikus kezelés volt javalva, miután antiepilepticumok csak javulást eredményeztek. De dacára annak, hogy az egyik esetben az erősen positiv vér- és liquorlelet és a másik esetben a gyengén positiv vérelet negativra fordult és az aszszony ezüstsalvarsan okozta dermatitisen ment keresztül, gyógyulást nem lehetett elérni. Ismeretes, hogy agygyógyulások néha a legintenzívebb kénesókúrára sem reagálnak és műtéti beavatkozást tesznek szükségessé. *Lues cerebri* esetében a kénesónek salvarsannal való kombinációja ellen nem lehet kifogást emelni, tabes és paralysis eseteiben azonban a kénesó gyengítő hatása miatt mellőzendő s azt inkább natrium nucleinicummal vagy jóddal helyettesítjük. Az epilepsias asszonyra nézve még azt kell megjegyezni, hogy rendkívül érzékeny vasomotoros idegrendszerű volt, kin a tenyerein és talpáin mutatkozott viszketéskor azonnal beszüntettük az ezüstsalvarsant, a nélkül, hogy ezzel a 4 nap múlva manifestté vált dermatitist feltartóztathattuk volna. A lues cerebri eset, főleg a meningismus, heves főfájás, álmatlanság és munkaképtelenség képével, klinikailag és serologiailag teljesen meggyógyult.

Az eredmények tabes és paralysis eseteiben biztatók. *A tabes-esetek nagyobb fele lényegesen javult, a paralysises betegek túlnyomó része, ezek közt kezdődő taboparalysisesek, újból munkaképes lett.* Áll ez különösen a kezdődő stadiumokra, melyek előbb az ideg orvos szeme elé kerülnek, ki gyors és erélyes beavatkozással nemcsak megállapodást, hanem lényeges javulást is érhet el. Előrehaladott betegeken, kiket már zárt intézeteknek kell átadni, természetesen csekélyebbek az esélyek, azonban a kísérletet itt is meg kell tenni, gondolva arra, hogy súlyos betegek is spontan, vagy közbeeső lázas megbetegedések után remissiókat mutathatnak, mit már régebben volt alkalmam kiemelni. Mert a „metasyphilis“ tüneteinek egyrésze kezdetben nem az idegközpont elroncsolásától, hanem intoxicációtól, így paralysis eseteiben az agytünetek kiesésétől származnak, melyet eleinte csak a functiók gyengülése vagy lappangása okoz. Így az eltűnt térdreflex egy közbejött apoplexia után spasmos fokozódásba csaphat át. Tabes esetében a térdreflexnek kénesóra való fokozatos visszaterését először ismerttettem meg, de a salvarsan-aera óta azt számos megfigyelő észlelte; ugyanez áll a reflexes pupillamerevségre is. *Sioli* és *Knauer* intézeti betegeken is „igen jó javulást“ észleltek, a mi alatt ők a munkabírással visszaterését értik, a mely az előbbinél 30%, az utóbbinál 50%-ra rugott. *Sioli* szintén észlelte egy esetben a reflexes pupillareactio visszaterését. Hasonlóképpen hangzik az ő következtetése: „E kezelési eredmények száma és foka a véletlen javulásokat lényegesen felülmúlja“. *Lues cerebri* eseteiben az ezüstsalvarsan kénesóval, paralysis eseteiben jóddal kombinálható. Anaphylactoid jelenségeket, valamint argyrosist nem észleltem. Ugyisint nem tapasztaltam tabesesek túlérzékenységét ezüstsalvarsan intravenás infúziója iránt, mint *Dreyfus* közölte, és ezt annak tulajdonítom, hogy a legkisebb adagon kezdve (0.05), fokozatosan, 5 napi időközökben haladtam felfelé. Ha az első kis adagra lázreactio mutatkozott, ugyan-

azt az adagot ismétlem 5 nap múlva, mire a láz rendszeresen elmaradt.

Egy aortaaneurysmás beteg zavar nélkül tűrte el a 0.25 gr.-os ezüstsalvarsan-adagokat. Tabesések izgalmi tünetei, minők a lancináló fájdalmak, hol az illető idegközpontok biztosan megvannak még, különösen indikálttá teszik a specifikus kezelést, a mint *Dreyfus* is ily esetekben ezüstsalvarsannal szép eredményeket ért el. Szükségesnek tartom ezuttal újból hangoztatni, hogy kezdődő tabes- és paralysis-esetekben a legalkalmasabb és leghatásosabb antilueticum a salvarsan. Az ezüstsalvarsan az idegrendszer luese és meta-luese ellen mindenestre értékes szer.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., nyilv. rendes egyetemi tanár.)

A purpurákról.

Irta: *Sternberg Ferencz dr.*

Az úgynevezett haemorrhagiás diathesisek csoportjába tartozó betegségek közt a tiszta klinikai kép — a vérzések localisatiója és foka, a lefolyás ideje és súlyossága, a kísérő jelenségek és következmények minősége — alapján is jogosult egyes kórfolyamatok különválasztása, differenciálása. A modern haematologiai módszerek a klinikai impressióknak megfelelően nagyrészt lehetővé teszik — ha még nem is teljesen tisztázottan és határozottan —, hogy egyes kórképek a „haemorrhagiás diathesiseken” belül meglehetősen élességgel elkülöníthetők és az úgynevezett klinikai képnek és lefolyásnak megfelelően külön symptomatologiai és pathogenetikai egységet repraesentálnak.

Mint fejlődésben levő problémáknál, érthető az elnevezéseknek, a fel- és beosztásoknak, valamint a folyamatok mechanizmusa megítélésének igen bőséges és egyéni volta.

Az utóbbi évek vizsgálatainak eredménye jogosulttá látszik tenni *Glanzmann*-nak felfogását, a ki a nem haemophiliás, tehát nem a véralvadás zavarából származó vérzéses megbetegedéseket két nagy csoportra osztja: * a) először a klinice lázzal, általános tünetekkel, urticariával, bőrtünetekkel, reumaszerű fájdalmakkal, neuralgiákkal, oedemával, ízületi folyamatokkal, nephritissel komplikált, haematologice pedig zavartalan véralvadás és az alvadék retractibilitása mellett normalis számú, vagy megszaporodott (néha kis mértékben csökkent) thrombocyttal járó és a serumbetegséghez hasonló *anaphylactoid purpurákra*; b) másodsor pedig a láz és általános tünetek nélkül, de azért néha épp oly súlyossággal, épp oly foudroyansul lefolyó, a thrombocytták jelentékeny csökkenésével vagy teljes eltűnésével és a véralvadék retractibilitásának fel-függesztésével járó úgynevezett *Werlhof-kór*ra (*Frank* essentialis thrombopeniája, *Kaznelson* thrombolytikus purpurája). A régi klinikusok megfigyelését dicséri az a körülmény, hogy ez a két haematologice is jól elkülöníthetőnek látszó betegség nagyjában különbözönek tűnt fel már akkor, mikor *Schönlein* az elsőben a maga peliosisát, *Werlhof* pedig a másodikban a morbus maculosust figyelte meg.

Ha a vérzések megszüntetésében, valamint a spontán vérzések létrejöttének megakadályozásában szerepet játszó tényezőket: a capillarisokat, a thrombocyttákat (melyeknek igen fontos vérzéscsillapító szerepe kétségtelen), a vérmegalvadást stb. — melyeket együttesen *haemostatikus rendszernek* neveznénk el — tekintetbe vesszük, akkor a haemorrhagiás diathesisek keretén belül megtaláljuk azokat a betegségegységeket, melyek ezen haemostatikus rendszer egy-egy részének, ha nem is egyedüli, de mégis legkifejezettebb zavarából származnak.

Az erek, illetőleg a *neurocapillaris* rendszer functio-zavarából származnak:

a) *Glanzmann* anaphylactoid purpurái.

b) Ide kell sorolnunk bizonyos toxikus, s néha anaphy-

* A még jelenleg is víva alatt álló úgynevezett Hensch-purpurákat a következőkben kikapcsoljuk a tárgyalásból.

laxiaszerű tünetektől nem kísért — mint azt magunk is láttuk —, lues, tuberculosis eseteiben előforduló purpurákat.

c) Végül ugyancsak érlelésioban lelik magyarázatukat az avitaminosisok — scorbut, chronikus éhezés (lásd a casuistikai részt) — eseteiben előforduló vérzések.

Haematologiailag valamennyit jellemzi a zavartalan vérmegalvadás mellett elegendő, sőt gyakran nagyobb számmal jelenlevő thrombocyta.

Hogy ezekben az esetekben az érrendszer laesiója a legfőbb oka a vérzéseknek, annak tanusítására csupán annak megemlítésére szorítkozunk, hogy ilyen *angiopathiás* (*Minkowski*) vérzések esetén a rendes véralvadás és thrombocytaszám daczára a physiologiásan olyan szigorú pontossággal lefolyó vérzési időt — mint azt nagyszámú vizsgálatai alapján *Morawitz* is konstatálja —, bár a thrombopeniákhoz viszonyítva jelentékenyen kisebb fokban, de mégis legtöbbször megnyúltak találtuk (meghosszabbodását látjuk *Glanzmann* hasonló esetekről közölt körtörténeteiben). Ugyancsak érlelésio mellett szólnak a leszorítási kísérlet alkalmával ilyen esetekben keletkezett vérzések.

A haemostatikus rendszer második fontosabb tagjának, a *thrombocyttáknak* nagyfokú csökkenése vagy teljes hiánya jellemzi a szorosabb értelemben vett *Werlhof-kört*, a *Frank-féle essentialis thrombopeniát*, annak continuus és intermittáló típusát.

Végül a haemostatikus rendszer harmadik tagjának, a *vérmegalvadásnak* zavarából származnak az aránylag ritka hereditaer haemophiliák. A két utóbbi csoport közt átmenetnek tekinthető a *Glanzmann-féle hereditaer familiaris thrombasthenia*.

Kérdés, vajjon a vérzések keletkezéséhez elegendő-e a haemostatikus rendszer valamelyik fontosabb tagjának hiányossága és hogy a haemorrhagiás diathesisek ilyen általános csoportosítása jogosult-e? Már most előrebocsájtjuk, később pedig a thrombopeniákra vonatkozólag bizonyítani is megkíséreljük, hogy a vérzések okául például a *Werlhof*-esetekben *tisztán csak* a thrombocytták eltűnése nem szolgálhat kielégítő magyarázatul. A betegségek klinikai felosztása azonban egyes domináló tünetek alapján jogosult akkor is, ha combinatiók vagy más tünetek azok merevségét megbontják. A fenti csoportosítás tehát indokoltnak látszik, mert vagy capillaris elváltozások, vagy a thrombocytták hiánya, vagy a véralvadási képesség zavara az, a mely bizonyos esetekben az előtérben áll.

Ennek a gondolatmenetnek is megtaláljuk a szöszólóját a régi klinikusok közt, mikor *Leloir* a purpurákat osztályozta: purpura par modification du sang, purpura par modification des vaisseaux; ehhez újabban *Minkowski* is csatlakozni látszik.

Frank és *Glanzmann* haematologiai vizsgálatai felkeltették a figyelmet a haemorrhagiás diathesisekre. Az aránylag nem gyakran észlelhető kórképek és az átvizsgálásukból származó adatok közlése indokolt annál is inkább, mert az utóbbi időben klinikánk erre vonatkozólag meglehetősen bő és változatos anyaggal szolgált.

A következőkben — a methodika előbocsájtása után — ismertetjük észlelt eseteinket, és pedig a fenti csoportosításnak megfelelően először a thrombopeniákat, azoknak különböző fajait (acut, chronikus; continuus, intermittáló; simplex, haemorrhagica), aztán az angiopathiás purpurákat (anaphylactoid purpurát, továbbá a toxikus alapon és az avitaminosis folytán létrejött vérzéseket). Valódi haemophilia nem került észlelésünk alá.

Valamivel részletesebben tárgyaljuk az essentialis thrombopeniákat, részben mert azoknak az aplastikus anaemiákkal *Frank* által vallott és képviselt összefüggése — a mivel különben más helyen részletesebben fogunk foglalkozni — általánosabb klinikai érdekű, másrészt pedig azért, mert kevésbé tisztázott néhány kérdéshez kívánunk adatokkal szolgálni.

Methodika.

Isméltések elkerülése végett előrebocsájtjuk azoknak a módszereknek ismertetését, melyekkel vizsgálatainkat végeztük. A vérszámolás meleg kézfürdővel való hyperaemizálás

után a szokásos módon, Bürkner-kamarában, a haemoglobinn-meghatározás pedig a Sahli-féle haemometerrel történt.

A vörösvértestek osmosis resistenciáját *Hamburger* szerint centrifugálás után való leolvasással, kémiai resistenciáját pedig digitoninnal normalis osmosis resistenciájú vörösvértestekkel való kvantitatív összehasonlítás alapján állapítottuk meg. Ugyancsak normalis savóval összehasonlítva határoztuk meg egyes esetekben a vérsavó anticomplementaer hatását is.

A haemostatikus apparatus vizsgálata.

a) *Vérzési idő.* Nem hyperaemizált ujjon néhány mm.-nyire kihúzott Franke-tűvel átszúrjuk a bőrt és megállapítjuk, hogy a nyíláson mennyi ideig buggyan elő vér. Physiologias körülmények közt $2\frac{1}{2}$ —4 percz múlva az ilyen kis seb vérzése teljesen megszűnik. A vért itatópapírral töröljük le s nem vattával!

b) *Véralvadási idő.* Meghatározásakor csak azon módszerek közül választhatunk, melyek legalább 1 cm³, venából vett vérrel végeztetnek. Ebből a szempontból is kielégítő eljárás az úgynevezett Fonio-féle meghatározás „nedves kamarában”: aether-alkohollal zsirtalanított s lehetőleg egyenlő alakú és nagyságú óratüvegekbe (legalább 2 egyidejű meghatározás szükséges) lemérünk venából vett 1 cm³ (20 csepp) vért, lefedjük nedves itatóssal s az egészet lezárjuk Petricsésze tetejével. Csak direct a venából jövő, szövetnedvvel nem kevert, tehát az első szúrásra sikerült venaepunctióval nyert vér alkalmas a vizsgálatra. Az alvadás befejezését az az idő jelzi, a mikor az óratüveg 90°-os megfordításakor a coagulum az üveghez tapad. A methodus — az anyira fontos temperatura figyelmen kívül hagyása miatt — nem absolut értékű, klinikai célokra azonban teljesen megfelelő. Néhány esetben *Wright* eljárását is alkalmaztuk (a Fonio-féle mellett).

Plasma-alvadás. Wooldridge-Nolf-kísérlet: Venából vett vért egyenlő rész 10%-os NaCl-val összekeverünk és a centrifugálás után nyert plasmát desztillált vízzel négyszeresen felhígítjuk. A hígított plasma 5—5 cm³-éhez (4 parallel cső) 1—1 csepp tojássárgáját adunk (thromboplastikus anyag). Normalisan a plasma 2 óra alatt megalvad.

Gyorsabb és czélszerűbb az a methodika, melylyel *Hausmann* és *Mayerhofer* az ultraviolet sugaraknak a plasmára gyakorolt hatását tanulmányozta és a melylyel a Wooldridge-Nolf-kísérlettel parallel mi is dolgoztunk: egyenlő rész vérből és 15%-os NaCl-ból nyert rózsaszínű plasma 0.1 cm³-éhez 0.5 desztillált vizet adunk. Physiologias plasma-alvadás 20—22 percz. Az egyes parallel csövek közti néhány percnyi differentia nem bír jelentőséggel.

Thrombocytaszámolás (Fonio szerint): 14% MgSO₄ egy cseppjét az ujjhegyre cseppentjük és ezen át ejtünk Franke-tűvel szúrást, hogy ily módon a vért mintegy ebben az oldatban fogjuk fel, a mivel megakadályozzuk a thrombocyták agglutinációját. A MgSO₄-tal keveredett vércseppet fedővagy tárgylemezen kikenve, May-Grünwald-Giemsa-val való festés után Ehrlich-lupe segítségével megszámláljuk, hogy 2000 vörösvérsejtre hány thrombocytá esik, a miből a vörösvérsejtek számához arányítva kiszámítjuk azok számát 1 mm³-ben.

Leszorítási kísérlet (Frank). Esmarch-csővel vagy törülközővel leszorított végtagon pangást és ezzel a keringés lassubbodását és az érfalak ellazulását idézve elő, 75.000 alá csökkent thrombocyták nem elegendők, hogy agglutinált tömegük megakadályozza véralakelemeknek a szövetekbe való kijutását, aminek következtében a leszorítás helye alatt többkevesebb friss, finom, gombostüfejnyi, sőt lencsényi vérzés keletkezik (*Frank*). Hogy itt mennyiben játszik szerepet az érfal átbocsájtóképessége vagy pedig a thrombocyták csökkenése, az egyelőre biztossággal nem állapítható meg.

Fontosnak tartjuk még az úgynevezett *percussiósi kísérletet*, melyet úgy végzünk, hogy kopogtató kalapácsal szilárd alap felett (sternum) megütögetjük a bőrt. Positiv vizsgálat alkalmával néhány percz múlva elég tetemes — egyik esetünkben almanagyságú — haematomát kapunk.

Casuistika.

A) *Essentialis thrombopeniák.*

a) *Chronikus continuus thrombopenia.*

Sch. Ö. 30 éves asszony, kinek családi terheltsége nincs. Már gyermekora óta van kisebb-nagyobb fokú orrvérzése, a mely azóta kisebb-nagyobb megszakításokkal úgyszólván állandóan fennáll. Havibaja először 18 éves korában jelentkezett 8 napig tartó erős vérzéssel, azóta szabálytalanul ismétlődik s néha hónapokig eltart.

1905-ben tüdőcsúcsshurut s orrvérzés miatt klinikai gyógykezelés alatt állott. Akkor erythrocyta: 3,950.000, haemoglobin: 55% (*Fleischl-Mischer*) volt. 1907 májusban 5 hétig tartott profus uterussvérzés után keletkezett anaemia, orr- és foghúsvérzés és általános testi gyengeség miatt újra felvétetett. Felvételkor erythrocyta: 3,360.000, leukocytá: 6800, haemoglobin: 35%. Klinikai tartózkodása alatt nagyobb vérzése megszűnt, vérenek haemoglobintartalma nőtt. Ugyanazon év novemberében menstruációjához csatlakozó nagyfokú uterussvérzés utáni — a mint ez a kórtörténet adataiból kivehető — súlyos kivérzéses állapotban vettük fel. A vérvizsgálat 1,050.000 erythrocytát, 20% haemoglobint és 6400 leukocytát mutatott a qualitativ kép morfológiai elváltozása nélkül. Klinikai tartózkodásának harmadik napján újabb genitális vérzés állott be, a mi, belső szereknek hiábavaló adagolása után, tamponálás után lassan megszűnt. Három héttel e nagyobb vérzés után ugyancsak a klinikai kezelés alatt nagyfokú és csak többszöri tamponálás és löserum-injectio után nehezen szűnt orrvérzése keletkezett. A következő másfél hónap alatt nagyobb vérzése nem volt, erythrocytáinak száma fokozatosan elérte a 4,448.000-et. E klinikai észlelés lelete szerint a léptompulat a IX. bordánál kezdődött, előre kissé meghaladta a costo-axillaris vonalat, az alsó polusa pedig mély belégzéskor tapintható volt.

A klinikáról távozása után is hol orr-, hol foghúsvérzés, hol pedig igen bő menstruationalis vérzés gyengítette; gyakran volt heves fejfájása, szédülése, émelygése, hányásingere, sőt a látása is gyengült. E panaszok annyira súlyosbodtak, hogy 1908 decemberében újra felvételre jelentkezett klinikánkon, a hol veszedelmes fokú genitális, majd kétszer jelentkezett heves orrvérzés és ezekkel kapcsolatos szívgyengeség és collapsus, majd lassú javulás után újra beállandott vese- és hólyagvérzés miatt négy hónapig állott gyógykezelés alatt. E nagyobb vérzés-rohamok közti szüneteket kisebb, úgyszólván continuusan fennálló vérzések komplikálták.

1911-ben a beteg férjhez megy. 1912-ben fogóműtetes szülés 3 hónapos utóvérzéssel. 1916-ban csillapíthatatlan menorrhagia miatt curette. Ugyanazon évben súlyos általános panaszok, gyakori vérzések és anaemia miatt két ízben feküdt klinikánkon. 1917-ben szűnni nem akaró metrorrhagia miatt Röntgen-besugárzás. Ugyancsak ez évben purpuraszerű kiterjedt bőrvérzések. 1918-ban többszöri — főleg foghúsból jövő — vérzések miatt, melyeket most is igen súlyos posthaemorrhagiás állapot kísért, két hónapig állott klinikai kezelés alatt. A *Vierordt* szerint végzett alvadásmérések normalis értékeket adtak. Ugyanazon év decemberében erős foghúsvérzéssel újra jelentkezett, majd 1919-ben nagyfokú hólyagvérzés és consecutiv cystitis, majd bélvérzés miatt két ízben feküdt klinikánkon. A vérvizsgálat úgy most, mint előzőleg, nagyjában a vérzések után — azok fokának megfelelőleg — leukocytosist és oligocythaemiát, majd mindkettőnek a normalis értékekre való felmenését, illetőleg leesését mutatta. 1920 májusban sűrű purpurás kiütéssel és intensiv foghúsvérzéssel újra felvesszük. A nyolcz ízben megejtett haematológiai vizsgálat szerint az erythrocyták száma 3,700.000—3,980.000, a leukocyták száma pedig 5000—6500 közt ingadozott. A morfológiai vizsgálat az eosinophil mérsékelt megsaporodását mutatta: 336—452 1 mm³-ben. Haemoglobin: 55%. Alvadási idő: normalis. A 8 vizsgálat alkalmával összesen csak kétszer találtak néhány óriás típusú thrombocytát. A léptompulat a VIII. bordánál kezdődött, alsó polusa két ujjal a bordaív alatt volt tapintható.

Ugyanazon év december 27.-én láttuk a beteget újra. A meg-ejtett vizsgálat adatait röviden a következőkben foglalhatjuk össze: Középtermetű, kissé lesoványodott nő, kinek bőre halványbarna. A köztakarón elszórtan számos, részben egész kicsi, gombostüfejnyi, részben lencsényi sötétpiros, részben már elszíneződött vérzések folt. Ezek mellett különösen a felső végtagon és vállon, továbbá a hátón és mellkason néhány, általában koronányi haematoma. Nyirokmirigyei nem tapinthatók. Fogai mellett kisebb vérszivárgás. Tonsillái középnyagok. A mellkasi szervek — a régi inactiv csúcsfolyamatot nem tekintve — épek. A lép felső határa a VIII. borda, előre valamivel meghaladja a costo-axillaris vonalat, alsó polusa két ujjal a bordaív alatt tapintható; igen kemény, tömött. A máj tumpulata rendes, alsó széle nem tapintható. Temperatura: 36.7° C. Vizeletben fehérje, geny, cukor, urobilinogen, urobilin, bilirubin nincs; a diazo-reactio negativ. Mikroszkopice kóros alkotórész nincs. Szemfenéki vérzések nincsenek (I. szemécsi).

Vértel: Erythrocyta 5,460.000, haemoglobin 95, festődési index 0.9, volumenquotiens 0.80, leukocytá 5600. Schilling-kép: neutrophil 67% (4% pálcika alakú, 63% segmentmagvú), eosinophil 5%, basophil 1%, lymphocytá 23%, monocytá 3%, lymphocytáer plasmasejt 1%. A vörösvérkép morfológiai eltérést nem mutat. Az erythrocyták osmosis resistenciája 0.28—0.18. A digitonin haemolysis-títere egyezik a normalis vörösvérsejtekével. Plasma-refractio 1.3506 (*Abbé*), serum-refractio 1.3485.

Haemostatikus apparatus vizsgálata: vérzési idő 15 percz, vér-alvadási idő 27 percz, plasmakísérlet *Wooldridge-Nolf* szerint 2 óra 10 percz, *Hausmann-Mayerhofer* szerint 21 percz. A véralvadék irretractibilis. Thrombocytái nincsenek (egyik készítményben láttunk egy

óriás típusú thrombocytát). A leszorítási kísérlet alkalmával 7 perc alatt számos friss vérzéses pont keletkezett. A sternumra ejtett enyhe kalapácsütésre néhány másodperc után először finom gombostűfejnyi bőrvérzés, majd 1—2 perc alatt egy jókora diónyi haematoma keletkezett.

A beteg 16 éve szenved súlyos „haemorrhagiás diathesis“-ben; 16 éve úgyszólván állandóan vérzik, mely vérzések közé — a mint az a fentebbiekből is látható, de még praegnansabban jut kifejezésre a meglevő kórtörténetből — igen nagyfokú és súlyos következményekkel járó, néha csak lassan és nehezen csillapítható haemorrhagiák ékelődnek.

Betegsége klasszikus képét mutatja annak a legalább symptomatologicamente elég jól definiált kórképnek, melyet a haemorrhagiás diathesisek csoportjában a *thrombocyták jelentékeny csökkenése* vagy teljes eltűnése, rendes vagy alig megnyúlt alvadási idő jellemző *physiologiás leuko- és erythrocyta-szám* mellett. (Chronikus continuus essentialis thrombopenia.)

A mi mindenestre figyelemre méltó betegünkön, az csontvelőjének, illetőleg leuko- és erythropoëtikus rendszerének szinte bámulatatos munkaképessége, a melylyel a 16 év óta fennálló és aránylag sűrűn jelentkező, gyakran imminens fokú vérzések dacára vörös- és fehérvérsejtjeit a physiologiás mennyiségben termelni, sőt a vérzések utáni eltolódásokat — a mint azt számos kórtörténeti adatunk bizonyítja — a legrövidebb idő alatt kompenzálni tudja. A nagy igénybevétel mellett is jól functionáló productio kétségtelen jele a körülbelül egy év óta fennálló eosinophilia, a mit többszöri vizsgálat alkalmával eddig mindig megtaláltunk. A betegnek felemlítettük a splenectomia lehetőségét, azonban ebbe beleegyezni nem volt hajlandó.

Nagyjában az előbbihez hasonló, bár enyhébb lefolyású, de a haematologiai lelet, sőt az általános klinikai kép alapján is ugyanabba a csoportba tartozik egy 20 éves leányra vonatkozó esetünk. A beteg sem közeli, sem távolabbi családi körében vérzésekkel járó betegségről nem tud. 9 éves kora óta a legkisebb ütés után kék foltok keletkeznek a bőrén; ha megsúrja magát, sokáig vérzik. Többször kezelték — mindig hosszú ideig — orrvérzései miatt. 13 éves kora óta van négyhetenként 10 napig tartó menstruációja. Egy év előtt hirtelen kollabált, eszméletlen volt 3—4 órán át, azóta gyakran van fejfájása (meningealis vérzés?).

Középtermetű és mérsékelten fejlett betegünk bőrén elszórtan bőven találunk nagyjából egész kicsi, de néhány nagyobb purpurás kiütés mellett 1—2 kisebb, megütésből származó, már elszíneződött haematomát. Nyirokmirigyei nem tapinthatók. A szívcsúcson anaemiás, systolés zöreje. A jobb Krönig-tér szűkült. A léptompulat rendes, alsó polusa nem tapintható. A májtompulat rendes, alsó széle nem tapintható. Láztalan. A vizeletben kóros alkotórész nincs. A Wassermann-reactio negativ.

Vérlet: Erythrocyta 4,300,000, haemoglobin 75%, festődési index 0.8, leukocyta 7600. Morphologiai kép: neutrophil 67%, eosinophil 6%, lymphocyta 25%, monocyta 2%. Vörös vérvékép: normalis. Fonio-készítmények átnézésakor elvéve találunk néhány leginkább megnyúlt, ovalis alakú thrombocytát, melyeknek száma 1 mm³-ben becslés szerint néhány százra tehető. Véralvadás 12 perc (6 csepp vérrrel). Vérzési idő 2 óra. A leszorítási kísérlet pozitív. A véralvadék irretractibilis. A beteget kibocsátása óta többször láttuk. A megejtett vizsgálat a fentitől lényegesebb eltérést nem mutatott. Utoljára január 17-én jelentkezett, menstruációjának megszüntése utáni napon: a bőrén a rendes vérzések, néhány haematomával. A szemfenék ép. A vizeletben kóros alkotórész nincs. **Vérlet:** Erythrocyta 3,830,000, haemoglobin 60%, festődési index 0.7, leukocyta 13,800. Schilling-kép: Neutrophil 81% (pálcikaalakú 5%, segmentmagvú 76%), eosinophil 4%, lymphocyta 10%, monocyta 4%, basophil 1%. Vörös vérvékép normalis. Vörösvérsejtek osmosis resistenciája 0.26—0.19. Digitonin-resistentia normalis. Plasmarefractio 1.3494, serumrefractio 1.3489. A haemostatikus apparatus vizsgálata: Thrombocyta-szám: alig 1—2 óriás alak látható. Véralvadási idő 31 perc. Plasmakísérlet H.-M. szerint 20 perc. Leszorítási kísérletkor pontszerű vérzések mutatkoznak; percussiósi kísérlet után a sternumon mogorónyi haematoma. A véralvadék serumot nem sajtol ki.

E leletek alapján kétségtelen, hogy betegünk — az előbbi esettel megegyezőleg — chronikus essentialis thrombopeniában szenved.

Az essentialis thrombopenia ugyanezen típusúhoz tartozik igen mitigált formában egy harmadik betegünk, egy 20 éves asszony (P. L.), a kinek évek óta van gyakori orr- és foghúsvérzése. Jelenleg foghúsvérzés és bőrén támadt kiütés (typusos purpura) miatt kereste fel ambulantiánkat. Szervei felett physicalis vizsgálattal eltérést nem találtunk. Vizeletében kóros alkotórész nincs.

Vérlet: Erythrocyta 4,990,000, haemoglobin 90%, corr. festődési index 1.02, leukocyta 5200. Schilling-kép: Neutrophil 70.5% (pálcikaalakú 2.5%, segmentmagvú 68%), eosinophil 3%, lymphocyta 22.5%, monocyta 4%. Vérzési idő 10 perc, véralvadás (6 csepp vérrrel) 12 perc, thrombocyta-szám 26,000, leszorítási és percussiósi kísérlet pozitív.

(Vége következik.)

Közlés a budapesti kir. magyar Pázmány Péter-tudományegyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár +.)

A vérhúgsavmeghatározás szerepe a nephritis kórjelzésében és kórjólásában.

Közli: Czoniczer Gábor dr.

(Vége.)

2. R. Z., 31 éves tanár. Felvettük 1920 november 27.-én. Gyermekbetegségek közül vörhenyre emlékszik; 1914 óta évente ismétlődő szénaláza van, 1917-ben múltó fehérvérjelzése volt; három hónapja kínzó főfájásban szenved, mely semminemű gyógyszerre nem szűnik. Néhány nap óta romlik a látása.

Status praesens: Feltűnően halvány férfi; oedemája nincsen. A szív és tüdő felett eltérés nincs. Vérnyomás = 220—140 mm. A vizelet fajsúlya 1008—1016, benne 4‰ fehéjje, az üledékben igen sok a vörösvérsejt. Sensoriuma tiszta, főfájása kínzó, szédül, többször hány. R.N. = 57.0 mgr.‰.

December 10. Klinikai tartózkodása alatt állapota romlik, főfájása erősbödik, gyakrabban hány, öntudata zavart, majd teljesen apathiás. A szemfenéki lelet: neuroretinitis albuminurica. A vérnyomás mindig 200 mm. körül van. Ilyen súlyos állapotban végzett vizeletvizsgálat eredménye: maradék-N = 61 mgr.‰, \bar{U} = 8.0 mgr.‰.

Kiadós érvágás után megjavul az állapota, sensoriuma feltisztul, az étvágy jó, vérnyomása 150 mm.-re süllyed; a pangásos papilla visszafejlődik, főfájása allábbhaagy, a maradék-N = 49 mgr.‰. Javult állapotban hagyja el a klinikát.

Mint a kórtörténetből kitűnik, idősült nephritisben jelentkező heveny uraemiás rohamról van szó (*Volhard*: eclampsias aequivalensek). A roham alatt alig nagyobb maradék-nitrogen mellett (60 mgr.‰) a húgsavszint magas (\bar{U} = 8.0 mgr.‰).

3. T. J.-né, 54 éves. Felvettük 1921 március 23.-án. Gyermekbetegségek közül csak diphtheriára emlékszik: 10 év óta járáskor szív-táji fájdalmat érez, időnként megdagad a bokája. Három hónap előtt hirtelen elájult, egy órahosszat eszméletlen volt; ez a rosszullet egy héttel ezelőtt ismétlődött. Utóbbi időben látása romlik. Jelenleg szivdobogásról és főfájásról panaszkodik.

Status praesens: Igen halvány, lesoványodott nő. Oedemája nincsen. Sensoriuma tiszta. A tüdő fölött eltérés nincs. Szívcsúcslökés a VI. bordaközben a középvonaltól 13 cm.-nyire; a szívcsúcson zenei hangzású systolés zöreje. Pulsusa rythmosus, perczenként 100. Vérnyomása = 210—150 mm.-Hg. Neuroretinitis albuminurica. A vizelet fajsúlya: 1010—1016, benne 3‰ fehéjje, üledékben néhány fehér- és vörösvérsejt. A diuresis 600—1000 cm³. A maradék-N = 45 mgr.‰, az \bar{U} = 2.9 mgr.‰. Néhány nap mulva (március 30.-án) a maradék-N = 43.5 mgr.‰, az \bar{U} = 3.0 mgr.‰. Április 11.-én elhagyja a klinikát.

Othton egy ideig jól érezte magát, de május 7.-én hirtelen elájult és félóráig tartó görcsös rohama volt. Május 11.-én ismét felvettük a klinikára. A belső szervek állapota olyan volt, mint az előző felvétel idején, csak a szemvizsgálatkor tűnik fel, hogy a papilla most jobban elődomborodik. A vérnyomás = 205—150 mm.

Május 13.-án délután igen heves főfájásról panaszkodik, majd összefüggéstelenül kezd beszélni. Karjában egy-egy villámszerű rángás jelentkezik, majd hirtelen az egész testre kiterjedő, két-három percig tartó tonosus-clonusos görcsroham kezdődik; utána soporos állapot. Láblclonus, Babinski. A roham alatt érvágást végeztünk; az ekkor nyert vérben a maradék-N = 41.0 mgr.‰, \bar{U} = 6.5 mgr.‰. Az érvágás után a sensorium kissé feltisztul ugyan, de két nap mulva ismét zavart, nem táplálkodik, anuriássá válik. Május 16.-án (két nappal az exitus előtt) a maradék-N = 104 mgr.‰, az \bar{U} = 9.2 mgr.‰.

Június 18.-án exitus.

A kórbonczolási lelet: Nagyfokú balszívűtúltengés kistökű tágulással. Hypostasis a tüdőben. Kifejezett vizenyő az agyburkon és agyban. A vesék $\frac{2}{3}$ -nyira megkisebbedtek, tokjuk nehezen vonható le, felületük szemcsés, tapintatuk tömött, a metszészlap barnászvörös, a kéregállomány megkeskenyedett, az erek tátonganak.

A mint a leírásból kitűnik, a betegnek vesebajában több alkalommal volt eklampsias-uraemiás rohama; az utolsó ilyen rohamot a klinikán észleltük végig. Az eklampsias roham alatt a vér maradék-nitrogentartalma normalis (41.0 mgr.‰) volt, míg a húgsavszint kifejezett emelkedést mutatott. A maradék-nitrogen-emelkedés csak néhány nappal később jelentkezett a beteg anuriás és agoniás állapotában.

4. Sz. P., 55 éves kohóigazgató. Felvettük 1920 október 25.-én. Gyermekbetegségről nem tud. Tíz év óta érzi, hogy „a szive nincs rendben“. Utóbbi időben gyakori főfájásban szenved; néha hány, látása romlott.

Status praesens: Igen halvány, lesoványodott férfibeteg. Kistökű bokaoedema; a lehelet vizeletszagú. Gyakran hány, erős főfájásról panaszkodik. A tüdőhatárok kissé mélyebben állanak, a tüdő fölött eltérés nincs. A szívcsúcslökés a VI. bordaközben a középvonaltól 13 cm.-nyire tapintható, emelő. A szívcsúcson hangos, fúvó systolés

zörej hallható. A pulsus rythmusos, percenkint 76—86. A vérnyomás = 220—150 mm.-Hg. A sensoriuma kissé zavart, értelmetlen feleleteket ad, nyugtalan. A vizelet fajsúlya 1012—1015, benne 2—3⁰/₁₀₀ fehérje, üledékében szemcsés és hyalin hengerek, 1—2 vörösvérsejt. Diuresise bőséges (1500—2000 cm³). A szemfenéki lelet: retinitis albuminurica. A maradék-N = 78.0 mgr.‰.

November 27. Klinikai tartózkodása alatt állapota kissé javult: a hányás enyhült, de a sensoriuma állandóan kissé zavart. Lehelete vizeletszagú. A maradék-N = 59.0 mgr.‰, az \bar{U} = 8.5 mgr.‰.

December 1. Néhány nappal később hirtelen rosszabbodás állott be, a hányás csillapíthatatlan, az öntudat ködös, bőrviszketés, periodusos lélekzés, majd izomrostmozgások jelentkeznek.

December 20. A periodusos lélekzés állandó, teljes az eszmélet-zavar, nyugtalanság, állandó hányásinger és hányás, izomrángások. A maradék-N = 102 mgr.‰, az \bar{U} = 9.8 mgr.‰.

December 23. A beteg meghal.

Mint a leírásból kitűnik, baja az időszült nephritisben kifejlődő valódi uraemia volt, de a maradéknitrogen-emelkedés ennek ellenére egészen az agonia idejéig igen mérsékelt volt (59—78 mgr.‰) és csak praemortalisan érte el a 100 mgr.‰-ot. A vér-húgysavconcentráció ezzel szemben már egy hónappal a halál előtt igen magas (8.5 mgr.‰) volt.

* * *

A felsorolt négy eset közös jellemvonásai a következők: az uraemia klinikai tünetei, a vér normalis vagy alig fokozott maradéknitrogéntartalma és a magas vérhúgysavconcentráció. A 3. eset tipusos eklampsiás uraemia (*Volhard*: acut pseudo-uraemia), a 4. eset halállal végződő időszült uraemia, az 1. és a 2. esetben pedig olyan tüneteket észleltünk, a melyeket *Volhard* eklampsiás aequivalenseknek nevez és pseudo-uraemiásoknak tart azért, mert nitrogenretentio nélkül szoktak jelentkezni. A felsorolt esetekben azonban az anyagforgalmi salakanyagok retentiójának hiánya csak látszólagos, és bár a maradéknitrogen megszorodásában nem nyilvánul meg, jelenlétét kétségtelemé teszi a vérhúgysav koncentrációjának fokozódása. Az első eset, melyben az uraemiás tünetek fellobbanása minden esetben a húgysavretentio fokozódásával, a javulás pedig a retentio csökkenésével járt együtt, azt mutatja, hogy ez a párhuzam nem véletlen. A húgysavszint és az uraemiás tünetek párhuzamos mozgásából azonban hiba volna azt következtetni, hogy a húgysavnak kórokozó szerepe van a tünetek létrehozásában. Ennek ellene szól egyrészt az, hogy a leukaemiás és a köszvényes, bár hyperuricaemiás nem kap uraemiát, másrészt, hogy vannak olyan (pseudo-)uraemiás rohamok, a melyekben húgysavretentiót nem állapíthatunk meg a vérben. Valószínű azonban, hogy a beteg vese ugyanakkor, a mikor a húgysavat visszatartja, egyúttal más nitrogéntartalmú anyagokat is visszatart, ezek között azokat a mérgező bomlástermékeket is, melyekről feltételezzük, hogy az uraemia kiváltásában szerepelnek. A húgysavretentio tehát csak indicatora ezen anyagok retentiójának és az a gyakori párhuzam, melyet a hyperuricaemia és az uraemia között észlelünk, azt mutatja, hogy az anyagforgalom e mérgező salakjainak kiválasztási útja-módja olyan, mint a húgysavé és hogy azok a vesebajok, a melyekben ezek a mérgek a szervezetben visszamaradnak, gyakran vezetnek egyúttal a húgysav retentiójára is.

Mindeddig megszoktuk azt, hogy a retentio indicatorául az anyagforgalom minden salakanyagát magába foglaló maradéknitrogénszint emelkedését használjuk fel, noha ennek a nitrogénnek 60—80‰-át a húgysav adja, tehát olyan anyag, a mely a szervezetre nézve teljesen közömbös. Az az észlelés, hogy nagy maradéknitrogénszintet csaknem kivétel nélkül uraemiás állapotban találunk, csak azt jelenti, hogy a húgysavretentio mellett más mérgező anyagok is halmozódtak fel a szervezetben. A maradéknitrogéntartalom normalis mértéke azonban még nem zárja ki azt, hogy a felételezett mérgező anyagok a vérben jelen vannak; ezek az anyagok valószínűleg oly kis mennyiségűek, illetőleg oly kevés nitrogént tartalmaznak, hogy retentiójuk a maradéknitrogénszint emelkedésében nem nyilvánul meg.

Már régen ismeretes, hogy az eklampsiás uraemia nem jár a maradéknitrogen felhalmozódásával; *Volhard* ebből azt következtette, hogy az eklampsiás uraemia kifejlődésében a

salakanyagok retentiójával járó veseelégtelenségnek szerepe nincs. Éppen ezen az alapon választotta el az időszült, valódi uraemiát, mint olyant, a melyet mindig a salakanyagokkal való mérgezés okoz, a heveny uraemiától, mint olyantól, a mely nitrogenretentio nélkül is támadhat (pseudo-uraemia). Azonban már magában az az észlelés, hogy a kétféle uraemia tünetei igen gyakran kibogozhatatlanul összekeverednek, kétségessé teszi, hogy aetiologiájuk teljesen különböző-e? A 3. eset klasszikus példája annak, a mit *Volhard* acut pseudouramiának nevez: eklampsiás görcsök, múltó aphasia, térdclonus, Babinski-reflex, papillitis, normalis maradék-N-tartalom mellett. A roham alatt lebecsátott vérben a húgysav koncentrációját nagyon találtuk, holott az néhány héttel előbb még normalis volt. Az eset azt mutatja, hogy az eklampsiás-uraemiás roham alatt is van retentio, a mely azonban a maradéknitrogénszint emelkedésében nem nyilvánul meg, azért, mert a húgysav kiválasztásában nincsen zavar. Valószínű, hogy a heveny nephritis kapcsán támadó eklampsiás uraemia aetiologiájában is éppen ez a részleges retentio szerepel. Igaz ugyan, hogy az eklampsiás uraemia tünetei agyanaemiával (agyooedemával) is magyarázhatók és hogy ezt az oedemát a bonczolásra került esetek legtöbbszörében sikerül is megtalálni; nem lehetetlen azonban, hogy maga az oedema is csak következménye, tehát tünete a salakretentiának. Ez annál valószínűbb, mert hiszen időszült uraemiában is gyakran látunk eklampsiás rohamot, sőt a bonczoláskor agyooedemát is; ezekben az esetekben az agyooedemát, mint az időszült uraemia minden más tünetét, a salakanyagretentióra kell vonatkoztatnunk, hacsak nem akarjuk azt feltételezni, hogy az időszült uraemiához valamely más aetiologiájú heveny uraemia is csatlakozott. Az eklampsiás uraemiás agyooedemáról *Curschmann* már 1911-ben mondotta, hogy valószínűleg az is mérgezési tünet, és ugyanígy vélekedik *Monakow* is. Az én észleléseim szerint is a kétféle uraemia aetiologiája végeredményben egységes és az uraemiás tünetek oka mindkét esetben a veseelégtelenségből származó salakanyagretentio. A heveny uraemiában ez a retentio hirtelen támad, részleges és aránylag hamar múló, míg az időszült uraemiában lassan fejlődik ki és állandóan fokozódó. Nagyon valószínű — mint azt *Obermayer* és *Popper* gondolta —, hogy itt nem valamely meghatározott mérge szerepel, hanem a különböző szerkezetű anyagcserevégtérmekek sora. A heveny uraemiában a retentio valószínűleg ez anyagok egy részére vonatkozik csak, ezek között talán valamely olyan mérge, a mely agyooedemát okoz, míg az időszült uraemiát valamennyi salakanyag retentiója okozza és ilyenkor más természetű mérgező anyagok elfedhetik az eklampsiás uraemia mérgeinek hatását. Hogy azonban ez a feltételezett, agyooedemát okozó mérge az időszült uraemiában is szerepel, azt éppen az időszült uraemiához gyakran társuló eklampsiás rohamok bizonyíthatják; időszült uraemiában elhaltak bonczoláskor is gyakran találunk agyooedemát még olyankor is, ha erre valló tünet az életben nem volt. Ilyen esetet magunk is észleltünk.

Összefoglalás.

1. A húgysav, a vérsavó állandó alkotórésze, már a veseműködés kisfokú zavara idején a vérben felhalmozódik. A vérsavó húgysavszintjének ily módon való emelkedése a vese működés-zavarának értékes jele. (Kivéve azokat a betegségeket, melyekben a hyperuricaemia oka a fokozott sejtszétválás, például a leukaemia, a pneumonia.)

2. A vérsavó húgysavconcentrációjának meghatározása bizonyos határok között teljesen pótolhatja a maradéknitrogén meghatározást: mert tapasztalásunk szerint a vér maradéknitrogéntartalma sohasem nagyobb a rendesnél (50 mgr.‰-on felüli) a vérhúgysav normalis (3.5 mgr.‰-on aluli) koncentrációja mellett; ha tehát a vérhúgysavérték normalis, a vérben nitrogéntartalmú anyagok nem maradtak vissza; másrészt a 6.0 mgr.‰-on fölül húgysavérték — a melylyel együtt legtöbbször 100 mgr.‰-on fölül volt a maradéknitrogéntartalom, de viszonylagosan kicsiny is lehetett — eseteinkben mindig az uraemia jele volt.

3. A párhuzamos húgysav- és maradéknitrogen-meghatározás a vese működés-zavarának finomabb diagnosist teszi lehetővé, mint a maradéknitrogen-meghatározás magában, mert a húgysav retentiója sok esetben előbb jelentkezik és viszonylagosan nagyobb fokot ér el, mint a húgyanyag retentiója. A nephrosclerosisban a húgysavszint emelkedése gyakran előbb jelentkezik, mint a maradéknitrogenszinté; a heveny nephritisben gyakran észlelhetjük a v. húgysav felhalmozódását a maradéknitrogen felhalmozódása nélkül.

4. A vérhúgysavszint ingadozása a kórjóslás szempontjából is értékes jel: a 9.0 mgr. %-on felüli vérhúgysavconcentratio még viszonylagosan kis maradéknitrogen mellett is kedvezőtlen prognostikai jel.

5. Az uraemiás állapot rosszabbodását, illetőleg az uraemiás roham kitörését gyakran kíséri a húgysavszintemelkedése, még olyankor is, ha a maradéknitrogenszint változatlan marad. A húgysavszint ilyen hirtelen felszökését figyeltem meg eklampsiás uraemiás rohamban; ez az észlelés azt mutatja, hogy az eklampsiás (pseudo-)uraemiában is van salakanyagretentio, bár az a maradéknitrogenszint emelkedésében észre nem vehető.

6. Ez az észlelés, valamint a valódi és pseudouraemia tüneteinek gyakori keveredése valószínűvé teszi azt a feltevést, hogy a kétféle uraemia aetiologiája tulajdonképpen közös és hogy a tünetek oka mindkét esetben a salakanyagok retentiója.

A feldolgozott esetek részletes méltatása más helyen fog megjelenni.

Irodalom. Thannhauser u. Czoniczer: Erkrankungen des intermediären Purinstoffwechsels. Arch. f. klin. Med., 1921, 135. köt., 1—2. füzet. — Strauss: Die chron. Nephritiden in ihrer Einwirkung auf die Blutfliussigkeit. Berlin, 1902. — Garrod: Treatise on Gout and Rheumatic Gout. — Jaksch: Über Urikacidämie. Deutsche med. Wochenschr., 1890, 35. sz. — Monakow: Habilitationsschrift. Leipzig, 1917. — Bass: Purinkörper des Blutes. Arch. f. exp. Path. u. Pharm., 76. köt. — Obermayer u. Popper: Über Urämie. Zeitschr. f. klin. Med., 72. köt. — Haas: Über Indikanämie. Münch. med. Wochenschr., 1915, 31. sz. és 1917, 42. sz. — Dorner: Diagnose der Urämie mittels Indikanbestimmung. Arch. f. klin. Med., 113. köt. — Becher: Retention von Abiuretem Stickstoff. Deutsche med. Wochenschr., 1919, 10. sz. — Rosenberg: Arch. f. exp. Path. u. Pharm., 1920, 86. köt. — Gudzent: Zur Pathogenese der Gicht. Zeitschr. f. klin. Med., 1920, 90. köt. — Volhard: Die doppel-seitigen hämatogenen Nierenerkrankungen. Springer, 1918. — Curschmann: Babinski'sches Phänomen bei Urämie. Münchener med. Wochenschr., 1911, 39. sz. — Monakow: Blutdrucksteigerung und Niere. Arch. f. klin. Med., 1920, 133. köt.

Debreczeni Orvosegyesület.

(II. tudományos ülés 1922 október 28.-án.)

Elnök: Tüdös Kálmán.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Mikulicz-betegség.

Csiky József: 20 éves nőt beteget mutat be, a kinek egyidejűleg, hirtelen, symmetriásan megduzzadtak a nyál- és könymirigyek. Ismerteti a Mikulicz-betegség fogalmát és felosztását, mely szerint van 1. klasszikus, 2. a nyirok-rendszer betegségével egyidejűleg jelentkező, 3. valódi daganat okozta Mikulicz-betegség. A bemutatott esetet nehéz osztályozni, a mennyiben a kimetszett darab kórszövettanilag kis gömbölyű-sejtű sarkomának bizonyult, viszont a vérben, illetőleg a hatalmasan megnagyobbodott lép punctatumában a lymphás sejtek tekintélyes megsaporodása volt észlelhető.

Encephalographiás esetek.

Elischer Gyula: Számos encephalographiás esetet mutat be, köztük egy agydaganatot és egy hydrocephalus internust. Hangsúlyozza az eljárás nagy diagnostikai értékét és a beavatkozás veszélytelen voltát. A levegőt lumbalis punctio útján juttatja az agykamarákba.

Thurzó Jenő: Benedek tanár ajánlja a levegő-befúvásokat diagnostikai célból tüneti epilepsziás betegeken, hogy a meninxek letapadását megállapítsa. Készüléket mutat be, melyet szerkesztett s melylyel a levegő-befúvásokat végzi. Előnye, hogy használat közben a lumbalis

nyomást ellenőrizni tudja. Megemlíti még folyamatban levő saját vizsgálatait a liquor cerebrospinalissal és ismerteti a befúvás hatására a liquorban eddig észlelt változásokat.

Csiky József: A levegő-befúvás hatására észlelhető eddig ismert liquor-elváltozásoknak gyakorlati jelentőségük egyáltalában nincsen.

Tejjel kezelt chorea minor.

Follmann János: A betegek bemutatására azoknak a para-specificus kezelésre történt prompt gyógyulása indította. Az idegklinikán kezelte és észlelte a betegeket s miután a régi kezelésmóddal hiába próbálkoztak, tért át a fejkezelésre, melyre gyógyulás következett be.

Phlogetannal kezelt chorea minor.

Follmann János: Benedek tanár ajánlata a beteg öszszesen két napi időközökben hat phlogetan-injectiót kapott 2—5 cm³-ig. A harmadik injectio után a spontan mozgások s az incoordinatiók minimalisak s 18 napi kezelés után a beteg gyógyultan távozott. Az azóta történt ellenőrző vizsgálatok alkalmával a beteget tünetmentesnek találták.

A hajszálerek szerepe a keringés zavaraiában.

Nagy Géza: A szív munkáját már normális keringésnél is extracardialis tényezők támogatják, melyek közé nemcsak az izomzattal és rugalmas szerkezettel bíró arteriák működését, hanem a capillariseket is számíthatunk kell. A capillarisekről Dale, Krogh, Steinach stb. vizsgálatai óta kétségtelen, hogy sympathicus-innervációjuk van s hogy önálló összehúzódásra és kitágulásra képesek, a mit minden valószínűség szerint endothelsejtjeik colloidjainak állapotváltozása, megduzzadása és ellazulása tesz lehetségessé. A capillarisek játéka rendszerint együtt jár a kis arteriák játékával, de nem függvénye ennek. A praecapillarisek általános spasmusa csak akkor okoz vérnyomásemelkedést, ha a capillarisek is contractióban vagy obliterálva vannak. A vérnyomás-süllyedéssel pedig a capillarisek bénulása jár együtt, collapsusnál különösen a nervus splanchnicus területén. Némely mérgezésnél (phosphor) és egyes oedema-formákban az endothelfal különálló megbetegedését kell feltételezni. Inkompensált szívbajokban a hosszantartó asphyxia következtében a capillarisek-fal megbetegszik s a tüneteket súlyosítja.

A capillaris atoniáknál, különösen olyanoknál, melyek a vasomotor-centrum bénulásából következnek, nagyon jó eredményt használta a nálunk nem kellően értékelte strychnint. Pneumoniánál például minden egyéb gyógyszer helyett naponként 2—3 centigramm (!) strychnint ad a collapsus prophylacticumaként.

Belák Sándor: Nem valószínű, hogy a hajszálerek a sejtek duzzadása folytán húzódnak össze, mert régebben végzett vizsgálatai szerint (izomszövetek) az adrenalin nem hogy elősegíti, sőt inkább csökkenti a duzzadást.

Zempléni V. Gyula: Az eclampsia gyógyításában a vérlebocsátás bizonyult leghatásosabbnak. Nevermann fenyegető eclampsiában végzett vérlebocsátás alatt a Weiss-féle capillaris-mikroskoppal figyelte a hajszálerek viselkedését; míg megelőzőleg a hajszálerekben csaknem teljes stasist észlelt, addig a vérlebocsátás alatt élénk áramlás megindulását vette észre. Hogy az érgörcs oldódását a vérlebocsátás miként váltja ki, még vitás, a hozzászóló azonban lehetségesnek tartja, hogy a hajszálerek szerepének további vizsgálása nemcsak a vérlebocsátás jótékony hatásának megértéséhez, hanem az eclampsia ismeretéhez is közelebb visz.

A dyskrsziák és diathesisek tana történelmi megvilágításban.

Liszt Nándor: A dyskrszia fogalmának ismertetése, eredete és lényegének magyarázata után fejtegeti a dyskrsziával rokon hajlamnak, dispositiónak s alkati rendellenességnek mivoltát, majd átvezet az orvostörténelem idevágó fejezetein egészen Abderhalden legújabb felfogásáig. Végső következtetése az, hogy igen sok betegség tulajdonképpen diathesises megnyilvánulás. A dispositio talaján csendül fel az a bizonyos „Krankheitsbereitschaft“, mely néha még valami exogen ártalom érvényre jutása mellett a szervezeten reakcióként lobbantja ki a betegséget.



IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

W. Liepmann: Der geburtshilfliche Phantomkurs.
Verlag von Urban und Schwarzenberg, Wien-Berlin, 1922.

A jól ismert szerző szépen kiállított, világos, jól megérthető könyvében azt a célt tűzte ki, hogy a szülészeti mütéttant megtanítsa. Nyolcz fejezetben írja le a különféle mütéteket azzal a nagyszerű tanító móddal, a melyet egyéb könyveiben is megtalálunk. Főfejezetei a könyvnek: a magzat világrahozatala koponya- és harántfekvésnél, hibás fejbeigazodásoknál, a lágy szülőutak véres és vértelen tágítása, daraboló mütétek és végül általános rövid szabályok a mütétek körül. A könyv végén az egyes mütétek rövid történetét ismerteti. Egész eredeti módon mutatja be a méhszáj tágulását. A fogónak alkalmazását oly világosan adja elő, mint talán egy tankönyv sem. Leírja azt is, hogy mint alakítja át a rendes fogót magas fogóvá egyszerűen kanócz-fonál behúzásával a fogó ablakaiba. Igen helyesen figyelmeztet mélyharántállásnál a fejnek kézzel való átfogására, nehogy súlyos lágyrészsérüléseket okozzunk. Kiemelendő az az ajánlata is, hogy a hüvelyt, illetőleg a belső genitálékat hig sublimattal öblítsük, a mit kivüle az összes német szerzők elvetnek, de mi hazánkban kitűnő sikerrel alkalmazunk. A Bossi-tágítót lomtárba valónak tartja. Hasonlóan óva int a Hegar-tágítónak alkalmazásától a szülészeten, mert csak bajt okozhatunk velük. A daraboló mütéteknél az egyszerű Braun-féle kranioklast használatát ajánlja, nem pedig a komplikált háromágú eszközöket. *Liepmann* elsőrangú tanítómester, tankönyvét bizonyára nagy élvezettel és haszonnal fogják olvasni úgy a gyakorló orvosok, mint a szakemberek. *Lovrich.*

Fehling: Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung in der Frauenheilkunde.

Leipzig, 1922. Verlag von Georg Thieme.

Fehling tanár mindössze száz oldalra terjedő dolgozatában a leggyakorlatibb szülészeti és nőgyógyászati kérdésekre tér ki. Dolgozatának talán legszebb fejezete az abortusról, a placenta praeviáról és a méhenkívüli terhességről szóló ismeret, mely kérdésekben a tőle megszokott világos iránylyal adja elő saját tapasztalásait. Ezen füzetekben a német tudományos világ vetekedve fogott össze, hogy a diagnostikai tévedéseket a gyakorló orvossal megismertesse. *Fehling* füzete ezek között is talán a legjobb és érdemes arra, hogy a gyakorló orvos ismételtén átlapozza. *L. J.*

Lapszemle.

Belorvostan.

Az **asthma bronchiale** vaccinás kezelését kísérlete meg *Schottmüller* tanár (Hamburg). Egy nagyon súlyos esetében azt tapasztalta ugyanis, hogy a hetek óta változatlan hevességben fennállott asthmás állapot magas lázzal járt influenza után teljesen megszűnt. Minthogy nem tartotta valószínűnek, hogy a specifikus influenza-vírus hatásának tulajdonítható ez az eredmény, és úgy vélte, hogy hasonló hatású lehet valamely más bakteriosus anyag is, ha kellő reakciót tud a szervezetben előidézni: egy sepsises betegből kitenyészített bakteriumból készített vaccinát; ez a vaccina, a vérbe juttatva, nagyfokú lázat és tetemes leukocytosist hozott létre, egyébként káros hatás nélkül. Összesen 9 esetben használta eddig ezt a vaccinát és csak egy esetben nem ért el eredményt. A további vizsgálódásokat a jelzett irányban kívánatosnak tartja. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 44. szám.)

Szülészeti és nőorvostan.

A menstruatio tanának legújabb állásáról ír *Seitz*, a giesseni nőbeteg-klinika assistense. Általánosságban menstruatio alatt a négyhetenként periodusosan ismétlődő vérzést értjük. Már régóta ismeretes, hogy a menstruációs vérzést sok egyéb az egész női testre, sőt a psychére is kiható változás

kísérheti. Menstruatio alatt sok nőnek a bőre erősebben pigmentált lesz és még szűzeknek is az emlőmirigyei váladékot termelhetnek. Kétségtelen, hogy menstruatio alatt a nő úgy testileg, mint lelkileg nagy változáson esik át; a vérnyomás emelkedik, az anyagcsere fokozódik. Régóta ismeretes, hogy a méh nyálkahártyájának cyclusos elváltozásai correlatióban állnak a petefészek működésével. *Hitschmann* és *Adler* írta le először a méh nyálkahártyájának cyclusos elváltozásait. Felvesznek egy normális nyálkahártya-typust, a melyre jellemző az egyszerű tubulosus mirigyállomány, a közép magas cylindrszerű epithelsejtek, közepükön a hosszúkás sejtmaggal. Ez a normális stadium az intermenstruációs idő középső harmadára esik, mely megfelel körülbelül a 10.—18. napnak. Bécsi szerzők ezt az időpontot intervallum-stadiumnak nevezték el. E stadium végén a nyálkahártya már lényeges változásokat mutat; a mirigysejtek dugóhúzó-alakban megcsavarodnak, számtalan sejtmagmitosist találunk, a stroma fellazul, a sejtek protoplasmadúsak lesznek, az epithelsejtek megszaporodva, protoplasmájuk megduzzad, belőlük glycogentartalmú secretum-vacuolák lépnek ki. *Hitschmann* és *Adler* a nyálkahártyának ezt az átalakulását praemenstruumnak nevezi; sokszor a méh nyálkahártyájának terhességi decidualis elváltozásától nem különböztethető meg. Ez a stadium 10 napig tart. A 10. naptól kezdve az egész nyálkahártyát leuko- és lymphocyták borítják el, a nyálkahártya erei megvastagodnak, az egész nyálkahártya fellazul s megindul a vérzés, a melyet *Gebhardt* szerint kis capillarisok rexisse okoz; ezt a stadiumot nevezte *Hitschmann* és *Adler* menstruatióknak. E stadium után következik a postmenstruum. A nyálkahártya ellapul, mirigysejtyegek epithelsejteken keletkezett sebek begyógyulnak. A 10. napon eléri a nyálkahártya azt a stadiumot, a melyet már előbb intervallum név alatt tárgyaltunk.

Schröder új nomenclaturát állított fel. Ő az intervallum-stadiumot 8—18 napig terjedő proliferációs stadiumnak, a praemenstruációs stadiumot secretiós stadiumnak, a menstruációs stadiumot desquamációs stadiumnak, a postmenstruációs időt regenerációs stadiumnak nevezi.

A másik tapasztalati ténye a mai menstruációs állapontunknak az, hogy a nyálkahártya változásaival egyidejűleg az ovariumokban is változások történnek: folliculusok megérése, corpus luteum képződése, corpus luteum visszafejlődése. *Pflüger* elmélete, mely szerint az érett folliculus megrepedése idegpályák útján reflectorice váltja ki a menstruációs vérzést, meg van döntve; ma már kísérletek alapján tudjuk, hogy a folliculus megrepedésekor, vagyis a mikor a corpus luteum kezd fejlődni, a nyálkahártya a proliferációs stadiumból a secretiós stadiumba megy át. Ez megfelel a 28 napos menstruációs turnus 14—16. napjának. A 28 napig tartó menstruációs cyclus első felében a nyálkahártya a regenerációs és proliferációs stadiumban van. Ugyanakkor a petefészekben csak érőfélben levő folliculust találunk. E stadium végén, a 14—16. napon bekövetkezik a folliculus megrepedése s kiszabadul az érett pete. Ezzel megkezdődik a corpus luteum képződése. A nyálkahártya pedig a secretiós, praemenstruációs stadiumba megy át. A menstruációs cyclus második fele után a nyálkahártya kezd visszafejlődni, a petefészekben a corpus luteum hasonlóképpen visszafejlődést mutat s kezdetét veszi az új menstruációs cyclus. A folliculus megrepedése körülbelül a menstruációs cyclus 14—16. napjára tehető. A háború alatt rövid időre szabadságot katonák családjában végzett megfigyelések arra az eredményre vezettek, hogy az asszonyok a négyhetes menstruációs cyclus második hetének első harmadában termékenyülnek meg legkönnyebben. Az észlelt esetek 60%-ában erre az időre esett a pete megtermékenyítése. A praemenstruumban és a postmenstruumban a conceptio csökken, majdnem sterilnek mondható az asszony.

Kétségtelen, hogy a petefészek szabályozza a méh tevékenységét; de ez a szabályozás nem az idegpályákon történik, mint a hogy azt *Pflüger* gondolta, hanem a vérpályán, a petefészek által termelt anyagok útján. Hogy a petefészek szabályozza a méh tevékenységét, azt számos petefészek-exstirpációs és implantációs kísérlet igazolta. A míg a petefészekben érőfél-

ben lévő folliculus van, addig a nyálkahártya a proliferációs stadiumban van. Hogy ez az aetiológiai összefüggés megvan, bizonyítják azok a pathológiás esetek, a melyekben bizonyos bántalom folytán a folliculus megrepedése akadályozott, a corpus luteum képződése elmarad; ilyenkor a méh nyálkahártyáját a proliferációs stadiumban találjuk. Épp úgy pathológiás esetekben a corpus luteum hosszabb ideig persistálhat, mikor is a nyálkahártya praemenstruációs stadiuma elnyúlhat. Ha műtét közben a corpus luteumot elpusztítjuk, azonnal visszafejlődik a praemenstruációs nyálkahártya és beáll a menstruációs vérzés. Ha a megtermékenyített petét távolítjuk el, akkor a corpus luteum graviditatis fejlődik vissza. A corpus luteum eltávolítását a már meglévő terhesség félbeszakadása követheti; viszont a kiszabadult érett pete biztosítja a corpus luteum keletkezését és megmaradását. A pete halálának következménye a corpus luteum visszafejlődése. A méh nyálkahártyájának desquamatioja a corpus luteum visszafejlődésétől, a corpus luteum visszafejlődése pedig a pete halálától van feltételezve. A szerző munkája végén az állatokon észlelt, az emberéhez hasonló menstruációs elváltozásokat írja le, a melyek mind bizonyító erővel bírnak új menstruációs tanának helyessége mellett. Ha megfigyeljük a praemenstruációs stadium legvégén a méh nyálkahártyáját, azt találjuk, hogy alig különbözik a nyálkahártya decidualis átalakulásától. A corpus luteum menstrualis alig különbözik a corpus luteum graviditatisól. *Born* szerint a corpus luteum rendelkezése az, hogy előkészítse a nyálkahártyát a terhességre. Ha a pete megtermékenyítése elmarad, a nyálkahártya visszafejlődik. Vannak szerzők, a kik helyesebbnek tartják a méh nyálkahártyájának praemenstruációs stadiuma helyett a praegraviditási stadium elnevezést. A menstruatio alatt keletkező, az egész szervezetre kiható elváltozások, mint például a bőrpigmentatio, a pajzsmirigy megduzzadása, a gyomor-bélzavarok, az emlők feszülése és a tej elválasztása a terhesség alatt fokozott mértékben lehetnek jelen; természetesen egyének szerint különböző erősséggel mutatkoznak. A menstruatio rendeltetése tehát az, hogy a női szervezetet előkészítse a megtermékenyített pete befogadására és fejlődésére. (Medizinische Klinik, 1922, 32. szám.) *Sztehlo dr.*

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

A carbunculusokat a hamburg-eppenheimeri kórház II. sebészeti osztályán újabban következőképpen kezelik: Keresztmetszéssel kiadóan megnyitják a carbunculust és szabadá praeparálják a borszeleket. Az így megnyitott kóros góczba diphtheria- vagy lóserumba mártott gaze-t helyeznek és erre védőkötést. Többnyire már 24 óra múlva lelködnek a beszűrődve volt részek s néhány nap múlva csupa egészséges, friss sarjadzást látunk. Furunculus eseteiben többnyire elégséges bemetszés mellőzésével egyszerűen egy köbcentiméter lóserumot fecskendezni a gócz közepébe. Carbunculus egyszeri tamponálására elegendő 4 cm³ lóserum vagy pedig a 400-szoros diphtheriaserum (2000 I.E.) 2 cm³ physiologiai konyhasóoldattal hígítva. Ez az eljárás sokkal kiméletesebb, mert csak a metszés széleit kell felválasztani, de nem kell kiirtani az egész góczot; a gyógyulástartam sokkal rövidebb és a prognosis is kedvezőbb e kezelésmód mellett. (Klinische Wochenschrift, 1922, 47. szám.)

Narcosishoz *Honigmann* szerint legjobb a tiszta aether; okvetetlenül előnyben részesítendő a narcoticum-elegyekkel szemben. A hatás már kis mennyiségre beáll, ha a narcosis előtt félórával 1—2 centigramm morphiumot adunk 1/2 milligramm atropinnal. Iszákosoknak előzőleg valamivel több morphiumot (2 1/2 centigrammot) fecskendezünk a bőr alá. (Zentralblatt f. Chir., 1922, 41. szám.) — *Tendhoff* a műtét napját megelőző estén 1·0 cm³ 10%-os szőlőcukoroldatot fecskendez be lassan intravenásan; ez nemcsak a vérkeringésre hat előnyösen, hanem azért is előnyös, mert kevesebb narcoticummal érhető el mély alvás és a narcosis kellemetlen utóhatása is kisebbfokú és ritkább, úgyszintén a postoperatív tüdőszövődmény. (Zentralblatt f. Chir., 1922, 40. szám.)

Vegyes hírek.

A Közkórházi Orvostársulat december 27.-én délután 6 órakor tartja évről közgyűlését a Szt. Rókus-közkórház I. sebészeti osztályának műtőtermében. E gyűlésen tartja *Gerlőczy Zsigmond* Semmelweis-előadását „Laboratorumi és klinikai kutatások alapján formált elméletek a fertőző betegségek mibenlétéről és a mindennapi jelenségek megfigyelése” címmel.

Lapunk mai számához *Dr. Egger Leó és Egger J. gyógyszer- és vegyészeti gyár prospectusa* van mellékelve.

SVÁBHEGYI NAGY SZÁLLODA SUBALPIN GYÓGYHOTEL.

A Svábhegyi Liget-Sanatorium téli dependencie-a.

Modern orvosi, vizgyógyászati felszereléssel. Diéta konyha a Dr. Jakab-féle Liget-Sanatorium régi kipróbált rendszere szerint. Fekvő kúrákra kitűnő védett, napsugaras terraszok.

Felvétnak: Anaemiások, Basedow-betegek, gyomor- és bélbetegek, valamint üdülésre és pihenésre szoruló.

Orvosi vezető: Dr. Györki Béla, sanatoriumi főorvos.

Diathermia Gyógyintézet

Budapest, V., Vilmos-császár-út 18, I. em. — Telefon: 13—98. — **hő-, fény- és villamos kezelésekre.**
Diathermia. Quarz. Spectrosol. Ivlámpa. Négyrekeszes fürdő. Fényszekrény. Hüvellyfény- és hőlámpa. Elektrotherapia. Franklinsatio. Főn. Vibrációs massage. Zander-stb. kezelések.
Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő, Dr. Kovács József.

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

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete

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

RÖNTGEN-ODELGA

Iszapkúrák orvosi felügyelet mellett Dr. Pajor-Sanatoriumban Budapest, VIII., Vas-utca 17. Ugyanitt Zander-massage és vízkúrák.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh koronától kezdve. Prospektus-sal és bővebb felvilágosítással utlevél-ügyben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.

Physicalis, Röntgen-, serológiai és bakteriológiai vizsgálatok. Specifikus oltások, quarz- és művi pneumothorax - kezelés. **Dr. Rajnik Pál** Budapest, VII., Vilma királyné-út 11. sz. (Fasor). Tüdőbetegségek diagnosztikai rendelője: Telefon József 14—51.

PÁLYÁZATOK.

90/1922. eln. szám.

Baja városánál üresedésbe jött s a VII. fizetési osztály III. fokozatának megfelelő törzsfizetéssel, lakbérrel és állami pótlékokkal javadalmazott **tiszti főorvosi** és az ennek betöltésére által netán megüresedő s a VIII. fizetési osztálynak megfelelő javadalmazással és állami pótlékokkal javadalmazott **tiszti orvosi**, valamint a városi közkórháznál megüresedett s a VIII. fizetési osztálynak megfelelő javadalmazással és állami pótlékokkal javadalmazott **belgyógyászati osztályos főorvosi állásokra pályázatot** hirdetnek.

Folyamodni óhajtok felhívatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos *Krudy Ferencz* Baja thjf. városi főispán úrhoz címezve a **pályázati hirdetmény megjelenésétől számított 15 nap alatt** közvetlenül Baja város polgármesteri hivatalánál nyújtsák be.

Az állás a kinevezés átvételétől számított 8 nap alatt elfoglalandó. **Baja, 1922 december hó 5.-én.** A polgármester.



NEUROLIN BALLA *
* TONICO - SEDATIVUM *

MAGNOSPIRIN BALLA *
ANTIPYRETHICUM *
ANTIRHEUMATICUM *

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

25 év óta közkedvelt roborans, tonicum. Eredményesen alkalmazható neurasthenia, véralkati bajok, tüdőbajok stb. eseteiben.

Emulsio Ol. Jecoris Dr. Egger.

A csukamájolaj legjobb adagolási formája. Kiválóan használható súlyvesztéssel és erőhianyatlással járó betegségekben, például tuberculosis, scrophulosis, rachitis stb. eseteiben.

Corrosol Dr. Egger.

Fájdalommentes luestherapeuticum. — Salvarsannal kombinálva is alkalmazható. Intramuscularis injectio. Spirilicid hatás.

Vaccinae sec. Dr. Pápay :

Epileptolysin.

Parentero-(proteino-)therapeuticum az epilepsia kezelésére.

Proteinosan S. U.

Szőlőcukortartalmú tejinjectió készítmény. Proteinopantherapeuticum.

Polysan.

Complex immun-vaccina, az omniculturalis protoplasmata-activálás elve alapján parenteralis módon alkalmazandó.

Irodalommal stb. készséggel szolgál :

Dr. Egger L. és Egger J.

Budapest, VI., Révay-utca 12.

Sollux Verlag, Hanau a. Main,

Postfach Nr. 593.
Preussen.

Ujjonnan megjelent!
A Robert Koch-féle „Tuberculosis“-díjjal
kitüntetett monographia.

„Die Bedeutung der verschiedenartigen Strahlen für die Diagnose und Behandlung der Tuberculose.“ Von Dr. R. Gassul vom Berliner Universitäts-Institut für Krebsforschung. 66 oldal, nagy oktávalak. Füzve 210.— márka, portó nélkül.

Ezen díjazott munka magában foglalja a számos tüdőbeteg-gyógyintézetnél megejtett kérdezősködések eredményét, saját észlelések értékesítését, híres fénygyógyászok és röntgenologusok tapasztalatait. Különös értékkel bír azon kérdés végleges tisztázása, hogy mily eredmények várhatók a tüdőbetegségek kezelésében a természetes napfény és a „mesterséges magaslati napfény“ általi besugárzástól. A szerző kimutatja, hogy „mindkettő a regeneratíós és az immunisatorius erőket a testsejtekben erősen serkenti“; pontos és elővigyázatos adagolásnál, valamint a betegek helyes kiválasztása és ellenőrzése mellett mesés gyógyszer és incitamentum.

Uj! 3. kiadás.

„Die Lichtbehandlung des Haarausfalles“ von Dr. Franz Nagelschmidt, Berlin. 70 oldal nagy oktávalak, kart. 228.— márka, portó nélkül.

A szerző írja: Az eddigi módszerek a hajkihullás kezelésére épp oly számosak, mint hatástalanok; Prof. Lesser a következőket mondja a bőrbetegségek című legújabb kiadású tankönyvében: „Tapsztalataink mutatják, hogy nincs szer, a mely a hajkihullást meggátolná, még kevésbé olyan, mely az új hajképződést meggyorsítaná.“ Én azon új gyógykezelési eljárás felé hajlom, melylyel a hajbetegségek kezelésében általában és az alopeciánál (hajkihullás) direkte sok esetben eklatáns eredményt tudunk elérni. Mindazonáltal ezen egyedüli hatásos kezelést igen gyakran nem alkalmazzák, minthogy a gyakorló orvosok körében még ismeretlen. E monographia ezen ismeretek terjesztésére szolgáljon.

Uj! 4. kiadás.

„Das Quarzlicht und seine Anwendung in der Medizin“ von Dr. med. F. Thedering. 4. javított kiadás. 160 oldal, nagy oktávalak. Ára kart. 475.— márka, portó nélkül.

Bevezet a fénygyógyászat theoretikus és praktikus alapelveibe, melyeket minden modern orvosnak ismernie kell. Rövidre szabott, érthetően megírt tankönyv, de azért oly mű, melyet az e szakmát jól ismerő orvos is el fog olvasni és tudásának gyarapodása nélkül aligha fogja félretenni. „Kiválósága az anyag teljes uralása és áthatolása, saját, többnyire eredeti felfogással. Senkinek sem szabad, a ki fénygyógyászatot foglalkozik, ezen könyvet mellőzni.“ (Prof. Kromayer.)

Utánvétes küldemények felvételének beszüntetése miatt kérjük az összeg beküldését bankjegyekben vagy bélyegekben. Fenti árakhoz bérmentesítésre mint „nyomtatvány, ajánlott“ küldemény még 5% felár számítandó.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Nagy Géza:** Közlemény a debreczeni m. kir. Tisza István-tudományegyetem belklinikájáról. (Igazgató: Csiky József dr., ny. r. tanár.) A thrombopeniás vérzékenység pathogenesiséhez és terapiájához. 503. oldal.
- Molnár Elek László:** Közlemény a debreczeni m. kir. Tisza István-tudományegyetem belklinikájáról. (Igazgató: Csiky József dr., egyetemi ny. r. tanár.) Orsóférges az epeutakban. 504. oldal.
- Sternberg Ferencz:** Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., nyilv. rendes egyetemi tanár.) A purpurákról. 505. oldal.
- Bókay János:** Jövő feladatainkról. 508. oldal.
- Debreczeni Orvosegyesület.** (III. tudományos ülés 1922 november 11.-én.) 509. oldal.

- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A. Jesionek:** Biologische Vorfagen der experimentellen Tuberkuloseforschung vom dermatologischen Standpunkt aus. — **H. Gerhartz:** Leitfaden der Röntgenologie. — **Lapszentle. Belorvosstan. Kelling:** A cholelithiasis és migraine. — **Naswitis:** A lépnek egy újabb működése. — **Nonnenbruch:** Endocarditis lenta esetel. — **Deusch:** A polyarthritus chronica progressiva deformans összefüggése a pajzspirigy működés-zavaraival. — **Anschütz:** Az appendicitis és nephritis közötti összefüggésről. — **Sebészlet. Melchior:** A struma a csecsemőkorbán. — **Ideg- és elmekörtán. Fr. Kraus:** A vegetatív idegrendszer és az egyéniség kapcsolatáról. — **Szemészet. M. Rosenstein:** A chronikus kötőhártyahurut gyógykezeléséről galvanocauterrel. — **Salus:** A szaruhártya recidiváló traumás és nem traumás epitheliumbetegedéséről. — **Gyermekorvosstan. Kaup:** A háborús inség befolyása a súly- és hosszviszonyokra. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.** 509—511. oldal.
- Vegyes hírek.** 511. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a debreczeni m. kir. Tisza István-tudományegyetem belklinikájáról. (Igazgató: Csiky József dr., ny. r. tanár.)

A thrombopeniás vérzékenység pathogenesiséhez és terapiájához.

Irta: Nagy Géza dr., klinikai tanársegéd.

Az *Immermann*, *Litten*, *Heubner* által képviselt unitarius felfogás, mely a haemorrhagiás diathesisek csoportjának különböző formáit egy közös kór-ok, vagy közös mechanizmus különböző fokozatainak tartotta, az újabb és újabb megfigyelések csapásai alatt teljesen elvesztette a csatát. Először a valódi haemophilia s a scorbut választódott el a gyűjtőfogalomtól, majd a purpuráknak csoportja is *Hayem*, *Denys*, *Duke*, *Schebi-Buch*, *Jungmann*, *Glanzmann*, *Katznelson*, s végül különösen *Frank* vizsgálatai által három jól definiálható csoportra oszlott: capillaris-toxicosis, endotheliosis és thrombopenia által okozott purpurákra.

Súlyos streptococcus-sepsisekben, endocarditis lentában a vérzékenység oka az endothelialis szövet föllazulása; e szövet sejtjei makrophag functióra használnak fel, s mint ilyenek a keringő vérben is megjelennek, elhagyva és elhanyagolva eredeti feladatukat, a capillaris működést.

A haemorrhagiás capillaris-toxicosis csoportjába tartoznak a *Schönlein*-ről és *Henoch*-ról elnevezett formái a purpurának, melyeket, mivel ízületi alteratiókkal, körülírt oedemákkal, urticariával, lázzal járva, az anaphylaxiának képére emlékeztetnek, *Frank* anaphylaktoid purpurának nevezett el. E vérzések pathogenesisében a capillaris tonus laesiója szerepel, mely az alkotó sejtek physicalis-chemiai viszonyainak, kolloidjainak megváltozásából, vagy sympathicus-innervációjuknak ingadozásából áll.

A harmadik oka a vérzékenységnek a thrombocyták számának kritikus megkevesbbedése, mely szintén egy betegséget, a *morbus Werlhofii*-t különíti el.

Már 1881-ben *Brohm*, később *Krauss E.*, majd a belga *Denys* észlelte, hogy *Werlhof* morbus maculosusánál a thrombocyták eltűnnek a peripheriáról. *Hayem* megkísérelte ezt a körülményt a vérzékenység mechanizmusával összefüggésbe hozni, azon észleletet alapján, melyek a vérlemezkéknek úgy a véralvadás megindításában, mint különösen a fehér thrombus keletkezésében való fontosságára mutattak.

Ezeket a tapogatózó vizsgálatokat *Frank* 1915-ben rendszerbe foglalta, s az egész kórképet elsődleges ok gyanánt a thrombocyták számának nagymérvű megcsökkenésére vezette vissza, mely symptomásan több súlyos, csontvelősorvadásra vezető állapotban, súlyos typhusban, aplasiás anaemiában, leukaemiákban fordul elő, viszont előfordul izoláltan és idiopathiásan morbus Werlhofii-ban, melyet *Frank* éppen ezért *essentialis* thrombopeniának nevezett el.

Kétségtelennek látszott, s nem is váltott ki nagyobb ellentmondást, hogy a thrombopeniával jellemzett kórkép önálló betegséget jelent, mellérendelt jelentőségűnek tartva azt a kérdést, hogy vajjon a thrombopenia a csökkent képződésben, vagy a fokozott pusztulásban leli-e az okát? Annál nagyobb vitát támasztott *Frank*-nak az az igyekezete, hogy a betegség összes tüneteit, a spontán vérzéseket is, a primaer thrombocytá-szegénységből magyarázza. Első dolgozatában úgy fogta föl a kérdést, hogy a legkönnyebb fajsúlyú véralakelemek, a vérlemezkék, mindig fali áramban úszva eltömeszelik az endothelhártya stomáit, s így megakadályozzák az extravasatiót, melynek tendenciája mindig megvan s a mely a thrombocyták megfogásával érvényre kerül. Ez a physicalis magyarázat azonban nem tudott mindenkit meggyőzni s mind többen fordultak a chemiai teoriák felé, melyek az érfalak fellazulásában keresték ezt a vérzésre praedisponáló momentumot, mely karöltve járna a thrombocyták eltűnésével, sőt talán a tömegesen tönkremenő thrombocyták capillaris-toxikus anyagainak révén jönne létre.

Legújabb megfigyelései alapján *Frank* némileg enged eredeti álláspontjából, s habár a Werlhof-kór lényegét a thrombopeniában látja, magát a purpurát mint accidentalisan hozzájött s a mikrotraumák fogalmának bevezetése által magyarázott tünetet fogja föl. A Werlhof-kórban szenvedőnek nem lennének szerinte vérzései, ha nem kopogtatnánk meg a sternumát, nem kötnénk le a karját, nem horzsolná a gallér, s nem szorítaná a nadrágszíp stb.

Frank klinikai megfigyeléseit támogatni látszanak *Duke* experimentalisan, diphtheria-toxinnal és benzollal előidézett thrombopeniás esetei, melyekben egy bizonyos krízises számon alul (30—35.000) mindig vérzéseket kapott, mely vérzéseket lemezkegazdag vér transfundálásával meg tudott szüntetni, valamint saját megfigyelései, melyek szerint 30—70.000 vérlemezke mellett köbmilliméterenkint a kar leköttése után nem keletkeznek bőr alatti vérzések, 20—30.000-nél kis petechiák jelentkeznek, míg 20.000 alatt széles suffusiók.

A physicalis felfogás szerint tehát, melyet *Frank*, *Katznelson* mellett a francia szerzők legnagyobb része is vall, kétségtelen parallelismus állapítható meg a vérzések és a thrombocytá-szám között.

Klinikánkon nemrégiben kezeltünk egy acute kezdődött és gyógyulással végződött Werlhof-kórt, melynek súlyos tünetei egyetlen, a lépre adott legnagyobb adagú Röntgen-besugárzás után rapide megszűntek, s a gyors gyógyulásban a vérzésre való hajlamosság s a thrombocyták száma teljesen elvált egymástól, mint a hogyan lues eseteiben specifikus kúra után meggyógyul az exanthema vagy a fekély, de megmarad a positiv Wassermann.

A beteg N. G., 44 éves iskolaszolga, testileg erős, közepesen táplált egyén. Nemi baja nem volt, megelőző betegségről nem tud. Egy napon köhögéshroham lepte meg s vért köpött, gyógyszerre köhögése

és vércöpe is elmult pár napra, hogy ismét még erősebben jelentkezők súlyos orrvérzéssel kapcsolatban. Két hónapi felváltva jelentkező haemoptoë és epistaxis után a klinikára került. Lázas sohasem volt, kiütést a testén nem észlelt.

Midőn az intézetbe hozták, semmiféle physicalisan kimutatható elváltozást nem találtak. Foghúsa vérzékeny volt, de nem duzzadt. Bőr alatti vérzése nem volt, tüdeje, szíve épnek látszott, csak a Röntgen-orthodiagramm mutatott másfélszeresére megnagyobbodott lépét. A beszállításakor adott morphium-injectio azonban másnapra széles ecchymosist hagyott maga után, s ekkor már az egész testét kölesnyi, lencsényi, fillérnyi foltokból álló purpura lepte el, mely ráterjedt a nyálkahártyákra is. Széke szurokfekete volt, köpete tiszta vér. A vércépből 5—6%-os eosinophilia mellett normalis fehérvérsejtszámot, lényegesen csökkent vörsvérsejtszámot találtak, de thrombocytára a legszorgosabb kutatás mellett sem tudunk bukanni. A vér alvadási ideje teljesen normalisnak bizonyult, a vérzésidő 29 perc.

Kétségtelennek látszott, hogy az essentialis thrombopenia acute beköszöntő formájáról van szó, miért is a betegség splenogen eredetét valószínűnek tartva, néhány napi vizsgálat és bemutatás után therapiásan a lép Röntgen-besugárzását határoztuk el. Tamaszkodva a splenektomia által elért jó eredményekre, bénító dosist kértünk.

A hatás meglepő volt. A két hónapi erős nyálkahártyavérzésekkel járó s 15 napja kiterjedt bőrvérzésekkel manifestálódó betegséget, vagy legalább is haemorrhagiás symptomáját, a besugárzás egyszerűen elfújta. A haemoptoë, epistaxis megszűnt, a petechiák elsárgultak, újak nem keletkeztek. A kar leköttése öt nappal a besugárzás után nem okozott vérzéses foltokat, s a sternum megütögetése is reactionmentes maradt, de sem közvetlenül a besugárzás után, sem a későbbi napokban készített vérkenetekben thrombocytát felfedezni nem sikerült. A vérzésidő ekkor 9 $\frac{1}{2}$ perc volt.

A beteg úgy subjective, mint symptomásan teljesen gyógyultnak volt tekinthető, de az első thrombocytával csak a besugárzás után körülbelül három héttel találkoztunk, mint majdnem lymphocytá-nagyságú képlettel. Ekkor aztán rohamosan indult meg a restitutio ad integrum, s körülbelül 5—6 hét múlva teljesen normalis számmal lehetett őket megtalálni. Vérzésidő ekkor 3 perc.

Recidiva azóta sem következett be.

A thrombopeniák therapiájában, tekintve, hogy a végső okot nem ismerjük, aetiologiai gyógyításról nem beszélhetünk. Ezért igyekeztünk arra kell irányulni, hogy a két vezető symptomát megszüntessük. Ilyen eredményt hosszabb-rövidebb időre többféle úton lehet elérni. Így vértransfusiókkal vagy heteroprotein-injectiókkal, melyeknek nyomán gyakran köszönt be a thrombocyták számának hirtelen felszökése s a vérzések megszűnése. Hasonló krízist érhetünk el esetleg tonogen-injectiókkal is.

Katznelson a thrombocyták eltűnésének okát a lép fokozott thrombolysises tevékenységében keresi. A haemolysises anaemiákban hasonló megfontolás alapján elért eredményekre támaszkodva, itt is kiirtást ajánlott. Frank-nak nézete szerint, ki a csontvelőnek léphormon okozta bénításában keresi a kórkép magyarázatát, ez az eljárás aetiologiai gyógyításnak látszik, melynek simán lefolyt esetekben valóban jó hatását észlelték. A vérlemezkék száma jóformán órák alatt felszökött s a haemorrhagiás diathesis visszafejlődött. Sajnos, a recidiva kivétel nélkül minden esetben és oly gyorsan következett be, hogy a műtét rizikója nem áll arányban azzal a csekély eredménnyel, melyet egy tejinjectióval vagy más uton is elérhetünk.

Guggenheimer és Hygenstein a csontvelő besugárzásával igyekezett a thrombocytogenesis korbácsolni.

Az az irányzat, mely általában a véres eljárások Röntgenel való helyettesítése felé vezet, visz arra a gondolatra, hogy a kórokozó lépét vagy a reticulo-endothelialis apparatusnak a sugárnyaládba eső részletét bénító dosis alkalmazásával helyezzük funkció kívül.

Más gondolatmenetet követve jutott el a lépbesugárzások vércsillapító hatásához Stephan, ki a lép hormonalis funkciójának eredményét a capillaris endothel-tonusnak és a capillaris-fal retractióképességének megtartásában látja s e működések fokozását kisebb Röntgen-besugárzásokkal, az erythema-adag harmadával mint ingerdosissal kísérte meg.

Stephan kitűnő eredményekről számol be úgy haemorrhagiás esetekben, mint úgynevezett parenchymás vagy capillaris vérzésekben is. Esetünkben a bénító adag prompte szüntette meg a vérzékenységet, nemcsak időlegesen, hanem — azóta nyolcz hónap telt el — tartósan is.

Megszüntette a vérzékenységet, de nem befolyásolta a thrombocytaszámot. Seitz és Wintz tartós carcinomabesugár-

zások alatt figyelték a thrombocyták viselkedését és semmiféle változást sem tudtak konstatálni, úgyszintén nem lehetett kimutatni változásokat a plasma elektrolyt, fibrinogen és egyéb thromboplastikus anyagaiban sem. Mint a közölt körleírásból kitűnik, a klinikai gyógyulást, a vérzékenység megszűntét valóban csak 4—5 héttel később követte a thrombocytaszámnak a normalisig való szaporodása.

Ha a capillarisfal colloidpermeabilitásának és vegetativ tonusának befolyását a vérzékenység előidézése a thrombopeniás purpurák csoportjára is kiterjesztjük s a vérlemezkék eltűnését elválasztva tőle, mint külön tünetet fogjuk föl, adódik mégis oly nézőpont, melyből tekintve a két tünetet ugyanazon forrásból eredőnek láthatjuk.

A vesebajok pathogenesisében már érvényre jutott az a felfogás, mely nem a vese endothelijének izolált megbetegedésében keresi a kór lényegét, hanem az egész capillaris-rendszert, legyen az a bőrön, vagy legyen az a glomerulusban, egységesnek tekinti, melyet közös ártalom bántott.

Ha az uralkodó Wright-theóriához tartjuk magunkat és a vérlemezkék szülőit a csontvelő óriássejtjeiben keressük, eljuthatunk a közös forrásig, az endothelig. A megakaryocyták ugyanis felfoghatók úgy, mint a csontvelő sajátlagos endothel-sejtjei s így a reticulo-endothelialis apparatus mellett rokon systemát alkotnak a capillarisok endothel-rendszerével együtt. Ugyanaz az ártalom, mely a megakaryocytákat bénítja, vagy csak kevésbé életképes vérlemezkék készítésére teszi őket alkalmassá, a megváltozott működésnek megfelelően eltérő, de ugyancsak functio laesát vagy dysfunctiót jelentő elváltozást hoz létre a capillarisfalaton is.

Összefoglalás: 1. Essentialis thrombopeniában a thrombocyták száma és a vérzések intenzitása között nincs meg az a párhuzamosság, melyből az okozati viszony következne.

2. A lépnek bénító adaggal való besugárzása meggyógyítja a vérzékenységet, de befolyásolatlanul hagyja a thrombocytaszámot.

Irodalom. E. Frank: Die essentielle Thrombopenie. Berl. kl. W. 1915, 18. és 19. sz. — R. Stephan: Berl. klin. Woch. 1921, 14. sz. — P. Katznelson: Thrombolytische Purpura. Zeitschr. f. klin. Med. LXXXVII. köt. — Heubner: Über Vergiftung der Blutkapillaren. A. f. exp. Path. u. Pharm., LVI. köt. — Eppinger: Hepato-lienale Erkrankungen.

Közlemény a debreczeni m. kir. Tisza István-tudományegyetem belklinikájáról. (Igazgató: Csiky József dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Orsóférges az epeutakban.

Irtá: Molnár Elek László dr., egyetemi tanársegéd.

Az orsóférges rendes tartózkodási helye a vékonybél, de innen elvándorolhatnak a legkülönbözőbb szervekbe: így a gyomorba, a májba, a vastagbélbe, a hasnyálmirigybe, a szabad hasürbe, sőt még a légutakba is. Kedvencz tanyájukat azonban csak akkor hagyják el, ha a gazda szervezetében valami nekik kedvezőtlen változás áll be, például nagy lázban, vagy a halál utáni lehülés közben. Ezért boncoláskor igen gyakran találjuk őket az előbb említett szokatlan helyeken. A vándorlás akkor is megindulhat, ha a beteg féregűző szert kap s ez elől menekülnek olyan helyekre, a hova a gyógyszer nem juthat el hozzájuk. Az élőben ez a költözködés azonban igen ritka. Például Kehr 2000 epehólyagműtét végzésekor egy alkalommal sem talált orsóférget, pedig a hulla epeútjaiban az ascaris nem éppen ritka lelet. Neugebauer óta, a ki 1903-ban operálta az első, csak a műtét közben felfedezett epeút-ascariadist, alig pár esetet találtak az irodalomban részben leközölve, részben mint bemutatás referatúmat. Ezek közül Kaiser esetében 33 ascaris volt mélyen benn az epevezetékben, mások 2—8 ascarisról számolnak be. Valamennyi beteg epekő, vagy genyes epehólyaggyulladás körjelzésével került a műtőasztalra és annál is inkább érdekesnek tartom az alábbi esetet, mert a körjelzés már a műtét előtt epeút-ascariadist volt.

A beteg kórtörténeti adatai röviden a következők:

G. S.-né, 42 éves asszony, jelen bajáig semmi betegségre sem emlékszik. 11 gyermeke közül 6 kis korában meghalt, 5 egészséges. Vételése nem volt. Jelen baja gyomorrontással kezdődött. Hirtelen ros-

szul lett, kirázta a hideg, hasában heves fájdalmat érzett, széke napokig nem volt s csillapíthatatlan hányás kínoztá. Hányadéka epés volt s vele férgek ürültek. Orvosa hashajtókkal kezelte, de minthogy állapota nem javult, bélelzáródás körjelzéssel a sebészeti klinikára küldte, a hol hányadékaiban orsóférgeseket találva, először santoninkúrát végeztek vele. Állapota azonban nem javult és részletes belgyógyászati vizsgálat czéljából áttették a belklinikára.

A közepesen fejlett, lesóványodott beteg látható nyálkahártyái halványak, a bőr és a sclera subicterosus, a nyirokmirigyek seholsem tapinthatók. A szív, a tüdő ép. Erverés percenkint 96, ütemes, könnyen elnyomható; hőmérséke 37°. A has előredomborodó, a májtájékon kisebb fokú defenise, kifejezett nyomási érzékenység. A máj felső határa a bimbóvonalban az V. borda alsó széle, alsó polusa egy ujjal meghaladja a bordaívet és a jobb hypochondriumban vele összefüggő, az epehólyagnak megfelelő gyermekkölyni érzékeny daganat tapintható. A lép rendben. Idegrendszeri eltérés nincs. A vizeletben urobilin és urobilinogen positív, egyéb kóros alkotórész nincs. Wassermann negativ. Fehérvérszám 8600. Vértkép: neutrophil 75%, lymphocyt 16%, mononuclearis 6%, eosinophil 3%. A klinikán való tartózkodása második napján hőmérséke 40°-ra emelkedik, sensoriuma zavart, sárgasága nő s állandó görcsökről panaszkodik. Fehérvérszám: 12.000. A qualitativ vértkép eltérést nem mutat. Műtét végett azzal a valószínűséggel körjelzéssel, hogy a betegnek orsóférges okozta májtályogja és epehólyaggyulladás van, áttesszük a sebészeti klinikára.

A műtétet *Hittl* tanár végezte. A hasüreget felül a középvonalban megnyitva, részben a máj alatt az epehólyag táján jókora ökölyi daganatot talált, melyben úgy a gyomor pylorusi részének elülső fala, mint a haránt vastagbél és a cseplesz szívósan letapadt. A daganat elülső felszíne a fali hashártyával is szorosan összekapaszkodott. Ez összenövésnek óvatos szétfejtése közben sűrű zöldesbarna, epésen festékezett genyert tartalmazó tályogüreget nyit meg, mely kisujnyi nyíláson át az epehólyag ürével közlekedett. A gyomornak és a duodenumnak a daganatról való lefejtése után kitűnt, hogy az epehólyag kicsiny, zsugorodott, heges falú és hogy a perforatíós nyíláson át előbolsolul, mállékony, epésen beivódott szövet annak nyálkahártyája. A ductus cysticus és choledochus helyzetét illetőleg tájékozódni csak akkor sikerült, a midőn az epehólyagot és ennek folytatásában a ductus cysticust megnyitotta. Ekkor tűnt ki, hogy a ductus cysticus nyílását két elhalt, összecsavarodott, részben már epésen beivódott orsóférges zárja el. A ductus cysticus felől nyitotta meg a choledochust is. Ascarisok után kutatva, a tágult choledochusba vezetett pontcztani csipővel a Vater-billentyű tájékáról egy újabb orsóférges sikerült előhúzni. Minthogy a ductus hepaticusból epe nem ürült, az intrahepatikus epeutakból hasonlóképpen még 6 darab kifejezett orsóférges távolított el. A férgek kihúzása után a máj felől sárgásbarna epe ürült. Az epehólyag eltávolítása és a ductus cysticus lekötése után Kehr-draint helyeztet a choledochus nyílásába, a tályogüreget kitamponálta és a hassebet rétegesen egyesítette.

A műtét után a beteg szív működése állandóan romlott, dacára az óránként alkalmazott coffein- és kámforbefecskendezéseknek és tonogenes konyhasó-infúzióknak. Hőmérséke 38,7°, pulsus 156, könnyen elnyomható, üres. A beteg többször hány és a hányadékkal nagyszámú ascarist ürít. A műtét utáni harmadik napon meghalt.

Bonczoláskor a ductus hepaticusban 2, a gyomorban 20, a bélben 6 és a vastagbél felhágó és haránt részében összesen 8 ascaris és számos trichocephalus volt található. Kórbonczolástani lelet (*Orsó* tanár): cholangitis et praecipue cholecystitis purulenta chronica cum abscessibus lobi sinistri et praecipue partis superioris lobi dextri hepatis, verosimiliter ascaridibus effecta. Ascarides numero duo ramorum aucti hepatici. Thrombophlebitis circumscripta ramorum venae portae. Degeneratio parenchymatosa renum et praecipue hepatis et myocardii. Oedema pulmonum. Cholecystectomy tres dies ante facta.

A fenti esetben sem a műtét, sem a bonczolás nem mutatott ki epeköveket. Ez azért érdekes, mert az irodalomban között hasonló esetekben nem egyszer találtak az orsóférgesekkel együtt köveket is az epehólyagban és az epeutakban. A közöttük levő összefüggést kétféleképpen lehetne magyarázni: Előfordulhat, hogy az epekövek az elsődlegesek s egy-egy kő távozásával kitágul a Vater-papilla is így lehetővé lesz az ascarisok bevándorlása, vagy a már alkatilag táguló nyíláson át könnyen bevándorló orsóférges okozta cholangitis, illetőleg cholecystitis vezet kövek képződéséhez. Ilyenkor nem ritkán találunk a kövek magvaként ascaris-tojásokat. Esetünkben úgy a műtét, mint a bonczolás igen tágnak, lesímitottnak s lazának találta a Vater-papillát. A beteg, a ki szegénysorsú, magát nem igen megfigyelő asszony volt, valószínűleg már hosszabb idő óta hordozta magában a férgeseket. Bár kórelőzményében semmi olyan rosszullétre nem emlékszik, a mi az epeutak megbetegedésére vallana, a régi májtályogok, az epeutak és epehólyag elváltozásai, az epehólyagban talált, epével beivódott, elhalt orsóférgesek azt mutatják, hogy ezeknek a beköltözése a májba nem volt újkeletű. Valószínű, hogy rosszullétét, mely miatt orvosa a klinikára küldte, csakugyan az ascarisok okozta leggyakoribb szövödmény, a bélelzáródás idézte elő, a mely hashajtókra

engedett. De az erre felfedezett orsóférgesek ellen beadott santonin azokat menekülésre bírta s nagyobb arányú bevándorlásuk a constitutiósan táguló Vater-billentyűn át ekkor következett be.

Feltűnök azok a súlyos elváltozások, a melyeket az epeutakban találunk. Az epeutak tágultak, a májban elszórva eltokolt tályogok találhatók. Az epehólyagon és az epeutak falában a legsúlyosabb idősült gyuladással elváltozások jönnek létre, melyek következtében az epehólyag hegesen zsugorodik s a környezettel széles összenövéseket alkot. A gyuladás előidézésében az orsóférges szerepe kettős: részben kis erosiókat idézhetnek elő a járatok falában, másrészt bacteriumokat czipelnek magukkal a bélből, a melyek az epeutak fertőzésére vezetnek. E tekintetben legnagyobb szerepet játsza a bacterium coli. Arra a kérdésre, vajjon az ascarisok szaporodnak-e az epeutakban, vagy pótlásuk csak újonnan bevándorlásokkal történik, pontos feleletet adni nem lehet. Az ilyenkor nyert epében rendszerint nagyszámú tojást találunk, de ezzel még nincs megoldva a kérdés.

Minthogy a háború óta a bélelzáródások gyakorisága kifejezetten nő, az emésztőszervek minden különösebb kórfórmát mutató megbetegedésében feltétlenül gondolnunk kell erre az eshetőségre is. Erre újabban különösen német szerzők hívják fel a figyelmünket. Az egyszerű epehólyaggyuladással szemben differentialediagnosztikai jelül felhozzák a helyi tünetek aránylagos enyhességét (defense hiánya, kicsiny nyomási érzékenység) a nagyon súlyos, gyakran collapsusig fokozódó általános tünetekkel szemben. E tekintetben esetünk nem igazolja az irodalom adatait, mert úgy a helyi, mint az általános tünetek egyaránt súlyosak voltak. Esetünkben a főtámaszpont, a melyre körjelzésünket építettük, az ascarisok nagy száma volt a hányadéokban és a bélsárban. Ha egy betegen, a kinek cholangitisre vagy cholecystitis purulentára valló tünetei vannak, ilyen nagyfokú ascaridiasist észlelünk, feltétlenül gondoljunk az epeutak orsóférges-invasiójára s azonnal határozzuk el magunkat a gyors műtetre, melylyel egyedül menthetjük meg a beteg életét. Műtét után természetesen gondoskodnunk kell arról, hogy a beteget megmentsük a férgek újonnan bevándorlásának lehetőségétől. Ezért *Kaiser* azt ajánlja, hogy mindjárt műtét közben öntsünk ricinust esetleg kevés santoninnal vagy oleum chenopodiival együtt a duodenumba, a mely a férgeseket az alsó bélrészekbe űzi, a hepaticus-drainen pedig mossuk az epejáratokat élettani konyhasóoldattal vagy thymollal. *Neudörfer* legújabban vékony gaze-csíkkal elzárja a choledochust s így teszi lehetővé a férgek további beköltözését.

Irodalom. *Eberle*: Schweizer med. Wochenschrift, 1921. — *Hinterstoisser*: Wiener klin. Wochenschrift, 1913, 12. sz. — *Hörhammer*: Münch. med. Wochenschrift, 1919, 12. sz. — *Kaiser*: Berliner klin. Wochenschrift, 1921, 35. sz. — *Landgraf*: Münch. med. Wochenschrift, 1919, 32. sz. — *Neugebauer*: Arch. f. klin. Chirurgie, 1903, 70. köt. — *Neudörfer*: Wiener klin. Wochenschrift, 1922, 8. sz. — *Pflugradt*: Deutsche med. Wochenschrift, 1914, 5. sz. — *Rost*: Münch. med. Wochenschrift, 1909, 37. sz. — *Simons*: Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 20. sz.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., nyilv. rendes egyetemi tanár.)

A purpurákról.

Irta: *Sternberg Ferencz dr.*

(Vége.)

b) Chronikus intermittáló thrombopenia. Splenektomia.

Negyedik betegünknek — egy 64 éves asszonynak — anamnesiséből kiemelhetjük az 1910-ben myoma miatt, 1918-ban pedig ileus (?) miatt végzett műtétet. 14—53 éves koráig rendszeren menstruált. Néhány héttel az 1918-ban végzett műtét után észrevette, hogy mindkét alsó végtagján számos, pontszerű piros folt keletkezett, a melyek lassan-lassan elhalványodtak. Azóta többször volt hasonló „bőrkiütése“, a mi gyakran ráterjedt a has, mell, hát és felső végtag bőrére is. A vérzések az utóbbi időben mind gyakrabban és intenzívebb fokban álltak be, különösen mozgás és munka után; nyugalomra mindig visszafejlődtek.

Felvételkor az elég jól fejlett és táplált nőbetegünk mindkét alsó és a bal felső végtagjának, továbbá a hasának bőrén számos részben már elszíneződött, részben még friss, sötét-piros, ujjnyomásra el nem tűnő,

akár lencsényi nagyságú foltok voltak láthatók. Nyirokmirigyei meg-nagyobbodva nem voltak. Mellkasi szerveinek physicalis vizsgálata kissé ékelte második aortahangon kívül eltérést nem mutatott. A léptompulat a IX—XI. borda közt, alsó polusa nem tapintható. A májtompulat rendes, alsó széle nem tapintható. A vér bacteriologiai vizsgálata negatív. A Wassermann-reactio negatív. Occult vérzés nincs. A vizeletben kóros alkotórész nincs. Láztalan.

A felvételtkor (1920 szeptember 5.) megejtett vérvizsgálat a következő eredményt adta: Erythrocyta: 4,120,000, haemoglobin: 85%, festődési index: 1,0, leukocyta: 7700. Véralvadási idő: 20 perc, plasmakísérlet Wooldridge-Nolf szerint 2 óra 45 perc, H.-M. szerint 23 perc, vérzési idő: 20 perc. Thrombocytaszám: 36.000. A véralvadék igen kevés serumot sajtol ki a capillarisan. A beteg petechiái ágynyalom mellett gyorsan visszafeljődtek s csak ritkán volt látható 1—2 újabb piros foltocská. $\frac{1}{2}$ —1 órai járás elég azonban, hogy alsó végtagjainak, sőt hasának bőrére is számos friss vérzés lépje el. A járás előtt és után végzett vérvizsgálat közt említésre méltó differenciát nem láttunk. Négy heti klinikai tartózkodás alatt thrombocytáinak száma — mint arról többször meggyőződünk — 36.000 alatt ingadozott, a következő hetekben pedig 8—12.000 közt, 30 percig elnyúlt vérzési idővel. E leesés után thrombocytáinak száma lassan emelkedett, míg december 1.-én elérte a 81.000-et, vérzési ideje pedig 30 perczről leessett 6 perczre. December 1—22.-éig a többször végzett vizsgálat szerint thrombocytáinak száma 62.000—94.900 közt ingadozott, 6—12 perczig tartó vérzési idővel.

A betegnek ajánlottuk a splenectomiát, miután ezen remissió stadiumot rövid vérzési idejével alkalmasnak találtuk a műtét végrehajtására. Beleegyezése után Ádám magántanár december 22.-én megoperálta.

Splenectomia előtt: Erythrocyta: 4,620,000, haemoglobin: 87%, leukocyta: 3700, thrombocytaszám: 62.600, vérzési idő 12 perc; a véralvadék igen kevés serumot sajtol ki.

December 23.-án (24 órával a lép eltávolítása után): Erythrocyta: 4,020,000, haemoglobin: 82%, leukocyta: 10.600, thrombocytaszám: 187.800, vérzési idő $1\frac{1}{2}$ perc. Alvadék bőségesen sajtol ki serumot.

December 24.-én: Erythrocyta: 3,780,000, haemoglobin: 80%, leukocyta: 8650, thrombocytaszám: 78.000, vérzési idő 4 perc. Alvadék serumot sajtol ki. 25.-én: Erythrocyta: 4,540,000, haemoglobin: 87%, leukocyta: 8050, thrombocytaszám: 68.000, vérzési idő 4 perc. Alvadék serumot sajtol ki. 28.-án: Erythrocyta: 4,320,000, haemoglobin: 82%, leukocyta: 9100, thrombocytaszám: 91.800, vérzési idő 4 perc. Alvadék serumot sajtol ki.

Január 3.-án: Erythrocyta: 4,160,600, haemoglobin: 81%, leukocyta: 7500, thrombocytaszám: 129.000, vérzési idő 5 perc. Alvadék serumot sajtol ki. 10.-én a beteg egy órai járás után mindkét alsó végtagon újra bőven jelentkeztek vérzések. 19.-én: Erythrocyta: 4,840,000, haemoglobin: 75%, leukocyta: 7700, thrombocytaszám: 130.000, vérzési idő 6 perc.

Azóta a beteg többször végeztettünk járási kísérletet, sajnos a vérzések, bár a műtét előtti vérzések fokához viszonyítva kisebb fokban, de mégis újra előjöttek. Sőt február 28.-án, mikor a beteget legutoljára láttuk, a vérzések kiterjedése és intenzitása elérte a műtét előtti. Ekkor végzett (tehát bőséges vérzések alatt): Erythrocyta: 4,530,000, haemoglobin: 78%, festődési index: 1,08, leukocyta: 6100. Vérzési idő: 5 perc. Thrombocytaszám: 109.000 (1).

A kiirtott lép súlya 180 gr.; méretei $12 \times 6\frac{1}{2} \times 2\frac{1}{2}$. Physiologiás NaCl-val készített, kikent készítményben ősi sejteken kívül lymphocytákat, splenocytákat, erythrocytákat és igen sok thrombocytát találtunk. Maga a lép szürkés fehér, tokján számos álhártya, metszéspapja sötét-vörös; trabeculák, folliculusok jól láthatók; pulpája nehezebben kaparható ki.

A *histologiai lelet* — a melyet úgy ebben, mint a többi esetben is Barát Irén dr.-nak köszönök — a következő: a *pulpa* eléggé vérdús. *Follicularis* rajzolata jól megartott, a legtöbb folliculus azonban szerkezetének excentrikus fellazulását mutatja, a lymphocyták gyéribben láthatók, köztöttük sok a pulpasejteknek imponáló képlet. Az egész folyamat körülhatárolt, szigorúan megmarad egy folliculus területén. A *trabeculák* erős kötőszöveti kötegek. Az erek mindenütt igen vastag falúak. Az arteria centralisok helyenként alig mutatnak lument. A nagyobb erek bőven tartalmaznak véralvadékokat. Az interstitiumban és igen elvtve szabadon a pulpában finom rögös pigment látható, mely legnagyobb részét adja a vas-reactiót. A pigment mennyisége minimalis.

c) Acut essentialis thrombopenia.

30 éves asszonynak, kin öröklött betegség nem állapítható meg, 17 éves korában scarlatinája, majd typhusa volt. Két év előtt cholecystitis miatt kórházi kezelésben részesült, különben beteg nem volt. 16 éves kora óta 3—4 napig rendszeres menstruált. Kétszer volt teherben, született gyermekei közül egyik baleset következtében halt meg, a másik él, egészséges.

1920 december 20.-án jelentkezett ambulantiánkon azzal a panaszszal, hogy két nap óta testén elszórtan számos piros folt jelentkezett és hogy ugyanazon idő óta orrából és foghúsából erősen vérzik, feje fáj, szédül. A beteget felvettük klinikai kezelésre; kérésére, hogy otthon fontosabb ügyeit rendezhözhasa, a nem súlyos benyomást keltő beteget délutánig hazaengedtük. A késő esti órákban jött be újra. A beteget csak éjszaka láttuk súlyos, somnolens állapotban, hányással, csuklással, szapora pulussal, nagy, mély légzéssel, facialisparisissal és igen heves fejfájással. Ebben az állapotban — mely néhány óra mulva halállal végződött — csupán a percussió kísérletét és vérzési időt vizsgáltuk meg. A sternumra ejtett ütésre almanagyságú haematoma

keltezett, uja pedig bőségesen vérzett. Meningealis vérzésre tett diagnosisunkat a bonczolás igazolta.

A bonczolás a bőr, a foghús, a savóshártyák és a gyomor-nyálkahártya vérzésein, valamint szívizomelfajulásán kívül kiterjedt agy-alapi és kisagyi vérzést mutatott. A folyékony *hullavér* vizsgálata a következőket eredményezte: Erythrocyta: 6,980,000, haemoglobin: 100, festődési index: 0,7, leukocyta: 6900. Több készítményben — melyek ugyan nehezen festődtek — nem találtunk egyetlen thrombocytát sem. A lép méretei: $15\frac{1}{2} \times 8\frac{1}{2} \times 3$. Felülete sima, metszéspapja sötét-vörös, pulpája nehezebben kaparható ki; a kaparékban thrombocyták nem láthatók. A máj középnagy és középtömött. A nyirokmirigyek a rendszerrel nem nagyobbak. A pirosas csontvelő makroszkopice eltérést nem mutat. A kaparékban myelocyták, erythroblastok és erythrocyták láthatók.

Histologiai lelet: Lép: a *pulpa* vérbő, sejtei közt számos lymphocyták és plasmasejt, a *folliculusok* jól megtartottak, nagyságuk rendes, szerkezetük a szokásos arteria centralis körül elrendezett, a *trabeculák* középvastagok. Az *erek* mediája mindenütt megvastagodott, lumenük szűkült. Az interstitiumban és pulpában igen finoman szemcsés pigment, mely legnagyobb részét adja a vas-reactiót. *Csontvelő*: feltűnően vérbő. A zsírszövet között működő sejtes csontvelő, mely myeloblastokból, myelocytákból és erythroblastokból áll. Ezek között bőven látunk *megakaryocytákat*. *Nyirokcsomó*: helyenként vérbő. Az interstitium kevésbé saporodott. A mirigyállomány jól megtartott. Kevés pigmentet tartalmaz, mely legnagyobb részét adja a vas-reactiót.

A betegség egész megjelenése, valamint a hullavér vizsgálata alapján kétségtelennek tartjuk, hogy betegünk essentialis thrombopeniában szenvedett s a vérzés szerencsétlen localisatiója okozta a halált. A meningealis vérzések, úgy látszik, igen gyakoriak thrombopenia eseteiben; valamennyi betegünk ugyanis egyéb tünetől nem kísért fejfájásról és szédülésről panaszkodott. Ennek az oka vagy az, hogy a meninxekben a savóshártyákhoz hasonlóan előszeretettel jelentkeznek petechiaszerű vérzések; vagy a másik oka az is lehet, hogy a koponyán belüli, illetőleg meningealis vérkeringés — a bőrhez hasonlóan — lassúbb, mint az érrendszer többi részében és így a Frank által hangsúlyozott módon vérzésre vezet.

B) Angiopathiás purpurák.

a) Anaphylaktoid purpura.

50 éves férfi, kin családi terheltség nem mutatható ki s a kinek soha vérzéses betegsége nem volt. Gyermekekoraiban állítólag malariája volt.

Jelen bajára vonatkozólag elmondja, hogy az a felvétele előtt két héttel kezdődött hidegrázással, esténként 39^o-ig emelkedő lázzal. Az utóbbi időben keveset köhög s kevés nyálkását köp.

Felvételtkor a kissé somnolens beteg bőrén kiütéseket nem láttunk. A vizsgálat lényegesebb adatai szerint mindkét tüdőcsúcs felett rövidült a kopogtatási hang. Diffuse mindkét tüdőcsúcs és tüdő felett kissé érdes, sejtes légzés és néhány bűgás volt hallható. Köpete nyálkás, benne többszöri vizsgálattal (antiformin) sem Koch-bacillust, sem rugalmas rostot nem sikerült kimutatni. Májja megnagyobbodva nem láttunk. A léptompulat felső határa a VIII. borda, alsó polusa nem volt tapintható. A somnolentián kívül az idegrendszer részéről elváltozást nem találtunk. A vizeletben nyomokban volt albumen, továbbá urobilinogen. Diazo-reactio: +. G. a.: néhány leukocyta volt látható. A vérből bacteriumok kitenyészése többszöri megismétlés dacára nem sikerült. Erythrocyta 4,100,000, leukocyta 7800. Hat hétig szabálytalanul, ingadozó, részben re-, részben intermittáló típusú lázon kívül lényegesebb eltérést — dacára a minden irányú gondos átvizsgálásnak — nem találtunk. A 7. héten végtagfájdalmakkal egyidejűleg ugyancsak a végtagokon, továbbá a has és hát bőrén apró kerek gombostüfejni-kölesnyi vérzések mutatkoztak. Másnap heves izületi fájdalmakkal egyidejűleg nagyobb izületei megduzzadtak. Azóta a vérzés még több ízben nagyobb számmal, különösen az izületek környékén újra jelentkezett. Ugyancsak vérzés volt megállapítható a bal szemfenéken. A vérzések megjelenésekor megejtett haematologiai vizsgálat adatai a következők: Erythrocyta 2,710,000, haemoglobin 61%, corr. festődési index 1,1, leukocyta 6100. Schilling-kép: neutrophil 71% (pálcikaalakú 5%, segmentált magvú 66%), eosinophil 2%, basophil 1%, lymphocytá 22%, monocytá 4%. Vérzési idő 7 perc, véralvadás 55 perc, plasmakísérlet H.-M. szerint 17 perc. Thrombocytaszám 112.000. A véralvadék retractibilis.

Betegünknek tehát lázzal, végtagfájdalmakkal, izületi tünetekkel komplikált purpurája volt (sepsis?), alig csökkent thrombocytaszám s elnyúlt véralvadási idő mellett.

A mi hasonló esetekben a thrombocyták viselkedését illeti, az kétféle lehet: az esetek legnagyobb részében meg vannak szaporodva, egy részében pedig mérsékelt csökkenést mutatnak. (Nagyfokú thrombocytosist mi is láttunk.)

A kismértékű thrombopeniák magyarázata elég nehéz. *Glanzmann* fokozott peripheriás szétesésre gondol.

A thrombocyták számbeli ingadozása még nem tárgya általános klinikai vizsgálatoknak; eltolódásaik fertőző betegség, belső secretiók zavar stb. eseteiben még nem tisztázott.

Hayem konstatálta ugyan fertőző betegségek utáni reconvalescentiában a thrombocytosist (crise haematoblastique). Eddig, különösen lázas betegségekben végzett vizsgálataink a mellett látszanak szólani, hogy a thrombocyták — melyek valószínűleg a neutrophilekkel parallel ingadoznak — a szerint csökkennek, a mint a neutrophilek Arneht-féle eltolódást mutatnak-e vagy sem? Genyedés, tuberculosis, polyserositis, appendicitis eseteiben a neutrophilek számától függetlenül thrombopeniát (átlag 120.000 körül) láttunk akkor, ha Arneht-féle balra eltolódás is konstatálható volt.

Eseteink száma nem elég, hogy ezt már most szabály gyanánt megállapítsuk — a mi különösen a csontvelő funkcióképességének megítélésében szerepet játszhatna —, azonban ahhoz feltétlenül elég, hogy az úgynevezett anaphylaktoid (lázas!) purpura eseteiben észlelhető thrombopeniák keletkezését az egyéb lázzal és balra eltoló vérképpel járó, de purpurákat nem okozó betegségekben gyakran észlelhető mechanizmus szerint képzeljük el és így ebben a kiscykta thrombocytacsökkenésben ne lássuk az anaphylaktoid purpura rezervált *sajátos* tünetét és a vérzés okát. A kérdés tehát, hogy primaer myelotoxicosistról vagy fokozott thrombolysisról van-e szó, így is nyitva marad.

b) Toxikus purpura.

Ugyancsak az angiopathiás — tehát érelváltozások — purpurákhoz kell sorolnunk bizonyos anaphylaxiás tünetektől nem kísért, valószínűleg toxinhatás következtében létrejött vérzéseket, melyekben, mint alábbi esetünk bizonyítja, sem a thrombocyták, sem a véralvadás részéről rendellenességet nem állapíthatunk meg.

Egy 23 éves, tüdőtuberculosisban szenvedő betegünkről van szó, kinek utolsó napjaiban a bőrön elszórtan typosus petechiák keletkeztek nyálkahártya-vérzések nélkül. Vérelet: Erythrocyta 3,520.000, haemoglobin 56%, festődési index 0,6, leukocytá 7600. Vérzési idő 4 perc. Véralvadás 33 perc. Thrombocytaszám 146.000. Véralvadék retractibilis.

c) Éhezés következtében keletkezett purpura.

Az avitaminosisok közül leggyakoribbak a scorbutos vérzések, melyek, mint *Aschoff* újabb vizsgálatai bizonyítják, par excellence az érfal, különösen az intercellularis állomány elváltozásából származnak. Természetesen egyéb avitaminosisok is okozhatnak vérzéseket, melyeknek mechanizmusa — legalább is alábbi betegünk vérelete e mellett látszik szólni — a scorbutéhoz hasonló.

Egy 64 éves nőbetegünk régebbi influenza után keletkezett encephalitis lethargica miatt feküdt klinikánkon. A betegnek állandóan csiláthatatlan hányása volt. Táplálása sem per os, sem per rectum nem sikerült. A folytonos fogyás mellett erős acetonuria jelentkezett; oedemái nem voltak. Exitus előtt 10 nappal egész testét sűrű, purpurára emlékeztető petechia lepte el nyálkahártyavérzés és általános kisértő tünetek nélkül. (Láztalan!) Vérelet: Erythrocyta 4,320.000, haemoglobin 80%, festődési index 0,9, leukocytá 12.600, vérzési idő 5 perc, véralvadás 28 perc. Thrombocytaszám 107.200. A véralvadék retractibilis.

A mi a vérzések keletkezésének mechanizmusát illeti, sem a véralvadási, illetőleg thrombusképződési képesség zavara, sem a thrombocyták csökkenésének olyan foka nem áll fenn, a mivel azt megmagyarázhatnók és így az éhezéssel észlelhető purpurákat — egyelőre ezen egy eset kapcsán — érelváltozással kell magyaráznunk és az angiopathiás purpurák közé sorolnunk.

Mi az oka a vérzések keletkezésének a Werlhof-kórban?

A thrombopeniákban — a gyakorlati szempontból talán legfontosabb csoportban — egyesek (*Klinger* és mások) szerint a vérzések keletkezésében érfalváltozások játszanak szerepet. Tekintve azonban azt a fontos funkciót, a mit a thrombocyták — többféle módon is — a haemostasisban betöltenek, teljesen érthető, ha hiányuk folytán *Frank*, a ki *Denys* és *Hayem* mellett a Werlhof-kór kiváló ismerőjének tekinthető, tisztán azok eltűnésével tartja a vérzések létrejöttét megmagyarázhatónak. *Frank* érdekes teoriájának és felfogásának mégis talán ez az egyetlen megtámadható pontja.

Mint a következő adatok mutatják, ugyanis lehetnek úgynevezett symptomás thrombopeniák, melyekben a thrombocyták száma leesik olyan határ alá, a hol Werlhof-kórban

már mindig találunk vérzéseket, sőt egyik betegünk véréből el is tűntek és a hol az extrem thrombopenia dacára spontán vérzések nem voltak kimutathatók.

25 éves asszonyról van szó (orvos neje), a kinek baja felvétele előtt néhány héttel egy súlyos, gangraenás anginával s 39° körüli lázzal kezdődött. Anginája visszafelődött, lázai megszüntek, csak néha érezte magát lázasnak. Egyre fokozódó gyengeség és anaemia miatt kereste fel klinikánkat, a hol a vérelet alapján *acut subleukaemiás myeloblast myelosit* állapítottunk meg. A betegnek sem előzőleg, sem a két hét múlva bekövetkezett haláláig sem bőr-, sem nyálkahártya-vérzése — leszámítva a betegség kezdetekor a necrosisos torokfolyamat localis kiscykú vérzését — nem volt.

Vérelet: Erythrocyta 1,360.000, haemoglobin 28%, festődési index 1,0, leukocytá 20.400, ezek közt myeloblast 77%, promyelocytá 0,6%, neutrophil leukocytá 11,8%, eosinophil myelocytá (éretlen granulatióval) 0,3%, monocytá 1%, lymphocytá 3,2%, magárynyék 6,1%, 300 fehérvérsejtre 20 normoblast esett. A myeloblastok — melyeknek typosus magyszerkeztetik és oxydase-reactiót adó protoplasmájuk volt — nagyrészt Rieder-typusúak voltak, a neutrophil leukocyták csak gyengén granuláltak. Vérzési idő 24 perc. Egy-egy készítményben elvéve láttunk 1-1 óriás thrombocytát. Leszorítási kísérletre friss vérzések álltak be.

Ugyancsak *Frank* felvétele ellen szól egyik fent közölt betegünk lelete is, a ki az essentialis thrombopenia intermitáló typosának egyik enyhe formájához tartozott s a kin úgy a spontán remissiók alatt (60.000—90.000 thrombocytá), mint a splenectomia után 100.000 (sőt egy ízben 130.000) körül ingadozó thrombocytaszám dacára jelentékenyen megrövidült vérzési idő mellett (5—6 perc) járatás után 1—2 nap múlva is újabb purpurás vérzéseket láttunk. Nehezen egyeztethető továbbá össze *Frank* felvételével az igen egyszerű, de mégis bizonyítónak látszó *percussiók kísérlet*, melylyel thrombopeniás betegeinken jelentékeny bőr- és boralatti vérzések kaptunk. Egy-két kalapácsütésre ugyanis nem képzelhető el olyan fokú keringésslágyulás, a mely ilyen nagy és kiterjedt vérzés létrehozásához thrombopenia dacára elég volna. Ez csak úgy képzelhető el, ha a thrombopenia a capillarisk sérülékenységevel hatványozódik. Természetesen ezen kombinált mechanizmus — capillarisk laesio + thrombopenia — helyességét nem zárja ki, hogy az úgynevezett symptomás thrombopeniákban, bár rendszeren nem nagy intenzitású, de mégis spontán vérzések keletkezhetnek.

E feltevés helyessége mellett bizonyítanak a következő adataink is.

Egy 40 éves, aplastikus anaemiában szenvedő, hónapok óta megfigyelésünk alatt álló nőbetegünk, kinek sem a klinikán, sem otthon vérzése nem volt (egyszer vette észre, hogy fogkefézés után foghúsából egészen kevés vér szivárgott ki). Egyik vérelete a következő: Erythrocyta 1,050.000, haemoglobin 24%, festődési index 1,1, volumen-quotiens 1,2, leukocytá 2100 (100 leukocytára 1 normoblast esik). Vérzési idő 15 perc, véralvadási idő 19 perc, thrombocytaszám 8602 (legkisebb érték). Leszorítási kísérlet: pozitív.

Egy lymphogranulomatosisos betegünk — *Pei-Ebstein*-typusú lázas periodussal — egyik vérelete a következő: Erythrocyta 4,030.000, haemoglobin 79%, corr. festődési index 0,98, leukocytá 14.500. Schilling-kép: neutrophil 84,5%, (pálczikamagvú 2,5%, segmentált magvú 82%), eosinophil 3%, basophil 0,5%, monocytá 3%, lymphocytá 8%, myeloblast 1%. Vérzési idő 10 perc, thrombocytaszám 15.000 (legkisebb érték; átlagos érték 30.000). Leszorítási kísérlet: pozitív!

Mindezek az adatok tehát a mellett szólnak, hogy a thrombopenia egyedül nem magyarázza meg a vérzéseket, hanem mint a percussiók kísérlet is bizonyítja, a thrombopenián kívül a capillarisk eddig még ismeretlen elváltozását is fel kell tételeznünk.

Második nem tisztázott kérdés az, hogy mi az oka a thrombocyták eltűnésének a vérből? *Frank* erre vonatkozólag eddig nem foglalt el végleges álláspontot. Legvalószínűbbnek tartja a thrombocytákat termelő csontvelőóriás-sejteknek, a megakaryocytáknak pusztulását, illetőleg insufficienciáját, bár peripheriás thrombocytaszétesést sem tart kizártnak. *Frank* ezen myelotoxikus felfogásával szemben *Kaznelson* a thrombocyták fokozott szétesését (a lépben) igyekszik bizonyítani, ennek megfelelően az essentialis thrombopenia helyett a thrombolysis purpura elnevezést ajánlja.

Essentialis thrombopeniában meghalt három betegünk (az egyiknek adatait lásd a casuistikában, a másik kettőét, minthogy azokat a thrombopeniák és az úgynevezett aplastikus anaemiák közti összefüggés megállapításakor kívánjuk felhasználni más

helyütt) csontvelejében *böven* találtunk histologice épnek látszó *óridássejteket*.

Fontosnak tartjuk e ténynek megállapítását, dacára annak, hogy a kérdést nem tisztázza *teljesen*, mert természetesen elegendő számmal jelenlevő és histologice is épnek látszó megakaryocyták functionalisan insufficienssek lehetnek. Azonban kétségtelenül bizonyítják, hogy a thrombopenia oka nem lehet megakaryocytá-pusztulás, hanem vagy a megakaryocyták dysfunctiója (?), vagy pedig fokozott peripheriás szétesés.

A thrombopenia, bárhogy jön is létre, valószínűleg a lépben, májban és bizonyos nyirokmirigyekben szétszórta, de functionalisan egységes sejtszövetrendszer, az úgynevezett Aschoff-Landau-féle reticulo-endothelialis apparatus útján történik. Ezen az alapon kísérte meg először *Kaznelson* therapiás célból a lép kiirtását. Eddig *Kaznelson*-on kívül *Minkowski*, *Eppinger* és *Benecke* jelentett a splenectomia kedvező hatásáról. Klinikánkon egy esetben állítottuk fel az indicatiót, helyesebben egy esetben végeztettük el a műtétet. Sajnos, nem jó eredménnyel, mert dacára a thrombocyták száma átlagos emelkedésének, a beteg vérzéseai változatlanul fennállnak. Theoretice sem lehet absolut értékű a splenectomia, ha meggondoljuk, hogy a kóros functiójú rendszernek csak egy részét tudjuk kikapcsolni és hogy különösen kisebb lép esetén — mint a mi esetünkben is volt — a májban, a nyirokmirigyekben a kóros működésű rendszernek jelentékeny része visszamarad. A splenectomia ez esetekben is csak *symptomás* eljárásnak tekinthető, melynek indicatiója szigorú megfontolást igényel. Végleges állásponthoz csak nagyobb számú eset észlelése után fogunk eljuthatni.

Jövő feladatainkról.

Bókay János elnöki megnyitója a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1922 december 16.-án tartott LXXXVI. közgyűlésén.

Tisztelt Közgyűlés! Ha egyesületünk életét a lefolyt évről lelki szemünk elé állítjuk, mindannyian örömmel konstatáljuk, hogy megindult a munkakedv s a zöld asztal mellett ott láthattuk a szakmája munkálkodásában megöszült kiváló tagtársakat s mellettük a megizmosodott jeles collegákat, meg a fejlődő, reménykeltő fiatal erőket s a *Semmelweis*-terem sokszor alig tudta kényelmesen befogadni falai közé a nagyszámú hallgatóságot.

De ha az elnöki székéből e napon ezen örvendetes tapasztalatoknak kifejezést adok, mégis azt kell, hogy hozzáfűzzem, hogy hazánkban az orvostudomány terén még mindig nincs meg az a *vállvetett együttműködés*, melyre szaktudományunk fejlesztése érdekében szükségünk van.

Csak nemrég zajlott le Lipszéban a német orvosok és természetkutatók jubiláris ülése, melyen a vándorgyűlések száz éves multját ünnepelték. A *Strümpell* tanár elnök aláírásával ellátott felhívásra nyolczezernél többen sereglettek Szászország e szép városába s a nagy megnyitó ülésen a Kristálypalota hatalmas, 4000 lelket befogadó Alberthalleja ugyancsak zsúfolásig volt megtöltve és számtalanok voltak a künrekedtek. S midőn végigmustráltuk a tágas estrádot s az előtte elterülő padosokat és páholyokat, úgyszólván teljes számmal láttuk ott az összes német egyetemek kiváló képviselőit, mert bizonyára átéreztek valamennyien, hogy ezen ünnepi alkalommal minél fényesebben kell demonstrálniok a külföld előtt összetartozásukat és szoros együttműködésüket agyonsanyargatott hazájuk javára s kétségtelenül mindannyian át voltak hatva azon tudattól, hogy nemcsak a véres sebeket ejtő fegyverek teszik nagyvá a nemzeteket, hanem a tudomány fegyverei is, sőt az aczél és puskapor által szerzett hódításokat ugyancsak az aczél és puskapor teheti tönkre, míg a tudomány diadalai túlélnek minden politikai alakulást.

Midőn *Strümpell* elnök zúgó tapsvihár mellett elmondotta fényes megnyitó beszédét, önérzetesen jelentette ki, hogy „*noch steht nicht nur der Dollar, sondern auch die deutsche Wissenschaft hoch im Kurse*“, és midőn befejező szavaiban

nemzetének felajánlotta a német tudósok összességének munkásságát a haza javára, mély benyomást keltek szavai, hogy „*so lassen Sie auch uns jetzt an unsere Arbeit gehen, ernst wie die Stunde es gebietet, aber ohne Verzagen im Glauben an den endlichen Sieg der Wahrheit*.“ S az ünnep solemnitását az ezután következő szónokok üdvözlő beszédei csak még fokozták, bár fájdalmas érzet fogta el a hallgatóságot, midőn *Taute* dr. főkörmánytanácsos, az összbirodalom beltügyi kormányzatának képviselője hivatkozott arra, hogy a még *Koch Róbert* által megszervezett céltudatos német munka az álmokor leküzdésére ma már teljes sikert mutat fel, még pedig épp azon gyarmatoknak hoz áldást, melyeket Németországtól ellenségei elszakítottak, s valóban ironiája a sorsnak, hogy a két első kolonista, kiket a német tudomány az életnek megmentett, egy francia és egy belga gyarmatos volt.

Ha hazánk tudományos életét szakunk terén végigmustráljuk, igaz örömmel látjuk, hogy nagymultú egyesületünk mellett a tudományos társulások egész sora, a magyar sebésztársaság, a magyar szemésztársaság, a magyar elmeorvosok társasága, a magyar orvosok tuberculosis-egyesülete, a magyar balneologusok egyesülete, a közkórházi orvostársulat, a magyar orvosok és természetbúvárok vándorgyűlése stb. fejtenek ki, négy egyetemünk orvosi karával együtt, kiváló és számottevő tudományos munkálkodást, de sajnos, nincs egy igazi kristályosodási központ, mely orvostudományunk hazai művelőit összességükben szorosabbra tömörítené össze.

Már egy év előtt elnöki megnyitómiban emlékeztükbe idéztem nagyon tisztelt tagtársunknak, *Korányi Sándor*-nak a mult év őszén, a tuberculosis-nagygyűlésen felvetett azon életrevaló eszméjét, hogy a *már létező és még létesítendő tudományos társulások valami keretben egymással szorosabb szövetségre lépjenek*. E szövetség célja volna, hogy egyezzenek meg az egyes tudományos alakulatok évi összejövételük idejét illetőleg s tegyék lehetővé, hogy tagjaik a többi társaság üléseit is látogathassák. Ily módon a nagy tudományos jelentőségű német vándorgyűlésekhez hasonló impozáns szervezet alakulna ki lassanként s az egyidőben tartott nagygyűléseknek sokkalta nagyobb rendi erejük is volna s szorosabban fűzné össze Csonkamagyarország orvosait egymással és hazai egyetemünkkel, s a három testvéregyemetet anyaegyetemünkkel. E mellett természetesen az is fő törekvésünk kell, hogy legyen, hogy hontalanná vált két testvéregyetemünket s új egyetemünket minél inkább fejlesszük, s kell, hogy az államhatalmat ez irányú hazafias törekvéseiben mi is mindannyian erőnkhez képest támogassuk, mert kétségtelen, hogy a búvárlat emberei az egyetemek intézeteiben s a klinikák falai között leginkább találnak lehetőséget arra, hogy kutatásaikat sikerrel végezhessek. Különösen hangsúlyozandónak tartom mindezeket ma, midőn látjuk a Csonkamagyarországot környező kis antant-államok: Cseh-Szlovákia, Románia és Jugoszlávia nagykeretű tudományos felkészülődéseit éppen a régi Magyarország elszakított területén.

Ne vesztegessünk mi ma szót arra, hogy a megnyirbált Magyarországnak van-e szüksége négy egyetemre s ne keseregjünk azon, hogy hontalanná vált két testvéregyetemünk bizony mostoha körülmények közt kénytelen működni, mert utóvégre *res judicata*-val állunk szemben s a mostoha helyzet utóvégre is csak múló állapot. Ne feledjük, hogy anyaegyetemünk a mult század közepén túlig bizony eléggé szegényes körülmények között élt, hiszen tudjuk, hogy még 1859-ben az Ujvilág-utca és Hatvani-utca sarkán levő, a jezsuita procuratorok hajdani residentiája fogadta be az egyetem egész orvosi karát s a szerzetesi szűk czellákból s a folyosókból létesítették a klinikai betegszobákat, tantermeket s a theoretikus szakok intézeteit, eléggé primitív alakban, s a sok intézet együtt szorongott az egyébként is nagynak nem mondható volt jezsuita rendházban. Itt működött jó ideig *Balassa* s fejtette ki áldásos működését; itt működött álló négy évig *Semmelweis*, míg sürgetésére át nem tették klinikáját; az első emeleten elhelyezett intézete összesen csak 26 ágygyal rendelkezett s az intézet összes területe nem volt nagyobb

46 □-ölnél, az intézet jó részének ablakai sötét udvarra nyíltak, melyben — horribile dictu — a szemétdomb meg a halottaskamra volt s az intézet alatt fekvő földszinten a bonczterem volt elhelyezve, az első emeletet pedig a vegytani intézet foglalta el, melynek kéményei a klinika falait a tűrhetetlenségig hevítették — és mégis ezen valóban nyomorúságos elhelyezkedésű intézet falai között fejlődött nagygyá *Semmelweis*, a ki 1865-ben bekövetkezett halálakor belépett az orvostudomány *legnagyobbjainak* pantheonjába.

S a régi pesti orvosegyetem ódon falai közül *Eötvös József* báró, a lángelkű *Trefort*, s a feledhetetlen *Markusovszky* törhetetlen energiája varázsolta elő mai fényes orvosegyetemünket, mindnyájunk büszkeségét. Ezen példa lelkesítsen minket minden vonalon szaktudományunk fejlesztésében s legyen összetartó a munkálkodásunk, mert „*concordia parvae res crescunt* . . .“

Általában, tisztelt Közgyűlés, ma olyan idöket élünk, hogy hazánkban mindenkinek *megfeszített* izmokkal kell dolgoznia, ha bírja, élete végéig s a tudomány munkásai sem ringathatják magukat, mint hajdan, a régi jó világban, azon édes reménységben, hogy majdan nyugalomba vonulnak és élvezhetik a „*dolce far niente*“-t. S ha majd *Silvester* éjjelén a harangok megkondulnak s az óra elüti a 12-t s a reményteljes új évet üdvözöljük, „*In labore salus*“ jelszóval lépünk át az új évbe, mert csak *vállvetett* és *fáradhatatlan együttmunkálkodás* mellett *remélhetjük*, a mit mindannyian epedve várunk, mert hisszük: *Magyarország feltámadását!*

Debreczeni Orvosegyesület.

(III. tudományos ülés 1922 november 11.-én.)

Elnök: Szontagh Félix.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Nagyöbület-ulcus.

Markó Dezső: A gyomor nagyöbületén ülő, a colonnal összekapaszkodott, kétkoronás nagyságú átfúródott fekélyt mutat be. Az egy év előtti Röntgen-vizsgálat még nem mutatott eltérést. Az állandó belgyógyászati kezelés dacára a penetratio ily rövid idő alatt fejlődött ki. A röntgenologiai észlelt esetek közül ez az irodalomban a negyedik.

Hályogműtét csarnoköblítéssel és kötőhártya-kötényvel.

Fazekas Sándor: A *Blaskovics* módosításával operált több esetet mutat be. A módosításokkal a veszedelmeknek a minimumra csökkentése és a cataracta secundaria megakadályozása érhető el. A *Blaskovics*-féle szemhéjterpesztő a szemhéjak mozdulatlanóságát a szemtekére való legkisebb nyomás kifejtése nélkül biztosítja. A felső egyenes szemizomnak *Blaskovics*-féle átöltésével a szemteke mozgása is kiküszöbölhető. A kötőhártyakötény távol tartja a szemtől a fertőzést. A kötény alatt a felső egyenes ina jól megfogható és átölhető. A műtét végén esetleg tátongó sebajkakat befödve, a szövödményeket elhárítja. Műtét után a sebgyógyulás lefolyása síma. A sebrepedések száma csökkent, illetőleg sebrepedés esetén fertőző anyag nem kerülhet a csarnokba. Az utóhályog megakadályozását szolgálja a *Blaskovics*-féle csarnoköblítés 1%-os konyhasóoldattal, miáltal a hályogmaradék könnyen távozik és nem kell a hályogot tokostól eltávolítani. Ezen módosítással az öregkori hályog műtete is kevesebb veszedelemmel végezhető. A klinika 125 hályogműtete kivétel nélkül sikeres volt s az átlagos látásérték felette áll a biztosítás nélkül operált esetekének.

Somogyi Zoltán: Kérde, vajjon nem fokozódik-e a kötényes fedés következtében a cornealis astigmia.

Brunner Lajos: Véleménye szerint a *Blaskovics*-féle műteti mód nem fog elterjedni: 1. mert a műtét tartalma megnyúlik, 2. mert a csarnoköblítést 10%-os konyhasóoldattal a fertőzés lehetősége miatt aggályosnak tartja, 3. mert a bulbus rögzítése körülményes, már maga is külön műtét, és felesleges, mert nélküle is mindig elvégezhető az extractio.

Kreiker Aladár: A seb-astigmia a megszokott 2–6 dioptriát nem szokta túllépni. A műtét tartamának meghosszabbodása nem jöhet számításba akkor, a mikor eme fontos szemészeti műtét eredményének

a biztosításáról és technikai kivételének megkönnyítéséről van szó. A csarnoköblítés, ha steril konyhasós vízzel és steril eszközzel történik, nem aggályos. A rögzítés fontosságát már általánosan elismerték és több-kevesebb módosítással mindenütt végzik is.

Fazekas Sándor: *Brunner*-t azon irányban tájékoztatja, hogy a bulbus a *Blaskovics*-műtét alatt nincs hosszabb ideig nyitva, mint a rendes cataracta-műtétnél, mert a műtétet a bulbus megnyitását megelőző előkészületek nyújtják meg. A megnyitástól kezdve a műtét az ismert módon folyik tovább.

Syringomyelia.

Karácsony Géza: Syringomyeliás beteget mutat be, kinek mindkét kezén, ujjain s a bal radius és ulna distalis végén súlyos mutilatiók vannak, melyek a Röntgen-vizsgálattal az atrophias arthropathia képét adják. A beteg hosszabb ideig tartózkodott leprás vidéken, miért is lepra nervosumra is gondolniok kellett annyival inkább, mert a syringomyeliára mutató érzési dissociatio alig mutatható ki. Mint fontos differentialis-diagnostikai momentumot említi, hogy míg lepránál a mutilatióval súlyos mozgás-zavar jár, addig syringomyeliánál súlyos sorvadások mellett még relative jó a mozgásképesség.

Benedek László: Súlyos Morvan-képet nyújtó syringomyelia-esetét volt alkalmam három hónap előtt látni, melynek különös értéket adott az, hogy a féldalalt jelentkezett kézujj-mutilatiók mellett az ugyanazon oldali Horne-tünetcsoportban a pupilla és szemhéjrés contrast módon viselkedett. A „*dystrophias idegingerek*“ szerepére vonatkozóan érdekes észleletéről referál egy shrapnell-lövés kapcsán, a melynél vasomotoros reflexmechanismusra vezet vissza a súlyos trophiás zavart.

Karácsony Géza: Jelenti, hogy már *Rose*, *Lhermitte* is közölt hasonló eseteket, azonban spasmosus syringomyeliánál, míg *Thomas* és *Remak* a bemutatotthoz teljesen hasonló eseteket írt le.

Az epilepsia-kérdésről.

Benedek László: Az epilepsiáról kísérleti vizsgálatai alapján ad elő, főleg az endocrinalis rendszer és a roham-genesis vonatkozásait emelve ki.

Hüttli Tivadar: Öt Brüning-műtét eredményéről számol be.

Nagy Géza: Valószínűtlennek tartja, hogy az adrenalin adaequat ingere az epilepsiás szervezetnek. Vannak ugyan általános, vagy agyanaemián alapuló, az epilepsiához hasonló állapotok, de az adrenalin inkább okoz arteriás agyverőbőséget, mint ischaemiát. Az adrenalin által kiváltott rohamokat shockhatásnak tartja.

Benedek László: Elhibázottnak tartja, ha manapság valaki a vasoconstrictio és általában az agyvérszegénységre alapított és már 1857 óta szerepet játszó durván physikalís rohamtheoriákkal azonosítja magát. A percz-volumen rapid ingadozása is csak epilepsiás reagibilitas esetén válthat ki rohamot. Az adrenalin (subcutan) felszívódására bizonyító példákkal szolgál.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. A. Jesionek: *Biologische Vorfagen der experimentellen Tuberkuloseforschung vom dermatologischen Standpunkt aus.* 1922. Leipzig. Verlag von Johann Ambrosius Barth.

A szerzőnek e csaknem 3 ivre terjedő munkája, mely mint a „*Tuberkulose-Bibliothek*“ 8. füzeté jelent meg, különösen érdekes, tanulságos és több szempontból fölötte eredeti összeállítást tár elénk. *Jesionek* kis munkájában annyi érdekes pathologiai és biologiai problémát vet föl s igyekszik eredeti magyarázattal megoldani, hogy mindennek néhány sorban való ismertetése lehetetlen s így csak röviden megemlítjük, hogy részletesen tárgyalja annak az okát, hogy a gümöbacillusok hol az egyik, hol a másik gümös bőrbajt okozzák. Szerinte például a scrophuloderma és a lupus között főnforogó elvi különbség az embryonalis kötőszöveti sejtek különböző viselkedésén múlik. Érdekesek a szerzőnek azok a fejtegetései, melyek a tuberculosist mint kulturbetegséget tárgyalják, ha mindjárt szellemes nézetei olykor megczáfolhatónak is látszanak. A fölötte tanulságos füzetet minden orvos figyelmébe ajánljuk, mert különösen alkalmas arra, hogy az olvasót elmélyedésre serkentse.

Guszman.

Leitfaden der Röntgenologie. Herausgegeben von Prof. H. Gerhartz. Berlin-Wien, Verlag von Urban u. Schwarzenberg.

Irodalmi munkássága révén jól ismert tíz röntgenológus (Chaoul, Dreyfuss, Forssel, Gerhartz, Gretze, Grashey, Seitz, Thost, Wintz és Wollenberg) fogott össze, hogy a mindennapi gyakorlat igényeit szemmeltartó rövid, világos és megbízható röntgenológiai könyvet adjanak az orvos kezébe. Mindegyikük egységes nézőpontból dolgozta fel a röntgenológiának azt a fejezetét, melyet előszeretettel művel s így érthető, hogy gondos szerkesztés mellett valóban nagyon jó munka született meg. A közel 300 lapos munkának körülbelül egyforma terjedelmű része esik a belorvosi és a sebészeti röntgenológiára, a befejező része pedig a Röntgenmélytherapiát tárgyalja. A mi a munka illusztratív részét illeti, a 386 részben színes ábra a megértést akarván megkönnyíteni, természetesen nagyjából sémás, de azért elég nagy számmal található photographiai felvételek reproduciói is, még pedig 1—2 kivételével mintaszerű kivitelben. Noha a röntgenológiai tan- és kézikönyvek száma nem csekély, meg vagyunk győződve, hogy a fentiekben röviden ismertett munkák gyorsan meg fogja találni a maga nagy közönségét.

Lapszemle.

Belorvostan.

A cholelithiasis és migraine Kelling szerint gyakran fordul elő együtt. Sokszor azonban úgy áll a dolog, hogy a migraine a gyomor és a máj neuralgiaszerű fájdalmaiban jelentkezik s ilyenkor nem mindig könnyű a diagnosis. Újabban *Pariser* és *Fuchs* foglalkozott a májneuralgiákkal és a migraine-hez való viszonyukkal. Kiemelendő, hogy májneuralgia eseteiben a karlsbadi víz rosszabbítja az állapotot. Olyan esetekben, a melyekben epekökölikára gyanakszunk, biztos objectív jeleket azonban nem találunk, gondolnunk kell abdominalis migrainere, főleg nőknél. Azt is jó tudni, hogy epekömműtét után elég gyakoriak az ilyen abdominalis migraine okozta fájdalmak; már többször végeztek ilyen esetekben újból laparotomiát, de nem találtak kóros elváltozást. (Archiv f. Verdauungskrankh., 30. kötet, 2. füzet.)

A lépnek egy újabb működését ismerteti *Naswitis*. Ha kutyából vért bocsátva, ezt defibrinálás után megfagyasztotta, majd két óráig szobahőmérsékleten tartva és testhőmérsékletre felmelegítve, részben intravenásan, részben subcutan ugyanabba a kutyába befecskendezte, a rákövetkező napokon tetemes vörösvérsejtszaporodás következett be. De elmaradt ez a szaporodás olyan kutyákon, a kiknek előzőleg kiirtotta a lépét. Ebből azt következteti, hogy a defibrinált és megfagyasztott vérben levő anyagok nem közvetlenül hatnak a vörösvérsejtet termelő sejtekre, hanem a lépét ingerlik olyan anyagok termelésére, a melyek azután a maguk részéről létesítik a vörösvérsejttermelést a csontvelőben. E szerint a lép mintegy szabályozó szerve a csontvelőnek. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 43. szám.)

Endocarditis lenta eseteiben a vizeletben vér, fehérje és cylinderek találhatóak, következménye gyanánt a góczszerű, nem genyes emboliás glomerulonephritisnek. Ez a nephritis rendszerint nem befolyásolja a beteg általános állapotát és a prognosist, nem vezet veseelégtelenségre, vérnyomásfokozódás, oedemák hiányzanak. Kivételesen észleltek azonban eseteket, a melyekben olyan sok glomerulust támadt meg az emboliás folyamat, hogy veseelégtelenség fejlődött következményes uraemiával. Ezenkívül endocarditis lenta mellett előfordulhat diffus glomerulonephritis is és ennek tünetei állhatnak a kórkép előterében. Ilyen eseteket ismert *Nonnenbruch* legutóbb megjelent dolgozatában. (Klin. Wochenschrift, 1922, 45. sz.)

A polyarthrititis chronica progressiva deformans összefüggésére a pajzsmirigy működés-zavaraival hívja fel a figyelmet *Deusch* docens egy a rostocki belklinikán észlelt eset részletes ismertetése kapcsán. Véleménye szerint az endocrin zavarok tanulmányozása talán nyitjára vezethet ezen még annyira homályos betegség megismerésének és gyógyításának. (Klin. Wochenschrift, 1922, 45. szám.)

Az appendicitis és nephritis közötti összefüggésről ír *Anschütz* tanár (Kiel). Már 3 évvel ezelőtt felhívta a figyelmet erre az összefüggésre, részint az irodalomból összegyűjtött 16 eset, részint saját 8 esete kapcsán. Saját eseteinek száma azóta 20-ra szaporodott s ezek alapján megállapítja, hogy az appendicitishez hasonló renalis haematuriák, illetőleg nephritisek jóindulatúak, s ha jókor történik az appendicitis operálása, szinte kivétel nélkül gyorsan visszafejlődnek. Fontos tehát a korai operatio. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 42. szám.)

Sebészet.

A struma a csecsemőkorban elég gyakori, de sebészi beavatkozást a legritkább esetben igényel, mivel klinikai értelemben vett zavarokat ritkán okoz (szülési akadály, asphyxia, légzés-zavar). *Melchior* egy általa operált esetről számol be. A Basedow-kóros nő héthónapos csecsemőjén jelenlévő struma főleg a nyelés alkalmával okozott nagyfokú légzés-zavart cyanosissal, stridorral. Typusos kétoldali resectio. A struma kétoldalt magasan felterjedt, vérbő, puha volt s majdnem teljesen körülfogta a tracheát, dislokálva az oesophagust. A csecsemőt a kilencedik napon gyógyulva vitték el. Az irodalom eddig 20 ilyen esetet említ, melyek eredménye csak részben ismeretes. Hét esetben gyógyulás, kettőben tetania s négy esetben exitus következett be. A végzett beavatkozások különfélék: enucleatio, részleges vagy teljes exstirpatio, isthmotomia, exothyreopexia. Legáltalánosabb a kétoldali resectio. Tracheotomiát, mely felnőtteken sem ad ily viszonyok között kielégítő eredményt, csak a legsürgősebb esetben végezzünk. A műtét maga nem veszélytelen. A csecsemőnek a nagyobb beavatkozással s a vérvesztéssel szemben fennálló érzékenységét a technika előhaladása nem befolyásolta. Említett esetében is, ámbár a műtét a lehető leggyorsabban folyt le, minimalis vérzéssel, a gyermek állapota a műtét vége felé, alig tapintható pulsus mellett, 1—2 óráig kritikus volt. (Klinische Wochenschrift, 1922, 9. sz.)

Tirczka Kolos dr.

Ideg- és elmekörtan.

A vegetatív idegrendszer és az egyéniség kapcsolatáról tartott előadást *Fr. Kraus* (Berlin). Az élet abban a vitalis irányításban nyilvánul, melylyel a szervezet saját és környezetének physicochemiai állapota között állandóan egyensúlyt igyekszik fenntartani. Ebben a K, Na, Mg, másfelől a Ca, azután a H és OH ionoknak van főszerepe. A vegetatív szervezetnek (Betriebsstück), a mely nem más, mint az ontogenesis alatt nem differenciált plazma maradéka, tagjai a membránok, a kolloidelektrolytekből álló plasmák felületei, a sóelektrolytek, az antagonista ionok (például K és Ca) kombinációja, a hormonok, az exogen és endogen mérgek, és a különböző katalysatorok. Mindezt szabályozólag fogja össze a vegetatív idegrendszer, melynél a hormon szerepe olyan, mint a gépnél a kenőolaj. A vegetatív idegrendszer működése messzemenő analogiát mutat egy villamos condensator-rendszer komplikált működésével és ilyen dinamikai viszonyokban lehetne például a nagy neurosisok magvát keresni. A vegetatív szervezet osztott munkáját végzi az izolált szervben és kollektív működése nyilatkozik meg a személyiségben (Person). Ez két rétegre bontható, a corticalis személyiségre és a rejtett személyiségre (Tiefenperson), a mely tulajdonképpen magja az énünknek. A corticalis személyiség kezdődik például a corticomotoros pályáknál, a másik személyiséget ellenben a striatum és ennek a vegetatív idegrendszerrel való kapcsolata tartja össze, ettől függ ingerületeink élénksége, tehát az, a mit egyéni reactióis típusnak nevezünk és így a psychés constitutio fogalma sem új momentum. Lelki folyamatok nem lokalizálhatók, a tudat fogalma csak kitalálás, az orvos elégedjék meg az ébrenlét fogalmával. A vegetatív idegrendszer a kapcsolat a szervezet és a személyiség között. A constitúciónak vizsgálata integráns része kell hogy legyen a klinikai munkának, a constitutio pedig nem más, mint a személyiség egyéni irányú (individualis) működése. (Med. Klinik, 1922, 48. sz.)

Kluge dr.

Szemészet.

A chronikus kötőhártyahurut gyógykezeléséről galvanocauterrel ír *M. Rosenstein*. Az ulcus, herpes corneae, conjunctivalis tuberculosis, lupus, abscessus stb. eseteiben tapasztalt jó eredményekből kiindulva, 470 esetben alkalmazta chronikus kötőhártyahurutnál a galvanocautert. Majdnem minden esetben egyszeri kezelés után jó hatását látta. A kezelés menete az, hogy holocainnal érzéstelenítés után a folliculusokat és a kötőhártya bársonyszerű egyenetlenségét úgy a tarsus felett, mint az áthajlási redőben galvanocauterrel eltávolítja s utána hűvös bőrvizes borogatásokat rakat; az első héten a cauterisatio után naponta $\frac{1}{2}\%$ -os lapisoldattal ecseteli a kötőhártyát, azonkívül sublimatos vattával gyengén ledörzsöli; a második és harmadik héten minden második nap ecsetel, a sublimat-ledörzsölés helyett pedig 1% -os sárga kénes-kenőccsel masszálja a kötőhártyát; a további kezelés 3—4 naponkénti $\frac{1}{4}\%$ -os lapisos ecsetelés. Ha szemhéjszélgyulladás is van a betegnek, azt vagy 1% -os fehér praecipitát-kenőccsel, vagy 1% -os noviform-kenőccsel kezeli. Legkésebb 6 hét alatt a súlyos esetei is meggyógyultak. Eljárását egyszerűbbnek és veszélytelenebbnek tartja a Röntgen-, Finsen-, quarfény- stb. kezelésnél. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1922, LXVIII. k.) *H. B. dr.*

A szaruhártya recidiváló traumás és nem traumás epithelmegbetegedéséről ír *Salus*. Nézete szerint a recidiváló traumás szaruhártya-erosióhoz teljesen hasonló megbetegedés van, melynek traumás eredetét azonban nein lehet kimutatni. A megbetegedés rendszerint a szaruhártya közepétől kifelé-lefelé szokott jelentkezni, mindkét szemem szimmetrián, több-kevesebb fájdalommal és izgalmi tünettől, melyek a megbetegedés objectív tüneteivel arányosak. Súlyosabb és hosszabban tartó, mint a traumás alapon fejlődött és gyakran jár hólyagképződéssel. Mindkét formájú megbetegedés lényege, hogy az epithel az alapjáról leválik és vacuolálás elfajulást szenved, meg hogy a lelöködött epithel helyén újra degenerált epithel képződik. Sub-, illetőleg intraepithelialis folyadék gyülemlik meg, mely felett az epithel nekrotizál és folyadékkal átívódik. A megbetegedés szerinte vasomotoros trophiás természetű neurosis a epithelnek. A traumás formában a trauma nem ok, csak kiváltó momentum a már meglévő vasomotoros túlingerlékenység mellett. A kezelés a traumás formában a szokásos gyógyszeres kezelés, a nem traumásban az operatio s az epithel lekaparása az egész szaruhártyáról, minthogy a megbetegedés nemcsak addig terjed, a meddig a hám lelöködött, hanem a kerületig degenerált; utána $\frac{1}{2}$ -szeres hígítású aqua chlorival ecsetelés. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1922, LXVIII. k.) *H. B. dr.*

Gyermekorvostan.

A háborús inség befolyását a súly- és hosszviszonyokra vizsgálta *Kaup* $13\frac{3}{4}$ — $15\frac{1}{2}$ éves müncheni fiútanoncokon. Az 1912 és 1917 őszen hasonló anyagon kapott adatokat az 1920 novemberében mintegy 1200 egyénen végzett mérésekkel összehasonlítva megállapíthatta, hogy a testhossz átlag $1\frac{2}{10}\%$ -kal, az átlagsúly $3\frac{2}{10}\%$ -kal csökkent, ellenben a mellkőrfogat átlagértéke $0\frac{4}{10}\%$ -kal növekedett, a félhossz-mellkőrfogat-index negativitása kisebbedett, a Livi-index

$\left(\frac{100 \sqrt{\text{testsúly}}}{\text{hossz}}\right)$ és a Rohrer-index $\left(\frac{100 \times \text{súly}}{\text{hossz}^3}\right)$ pedig alig

változott, úgy hogy az elégtelen táplálkozás ellenére is a szélesség irányában való növekedés relative megnagyobbodott, a mit a szerző főleg a háború alatt a serdülőkkel végeztetett nagyobb testmunkának tulajdonít. Érdekes, hogy az egyes foglalkozási ágak méretei nem változtak egyformán: a kereskedéseken határozottan javultak, a pékeken és henteseken alig változtak s így a rosszabbodás tulajdonképpen a többi foglalkozású tanoncra esik. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1921, 23. szám.)

Szirmai Frigyes dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Digitalis-dispert néven egy új készítmény jött forgalomba, a mely nem más, mint a digitalis-levelek hidegvizes kivonatának — helyesebben maceratumának a Krause-készülék segítségével előállított száraz alakja. A tablettákból naponként 3—6 veendő be. Minthogy hideg úton készül, a digitaleint is tartalmazza. A berlini egyetem I. belklinikáján nagyobb számú esetben próbálta ki ezt a készítményt *Gudzent* és *Lueg*, nagyon kedvező eredménnyel. Kiemelendő, hogy jelentősebb melléktüneteket nem okoz, a gyomor részéről sem. (Klinische Wochenschrift, 1922, 38. szám.)

Haemophiliás vérzés egy esetében a frankfurti sebészeti klinikán feltűnő jó eredménnyel használta *Rosenberg* az albortolt (synthetikus gyantakészítmény). Az egyesztendő gyermekek metszett seb után rendkívül makacs, minden kezeléssel (gelatina, clauden, serum, styptural, adrenalin) dacolt parenchymás vérzés indult meg. Néhány csepp albortolnak a sebbe juttatása után megszűnt a vérzés. (Klinische Wochenschrift, 1922, 48. szám.)

Búcsúszó.

A mikor a körülmények kényszerítő ereje folytán lapunkat 18 év után más kezekbe adjuk, az az érzés vesz erőt rajtunk, a mely a jó szülőn hatalmasodik el, ha a gyermekét idegenek kezébe kénytelen kiadni. Fájdalmas a válás a szeretett gyermektől s aggodalom szállja meg a szülők szívét, hogy nem teszik-e ki ezzel veszedelmeknek a gyermeküket.

De remélni akarjuk, hogy aggodalmaink alaptalanok s hogy az Orvosi Hetilap meg fogja őrizni azt a pártoskodáson felül álló, a tisztességet soha szem elől nem tévesztő, az üzleti érdekek számára megközelíthetetlen, végső eredményben csak a szenvedő emberiség javát szolgálni kívánó szellemet, a mely 66 esztendő pályafutása alatt mindenkor vezérelte.

Az új vezetőségnek mindenesetre sokkal könnyebb lesz a helyzete, mint a milyen a miénk volt az utóbbi esztendőben. Hiszen a részére biztosított nagy segély lehetővé kell hogy tegye a lap terjedelmének növelését, egyes fontos külföldi folyóiratok beszerzését stb. Elvárjuk, hogy ezt a kedvezőbb helyzetét jól ki fogja használni az orvostudomány hazai fejlesztésének érdekében és olvasói jogos igényeinek kielégítésére.

Végül hálás köszönetünket fejezzük ki munkatársainknak, a kik az elmúlt 18 esztendő alatt mindenkor önzetlenül segítettek kitűzött céljaink megközelítésében. De hála illeti meg lapunk olvasóit is, a kik híven kitartottak mellettünk, noha az utóbbi években már nem nyujthattunk nekik annyit, a mennyit szerettünk volna. Tartsanak meg jó emlékekben!

Lenhossék Mihály dr.

Székely Ágoston dr.

Vegyes hírek.

Tisztelettel kérjük azokat, a kik előfizetési díjjal hátralékban vannak, hogy hátralékukat haladéktalanul beküldeni sziveskedjenek anyagi ügyeinknek a lap átadása miatt szükségessé váló végleges rendezhetése végett.

Megerősítés. A m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter *Nyáry László* dr.-nak az Erzsébet-tudományegyetem orvostudományi karán az idegyógyászatból egyetemi magántanárra történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és a nevezett ezen minőségében megerősítette.

Az általános kereseti adóról szóló 1922:XXIII. törvényzikk végrehajtása tárgyában kiadott rendelet szerint az orvos és fogorvos köteles pénztárkönyvet vezetni a bevételekről és kiadásokról, a melyek tételenként és időrendben vezetendők be. A bevételekre vonatkozólag meg kell jelölni, hogy azok milyen címen folytak be, a kiadásokra nézve pedig a célt, a melyre a kifizetések történtek. A pénzügyigazgatóság az adózó indokolt kérelmére felmentheti az adózót a könyvvezetés kötelessége alól, ha az adózó már amúgy is vezet olyan könyveket, a melyek az adókiivetés céljára szükséges adatok megállapítására teljesen alkalmasak.

Meghalt. *Csatáry Ágost dr.*, egyetemi magántanár, 64 éves korában december 16.-án Eperjesen.

**DR. PAJOR SANATORIUM
ÉS VIZGYÓGYINTÉZET**
BUDAPEST, VIII., VAS-UTCZA 17.

**Bel-, ideg- és
sebészeti betegek**

részére.

**Külön osztályok orthopaedia,
urologia, szülészet részére.**

**Zander, orthopaedia, vízgyógy-
termek.**

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

25 év óta közkedvelt roborans, tonicum. Eredményesen alkalmazható neurasthenia, véralkati bajok, tüdőbajok stb. eseteiben.

Emulsio Ol. Jecoris Dr. Egger.

A csukamájolaj legjobb adagolási formája. Kiválóan használható súlyvesztéssel és erőhianyatlással járó betegségekben, például tuberculosissal, scrophulosis, rachitis stb. eseteiben.

Corrosol Dr. Egger.

Fájdalommentes luestherapeuticum. — Salvarsannal kombinálva is alkalmazható. Intramuscularis injectio. Spirillocid hatás.

Vaccinae sec. Dr. Pápay:

Epileptolysin.

Parentero-(proteino-)therapeuticum az epilepsia kezelésére.

Proteinosan S. U.

Szőlőcukortartalmú tejinjectiós készítmény. Proteinopantheraepticum.

Polysan.

Complex immun-vaccina, az omnicellularis protoplasma-activálás elve alapján parenteralis módon alkalmazandó.

Irodalommal stb. készséggel szolgál:

Dr. Egger L. és Egger J.

Budapest, VI., Révay-utca 12.

**PILULAE
KALIJODATI
PERENNES
SZÖLLÖSI**



SZÖVÉDJEGY:
KAJOPERIN

**DIUJODIN
SZÖLLÖSI**



és tablettánként
0,5 fal. digit. titr.
**DIUJODIN cum
digitali.**

BISMOLUOL

1 cm³ = 0,10 g dikaliumbismuthotartaricum ol. olivarumban suspendálva.

Chemotherapeuticum.

**Spirillocid antilueticum
a lues valamennyi stadiumában.**

Friss esetekben 1 kúrára 3 g = 10, illetve 15 injectióra elosztva 1—1 injectio = 2 M 3 cm³ (0,2 M 0,3 g).

Régi infectióknál 1 kúrára 2 g = 10 injectióra elosztva 1—1 injectio = 2 cm³ (0,2 g).

Hatása: a) a specifikus manifestációk gyors eltűnése;
b) a W.-R. állandóan negatívvá válik;
c) salvarsannal és salvarsan-készítményekkel kombináltan adagolva, utóbbiaknak dosis toxicája jelentékenyen csökkenthető;
d) higany- és salvarsan-idiosyncrasia esetén alkalmazható.

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST, X.