

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.

Ditrői Gábor: Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József tud.-egyetem szemklinikájáról. (Igazgató: Id. Imre József dr., egyet. ny. r. tanár.) A Deycke-Much-féle partialantigenek alkalmazása a szemészetben. 199. lap.

Bókay János: Közlemények a budapesti „Stefánia”-gyermekkorházhoz kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. Kórrajzok a gyermekorvostan köréből. — *Farnos Ilona:* Bélvérzés rostonyás tüdőgyulladás kapcsán 13 éves fiúban. Gyógyulás. 201. lap.

Büchler Pál: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem elme- és idegkórtani klinikájáról. (Igazgató: Moravcsik E. Emil dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A vege-

tativ idegrendszer vizsgálata elme- és idegbajokban, különös tekintettel a dementia praecoxra és dementia paralytica-ra. 202. lap.

Budapesti Királyi Orvosegyesület 1921 május 28.-án tartott LXXXIII. közgyűlése. 204. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvostan. Friedemann:* A heveny tüdőgyulladás gyógyítása mesterséges pneumothorax-szal. — *Kisebb közlések az orvogyakorlatra.* 206. lap.

Vegyes hírek. 206. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József-tud.-egyetem szemklinikájáról. (Igazgató: Id. Imre József dr., egyet. ny. r. tanár.)

A Deycke-Much-féle

partialantigenek alkalmazása a szemészetben.

Irta: *Ditrői Gábor dr.*, egyetemi magántanár.

A kolozsvári egyetemi szemklinikán 1917-ben kezdünk el foglalkozni a partialantigenekkel. Főnököm, *id. Imre József* megbízásából én végeztem a kezelést és a megfigyeléseket. Figyelmünket a szerre *Gáli Géza* gyulai jó eredményei kellették fel s mivel akkor még egyáltalán nem volt szemézi közlés a szerről, czélszerűnek látszott a specialis szemészeti kipróbálás. *Köllner* és *Filbry*, meg *Herrenschwand* munkái csak 1919-ben jelentek meg s a későbbi adatokról is csak most szerezhettem tudomást a román megszállás miatt. Így a megfigyelés tekintetében teljesen a magam erejére voltam utalva. A kezelés módjára nézve *Gáli Géza*-tól kaptam néhány értékes tanácsot.

Mielőtt eseteinkre rátérnék, legyen szabad először a kezelés lényegéről, alapelveiről, a szerről és hatásmódjairól kissé körülményesebben beszélnem, *Deycke*, *Much*, *Müller*, *Altstaedt*, *Gáli* közleményei s főként *Kurt Saube* igen ügyes összefoglaló munkája nyomán.

A legtöbb ember gyermekkorában tuberculosis-fertőzésen ment át, de azért kigyógyult. A különböző tuberculin-próbák a kiállott fertőzést mutatják, nem pedig azt, hogy a baj fennáll-e. A szervezetben bizonyos ellenállóerő fejlődik ki a tuberculosissal szemben. Ezt bizonyítja az, hogy például a Törökország tuberculosismentes vidékeiről — a föld néhány pontján van még tuberculosismenteség — bevonult katonák ellenállásra teljesen képtelenek voltak és elpusztultak tuberculosisban. Ilyen helyeken szokott a tuberculosis pusztító járványok képében jelentkezni. A gyermekkori fertőzés tehát immunissá, az érintetlenségé viszont védtelenné tesz.

A tuberculosis leküzdése tekintetében fontos tehát ennek az immunitásnak az előidézése, illetőleg minden módon való fokozása. Védőtesteket kell a szervezetnek szereznünk, vagy kívülről, vagy a szervezet által magával kell azokat előállítatnunk, a mint az a természetes gyógyulási folyamatokban is lenni szokott. Bejuttathatjuk a védőtesteket a vérbe; így kellene tennünk, ha volna megfelelő serumunk, miliaris tuberculosis eseteiben, mikor a bacillusok a vérpályába törtek be s gyors segítségre volna szükségünk. De a vérimmunitásnál fontosabb a szervezet szilárd sejtjeinek az immunítása, mert ez az előbbinél sokkal állandóbb.

Az immunerő növelésére tehát két út van: a passiv immunizálás, vagyis a serumkezelés és az activ immunizálás, a vaccinakezelés.

A serummal a tuberculosis-bacillus toxinjainak ellen-

anyagait már készen viszem a szervezetbe s ezzel a vérimmunitást pillanatnyilag nagyon megerősítem. Ez az immunitás azonban sokkal hamarabb elmúlik, mint a szilárd sejtek immunitása s már csak ezért is előnyösebb az activ immunizálás. Régebben volt még egy hiba. A serum előállításához szükséges az állatnak előkezelése valamilyen formában bejuttatott tuberculosis-bacillussal, tuberculinnal vagy bacillus-emulsióval. Az eddig szokásos zárt tuberculosis-bacillus használat mellett pedig nem kaphattunk olyan serumot, amely a tuberculosis-bacillus összes partialantitesteit tartalmazta volna. *Deycke* és *Much* felfedezése óta könnyen csinálhatunk olyan serumot, amelyből egy partialantitest sem hiányzik. De nem szabad megfeledkeznünk a sejtimmunitásról sem, a melyet serummal hosszabb időre befolyásolni nem lehet s ezért tanácsosabb, ha a kezelést kombináljuk a vaccina-therapiával, szóval az activ kezeléssel, vagy ha az utóbbit magában alkalmazzuk.

A vaccina-kezeléssel a szervezetet magát serkentjük antitestek önálló készítésére, azáltal, hogy a leküzdendő betegség okozójának anyagait visszük belé. Ezek aztán antitestek képződését indítják meg. Ez gyors lefolyású betegségekben kevésbé alkalmas, de a lassú lefolyású tuberculosis eseteiben annál megfelelőbb. Egyszerűen előlt, de egyébként sértetlen bacillusok bevitele hibás, mert a fel nem nyitott bacillusokból nem jut a szervezetbe antitestet kiváltó anyag.

A tuberculin is ilyen oltóanyag. *Much* szerint azonban ez nem tiszta készítmény, mert a partialantigenek mellett még egy különös mérget és egy szagos anyagot tartalmaz. Az altuberculinban még a glicerinbouillon meghatározatlan anyagai is jelen vannak.

Deycke és *Much* szerint a tuberculosis-bacillus, mint minden hasadó gomba, chemiailag teljesen különböző anyagokból áll, melyek közül mindegyik reactiv. Ez kimutatható, ha a bacillusokat óvatosan nyitjuk fel, a mi legjobban gyenge savakkal, különösen tejsavval, 58° melletti lassú macerálással sikerül. A mechanikai szétzúzás tökéletlennek bizonyult. Ezzel az eljárással *Deycke* és *Much* nyert:

1. egy szűrletet (L) — vízben oldható rész — ;
2. egy szűrletmaradékot (MTbR);

ez a szűrletmaradék áll: egy fehérjecsoportból (teljesen oldhatatlan maradék) A és egy zsírkeverékből, mely zsírsavakból és lipoidokból (F) — alkoholban oldódó rész — és neutralis zsírokból és zsíralkoholokból (N) — aetherben oldódó rész — áll.

A vízben oldódó részei a tuberculosis-bacillusnak mérgezők (a tuberculinban) s így kezeléskor az immunitást megakasztják, lerontják, csökkentik a túlérzékenységet, míg a vízben oldhatatlan partigenek fokozzák azt. A lázt és más kellemetlen mellékjelenségeket is ez a mérgeanyag okozza, míg a szűrletmaradék használatkor ez úgyszólván sohasem fordul elő. Védőhatás csak akkor lehetséges, ha az oltóanyagban a

tuberculosis-bacillus összes alkotórészei izgató formában és ezzel immunitást előidéző formában vannak jelen és ha a mérgező rész (L) lehetőleg ki van kapcsolva. A védelem pedig csak akkor tökéletes, ha minden partialantigen a neki megfelelő partialantitestet termelte, ha tehát a részleges védőerők összessége van jelen.

A tuberculin tehát azért nem jó, mert méreganyagot és szagos anyagot, tehát minden partigent, még a feleslegeseket, károsokat is tartalmazza. A tuberculin-reactio ezért épp úgy lehet méregreactio, mint fehérjeellenes reactio vagy zsír-ellenes reactio. Alkalmazásakor tehát nem tudjuk, hogy milyen állapotban van a szervezet immunitása s hogy milyen partial-antigenek vannak már jelen a testben.

Ennek dacára előfordul néha, hogy a tuberculin is jól hat. Ilyenkor bizonyos partialantitestek hiányoztak a szervezetben s ha a tuberculinban a hiányzó partialantitestet előidéző antigen jelen van, a hiányzó védőanyag kifejlődhetik. Így a szükséges partialantitestek összege meglesz s ha a tuberculinban levő fölös és káros méreganyagot méregantitestek lekötik, akkor a gyógyulás beállhat.

Much és Deycke partialantigenjei immunobiológiai tekintetben egyenként is reaktivak. A velük végzett vizsgálatok kapcsán kiderült, hogy tuberculosis-immúnisokban a zsír-antitestek kisebb mennyiségben vannak jelen, mint a fehérje-antitestek. *Altstaedt* szerint a legtöbb emberben az összes partialantitestek egyforma erősen vagy egyforma gyengén vannak kiképződve, s a kikben nem egyformán, azok közül több esetben vannak a zsír-antitestek, kevesebb esetben a fehérje-antitestek kiképződve. A három partigen erősségi viszonya a következő: $A:F:N = 10.000:10:1$. Az *MTbR* jelzésű praeparatum, a mely nem egyéb, mint a három partigen A, F, N elválasztatlanul, körülbelül hasonló értékű, mint A.

Ezekkel a partigenekkel végezzük a kezelést, a melynek lényege az, hogy a három közül azt adagoljuk, a melynek megfelelő partialantitest hiányzik, vagy kevesebb a szervezetben. Hogy megtudjuk, melyik ez a partialantitest s hogy egyáltalán tájékozódhassunk a szervezet immunitásának állásáról, *intracutan próbákat* végezzük.

Ezeknek az *intracutan próbáknak* a lényege az, hogy minden egyes partialantigen-emulsióknak meghatározott töménységű oldataiból egy-egy sorozatot fecskendezünk be szigorúan *intracutan* a betegnek, mondjuk, a karjába, még pedig mind-egyikből egy-egy tized cm^3 -t, s a kifejlődő reactióból leolvassuk, hogy melyik partialantitest hiányzik a szervezetből és hogy milyen mértékben hiányzik. Ez adja meg a szervezet „titerét”.

Ezután térünk át a gyógyító kezelésre a megfelelő partigennel vagy partigenekkel.

A szokásos kezelésmód az, hogy naponként az előző napi dosis felével többet adunk, egészen az illető concentratio 1 cm^3 -éig s azután a következő erősségű oldat 0.2 cm^3 -ére megyünk át. A kezdő dosist az *intracutan reactio* mutatja: a még reactiót okozó töménységű suspensio $1/100 \text{ cm}^3$ -ével kezdjük a kúrát.

Hogy mikor kell abbahagynunk a kezelést, azt az általános és helybeli reakciók mutatják. Ha láz, főfájás, rosszullét áll be, ha az injectiók helyén infiltratumok keletkeznek, a kezelést abbahagyjuk. Ez rendszeren a tömény, úgynevezett „törzs-oldatoknál” szokott beállni. Kisebbségi reakciók esetén a kezelés alatt a dosist ismételtük, a kezelést pár napra kihagyjuk, vagy gyengébb oldatra térünk át.

A kezelés maga az antitest-képződést célozza, illetőleg az egyensúly elérését az antigenek és antitestek között s ha lehet ez utóbbiak túlsúlyba jutását. Hogy e tekintetben hogyan állunk, azt a kúra után beállított legközelebbi titer mutatja. 3—4 héttel a kezelés befejezte után állítjuk be az új *intracutan reactiót* s ebből látjuk, hogy a titer ugyanolyan maradt-e, emelkedett-e, vagyis több antitest képződött, avagy süllyedt-e a titer, a mi *negatív* irányú túlérzékenységet jelentene (*negatív phasis*). *Negatív phasis*nál a kezelést rögtön abbahagyjuk, a szervezetet roboráljuk s ha a beteg a *negatív phasist* kiállotta, újból vizsgáljuk, hogy az egyik vagy másik partialantitest képződött-e közben.

Müller szerint a sebészi és bőrtuberculosis inkább a zsír-antigenekre reagál, míg a tüdő-tuberculosis inkább a fehérjecsoporra. *Deycke* ezt egyáltalában nem ismeri el, szerinte a legtöbb tuberculosus, tekintet nélkül a betegség formájára, kisebb érzékenységgel a fehérjékkel, mint a zsír-csoporttal szemben. Szerinte ez a *physiologias* viselkedés s ez eseteket *MTbR*-kezelésre ajánlja, míg azon kisebbszámú esetekben, melyek fehérjére (A) erősebben reagálnak, mint F és N-re, a mit ő *pathologias* immunképnek nevez, külön $A+F+N$ kezelést ajánl.

Az egészségesekben és könnyű betegeken hosszabb időn át egyforma marad a titer, tehát ilyenkor egyensúly van antigen és antitest között. *Müller* ezt az állapotot *statikai immunitásnak* nevezi. Ha zavarok állanak be az egyensúlyban, ezt *dynamikai immunitásnak* nevezi s a szerint, a mint ez az antitest-képződésre kedvező, vagy nem, *positív* vagy *negatív* dynamikai immunitásról beszél.

Nagyon fontos tehát a második próba, hogy megtudjuk, vajjon statikai immunitást, vagy pozitív, vagy negatív dynamikai immunitást eredményezett-e a kúra.

Magának az *intracutan* reakciónak az alakja minden partigennél más és más. Főlölesleges volna ezt részletezni, a fontos az, hogy a legkisebb még tapintható infiltratum pozitív reakciónak számít.

Áttérek ezután a mi klinikai tapasztalásainkra. Nekünk tanácsosabbnak látszott először az egyesített három partigennel, az *MTbR*-rel dolgozni, mint az $A+F+N$ elválasztott partigenekkel, illetőleg mindkettővel együtt, már csak azért is, mert ez utóbbi kezelésmódnál 14 fecskendőre lett volna szükségünk s akkoriban már meglehetősen nehezen jutottunk elegendő számú jó fecskendőhöz. Így az *MTbR*-t választottuk első therapiás kísérleteinkhez, a melyhez csak 5 fecskendő kellett s később, mikor a fecskendők egymásután eltörték, beértük kettővel is.

Akkoriban az Erdélyben hasonlíthatatlanul hevesebb formában jelentkezett görvélyes szemgyulladás érdekelt különösebben s ezért munkatervembe mindjárt belevettem a szernek görvélyeseken s a mennyiben lehet, görvélyes gyermekeken való alkalmazását is. Hogy a szer specifikus hatását jobban megfigyelhessem, a legtöbb esetben minden segítő therapiát kihagytam, hogy a más oldalról jövő, antitestképző, pozitív dynamikai immunitást okozó kezelés hatását a szer javára ne írjam. A szert 20 betegen 21 ízben alkalmaztam, a betegek kora 8—49 évig terjedt. Az esetek kórforma szerint így oszlottak meg:

(Blepharo) keratoconj. lymph.	4
Chorioiditis disseminata	4
" exsudativa	1
Iridocyclitis acuta	2
" chron.	3
" et scleritis tbc.	1
Uveitis acuta	1
" chron.	3
Caries orbitae	1
Összesen	20

Első kezelésre jól fejlett férfibeteget választottunk, kinek igen súlyos, időszült tuberculosus uveitise volt:

F. S. 35 éves, nőlen, volt czipészsegéd, felvétel 1917 május hó 18.-án. Most hetedszer ápoljuk mint felvett beteget e baja miatt. Utoljára két év előtt volt a klinikán. 1912 májusában extr. cat. o. d., 1913-ban iridotomia o. d., két év előtt pedig subconj. NaCl-injectiók.

J. kézmozgást sejt, fényérzés, localisatio jó. B. 2 méterről olvas ujjakat. A jobb szaru limbusában felül és felül-belül műtéti hegek, ezeknek megfelelőleg kisebbfokú szaruhomályok. Ugyancsak szaruhomályok az alsó harmadon is. Az iris sorvad, bennen asialis kislencsenyi, kerekded rés. Az üvegtest oly boros, hogy a szemfenék nem látható s a szem belsejéből csak minimalis vörös visszfény nyerhető. A bal szaru a jobbnál tisztább, alul kölesnyi homály, mely a centrumig felnyúlik. A csarnok közepmély, a pupilla szűk, letapadt; hogy a területében occlusió hártva van-e, azt a centralis macula miatt nem ítélni meg. Felül keskeny gyöki kimetszés, mely a sphinctert érintetlenül hagyja. A coloboma területén igen gyenge vörös visszfény.

Május 22. *Intracutan* reactio, mely $1:1000$ Mill.-ra pozitív; május 26.-án *MTbR*-kúrát kezd az $1:10.000$ Mill.-val, végzi július 4.-én a törzs-oldat ($1:100.000$) 1 cm^3 -ével.

Kibocsátás július 9.-én. Jobb: kézmozgást lát, bal: 4 méterről olvas ujjakat. A bal üvegtest lényegesen tisztább, jó vörös visszfény nyerhető, de a szemfenék nem látható. A jobb üvegtest keveset tisztult.

A kúrát igen jól tűrte, látása már a kúra közepe felé kezdett javulni. Semmiféle helybeli kezelésben nem részesült. A jó eredmény 7 hónapig tartott, akkor újból homályosodni kezdett az üvegtest, úgy hogy látása egész 1 m. ujjolvasásra romlott le. Ekkor végeztük vele a második kúrát. Ez alkalommal is jól tűrte a kúrát, csak a törzsoldat (rövidség oká ből „oldatnak“ nevezem) 0.70 cm³-énél következett be 37.9° C-ig emelkedő láz, főfájástól kísérve, a mi miatt az injectiót két napra be kellett szüntetnem. Az injectiókat a deltoideusokba kapta, a két utolsót pedig a pect. majorba. Ez alkalommal sem részesült helybeli kezelésben, mégis volt javulás, sajnos, igen kismértékű.

Az első eset a szer jól alkalmazhatóságát mutatván, két 8 éves, súlyosan görvélyes kis leányon kíséreltük meg a kezelést. Mindkettőn nagy nyaki és állalatti mirigyek, duzzadt száj, orr, ekzema, kimaródott szemhéjszélek, súlyos keratitis, erős blepharospasmus. Mindkettő állandóan subfebrilis volt. A kúrát egy időben kezdtem el náluk. Már az intracutan reakcióra lázzal feleltek, mindketten 37.8° C-ig menőleg. Az egyiket a titer 1:1000 M.-t, a másikon 1:100 M.-t mutatott. Ennek megfelelőleg az előírás szerint az egyiket 1:10.000 M., a másikon 1:1000 M. hígítás 0.1 cm³-ével kezdtem el a kezelést, azonban mindkettőn rögtön 38.0°-ig menő láz állott be, úgy hogy másnap rögtön a tiszter gyengébb suspensiókra mentem le. Ezzel az egyiket már el is értem a legnagyobb szokásos hígítást, az 1:100.000 M.-t, a másikon harmadnapra kellett ennyire visszamennem. Bár még mindig lázasok voltak, noha a nagy napi ingadozásokat mutató láz minimuma a 37.0°-ot elérte, vagy ahhoz közel járt, nem hagytam abba a kezelést, hanem ismételttem az utolsó dosist. Ezt az érzékenyebb betegen csak háromszor tehettem meg, mert közben a láza lépcsőzetesen 39.1°-ig ment fel, mire egy heti szünetet tartottam, mikor a láz leszállván, ismételttem az utolsó — igen gyenge — dosist. Minthogy erre rögtönösen 39° lázzal felelt, a kezelést abbahagytam. A másikon azonban kétszer, háromszor, sőt négyszer is iméltelve egy dosist, a míg csak a láz nem csökkent, lassanként eljutottam a második töménységű suspensióig, az 1:10.000 M.-ig, szóval még mindig gyengébb oldatig, mint a milyennel az intracutan reactio szerint dolgoznom kellett volna. Ezt már nehezebben tűrte, lázakkal reagált, de a napi minimum 37°, vagy ahhoz közel volt.

(Folytatása következik.)

Közlemények a budapesti „Stefánia“-gyermekkorházal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról.

Kórrajzok a gyermekorvostan köréből.*

Szerkeszti: Bókay János dr., egyet. nyilv. r. tanár.

X.

Bélvérzés rostonyás tüdőgyulladás kapcsán 13 éves fiúban. Gyógyulás.

Közlő: Farnos Ilona dr., klin. segédorvos.

B. Ferencz, 13 éves árvaházi növendék, felvétetett 1920 május 11.-én azzal a panaszszal, hogy 2 nap óta fáj a feje és a torka. Betegsége állítólag hirtelen kezdődött hidegrázással, magas lázzal. Azóta is hőmérséke állandóan 40° körül van. Nem hányt, előző kiütést nem észleltek rajta.

Jelen állapot: Közepesen fejlett és táplált. A köztakaró halvány, az arc kissé kipirult. Az orr, fül, száj, szemnyílás tiszta. A nyelv kissé bevont. A torok halvány. A szív szabad, érverés 150, telt, rythmusos. A tüdő felett sem kopogtatási, sem hallgatósági eltérés nem mutatható ki. A légzés szaporább, kismértékű orrszárnyemelkedés. A has mérsékelt enyhe elödomborodó, kissé puffadt. Az idegrendszer ép. Hőmérsék 40° hónaljban. A vizeletben kóros alkotórészek nincsenek. Fehérvérszám: 24.000. Adigan.

Másnap sensoriuma kissé zavart, bágyadt. A tüdőlelet változatlan. Hőmérsék: 39.1—40.0. Érverés: 140.

Május 13. Hőmérséke hirtelen, spontan 36.5°-ra esik le. Érverés: 130. Nem izzadt, közérzete nem javult. Változatlan objectiv lelet.

* Minden jog fenntartva.

Május 14. Hőmérsék: 38.1—38.4. Éjjel többször félrebeszél. A tüdő felett jobboldalt a hónaljukban az elülső hónaljvonalnak megfelelőleg tompa kopogtatási hang, ugyanott kifejezett hörgei légzés. Napközben mérsékelt nyugtalanság. Kissé elesett, fakó arcszín.

Május 15. Hőmérsék: 38.7—39.7. Érverés: 160. Légzés: 40. A tüdő felett jobboldalt a scapula tövise felett, előrefelé az elülső hónaljvonalig tompulat, ugyanitt éles hörgei légzés. Estefelé egyszer szurokfekete, eléggé bő, véres székletét. Coffein subcutan, adigan.

Május 16. Hőmérsék: 39.6—39.8. Érverés: 160. Légzés: 52. Az egész jobb felső lebeny felett rövidült kopogtatási hang, éles hörgei légzéssel. A has kissé puffadt, mindenütt mérsékelt érzékeny. A közérzet rosszabbodik, elesett, erősen anaemiás. Délután újra véres, de kisebb mennyiségű, összeállóbb consistenciájú székletét. 40 cm³ gelatina ster. intramuscularisan.

Május 17. Hőmérsék: 39.4—38.5. Érverés: 146. Légzés: 54. A jobb felső lebeny felett a rövidült kopogtatási hang, hörgei légzés változatlan, gyér számmal apró hólyagú szörtyözörejek hallhatók. Egyizben közepes mennyiségű szurokfekete formált székletét. A vizeletben nyomokban fehérje. Leiter-hűtő a hasra, a bal vena medianába 10 cm³ 10%_o-os könyhasó-oldat.

Május 18. Hőmérsék: 36.7—37.5. Érverés: 121. Tüdőlelet mint előző napon. A has mindenütt érzékeny, mérsékelt defense. Széke nem volt. A vizeletben vér nincs. A közérzet lényegesen javult. A sensorium tiszta.

Május 19. Hőmérsék: 37.1—39.1. Érverés: 90. A tüdőlelet változatlan, a hasé szintén. Egyizben kevés véresen csikolt széklet. Jó közérzet.

Május 20. Lázatlan. Javulás állandó, úgy hogy június 2.-án teljesen gyógyultan hazabocsátjuk.

Esetünkben tehát a szemünk előtt bontakozott ki a jobb felső lebenyre terjedő rostonyás tüdőgyulladás, melynek 4. napján hirtelen nyugtalanság, hőleesés, anaemia támad, az ötödik napon pedig tömegesebb szurokszerű véres székletét jelenik meg.

Tekintve a bélsár színét, minőségét, valószínűnek látszik, hogy a vérzés a bélcsatorna felső részéből származott. Hogy a tüdőgyulladás és a bélvérzés között van valami okozati összefüggés, az mindenesetre kérdéses, mégis tekintettel az irodalomban közölt, ha mindjárt gyér esetekre, ez elől nem lehet elzárkózni s a két kórfolyamat találkozását nem lehet csak a véletlen művének tulajdonítani.

Újabban Johan B. közölte egy felnőtt beteg esetét, melyben tüdőgyulladás következtében keletkezett pneumococcus-sepsishez csatlakozott igen erős vérhányás s a bonczoláskor a gyomor nyálkahártyáján számos nagyobb erosiót és az ezeket fedő nyálkában vércsíkokat talált. Legutóbb 1920-ban pedig Friedrich írt le egy pneumoniához csatlakozó nagyfokú vérhányást szintén felnőttön, mely halálhoz vezetett. Bonczoláskor a gyomorban nagymennyiségű, a gyomor alakját felvett véralvadékok s a gyomor nyálkahártyáján több pontszerű vérzést, a nagyörbület közepe táján pedig egy körülbelül kétfillérenyi anyaghiányt talált, melynek közepén egy kis vérér nyílása volt látható. Az erosióknak pneumococcus-fertőzésből való származása sem itt, sem a Johan által leírt esetben bacteriologiai vizsgálattal nem nyert megerősítést.

Mindkét esetben tehát a gyomor szerepel a vérzés székhelyeként. Hasonló megfigyelésekről számolt be Münter, Dieulafoy, Foulerton, összesen négy esetben. Valamennyiben általános sepsis volt jelen, véres székelés és hányás kíséretében állt be az exitus letalis. A kórbonczolás mindezen esetekben a gyomor nyálkahártya elváltozásait mutatta; Dieulafoy két esetében erosiókat s a nyálkahártya kötőszövetében a szövettani vizsgálat pneumococcus-embolusokat talált.

A gyermekorvosi irodalomban P. Thiele tesz említést két ilyen eset kórbonczolásáról. Az egyiket Fenwick észlelte. A 10 éves fiú rostonyás tüdőgyulladásban halt el s a gyomor kisgömbületén két éles szélű fekély volt, alapján arrodált vérérrel. A másik esetet Leith-től vette át Thiele. A 10 éves leányt rostonyás tüdőgyulladás és szívburoklob ellen gyógykezelték s a halál gyomorátfürödés és légmell következtében állott be. Bonczoláskor a gyomron, a diaphragmán át perforált fekély volt látható. A gyomor a léphez volt rögzítve. A vérből staphylococcus pyogenes aureust sikerült kitermeszteni.

Nem tisztázott, hogy a Simmonds által bemutatott tüdőgyulladás utáni veselobban elhalt 8 éves fiú duodenumrésztétén levő több babnyi fekély pneumococcus eredetű-e?

A régi irodalomból származó Barthez-Rilliet-féle esetben, mely egy 3 éves fiúra vonatkozik, a melyben a tüdőgyulladás lezajlása után közvetlenül jelentkezett orrvérzés és

nagyfokú vérhányás következtében állott be a halál, nem lehet elzárkózni az elől, hogy a vérhányás nem az orrvérzés következményeképp jelentkezett-e, annál is inkább, minthogy a kórboncolás a gyomor, a vékony- és vastagbelek nyálkahártyáján csak nagyfokú vérbőséget és apróbb vérzést mutatott.

Esetünk mindannyitól különbözik abban, hogy gyógyult s így bár a vérzés pontos helye nem volt meghatározható, mégis klinikai szempontból érdekes bir kedvező lefolyása miatt.

Irodalom. *Barthez-Rilliet*, cit. *Grancher-Comby*: Traité des Maladies de l'Enfance. Paris, 1898, IV. köt., 88. old. — *L. v. Friedrich*: Verblutung in den Magen bei Lungenentzündung. Berl. kl. W., 1920, 38. sz. — *Johan Béla*: Pneumococcusok okozta megbetegedésekről. Péntint. Hadikórháza. II. évkönyv. 1920, 81. old. — *Münter*: Über Pneumococcenaffectio des Magens. D. m. W., 1908, 31. sz. — *Simmonds*: Von der biolog. Abt. des ärztl. Vereins in Hamburg. M. m. W., 1891, 434. old. — *P. Thiele*: Über Geschwürsbildung des Gastroduodenaltractus im Kindesalter. Ergebn. der Inn. Med. und Kinderheilk., 1918, XVI. köt., 302. old.

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem elme- és idegkórtani klinikájáról. (Igazgató: Moravcsik E. Emil dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

A vegetatív idegrendszer vizsgálata elme- és idegbajokban, különös tekintettel a dementia praecoxra és dementia paralyticára.

Írta: *Büchler Pál* dr., klinikai gyakornok.

(Vége.)

Az adrenalin-glycosuria vizsgálatára a szokástól eltérőleg 2 mgr. adrenalint fecskendeztem a bőr alá, mert azt tapasztaltam, hogy a szokásos 0.5—1 mgr. után több esetben nem állott elő glycosuria, noha 2 mgr. után cukor jelent meg a vizeletben. Nagyobb gyakorlat után általában már előre megmondhatjuk, hogy mely esetek azok, a melyekben adrenalin-glycosuria várható. Ha a vérnyomás emelkedés 25—30 Hg. mm.-nél magasabb, ha a periferiás erek szűkülése folytán a vizsgált egyén erősen elsápad, egész testében remeg, izzad, hányásingere van, ehhez járul nőknél a medenczében görcsös érzés, a pupillák tágulása, a nyáelválasztás fokozódása (bár *Langley* szerint állatokon ez csak a megfelelő ganglionok kiirtása után jelentkezik), esetleg könnyezés, glycosuriát várhatunk. *Bendiventi* és *Pick* kísérleteiben nagy adag adrenalin a pulsus-emelkedést gátolta, de eseteimben ez nem volt tapasztalható, csupán praecoxosokon láttam adrenalinra bradycardiát, de ez a hatás más okokra vezethető vissza. *Banlier* és *Fränkel* azt tapasztalta, hogy adrenalin adagolása után a vizeletkiválasztás csökken, azután pedig fokozódik. Kísérleteimben megállapításuk igazolható volt.

Vannak esetek, különösen schizopreniás, valamint éhező, a táplálkozást megtagadó betegek között, a melyekben *Underhill*, *Closson* stb. tapasztalatai szerint adrenalin hatására a glycogen mobilisatiója igen intenzív és mégsem jelentkezik glycosuria. Látjuk ezt különben teljesen egészséges egyéneken is, a kik adrenalin-injectiók után nem választanak ki cukrot. Ismeretes, hogy állatkísérletben a pankreasnak adrenalinralin cseletelése után glycosuria áll be. Schizopreniában csak a már említett sympathicotoniás tünetcsoport fenforgása esetén volt kiváltható adrenalin-glycosuria. A schizopreniások túlnyomó többsége adrenalinralin szemben refractaer viselkedést tanúsított. Másképp áll a dolog dementia paralytica eseteiben. A paralytikusoknak adott adrenalin-injectio után csekély kivétellel glycosuria állott be.

Az adrenalin-glycosuria vizsgálatára vonatkozó eredményeket a következő táblázat fűnteti fel.

Betegség	Összes esetek száma	Positiv	Negativ
Schizophrenia	46	4	42
Dementia paralytica	17	12	5
Psychosis maniaco-depressiva	9	6	3
Az első táblázatban előforduló más betegségek	18	8	10
	90	30	60

Tehát a vizsgált 90 eset közül 30 esetben volt az adrenalinralin glycosuriát okozó hatása, vagyis az esetek $\frac{2}{3}$ részében nem jelent meg adrenalin-injectio után cukor a vizeletben. Ha ennek az okát kutatjuk, az irodalomban sok érdekes adatot találunk, melyek az adrenalin-glycosuria kérdésének megfejtéséhez közelebb visznek, de egyértelmű és minden kritikát kiálló megoldásra mégsem vezetnek. *Pollak* szerint a *Watermann* vizsgálataiban az adrenalinralin szemben elért úgynevezett adrenalin-immunitas csak látszólagos; a glycosuria elmaradásának nem az az oka, hogy a vér nem hyperglykaemias — mert a hyperglykaemia kimutatható volt —, csupán a veséknek cukrot áteresztő képessége változott meg. *Emden* és *Fürst* a vérnek adrenalin-bontó képességet tulajdonítanak, a mely képesség szerintők a vérnek alkalicitásával függ össze. *Kleissel* szerint az adrenalin hatása annál erősebb, minél gyengébb a vérnek az alkálisága. Vizsgálatai alapján a sympathicotoniások vére alkáliságában mögötte marad a vagotoniások vérenek. *Bieberfeld* szerint adrenalinhoz szokott állatokon az adrenalin nem idéz elő glykaemiát. Ezen idézett adatok megértetik velünk, hogy miért nem jelentkeznek sok esetben glycosuria ott, a hol a sympathicus-rendszer adrenalinralinralin izgalomba hozható. *Landau* észleletei óta vizsgálati módszer van a kezeinkben, a mely lehetővé teszi, hogy a sympathicus-rendszert mintegy sensibilizáljuk, vagyis adrenalinralinralin szemben érzékenynyé és így könnyen reagálóvá tegyük. *Landau* ugyanis azt találta, hogy a cocainnak már kis adagjai is sensibilizálják az adrenalin-hatást, növelik a glykaemiát és glycosuriát. Ő egyben azt is találta, hogy a pantopon a sympathicus-rendszerre gátló és az adrenalin-hatás szempontjából tompító hatású. *Landau* ez észlelete *Fröhlich* és *Löwy* vizsgálataiból indul ki, a melyeket minden tekintetben megerősít. Ismételtén végig vizsgáltam az előbbi táblázat utolsó rovatában megjelölt 18 beteget és azt találtam, hogy ezek közül cocain igénybevétele mellett 15 adrenalin-glycosuriát kapott, míg 3 beteg 0.005 gr. cocainnal szemben is refractaer módon viselkedett. Tehát nemcsak *Landau* észleleteit erősíthetem meg e vizsgálatokkal, hanem ezen felül még egy fontos támpontot is nyertem a schizopreniások belső secretiós vizsgálatához. Az adrenalinralin szemben refractaer módon viselkedő 42 schizopreniásnak a bőre alá 2 mgr. adrenalinralinralin együtt 0.005 gr. cocaint is fecskendeztem. Azt találtam, hogy a kombinált adrenalin-cocain-befecskendezés után 42 schizopreniás közül csak 5 választott ki cukrot a vizeletében. Ez azt jelenti, hogy schizoprenia eseteiben az összes betegeknek csak $\frac{1}{8}$ része választott ki cocain-adrenalin befecskendezése után cukrot, míg a nem schizopreniás egyéb betegek $\frac{5}{6}$ része választott ki cukrot. Ebből tehát az látszik, hogy a schizopreniások túlnyomó többségében a sympathicus-rendszer ingerlékenysége és spontán izgalma a rendes alá csökkent, vagyis más szóval, hogy schizopreniában túlnyomóan a vagotoniás jelleggel találkozunk.

Már fentebb említettem, hogy schizopreniásokon elég gyakran találunk adrenalin-befecskendezés után pulsus-lassulást, vérnyomás-csökkenést, pupillaszűkületet, paradox *Ehrmann-Löwy*-reactiót. E jelenség azt a benyomást kelti, mintha a praecoxosok mintegy védekeznek az adrenalinralin szemben. Ez arra a gondolatra vezetett, hogy megvizsgáljam a dementia praecoxban szenvedők vérsavóját, vajjon bírnak-e — az *Abderhalden*-féle „Abwehrfermente“-vel talán analog módon — olyan sajátossággal, mely alkalmas arra, hogy a vérben nagyobb mennyiségben keringő, vagy a vérbe kívülről bejutott mellékvese-secretumot felbontsa és chemiai sajátosságában megváltoztassa. Abból indultam ki, hogy a schizopreniások egy része azért ad paradox adrenalin-reactiót, mert szervezetük olyképpen változott meg, hogy az adrenalin már normalis adrenalin-vertükör mellett is mint mérgező anyag szerepel, mely ellen a szervezet védekezni kénytelen.

Vizsgálataimban a *Fränkel-Allers* módszerét használtam, a mely igen érzékeny és specifikus az adrenalinralinra. Lényege az, hogy kaliumbiodat és hígított phosphorsav adrenalin jelenlétében enyhe melegítés mellett a lilába hajló színező-

dést hoz létre; igen kis mennyiségű adrenalin jelenlétében a színeződés eosin-piros. A reactio annyira érzékeny, hogy 1:3,000.000 hígításban még positiv. Nem ismerünk más anyagot, mely e szín-reactiót adná. A reactiót kísérleteimben oly módon végeztem, hogy 3 cm³ physiologiai konyhasó-oldathoz 0.1 cm³ centrifugált és átlátszó praecoxos vérsavót és ugyancsak 0.1 cm³ 10/100-s Richter-féle tonogent adtam. A reactióhoz a Wassermann vizsgálatokkor használatos kémlőcsöveket használtam. A konyhasóval hígított serum és adrenalin elegyét 3 órára thermostatba helyeztem, majd onnan kivéve, a kémlőcsőbe 1 cm³ hidegen telített kaliumbijodat és ugyanannyi 10%-ra hígított phosphorsav-oldatot mértem le és a kémlőcsövet enyhén melegítettem, míg a leírt szín-reactio előállt. Minthogy az ilyen szín-reactio felismerésére alkalmas összehasonlító objectum nem állott rendelkezésemre és a vérsavónélküli tiszta adrenalin természetesen más árnyalatban adja a reactiót, összehasonlítás céljából normalis vérsavót használtam. Mielőtt a rendszeres vizsgálatokat megkezdtem, sok esetben megpróbáltam, hogy más betegségekben nincs-e a vérsavónak adrenalinbontó képessége. Az eredmény minden esetben negativ volt. Ezek után áttértem a praecoxosok savójának vizsgálatára. A vizsgálat tárgyát 20, lehetőleg acut stuporos és katatonias beteg alkotta. E 20 eset közül, a normalis serumhoz viszonyítva, 6 esetben határozottan halványabb szín-reactio mutatkozott, vagyis 20 közül 6 esetben azt kell felvennünk, hogy az adrenalin-kimutatás pillanatában kevesebb adrenalin volt jelen, mint a mennyit a kísérlet előtt lepipettáztunk. Megjegyzem, hogy 9 volt ugyan a positiv esetek száma, de 3 esetben az összehasonlítások csak igen csekély szín-eltérés mutatkozott és ismételt vizsgálatnál nem volt positiv a reactio. Minthogy a Fränkel-Allers-reactio az adrenalinra specifikus és a színeződés az adrenalin mennyiségével egyenesen arányos, ebből azt a következtetést kell levonnom, hogy a schizoprenia keretén belül vannak olyan betegek, a kiknek vérsavója adrenalin-bontásra képes. Az a 6 schizoprenias, a kinek vérsavója adrenalint bontott, vagotoniás típusú volt.

E vizsgálataimból megint egy újabb típusnak a felállítását tartom lehetségesnek. Ezen típusra jellemző a paradox adrenalin-reactio és a vagotonia. E típust, minthogy a mellékvese működés-zavarát kell feltételeznem, mellékvese-dysfunctió típusnak nevezném. És hogy nemcsak elmélet a mellékvese-dysfunctió típus felállítása, azt anatómiai elváltozásokkal is igazolhatom. Kivonatossan közlöm a következő korrajzot:

V. E. 19 éves hajadon. 1915 szeptember 6-án vették fel a klinikára. Családi terheltség biztosan kizárható, születése, fejlődése rendes volt, 6 elemi és női iskolát végzett, elég jól tanult, szorgalmas volt, rendellenes dolgokat hozzátartozói nem észleltek, kivéve azt, hogy félénk és visszavonuló természetű volt. Egy év előtt megváltozott, keveset beszélt, nem törődött semmivel, nem mosdott, nem gondozta magát, fejét lehajtva, mozdulatlan volt. Menstruációját 14 éves korában kapta meg, három hónap óta nem jelentkezik. Jelen állapotából kiemelem, hogy fejméretei testéhez képest nagyok voltak (192, 156, 117, 572), pupillái jól reagáltak, arcidegeit jól idegezte be, mellkasi, hasi szervei épek voltak, reflexei élénkek, érzési eltérései nem voltak. Magaviselete modoros volt, affektált, különös testhelyzeteket vett fel, kérdésekre nem akart felelni, a klinikán való tartózkodása alatt 1918 decemberében influenzája volt, mely inactiv csúcs-folyamatot mobilizált. A beteg rendszerint kényelmetlen helyzetben, előrehajtott fejjel ült egy padon, nem szólt, időnként automatás mozgásokat végzett. 1920 december 22.-én tüdőtuberculosisban meghalt. A boncoláskor kiderült, hogy a gümőkáros tüdő- és bél-, valamint belső szervi elfajulásos elváltozások mellett a belső secretió szervek is elváltoztak. A petefészkek mindkét oldalán sorvadtak voltak, és a mi leginkább érdekel, a mellékveséknek velős része túltengett, míg kérgi része mint vékony zsírszegény szegély maradt meg. Tehát a mellékvese kérgi — a mai felfogás szerint a szervezet mérgeztelenítő cholindús szövet — része anatómiailag a sorvadás és elfajulás makroszkopik képét mutatta. Ez a beteg szintén ahhoz a típushoz tartozik, a melyet mellékvese-dysfunctió névvel jelöltem.

Ez anatómiai leletet nem tekintve, a dysfunctió adrenalin-típusú schizoprenia létezésének klinikai bizonyítékai is vannak. Klinikai tüneteiben ez a típus sok hasonlatosságot tüntet fel az Addison-kórral. A vagotoniás praecoxosok gyakran szertelen mértékben lesóványodnak, elgyengülnek, polyuriát kapnak, bőrük festenyessé lesz stb., a mint arra később visszatérek. Tudjuk, hogy dementia praecox eseteiben

gyakori a genitalis mirigyek sorvadás. G. és H. Hoskin észleletei szerint szárított mellékvesével etetett patkányokban a herék fokozott fejlődésnek indulnak, tehát a mellékvesék hyperfunctiója fokozott genitalis fejlődéssel jár. Minthogy dementia praecox eseteiben oly gyakoriak a genitalis mirigyek elváltozásai (Schuster), fel kell vennünk, hogy ebben a hypophysisen kívül a mellékveséknek is jut szerep. Ha felvesszük, hogy a mellékvese-típusú schizopreniában a mellékveséknek hypo- vagy dysfunctiója szerepel, akkor ez a heréknek illetve petefészkeknek sorvadásos elváltozását is jól megmagyarázza. Ebből azt is megérthetjük, hogy a kezdetben mellékvese-típust mutató betegen később genitalis kiesések jelentkeznek és az eddig sovány, szárazbőrű beteg nagy mértékben elhízik. A mellékvese-dysfunctio felvétele mellett szól Meiwowsky észlelete, a ki azt találta, hogy a mellékvese szabályozza és gátolja a bőr anyagcseréjét, a mennyiben a bőr fehérjéinek hasadási termékeit (a tyrosint és származékait) a bontás szempontjából előkészíti. A mellékvese elváltozásai mellett ezek a hasadás-termékek oxydasék hatására pigmentté alakulnak, még mielőtt felbontott állapotban a vérkeringésbe kerülnének. Több esetet észleltem, a melyben a schizoprenia jelentkezése előtt nagy barna foltok mutatkoztak a bőrön. Egy esetben a bőr pigmentálódása 5 évvel előzte meg a klinikai tünetek jelentkezését. Egy másik esetben a bőrnek nagyarányú pigmentálódása, mely az Addison-kórra jellegzetes volt, a betegség folyamán fejlődött és a bőrnek erős kopádása, valamint a körmök letöredezése járult hozzá.

Gassner és Schulmann amaz észleletét, hogy a hypophysis kivonata az adrenalin-glykosuriát elnyomja vagy csökkenti, csak egy esetben volt alkalmam megerősíteni. Hypophysis-functió zavaráról volt szó, a hol hypophysis-kivonat befecskendezése után az adrenalinak nem volt glykosuriát okozó hatása, noha az adrenalin mindenkor cukorvizelést váltott ki. Dementia praecox eseteiben hypophysis-kivonat befecskendezése után semmi számottevő hatást sem észleltem a vegetativ idegrendszer részéről.

Itt említem meg, hogy schizopreniasokon nagyobb sorozatban vérdiastase-meghatározásokat is végeztem, mint-hogy a pankreas endocrin viselkedését tisztán klinikai módszerekkel szabatosan megközelíteni nem lehet. Azt gondoltam, hogy a pankreas hyperfunctiója esetén a vérnek diastasis hatása fokozódni fog és fordítva. A talált értékek a 1/2 órás methodusoknál (D. 38° és 30') 8 és 32, a 24 órás methodusnál ugyanilyen feltételek mellett 20 és 40 között ingadoznak. Egyugyanazon esetben különböző napokon vizsgálva, az értékek oly nagyfokú ingadozást mutattak, hogy ezt a módszert a pankreas viselkedésére vonatkozólag figyelmen kívül hagytam.

Végül a teljesség kedvéért még azt is megemlítem, hogy adrenalin-befecskendezés után lázat egy esetben sem észleltem. A gyomornedvnek vizsgálatát hyperchlorhydriára (vagotoniás jel) a betegek magatartása miatt nem végezhettem. A pilocarpin 0.01 gr.-jának feltűnőbb hatását a pharmacodynamikai ismert hatásakon kívül nem észleltem és az atropinnal végzett kísérletek sem vezettek különösebb eredményre.

Azokat az eredményeket, melyeket nagyszámú vizsgálatomból levonnék, a következő pontokban foglalom össze.

1. Kifejezett vagotonia és kifejezett sympathicotonia nincsen. A vegetativ idegrendszer vizsgálatokor lehetséges, hogy egyszer az autonom, máskor a sympathicus-izgalmi tünetek vannak túlsúlyban, de majdnem mindig vannak olyan tünetek is, a melyek az antagonista idegrendszer tonus-emelkedésének a tünete. Tehát csupán praevaleáló tonusról szólhatunk.

2. Dementia paralytica eseteiben a metalueses elváltozások a klinikai tüneteket egymagukban nem magyarázhatják. A nagyszámmal előforduló Ehrmann-Löwi-tünet, a magas vérnyomás és pulsuszám, a gyakori adrenalinglykosuria stb. a mellékvesére terelik figyelmünket. Lehetséges, hogy a mellékveséknek lueses elváltozása is szerepel. Észleleteim szerint a mellékvese functió izgalma különösen paralytikus insultus után fokozott.

3. A schizophreniások egy részén észlelhető pupillátágulat nem sympathicus-izgalom következménye, hanem katatonias tünet, a mely az általános katatonianak csak egy részjelensége és psychés okokra vezethető vissza.

4. Schizophreniában praevaléálón vagotoniás és praevaléálón sympathicotoniás típusok vannak. Az a felvétel, hogy a dementia praecoxban szenvedők vagotoniások, nem igazolható.

5. A schizophreniások túlnyomó része adrenalinallal szemben refractaer viselkedik. Több esetben paradox adrenalin-hatás volt észlelhető, néhány esetben a betegek seruma adrenalin bontott in vitro. A schizophreniások túlnyomó többsége — a kifejtett értelemben — vagotoniás; ez azonban nem általánosítható.

6. Belső secretiós alapon a schizophrenia keretén belül több típust állíthatunk fel. Ezek a típusok a következők:

- a) Mellékvese-dysfunctiós típus.
- b) Pajzsmirigy-típus.
- c) Genitalis típus.
- d) Hypophysis-típus.
- e) Kevert típus.

A mellékvese-típusú alak vagotoniával, a pajzsmirigy-típusú sympathicotoniával jár. A genitalis és hypophysis-típusú praecoxok a klinikai tünetek és az optikai bontásos kísérletek eredményei alapján ismerhetők fel. A kevert típusúak azt az alakot mutatják, melyet 1907-ben Claude és Gougerot mint insuffisance polyglandulaire-t írt le, s mely alakra a pajzsmirigy, a thymus, a genitalis mirigyek, a pankreas elváltozását tartották jellemzőnek. Schizophrenia legtöbb esetében ilyen polyglandularis típusal szoktunk találkozni.

7. A schizophrenia folyamán az egyes típusok megváltozhatnak, átalakulhatnak, egymásba átfolyhatnak, vagy kombinálódhatnak. Hogy a dementia praecox a belső secretio és az anyagcsere elváltozásán alapuló betegség, azt leginkább falán a periodusokban lefolyó dementia praecox bizonyítja. Az egyes periodusokban belső secretiós szempontból teljesen elütő képet kapunk. Ennek alapján arra a felfogásra kell jutnunk, hogy a zavart időszakban anyagcsere-termékek kerülhetnek felszívódásra és az agyra mérgező hatást gyakorolhatnak.

8. Psychosis manico-depressiva eseteiben túlnyomóan sympathicotoniás alakokkal találkozunk. Ez áll a maniára és a depressióra egyaránt.

Irodalom. Az idevágó irodalom nagy terjedelme miatt csak néhány fontosabb forrásmunkát közlök. *Biedl*: Innere Secretion, 1910. — *Falta*: Die Erkrankungen der Blutdrüsen, 1913. — *Abderhalden*: Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden. — *Brugsch-Schittenhelm*: Technik der speziellen klinischen Untersuchungsmethoden, 1914. — *Walter Frey*: Vegetatives Nervensystem, 1914. — *Fränkel und Allers*: Biochem. Zeitschrift, 1909, 18. kötet. — *Marie*: Psychologie pathologique, 1911. — *Meyer-Gottlieb*: Experimentelle Pharmakologie. — *Antoni*: Adrenalin und Pupille. Neurol. Centralbl., 1913, 11. szám. — *Roudnev*: Dermographie rouge et blanc. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 23. 1910. — *Gougerot et Gy*: Insuffisance polyglandulaire interne. Nouvelle I. de la S. több kötetében. — Referatumok a következő folyóiratokból: Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Revue neurologique. *Mendel*: Jahresbericht etc. Journal für Psychologie und Neurologie. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Archiv de neurologie.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1921 május 28.-án tartott LXXXIII. közgyűlése.

1. *Bókay János* elnök a következő beszéddel nyitotta meg az ülést.

Tisztelt közgyűlés!

Midőn nyári évzáró közgyűlésünket megnyitóm s visszatekintek a lefolyt munkaévre, úgy érzem magamat, mint a tengerész, kinek hajója a háborgó tengeren veszélyes szirtek között majdnem reménytelenül bolyongott, de a vihar elültével, a hullámok elsimulásakor a kikötőt hajójával végre sértetlenül elérte. A mi hajónk is Scylla és Charibdis között hanykolódott s egy év előtt bizony a legtöbbben aggodalommal féltettük a magyar orvosi cultura ezen 84 éves alkotását,

melyre büszkék vagyunk és melyet féltve őrizünk. De hála a gondviselésnek s a kartársi együttműködésnek, az elődök által gondosan megépített hajó a veszélyes szirteket szerencsésen megúsza s immár dagadó vitorlákkal halad a biztos rév felé.

A világháború előtt, a béke boldog éveiben, midőn nemzetközi congressusok is mind szorosabbra kapcsolódtak össze a culturnemzetek szaktársait, azon boldog hiedelemben éltünk valamennyien, hogy a tudomány a művelt országok között elszakíthatatlan köteléket alkot. Fájdalom, a világháború ezen illuziókat is megsemmisítette s a supranationalisnak hitt tudományt a lebecsült sorompók szétagolták s bennünket magyarokat is éppúgy, mint a központi hatalmak egyéb országait, az ellentáborba tartozó nemzetektől, sőt a semleges államoktól is, a cultura nem csekély kárára több mint öt évre úgyszólván teljesen izoláltak, sőt a felszabadult vad szenvedélyek annyira elragadták még a tudósokat is, hogy nem egyszer régi, meghitt barátok, kiket a háború ellentáborokba sodort, kíméletlenül támadták egymást nyilvánosan, tudományos szaklapokban, s akadémiai méltóságokat, melyekre eddig büszkék voltak, mint értéktelen czafrangokat dobtak el maguktól.

Kitasato, Koch Róbert-nek volt meghitt munkatársa, 1920 május 20.-án a nagy tudós haláljáról írt levelével Tokióból meleghangú kegyeletes levelet intézett német nyelven az özvegyhez, melynek egy mondata a következő: „Die Wissenschaft steht im Dienste der ganzen Menschheit und sollte vom Nationalitätengefühl frei sein und über ihm so stehen, als ein alle umschlingendes Band.“ Sajnos, a tudós ezen tételéhez már a világháború kezdetén maguk a japánok hűtlenné lettek s így *Kitasato* levele tulajdonképpen expiálás. De, hogy a háború alatt e tétel érvényessége nem állhatott meg, azon nem is csodálkozunk, mert, mint e helyről már mondtam, a hazafias érzület kell, hogy a tudósban is elnyomjon minden más érzést, midőn hazájának léte kockán forog, s bár kívánatos, hogy a szenvedély túlsapását a tudomány terén a csatazajban is lehetőleg gátolni igyekezzünk, ezt csak addig tehetjük, míg hazafias érzésünkön csorba nem esett.

A véres háború végre megszűnt s a közgazdasági és forgalmi elzárkózottság az úgynevezett világbéke megindulásával világszerte enyhülni kezdett; de még mielőtt az elzáró sorompók megnyíltak volna, váratlanul megjelent a tengerentúlról, bőségszarujával, a sorompók tilalmát nem respektáló „charitas“, hogy a jövő nemzedéknek megmentését Európa-szerte hathatósan elősegítse. Az emberszeretetnek ezen magaslatos és hatalmas megnyilvánulása kezdte először gyöngéd kezekkel összeszőni a hadban állott nemzetek között a szétszakadt szálakat. S a felebaráti szeretet ezen samaritanus munkát mind jobban és jobban kiterjesztette, lerongyolt kórházak és egészségügyi intézmények kezdtek lassan talpra állani s a könyező *Hygiene*-istenasszony már nem a fájdalom könyeit ontotta, hanem halakönyveket sírt. S az emberszeretet ezen grandiosus munkáját nyomon követte, hasonlóképp a tengerentúlról kezdve meg vándorútját, a tudományos bűvárkodást hathatósan támogató „segítség“, mely csakhamar lehetővé tette, hogy a tudós újból visszavonulhasson lombikjai és nagyító üvegjei mellé s zavartalanul kutathassa tovább a természet rejtélyeit. S ezzel a tudományunkat szétagoló sorompók már kezdtek megnyílni s kezdett helyreállni a nemzetközi tudományos érintkezés, sőt világszerte kezdett megnyílni a készség is a tudományos együttműködésre, vagyis, a mit supponáltunk, beigazolódtott, hogy a békehelyreállítás emberfeletti munkájában az utat a kölcsönös megértés felé, pionir gyanánt, a tudomány emberei fogják először egyengetni.

Ezen egyengetés munkája a tudomány terén folyik, bár itt-ott, fájdalom, akadályokba ütközik.

Tudjuk, hogy a nemzetközi sebész-congressus az elmúlt évben Párisban a német és osztrák sebészeket kíméletlenül kizárta üléséből, de tudjuk azt is, hogy Svájcban és Hollandiában, tehát semleges államokban, a sebészek nem késtek ünnepélyes és határozott hangú tiltakozásukkal s a Societé

internationale de Chirurgie kötelékéből többen ki is léptek. S vajjon a „bojkott” bénítólag hatott-e a német sebészetre? Korántsem, hisz olvastuk, hogy a Gesellschaft für Chirurgie a közelmúltban óriási érdeklődés mellett és gazdag napirenddel tartotta meg 45. évi ülését Berlinben s az elnöklő *Sauerbruch* tanár örömmel jelentette be 200 új tag csatlakozását az illusztris társasághoz. A közel jövőre Rómába tervezett nemzetközi pathologus-congressus olasz rendezőbizottsága az ententeállamok szaktársaival közölte, hogy szándékuk a német kórbúvárokat is felhívni a részvételre, kijelentették azonban egyúttal, hogy ha a francia kartársak az együttműködésre ily körülmények között hajlandóak nem volnának, a bizottság megbízását visszaadja. S a francziák a közös munkálkodást a németekkel megtagadták s a Comité executiv pour le II. Congrès de Pathologie à Rome a congressust jobb időkre halasztotta el.

E lehangoló egyes példák azonban ne tántorítsanak el bennünket azon törekvésünktől, hogy igyekezzünk mielőbb újból felvenni tudományos összeköttetéseinket és keresni a kapcsolatoságot a külfölddel, úgy egyesekkel, mint intézményekkel. *Mindenesetre várjuk meg a közeledést a külföld részéről és nemzeti önérzetünket féltve őrizzük*, de a mint az elfogadható alkalom itt van, a szálakat kössük össze, a közös tudomány érdekében; ez nemcsak a mi jól felfogott érdekünk, hanem a külföld érdeke is.

S ezen munkából a Budapesti Királyi Orvosegyesület is kell, hogy kivége részét, mert sok százat meghaladó külföldi levelező tagja révén a közelmúltig a culturnemzetek mind-egyikével megvolt a szoros kapcsolatosága.

A közgyűlést ezen óhajással megnyitottam nyilvánítom.

2. *Csiky József* főtitkár felolvassa jelentését, a mely kivonatossan a következő:

Tisztelt közgyűlés!

Örömmel jelenthetem, hogy ez az ülésnap nemcsak az előadások és bemutatások számával, hanem ezek tudományos értékével oly színvonalat ért el, a mely időnként elfelejteni engedte az elmúlt rossz időket és sokszor úgy éreztük, mintha a régi szép békebeli ülések legjobbjai tértek volna vissza.

A megtartott előadások száma 26 ülésen 31 volt, a bemutatásoké 53. A mi az előadások anyagát illeti, majdnem minden főbb elméleti és gyakorlati szakma képviselve volt, így a belorvostan 3, a sebészet 3, az idegkórtan 4, a röntgenológia 4, a serologia 3, a kórboncztan, nőgyógyászat, gégeészet 2—2, a gyermekgyógyászat, urologia, kórtan, higiéné, orvostörténelem, socialis orvostudomány 1—1 előadással. Az előadások magas színvonalát és érdekességét mindennél jobban kifejezi az a körülmény, hogy talán egy ülésnapban sem volt az ülések látogatottsága oly nagy, mint az idén s örömmel konstatálhatjuk, hogy a legtöbb előadó önálló vizsgálatának az eredményét hozta az egyesület színe elé, bebizonyítván, hogy a szomorú és nyugtalan viszonyok dacára is a tudomány iránti szeretet kutató elméjüket nem bénította meg.

Az Egyesület vezetősége régi szokást kívánt feleleveníteni akkor, mikor felkérte *Entz Béla* tagtársunkat, hogy emlékbeszéd alakjában emlékezzék meg néhai *Genersich Antal* tagtársunkról. Elhunyt nagyjaink emlékének ily módon való felidézése nemcsak kegyeletünknek és tiszteletünknek megnyilvánulása, hanem nagyfontosságú tényezőnek vélem a fiatal generáció nevelése szempontjából is. *Entz Béla*, ki évek hosszú során át hű munkatársa volt *Genersich*-nek, azáltal, hogy életét markáns, élethű vorásokkal elibénk tárta, egy oly ember pályáját ismertette, a ki fiatal kora óta törekény, beteges teste dacára vas szorgalommal, kitartással és becsületességgel dolgozott, dolgozott élete végéig. Szorgalommal és komoly munkával szerzett nagy tudását és a becsületes munka iránti szeretetet minden tanítványába és hallgatójába áoltani igyekezett s azt hiszem, számosan vagyunk itt a jelenlevők között, a kik tanítványai voltunk és a kik tudjuk, mit kaptunk tőle útravalóul az élet számára, a miért mindig hálával és tisztelettel fogunk reá visszaemlékezni.

Szakosztályaink közül három ez évben újra felvette a munkát, így az ideg-elmeosztály, a fülészeti szakosztály (3 előadás és 13 bemutatás) és a gégeészeti szakosztály. Kívánatos volna, hogy a többi szakosztály is a jövő esztendőben már részt venne az egyesület tudományos munkálkodásában.

Egyesületünk belső ügyeivel az igazgató-tanács 6 ülésén foglalkozott. A tagok igazolása a kommunizmus alatti viselkedésükért még ezen időszakban is folytatódott, de befejezést nem nyert, minthogy a közgyűlési határozatot felebezték a belügyministerhez.

Az igazgató-tanács a legközelebbi Balassa-előadás megtartására egyhangú határozattal *Bársony János*-t kérte fel, ki ezen megbízást elfogadta.

Alapítványaink pályadíjait régebbi határozat alapján ez évben nem irtuk ki és ezért az idén nem kerülnek kiosztásra. A fennmaradó összeget az alapszabályok értelmében a tökéhez csatoltuk. Az alapítványi ügyek átvizsgálására egyesületünk igazgató-tanácsa még a múlt esztendőben *Tauffer Vilmos* elnökletével bizottságot küldött ki. A bizottság *Elischer Vilmos*-nak, egyesületünk ügyészének szíves segítségével munkáját befejezte, hitelesítés végett a ministerium elé terjesztette és a reá bízott feladatot ezzel elvégezte. Ennek következtében semmi sem áll útjában annak, hogy jövő őszre összes alapítványainkra kiirjuk a pályázatot.

Igazgató-tanácsunk a nyomdaköltségek állandó nagy emelkedése következtében még mindig nem tartotta elérkezettnek az időt, a mikor értesítőjét újra kinyomtathatja. Különös köszönettel tartozunk így is lelkiismeretes és körültekintő pénztárosunknak, hogy egyesületünk a súlyos viszonyok dacára nem dolgozik deficitel. Szegénységünket azonban főbüszkeségünk, könyvtárunk erősen megérzi. Gazdag folyóiratgyűjteményünk lepadt, új könyvek beszerzésére nem is gondolhatunk és mély aggodalommal nézünk a jövő elé, mely eddigi híres gazdag könyvtárunk hanyatlását és elértéktelenedését helyezi kilátásba, ha valami nem jön segítségünkre. És én azt hiszem, jobban járunk, ha saját erőnkben, saját áldozatkészségünkben bízunk, mint az idegen segítségben, mely nagy jóakarattal bár, de eddig még igen csekély eredménnyel igyekezett könyvtárunk továbbfejlesztésében segítségünkre lenni.

Az egyesületnek jelenleg 84 alapító és 1194 rendes tagja van; a lefolyt esztendőben a tagok sorából 11 lépett ki.

Mély megilletődéssel emlékezem meg az ez évben elhunyt tagtársainkról. Emléküket és érdemeiket az elnöki székéből hivatott méltatás után tudományos üléseink jegyzőkönyvében megörökítettük s most e helyen csak újra búcsút mondunk nekik, midőn megemlékezünk róluk.

3. Az elnök bejelenti, hogy az igazgató-tanács egyhangúlag elhatározta, hogy gróf *Apponyi Albert* jubileuma alkalmából a közgyűlésnek tiszteleti taggá való választásra ajánlja. A közgyűlés egyhangú lelkesedéssel tiszteleti taggá választja dr. med. h. c. gróf *Apponyi Albert* és erről őt az elnök útján a következő felirattal értesíti és üdvözli:

Nagyméltóságú

Dr. med. h. c. gróf Apponyi Albert úrnak

Budapest.

Kegyelmes Uram!

A budapesti magyar kir.-Orvosegyesület igaz lelkesedéssel és örömmel ragadja meg az alkalmat, hogy születésének 75. évfordulóján Nagyméltóságod ragyogó és bámulatba ejtő egyénisége iránt régóta érzett hódolatát és szeretetét külön is kifejezésre juttassa és nagybecsű tudomására hozza, hogy a mai közgyűlésen egyhangú lelkesedéssel tiszteletbeli taggá választotta.

Az Orvosegyesület Nagyméltóságodban a lelki és testi tökéletességben kibontakozó Embert bámulja, a kinek szava, gondolata és tettei élő útmutatást jelentenek ennek a sorsüldözött nemzetnek minden igaz fia részére, a ki a megcsönkített, kirabolt és árván magára hagyott magyar nemzetbe hitet varázsol; hitet, a mely nélkül nincs építő,

nemzetmentő munka. Mi magyar orvosok, a kik a rettentően nehéz viszonyok között százszorosan szenvedő beteg ember gyógyításán fáradozunk, nyugodt lélekkel végezzük nehéz hivatásunkat, a míg az ország hajójának kormányánál Nagyméltóságod nemes alakját látjuk, és a midőn a mai ünnepélyes pillanatban a jó Isten áldását kérjük Nagyméltóságod nemes munkájára és egészséget, kitartást és örömeiket kívánunk a jövőre, ezt azzal a szent meggyőződéssel tesszük, hogy jókívánságunknak teljesülése hazánk szebb és jobb jövőjének biztosítéka.

Fogadja Nagyméltóságod mély hódolatunk nyilvánítását.

Budapest, 1921 május hó 28.-án.

4. A közgyűlés az igazgató-tanács által előterjesztett 66 orvost rendes taggá választja.

5. Végül a közgyűlés egyhangúlag elfogadja *id. Pákozdy Károly* dr. indítványát: azokat az angolokat, a kik a lordok házában Magyarország igaza mellett felszólaltak, üdvözölni fogják.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A heveny tüdőgyulladás gyógyítása mesterséges pneumothorax-szal. *Friedemann*, a berlini Virchow-kórház fertőzőbeteg-osztályának igazgatója, pneumonia 9 esetében próbálkozott a mesterséges pneumothorax-szal, abból indulva ki, hogy egyfelől a beteg tüdőnek nyugalomba hozása kedvező hatású lesz, nem utolsó sorban a legtöbb esetben annyira kínzó pleurafájdalom megszűnése révén. A beszúrás többnyire az elülső és középső hónaljvonalban az 5. borda-közben végezte, a minnek az az előnye, hogy a beteg kissé felpolcolt felső testtel hátfekvésben maradhat. Minthogy nem az a cél, hogy a tüdőt komprimáljuk, hanem csak a nyugalomba jutását akarjuk elérni, 400—600 cm³ nitrogen bejuttatása teljesen elegendő. Ha a befújtatás alatt oppressio érzése állott elő, a további befújtatást beszüntette. Csak egy esetben kellett a befújtatást már 50 cm³ befújtatása után beszüntetni, mert a nyomás erősen fokozódott és fájdalmak jelentkeztek; ebben az esetben a pleuralemezek nyilván már nagyobb területen összetapadtak voltak. A befújtatást, ha szükségesnek mutatkozott, két nap múlva megismételte. A befújtatás közvetlen hatása néhány esetben bámulatot volt; már a befújtatás alatt csökkent a fájdalom, a légzés nyugodtabb lett, az általános állapot javult. A hőmérsék többnyire lytice esni kezdett, egy nagyon korán kezelésbe jutott esetben pedig néhány óra múlva kritice leesett; igaz ugyan, hogy másnap rázóhideg kíséretében ismét 40°-ra emelkedett, de csak nagyon rövid időre, hogy azután tartósan normalissá váljék. Általában úgy látszik, hogy az eljárástól főleg egészen friss esetekben várhatunk jó eredményt s azért főleg a házi kezelésben levő esetekben jöhet szóba; minthogy az eljárás nagyon egyszerű s a betegnek alig okoz több kellemetlenséget, mint a próbapunctio, a magángyakorlatban való használatának semmi akadály sincsen. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1921, 16. sz.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A suprarenin tartós lassú subcutan infúziójának (Dauertropfinfusion) kedvező hatását cardiovascularis gyengeség és asthma bronchiale eseteiben ismerteti *Strübing*. Az eljárás egyszerű, nem igényel nagy felszerelést. Kis, beosztott irrigator — a mely barna üvegből készült, hogy a suprarenin-oldatot a fény ne bonthassa — gummicso segélyével összefügg egy közepes vastagságú tűvel, mint a melyet a konyhasó-infúziókhoz rendszerint használunk. A gummicsoba a csepp-klýmáknál használatoshoz hasonló üveggolyó van közbeiktatva. A bőrbe szúrt tűt kis vattapamat és ragtapasz-csikok segélyével rögzítjük. Közvetlenül az üveggolyó fölött

szorítócsavar van alkalmazva a befolyás szabályozására, mert csak annyi folyadéknak szabad folytonosan a bőr alá jutnia, a mennyi állandóan fel is szívódik. A befecskedés vagy a czombon, vagy a mellkason történik. Az infusio tartama általában 8—10 óra, a mely idő alatt körülbelül 50 cm³ konyhasó-oldat folyik be 0.006—0.01 suprareninnel. A folyadék megmelegítése szükségtelen. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1921, 17. sz.)

Az optarson nevű arsen-strychnin-készítményt *Lange* is nagyon dicséri. Elsősorban szívizomgyengeség és toxikus alapon nyugvó keringés-zavar eseteiben ajánlja a használatát, továbbá különböző eredetű vérszegénység ellen. Kezdetben $\frac{1}{4}$ ampullányit fecskendez be naponként, majd 3 naponként $\frac{1}{4}$ ampullányival növeli az adagot 2 ampullányi mennyiségig; e mellett megmarad 8 napig s azután lassanként csökkenti a mennyiséget a kezdő adagig. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 17. sz.)

Vegyes hírek.

Kisebb közlések az orvostudományok köréből. A müncheni egyetem histologiai-embryologiai intézetében *Romeis* azt találta, hogy rosszul fejlődött, részben torzképződésű békaálcák thymus-szal való etetésre erős, rendes alkotású állatokká fejlődtek ki. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 14. szám.) — *A. Müller* lumbalis anaesthesia (novocain-adrenalin) után két esetben súlyos gerinczvelő-károsodást észlelt; az egyik eset halállal végződött, a másikban pedig súlyos irreparabilis paraplegia maradt vissza. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 20. szám.) — Pertussis több esetében jó eredményt láttak a rostoki gyermek-klinikán vaccinált borjúk vérsavójának bőr alá fecskendezésével. Az eljárást még 1897-ben hozta javaslatba *Violi* a moszkvai nemzetközi orvosi congressuson. Nem érdektelen, hogy a védhimlőoltás felfedezője, *Edward Jenner* utalt már arra, hogy a vaccination védőhatása van a pertussissal szemben. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 20. szám.)

Meghalt. *Lumniczer József* dr., udvari tanácsos, a Vöröskereszt-kórház sebész-főorvosa, a m. kir. posta és távirtd. országos főorvosa, 58 éves korában május 26.-án. — *Potorán Kornél* dr., 31 éves korában május 19.-én Tátraszéplakon.

Groó Béla dr. orvosi működését Iglófürdő gyógyfürdőben ismét megkezdte.

Diujodin cum digitali ismét forgalomban.

ISTVÁN-UTI SZANATORIUM Budapest (István-út végén) Hungária-körút 9. Telefon: József 95—08 és József 42—13. Igazgató-főorvos *Góth Lajos* dr., kir. tanácsos; vizgyógyintézet és fizioterapiás osztály vezetője *Nemes Nagy Zoltán* dr., főorvos; orthopádiai osztály vezetője *Róth A. dr.* főorvos. Sebészeti, szülészeti és nőgyógyászati, ideg- és belgyógyászati. Vizgyógyintézet fizikális osztály, orthopaedia, Röntgen-laboratorium, hízó- és soványító kúrák.

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

SVÁBHEGYI LIGET-SZANATÓRIUM

I., Eötvös-út 10—12.

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

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

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légfürdők. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlevel-ügyben szolgál.

Ingatlanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám.

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

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

Erzsébet Sósfürdő. Ujonnán átalakítva és kibővítve. Keserű sósfürdők, vizgyógyintézet, szénsavas fürdők, napfürdő. Hízaló és fogyasztó kúrák. Egész éven át nyitva. TELEFON: JÓZSEF 81—75.

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 Ferencz és Papp Karola: Közlés a budapesti m. kir. állami gyermekmenhelyből. (Helyettes igazgató: Torday Ferencz dr., egyetemi magántanár.) Kanyaróellenes védoltások. 207. lap.

Ditról Gábor: Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József tud.-egyetem szemklinikájáról. (Igazgató: Id. Imre József dr., egyet. ny. r. tanár.) A Deycke-Much-féle partial-antigének alkalmazása a szemészetben. 209. lap.

Budapesti Királyi Orvosegyesület (XI. rendes tudományos ülés 1921 április 2.) 211. lap
Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvosian. Singer:* A calcium használatáról a szív-therápiában. — *Urbantschitsch:* A diphtheria-bacillus. — *Kleinsorgen:* A typhus abdominalis prognosisa. — *Sebészeti. Göbell:* Az epispadiasis. — *Lenk:* Az egységes Röntgen-adagokról. — *Venerás betegségek. A. Stühmer:* A végbélgonorrhoea klinikai lefolyása. — *Szemészet. Hess:* Az öregkori szűrkehályog keletkezésének kérdéséhez. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 213—214. lap.

Vegyes hírek. 214. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlés a budapesti m. kir. állami gyermekmenhelyből. (Helyettes igazgató: Torday Ferencz dr., egyetemi magántanár.)

Kanyaróellenes védoltások.*

Irta: *Torday Ferencz dr., főorvos és Papp Karola dr., helyettes másodorvos.*

Köztudomású, hogy a kanyaró a leggyakoribb fertőző betegség. Mindenki hajlamos a fertőződésre. A contagiumindex 98—99, a mi annyit jelent, hogy civilizált, a közlekedésnek megközelíthető országokban minden ember előbb vagy utóbb megbetegszik kanyaróban. Legnagyobb a fogékonyság a kisgyermekkorban hat éven innen, de ugyanezen koron belül a legrosszabbak is a kanyaróból kigyógyulás lehetőségei. Bizonyos, nehezen megállapítható okokból, rövidebb-hosszabb időközökben, nagyobb járványokban tömegesen betegednek meg az eddig megkíméltek. A járványok súlyossága is változik. Az általános halálozási arányszám megállapítása lehetetlen, mert a bejelentési kötelezettség a kanyaróra nem mindenfelé általános. Még ott is, ahol kötelező, a tudomásul vett esetek számát sokszorosan felülmúlja a valóban megbetegedetteké. Ezért nem lehet a kanyaró jelentőségének megítélésékor kiindulni azon adatból, hogy a kanyarójárványok átlagos halálozási arányszáma 1.5—7% között változik, mert minthogy a kanyaró úgyszólván senkit sem kímélő tömegmegbetegedés, azért ezen relatív arányszámmal szemben a kanyaróban elhaltak összes száma az általános halálozás okai között érdemlegesen szereplő tényező.

Az általános halálozási viszonyokra nagy befolyása van ama ténynek, hogy a kanyaróban elhaltaknak 86.5—91.2%-a hat évnél fiatalabb gyermek, valamint ama másik körülménynek, hogy a kanyaró a proletariátus között pusztít, mert míg a tehetősebb társadalom kötelékébe tartozó, kanyaróban megbetegedetteknek alig 0.5%-a hal el, a legszegényebb néposztályba tartozó kanyarósok 6.5—11%-a esik áldozatul. A kanyarónak egy másik szomorú nevezetessége, hogy tömegesen főképp olyan gyermekek között pusztít, a kik jó-, vagy helyesebben jobblétük biztosítása végett gondozásukról, ápolásukról, gyógykezelésükről vagy neveletésükről gondoskodó zárt intézetekbe kerültek. A kanyarójárványok általános 1½—7% halálozásával szemben a csecsemő- és gyermekkorházak, gyermekmenhelyek, csecsemőotthonok, bölcsődék, árvaházak házijárványainak óriási halálozási arányszáma áll, miről a külföldi adatokon kívül a budapesti állami gyermekmenhely adatai is szomorúan tanuskodnak. A budapesti állami gyermekmenhelyből kanyaróval elszállítottak közül évenként átlag csak 40—60% gyógyul fel. Ezen utóbbi kifejezés a kanyaró jelentőségének megítélésénél ama tényre akar reámutatni,

* Előadatott a Budapesti Királyi Orvosegyesület 1921 január 15.-én tartott ülésén.

hogy a kanyaró egyrészt alászállítja az emberi, főleg gyermeki, elsősorban kisgyermeki szervezetnek a tuberculosissal szemben való ellenállóképességét, másrészt a tuberculosissal fertőződött szervezetben a tuberculosus folyamatok felújulásához, súlyosabbá válásához kedvező viszonyokat teremt.

A kanyarónak érdemleges befolyása van a diphtheriás halálozási arányszámokra is. Magam részéről is osztom *Pikler Gyulá-*nak azon álláspontját, hogy a kanyaró jelentőségének hygienés és közgazgatási megítélésekor nem a letalitás a kizárólag mérvadó, hanem a halálozás abszolút száma is, mely alig áll mögötte az annyira rettegett vörhenyben elhaltak abszolút számának. Budapesten a vörhenyhalálesetek évi átlagszáma az utolsó 12 évben *Pikler* közlése szerint csak 1⅓-szor annyi, mint a kanyaró-haláleseteké. De a vörheny, melynek letalitása 2—4-szer akkora, mint a kanyaróé, különbség nélkül pusztítja az erős és gyenge gyermekeket, míg kanyarónál nem is magának az alapbajnak, hanem a hozzá csatlakozó tüdőhurtnak, tüdőlobnak és különösen a gümőkórnak esnek áldozatul az ily megbetegedésekre amúgy is hajlamos, főképp görvélykóros, angolkóros és más alkati betegségekben szenvedő gyermekek.

A kanyaróval szemben való védekezés azért látszik lehetetlennek, mert az emberi szervezetre jellemző nagy hajlamosághoz a kanyaró ismeretlen kórokozójának a szó szoros értelmében feltartóztatathatlan tovahaladása társul. Az irodalmi adatokon (*Moro* stb.) kívül mindannyiunk élettapasztalatai tanuskodnak a mellett, hogy elképzelhetetlen lehetőségek játszhatnak közre, hogy fűtő- és szellőztető-csatorna nyílásain, ajtóréseken, boxfalak és menyezet közötti levegőregeken stb. át odajut a kanyaró vírusa a fertőződésre alkalmas egyénhez. Kétségtelen, hogy a levegő útján közvetítetik a fertőzés. Ezen megállapításon mit sem változtatnak azon kísérletek, melyekben vérátoltással (*Katona* 1842-ben és mások) sikerült kanyarót egészséges egyénekre átvinni. Tudjuk, hogy a fertőzőképesség már a prodromális időszakban kezdődik, és sajnos, nem bizonyult valónak az a feltevés, hogy a Koplik-tünet jelentkezésekor foganosított elkülönítés a védekezés eredményességét sokban megjavítaná.

Ezen közismert, mindennapi tudnivalók egyrészt ezen rövid előadáshoz a szükséges keretet adják meg, másrészt reáutálnak arra, hogy az állami gyermekmenhelyben, hol állandóan több száz gyermek tartózkodik, hol nagy az intézeti forgalom, különösen bénítólag hat működésünkre a, sajnos, elég gyakori kanyarójárvány. Ezért nagy érdeklődéssel olvastuk az elmúlt őszszel *Degkwitz-nek Pfaundler* tanár müncheni klinikájáról a *Zeitschrift für Kinderheilkunde*-ban megjelent, 1920 február 20.-áról keltezett rövid közleményét, mely arról számol be, hogy kanyarót kiállott gyermekek véréből készült vérsavóval 25 kanyarófertőzésnek kitett gyermeket nyolcz csoportban beoltva, a kanyarótól minden esetben mentesíteni sikerült. A beoltásokat a kanyaróval fertőződhetés 2—6.

napján belül végezte; a vért a kanyarót kiállott, négy éven felüli, egészséges gyermekektől a lázas időszakot követő 6—8. napon vette venaepunctióval és tekintettel arra, hogy különböző egyénekben az antitest-termelés különböző erősségű, több gyermek serumát összekeverte, hogy így lehetőleg egységes erősségű savókat nyerjen. Az egyes esetek védoltásához 7—22 cm³ savót használt. Rövid, részletekbe bele nem mélyedő közleményének végén 25 gyermekén szerzett jó eredményeire támaszkodva, a kísérletek folytatására hívja fel az olvasót.

Az előbb elmondott okokból készségesen vállalkoztunk arra, hogy a kanyaró elleni védoltás kérdését tanulmányozzuk, annyival inkább, mert Szabó Sándor tisztifőorvos, valamint Gerlóczy Zsigmond igazgató-főorvos, Furka Sándor helyettes igazgató-főorvos és Faludy Géza osztályos főorvos beleegyezésüket és készséges támogatásukat megígérték.

Egy rövid jelentés alakjában már e helyütt beszámolni készültünk, mikor Pfaundler müncheni tanár szíveségéből kefelevonatban megkaptuk tanársegédének, Degkwitz-nek azóta megjelent újabb közleményét, melyben már arról számol be, hogy 172 esetben az infectio utáni 2—6. napon belül kanyaróreconvalescens-serummal végzett védoltással valamennyit sikerült kanyarótól megóvni.

Minden esetben sikertült Degkwitz-nek úgy kórházban, mint csecsemőotthonban és bölcsődében a kanyaró elterjedését a védoltással azonnal megakadályozni. Ezen második közlemény a kanyaró elleni védoltás kérdését egész terjedelmében felöleli azon nagyszabású kísérletek és tanulmányok alapján, melyekhez az anyagi lehetőséget a Münch. mediz. Wochenschrift kiadó-kollegiumának áldozatkészsége adta meg.

Újból hangsúlyozni kívánjuk azt, hogy a kanyaró elleni védoltás elméletére, egyes részletkérdéseire vonatkozólag Degkwitz kísérleti tanulmányai alig három hete, azaz akkor jutottak tudomásomra, mikor Degkwitz első rövid közleményei alapján megkezdett kísérleteink már beszámolás előtt állottak. Mikor most a mi tapasztalataink adatait kívánjuk megbeszélni, szíves figyelmükbe ajánljuk azt a nagy elvi különbséget, hogy míg a Pfaundler-klinika a kanyaróelleni védoltás rendszerének kiépítésére, az indicatiók feltételeinek megállapítására, a védoltáshoz szükséges adag meghatározására, a savótermelés legjobb feltételeinek kikutatására törekedett, addig mi az első utasításokat követve azon igyekeztünk, hogy a rendelkezésünkre álló legprimitívebb eszközökkel, minden anyagi segítség nélkül kísértsük meg ezen védoltásokkal lehetőleg korlátozni a menhelyi házijárványokat a fővárosi ez évi nagymérvű és súlyos kanyarójárvány idején. (1000 lakosból 1920-ban 870 kanyaróban betegedett meg. Más években ezen arányszám 3—4. A kanyaróbetegek közül 328% halt el más évek 05—2% halálozásával szemben.) Érthető, hogy ez évben az újabb és újabb behurcolásokkal, hogy ne mondjam a különböző osztályokon és kórtermekben naponként fejtűt, különben is nehéz működésünket megbénító házijárványokkal mindenképp igyekeztünk a védoltásokkal megküzdeni. Ezért alig 12 csoportban alkalmazkodhattunk azon indicatiós feltételhez, mely szerint a védoltás előtt legfeljebb hat incubációs nap teljék el. Ezen 12 csoportban összesen 65 gyermeket védoltottunk, közülök 2 betegedett meg, igen érdekes körülmények között. Az egyik észlelőosztályon, hol üvegboxok vannak, az osztály túlszűfolttsága miatt a boxválaszfal előtt a szoba sarkában egy pótágyban fekvő csecsemő kanyaróban betegedett meg. A kísérlet okából nem vittük ki a kórteremből, sőt az üvegfalal hosszában is elválasztott kórteremből csak az egyik oldalt védoltottuk, az infectónak, illetve incubationnak valószínűleg hatodik napján. A be nem oltottak közül egy kanyarós lett; nagyon érdekes, hogy a majdnem menyezetiig érő üvegfalnak tulsó oldalán levő, 5 cm³ savóval beoltott egyik csecsemő a beoltást követő 14. napon enyhe kanyaróban betegedett meg, a tőle egynéhány box-szal elválasztott ezt követőleg a 10. napon, tehát a védoltás utáni 24. napon szintén enyhe kanyaróban. Ha a serumtermelésnél betartottuk volna azt a követelményt, hogy vért csak a láztalanná válás 7—10. napja között vegyünk,

úgy valószínű, hogy ezen a fertőzést követő 6 napon belül beoltott 65 gyermek közül még ez a kettő is kanyarómentes maradt volna. Ezen eredménytelenséggel szemben a védoltás hatásosságát meggyőzően bizonyítja az az eset, melyben egy családban 3 testvér közül 3 napi időn belül kettőn virított ki a kanyaróküteg. Az első testvér kiütésének kivirágzásakor beoltott két éves testvérkéjük mentes maradt, dacára annak, hogy a védoltás után másodnap a harmadik testvéren fejlődött ki a küteg és így a védoltás után is még ki volt téve a fertőzésnek. A korai védoltások czélszerűségét indokolhatja azon tapasztalatunk is, hogy az egyik kórteremben, hol az incubatiós ötödik napon 11 csecsemőt védoltottunk, a 12.-et az anya ellenkezése miatt és ellenőrző kísérlet okából nem védoltottuk. A védoltottak mind mentesek maradtak, a be nem oltott kanyarós lett.

A védoltás sikerességébe vetett hittel örömmel jelenthetjük tapasztalataink révén azt, hogy a Degkwitz által felállított indicatio szoros be nem tartása mellett is sok gyermeket tudtunk kanyarótól megóvni. Megállapítottuk, hogy a késői beoltásnál várható eredménytelenségek, az ő nomenclaturája szerint „Versager, Misserfolge der Methode“, aránylag nem oly nagyszámúak, hogy az intézeti járványok leküzdése végett, ha előbb kellő mennyiségű serum nem állott rendelkezésre, még előrehaladott incubatio esetén is a védoltás megkísértéséről le kellene mondanunk. A 7—11. incubatiós napon 110 kanyarófertőzésnek kitett gyermeket oltottunk be. Közülök 106-ot sikerült védoltással a megbetegedéstől megóvni. Egyik esetben a 10. incubatiós napon 20 cm³-rel védoltott a védoltást követő negyedik napon virágzott ki a kanyaró; egy másik esetben az egész prodromum alatt a betegekkel együtt volt és a kivirágzást megelőzően csak a negyedik napon, tehát legalább a nyolcadik incubatiós napon 10 cm³-rel védoltott két testvér a védoltást követő kilencedik napon lett kanyarós, a többi 106 kanyarótól megóvatott. Mind-ezen eseteknél azonban sokkal meggyőzőbbek azon tapasztalataink, hogy az egyes osztályokon hosszabb idő óta dühöngött, sok áldozatot szedett kanyarójárványokat ismételtelen egy csapásra sikerült megszüntetnünk, mikor annyi vérsavónk gyűlt össze, hogy egyszerre tömeges védoltást kísérelhettünk meg. Így a transporti nagy osztályt, melyet két és fél hónapig nem tudtunk a zárlat alól feloldani, mert egymást követőleg 38-an betegedtek meg kanyaróban, mikor a visszamaradt 29-et védoltottuk 10—20 cm³-rel, ezek közül már csak négy betegedett meg az oltás után hat, illetőleg hét nappal. A második osztályon előzetesen 8 morbilli-eset után védoltott 7 gyermekből már csak kettő betegedett meg, az egyik az ötödik napon, a másik a nyolcadik napon. Még egy harmadik csoportot akarunk megemlíteni, hol előzőleg 22-en betegedtek meg kanyaróban; az osztályon visszamaradt 16 gyermeket védoltottuk, ezúttal már csak 4½ cm³-rel, ezek közül már egy sem betegedett meg.

Reméljük, hogy ilyen sorozataink a jövőben nem lesznek, hogy lesz annyi savókészletünk, hogy az első esetek jelentkezésekor nagy osztályaink egyszeri védoltásával meggátolhatjuk a behurcolt kanyarójárvány, illetve fertőzés elterjedését.

Azon kérdés eldöntéséhez, hogy a védoltás tartama mily hosszú, a mit Degkwitz elméleti okoskodással igyekszik megállapítani, 3 adattal szolgálhatunk. Az egyik az, hogy védoltottaink közül kanyaróban egy megbetegedést észleltünk a beoltás utáni 5. napon. Ez 2 nappal a kiütés után bronchopneumoniában meghalt. 2 másik védoltottunk pedig a beoltás utáni 6., illetve 8. héten kapott enyhe morbillit. Viszont egy védoltott osztályra a védoltottak közé 2 hónap mulva újra kanyaró hurczoltatott be, ennek dacára a régebben védoltottak továbbra is mentesek maradtak.

Védoltottaink kor szerinti eloszlása a következő:

A védoltott 67 csecsemőből megbetegedett 4,	
„ 97 1—2 évesből	5,
„ 58 2—6 „	3,
„ 39 6—14 „	3.

Védoltásaink eredményét összegezve azt mondhatjuk, hogy a 261 védoltásból csak 2 oly eredménytelen eset volt, mely a hatodik incubatiós napon védoltatott. A többi 13 a védoltás daczára kanyaróban megbetegedett esetben már 8—10 nap is elmúlt a valószínű fertőzés óta és így a védoltás eredményességére nem lehetett számítani. Annál nagyobb a jelentősége tehát annak, hogy a 261 kanyarófertőzésnek kitett gyermekek közül 246 kanyarótól megóvatott.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József-tud.-egyetem szemklinikájáról. (Igazgató: Id. Imre József dr., egyet. ny. r. tanár.)

A Deycke-Much-féle partialantigenek alkalmazása a szemészetben.

Irta: Ditrói Gábor dr., egyetemi magántanár.

(Vége.)

Lassú fokozással így jutottam el e gyenge suspensio 0.70 cm³-éhez, de ekkor a láz az adag ismétlései daczára sem csökkent, s csak az adag csökkentésével tudtam a lázat valamivel lejjebb hozni. Közben a gyerekért szülei eljöttek, s hazavitték a klinikáról. Összesen 32 fecskendést kapott, s bár még igazán csak a nagy hígítású partigenekből kapott, a javulás mégis szembetűnő volt. De nemcsak rajta, hanem a másik kislányon is, a ki összesen csak hat injectiót kapott, kifejezett javulás állott be. A legfeltűnőbb volt mindkettőn a köztakaró állapotának a javulása, az ekzemák elmúltak, a szemhéjak puffedsége alábbhagyott, a külső szemzúg rhasagai begyógyultak. Ezután jött az ornyálkahártya és a kötőhártya állapotának javulása. A láz daczára a közérzet állandóan jó volt. A hosszabban kezeltnek kórrajza a következő:

A. R., 8 éves, székelyszenttamási földmives gyermeke. Diagnosis: Keratoconj. lymph. o. u. 3 évvel ezelőtt hólyagos himlőben volt, azóta mindig visszatér a szembaja. Lymphomata colli. A szemhéjak duzzadtak, vörösek, a szemzúgok, a szemhéjszélek kimaródtak. A kötőhártya belővelt, kissé vastagodott, váladékos. Erős pericornealis injectio. A szaru felszíne egyenetlen, érdes, felszínesen infiltrált, a kötőhártyáról bőven erezett. Erős fénykerülés, nagyfokú blepharospasmus. A hőmérsék állandóan 37—38° között van.

A szokásos kezelésre keveset javul, állandóan recidivál.

1918 január 17. Intracutan reactio. Január 20. positiv (1:100 M.)			
Január 21.	0.10	1:1000 M.	Febr. 1. 0.70
22.	0.20	1:10.000 M.	2. 1.0
23.	0.30	1:100.000 M.	3. 0.15
24.	0.20		4. 0.20
25.	0.20		5. 0.20
26.	0.20		6. 0.20
27.	0.20		7. 0.30
28.	0.30		8. 0.30
29.	0.30		9. 0.30
30.	0.30		10. 0.30
31.	0.45		11. 0.45
			Febr. 12. 0.45
			13. 0.45
			14. 0.70
			15. 0.70
			16. 0.70
			17. 0.70
			18. 0.45
			19. 0.45
			20. 0.30
			21. 0.30

Kimeneti lelet: A szemhéjszélek kissé vörösek, a kötőhártya belővelt, de nem duzzadt, a bulbaris kötőhártya halavány. A jobb szaru külső fele tiszta, belül már tisztuló vékony, felszínes homály. A bal szaru szélei tiszták, közepén tisztuló homály.

Lymphás keratoconjunctivitist még két ízben kezeltünk. Az egyik esetben a baj az arcz és orr lupusával volt komplikálva. Ebben az intracutan reactio feltűnően gyenge volt. A bevezetésben mondottak szerint valószínűleg azért, mert éppen a bőrtuberculosis provokálására a fix sejtek immunitása nagyfokú lehetett. A javulás kistokú volt, a lupus változatlan maradt.

Érdekes volt a negyedik görvélyes betegünk:

P. M., 19 éves, nőten, napidíjas postaszolga. Felvétetett 1919 márczius 31.-én. Három év előtt fájduktak meg először a szemei. Akkoriban mintegy három hónap alatt kigyógyítottuk. Most öt hét óta beteg. A nyak mindkét oldalán mogyoró—tyúktojás nagyságú lymphomák. Az áll és arcz bőrén skrofulás hegek, a fülek bőre ekzémás, szintúgy az ornyílások és a száj bőre is. A belgyógyászati vizsgálat mindkétoldali tüdőcsúcshurutot állapít meg. Éjjeli izzadás. Wassermann-reactio negativ.

Duzzadt, vastag felső szemhéjak. Duzzadt, bársonyos felszíni tarsalis kötőhártyák. A szaruk alsó része felületesen infiltrált. Bő könyezés, fénykerülés. Therapia: öblítés, collargol-kenőcs, jodol-kenőcs, belsőleg syr. kal. sulfogua. Bőrápolás, orrgarat-ecsetelés.

Hónapokon át tartó kezelés daczára — a helybeli kezelést a szükség szerint változtatva — semmi javulás. Arsonin-kúra nem segít.

Az előző közleményben a 200. oldalon, az első hasámban, alulról a 23. sorban lévő „0.2” szám „0.15”-re javítandó.

Állandó romlás: a szaru minden irányból ereződik, az infiltratumok szaruszerte elterjednek. A felső szemhéj oedemája állandóan fokozódik, olyannyira, hogy a megvastagodott felső szemhéj az alsó elé mélyen lelóg, s az alsónak pillaszőrsora a felsőnek kötőhártyáját súrolja. Hónapokon keresztül képtelen a beteg spontán kinyitni a szemét. A felső szemhéj duzzanata olyan fokú, hogy elephantiasisnak imponál, vastagsága az 1 cm.-t eléri. Április 9. Prolapsus iridis o. d. miatt műtét. Május 28. Jobb manduláját eltávolíttatjuk. Állandó könycsurgása miatt már könymirigy-kiirtást akarunk végezni, mikor próbaként MTbR-kúrára határozzuk el magunkat. Július 11.-étől október 1.-éig tart a sok ismétléssel, nagy óvatossággal végzett kúra. Állandóan subfebrilis, koronként erősebb hőemelkedések is. Anyagunk kifogyván, csak a törzsoldatnak 0.20 cm³-éig emelkedhettünk.

A hatás meglepő volt, már a kúra közepe felé kezdett javulni. Először az ekzemák tűntek el, azután az orr állapota javult, végül a szemhéjak puffedsége múlt el.

Közvetlen a kúra utáni állapot: A felső szemhéjak vastagok ugyan, de a szemrés jól nyitva van. A kötőhártyák még duzzadtak, de csak közepes mértékben. A fénykerülés elmúlt. A jobb irisben felül-kívül keskeny, szabadszaru coloboma. Mindkét szarun sok összefolyó macula, felületes ereződés. Az arcz, a nyak, a fül bőrén ekzema egyáltalában nincs, szintúgy az ornyílások is egészen normalisak.

Ez a beteg kifejezetten csak az MTbR-kúrára javult.

A chorioiditisek közül egy régi és három friss volt kezelésem alatt. A friss esetek közül kettőben kifejezett, aránylag gyors javulás, a harmadikban a betegség megállása volt az eredmény. Az inveterált formában csak kíváncsiságból végeztem a kúrát, meg azért, mert a beteg testileg igen gyengén táplált volt. A kúra után hízott is egypár kilót, a szemek állapota azonban a régi maradt. A friss chorioiditisekben szépen figyelhető meg a betegségnek a szokott tempónál gyorsabban való megállása, jól látható az izzadmányok felszívódása, az új góczok jelentkezésének ritkulása, végül a megnyugvás, s utoljára még a maradék bővérűség elmúlása is. Sajnos, a gyógyulás nem mondható mindig véglegesnek, bár a hatás elég hosszú időre szólhat, így egyik esetben két évig volt recidivamentes a beteg.

Cs. K., 25 éves medikus. Chorioiditis disseminatáját optikai vizsgálat közben fedeztük fel 1916 júniusában. Akkori visusa a jobb szemén $\frac{1}{15}$, correclióval $\frac{6}{7}$?, bal szemé aphakiás, 30 cm.-ről olvas ujjakat. Tüdőcsúcshurut miatt hosszabb ideig ápolták sanatoriumban. Sötét üveg, szendiaeta, általános roborálás volt a therapia, míg 1918-ban a macula körül nem kezdett izzadmány mutatkozni. Ekkor partigenkúrát ajánlottam, melyet 1918 január 21.-étől február 24.-éig végeztünk. A kúrát jól tűrte, utána az izzadmányok felszívódnak, helyükön sorvadásos területek. Újabb izzadmányok nincsenek. A macula körüli izzadmány is nagyrészt felszívódott, csak még két, kissé bővérűbb folt látható. A visus, mely a kúra előtt $\frac{6}{10}$ -re csökkent, a kúra után négy hónappal ismét $\frac{6}{7}$? 1919 májusában a szemfenék elég bővérű, izzadmányok nincsenek. 1920 márcziusában a peripherián néhány igen kicsiny izzadmányfolt, egyébként nyugodt szem.

G. F., 40 éves, nő, Máv. fémestergályos. 1918 augusztus 22. Chorioiditis disseminatáját 1917 tavaszán állapítottuk meg. 10 év óta tüdőcsúcshurut. V.: j. $\frac{8}{50}$, b. $\frac{6}{15}$. Az érhártyákon a legkülső peripheria kivételével mindenütt sűrűn egymás mellett kisebb sorvadásos területek pigmentfelhalmozódással. A peripheria felé izzadmányszigetek (a bal szemben több, ott viszont a régi elváltozás kevesebb). A macularis tájakon sorvadásos terület pigmentfelhalmozódással. Augusztus 24. Intracutan reactio positiv. Augusztus 26.-ától szeptember 18.-áig MTbR-kúra. Állandóan jó közérzet, legnagyobb hőemelkedés 37.2° C. Kibocsátások nagyjában felvételi állapot, de új izzadmányok nem jelentkeztek és a friss izzadmányok zsugorodni kezdenek.

Igen jól javult a harmadik eset:

S. K., 17 éves, házilány. Két héttel ezelőtt észre, hogy látása romlik. Mindkét szemben a peripherián is, a maculatájon is elég sok apró friss izzadmányfolt, néhány helyt kevés pigmenttel. Wassermann-reactio negativ. V.: j. $\frac{8}{50}$ — 1.50 D. $\frac{6}{10}$, b. $\frac{6}{10}$, üveg nem javít. 1919 augusztus 9. Intracutan reactio positiv.

Augusztus 13.-ától szeptember 13.-áig MTbR-kúra ambulanter. A kúrát jól tűrte, rögtön utána a visus mindkét szemén $\frac{6}{7}$ -re javult, három hónappal később pedig mindkét szemén $\frac{6}{6}$ volt a látás, s ezen három hónap alatt az izzadmányok mind felszívódtak (helyükön kevés pigment rakódott le), s új izzadmányok nem jelentkeztek.

Roszbabb a helyzet a chorioiditis azon fajtájában, a melyben a betegség nem góczokban, hanem diffuse, kiterjedt izzadmányokkal jelentkezik. Egy esetünk volt ilyen, s abban csak rövid időre értünk el javulást:

K. M., 24 éves, nőten bankhivatalnok. Felvétetett 1918 február 11.-én. Három év előtt lueses fertőzés. Kombinált kénese-salvarsan-kúra. Utolsó Wassermann-reactio 1917 novemberben negativ. Kiskora óta rövidlátó. Félév óta romlik a látása. Különösen este lát rosszul. Sötétre való alkalmazkodása igen megromlott. V.: j. $\frac{6}{30}$ + 1.50 D. $\frac{6}{20}$ cyl. 3.50 D. 15° $\frac{6}{15}$?, b. $\frac{6}{20}$?? + 1.50 D. $\frac{6}{20}$ cyl. 3.0 D. 20° $\frac{6}{20}$? A jobb papilla határai elmosódtak, állománya vérbő, a venák kissé teltebbek

az ereket helyenkint finom izzadmány fedi. A maculatájék körül pigmentziláltság, úgy itt, mint a peripherián sok apró, helyenkint nagyobb foltokba összefolyó izzadmány. A bal szemben hasonló kép. Február 13. Intracutan reactio positiv. Február 5.-én *MTbR*-kúrát kezd. A kúrát igen jól tűrte, főfájásai elmúltak, étvágya javult. Az egész idő alatt ferrodjecithint szedett. Kibocsátáskor a visus objective ugyanolyan, de a beteg subjective határozottan jobbnak mondja. A jobb szemben a peripherián az izzadmányok egyrésze felszívódott, de a látóideg előtt üvegtesti homály keletkezett, s a peripherián is jelentkezett néhány új izzadmányfolt.

A bal szemfenék általában többet javult, itt nem keletkeztek új izzadmánygócok.

Az iridocyclitisek között két heveny esetet kezeltünk. Ezek közül az egyik oly rendkívül heves formában és oly gyorsan, egyik napról a másikra jelentkezett, hogy azóta sem láttam ilyen formájú iridocyclitist. Feltűnő volt, hogy még a kötőhártyákon is *nagyfokú* kísérő bővérűség állott be, s az egymásután megbetegedett két szemem tökéletesen egyező formában kezdődött a baj. A másik eset az általában megszokott tyrust mutatta. Az *MTbR* hatása, természetesen, nem volt elég gyors ahhoz, hogy a túlheves formájú iridocyclitisekben akkora sikerrel küzdjön meg a bajjal, mint a kevésbé heves másik esetben.

R. Zs., 15 éves, hajadon, napszámosnő. Felvétetett 1918 márczius 4.-én. 4—5 nap óta fáj a bal szeme. V.: jobb $\frac{6}{6}$, bal 10 cm.-ről olvas ujjakat. A bal tarsalis kötőhártya, az áthajlási redők és a bulbaris kötőhártyának a tarsalissal érintkező része sötétvörös, kissé duzzadt; a szemrésnek megfelelőleg a bulbaris kötőhártya halványabb és laposabb. A szaru alsó részén nagyjában háromszög-alakban a szaru állományában mélyen homályos. Az iris szálazata elmosódott, finom, porszerű csapadékkal fedett. A pupilla szűk, szabálytalan; hátulsó synechiák. A pupilla területében néhány levált iris-pigmentrög az elülső lencsetokban. A közegek borusak, a szemfenék nem látható. Gyenge vörös visszfény. A jobb szem *teljesen ép*, az iris színe, szálazata normalis, a szemfenék jól látható, ép.

Márczius 8. A jobb kötőhártya éppen úgy megvörösödött, mint a bal. Az iris szálazata kissé duzzadtnak látszik.

Márczius 9. A szem alsó része nagyjában háromszög-alakban mélyen elhomályosodott. Az iris szálazata duzzadt, elmosódott rajzolatú. A pupilla területén a lencsetokban finom izzadmány. Intracutan reactio, mely

márczius 11.-én positiv. Rögtön *MTbR*-kúra, a melyre eleinte hevesen reagál (láz), de óvatos előhaladás mellett a kúra közepe fele megnyugszik, s azontúl láztalan. A kúra után egy hónappal távozott j. $\frac{6}{70}$, b. $\frac{6}{50}$ látással, többszörös széles hátulsó synechiával, de fel-tisztulóban levő irissal és szaruval. Két hónappal később a látás mindkét szemem $\frac{6}{30}$ -ra javult, de azután a jobb szemem — újabb két hónap után — $\frac{6}{50}$ -re csökkent. Ez a beteg természetesen az egész idő alatt kapott helybeli kezelést is.

O. J., 27 éves, hivatalos neje. Felvétetett 1918 április 26.-án. Egy hét óta bal szemével rosszul lát. 10 éve asszony, házassága 6. évében született első gyermeke. Két évvel később egy abortus. Wassermann-reactio negativ. V.: j. $\frac{6}{5}$, b. $\frac{6}{7}$. A jobb szaru hátulsó felszínén kevesebb, a balon több (de ott sem sok) finom, pontszerű praecipitatum. Az üvegtest tiszta, a bal lencse elülső tokján finom homály. A szemfenékek épek.

Április 28. Intracutan reactio (positiv); május 1.-én *MTbR*-kúrát kezd. A kúrát jól tűrte, absolute láztalan volt, helybelileg semmi reactio. A kúra végén a praecipitatumok nagyon megfogytak, de nem múltak el egészen, sőt mindkét pupilla területében is jelentkeztek. 10 nappal később (helybeli kezelés, csak meleg borogatás) szemenként átlag csak 2—3 praecipitatum. Augusztus 15.-én (a kúra után $2\frac{1}{2}$ hónappal) j. $\frac{6}{6}$, b. $\frac{6}{6}$? Gyógyulás.

Idősült iridocyclitis három esetében alig volt számbavehető javulás. Valószínűleg azért, mert az elváltozások már nagyon előhaladtak voltak. Egyik esetben a szem tápláltsága már nagyon szenvedett volt, már komplikált hályog is volt jelen (mindkét szemem) s a műtét nem érte el a kívánt eredményt. A másik kettőben objective annyi javulás volt megfigyelhető, hogy az üvegtesti homály, illetőleg a praecipitatumok megfogytak. A betegek egyike 12 éves leány volt, a kin 4 éves korában tuberculosist állapítottak meg, s a kit már akkor kezelték iridocyclitis miatt. Ezen a betegen az intracutan reactio negativ maradt, de azért a kúrára volt minimalis javulás.

Igen szépen javult azonban egy súlyos, scleritissal párosult iridocyclitis-esetünk, a melyben a megelőző terapia csak lassú, visszaesésekkel megszakított kismértékű javulást eredményezett. Itt már egyheti kezelés után kezdett mutatkozni a javulás, a mely fokról-fokra, visszaesés nélkül haladt a betegségnek csaknem teljes elmúlásáig, mindenesetre azonban megállásáig.

L. Zs., 36 éves, nős asztalos. Felvétetett 1918 április 4.-én. Mindig rövidlátó volt. Három hó óta romlik a látása. Köhög és éjjel izzad. Tíz év óta ismétlődő polyarthritiss rheumatica chronica, mely télen kezdődik, s a jó idő beálltával, átlag májusban, végződik. J. 1 m.-ről olvas ujjakat, b. $2\frac{1}{2}$ m.-ről olvas ujjakat. Erős ciliaris injectio mindkét szemem. A sclera a szaru körül — különösen a jobb szemem — kékes, livid színű, de nem duzzadt. A szaru hátulsó felszínén *igen sok* porszerű csapadék, hasonló csapadék borítja az irisek felszínét is, olyannyira, hogy azoknak színe ki nem vehető, szálazatuk egészen elborított. A csapadék a pupilla területét is fedi, úgy hogy a jobb szemből egyáltalán nem kapunk vörös visszfényt, a balból pedig csak igen halványat. T. kissé hypotoniás. Therapia: Atropin, jodol, Priessnitz. Belsőleg salicyl. Lassú javulás. A scleralis tünetek kifejezetten előtérbe lépnek. Az iridocyclitis lassan javul. Visszaesések. Május 1. Intracutan reactio erősen positiv. Május 3.-án *MTbR*-kúrát kezd, végzi június 1.-én. A kúrát jól tűrte, bár gyakran volt subfebrilis. A javulás már egy hét múltán szembeélt. Az izgatottság megszűnik, a sclera livid színe halványodik, a szaru tisztul, az iris rajzolata látszik, a ciliaris injectio elmúlik. A javulás fokról fokra halad, a bal szem makroszkopice már csaknem normalisnak látszik. A törzsoldat adagolásakor erősebb, napokig tartó infiltratumok az injectio helyén. Az egész idő alatt helybelileg is kezeltük. Kúra utáni állapot: J. szeme előtt olvas ujjakat, b. $\frac{6}{10}$ —40 D. $\frac{6}{50}$. A jobb sclera halvány, a szaru peripheriája átlátszó, középső része mintegy lencsényi területen mély homályokkal fedett, alig átlátszó. A peripheriáról köröskörül dús kötőhártyái és gyébrebb ciliaris ereződés. Az iris színe jó, szálazata jól látszik, csapadék sem rajta, sem a szarun nincs. A pupilla középszik, kerek. Hátulsó synechiák. Gyenge vörös visszfény, a bal sclera halvány, a szaru felszíne sima, csillogó, állománya általában tiszta, kivéve az alsó részt, hol még néhány átlátszó, felhős homály van. Az iris színe, szálazata normalisnak mondható. Pupilla középszik, jól reagál. A szemfenék ép.

A kezelt négy *uveitis* közül egy heveny formában jelentkezett. Ez a partigen-kúrára igen jól javult, a látás $3\frac{1}{2}$ m. ujjolvasásról $\frac{6}{70}$ -re javult.

G. S., 27 éves, kereskedő neje. Felvétetett 1918 február 11.-én. Hat év előtt állítólag hasonló baj, mely benzosalinra gyógyult. J. $3\frac{1}{2}$ m.-ről olvas ujjakat, b. $\frac{6}{6}$? A jobb szaru hátulsó oldala sűrűn belepte apró, kerek csapadékokkal. Az üvegtest diffuse finoman borus, legerősebben az opticus tengelyében. A papillát finom, de sűrű izzadmány fedi, melyben egy fehéres képlet emelkedik elő (izzadmányköteg?), mely üres cysticercus-hólyagra emlékeztet. A papillától fordított képen ki- és felfelé egy 2—3 papillányi, kerek, pigmenttel szegélyezett sorvadásos folt a chorioideán. Subconjunctivalis NaCl-injectiók nem segítenek, az izzadmány szaporodik. Április 16. Intracutan reactio positiv. Április 18.-án *MTbR*-kúrát kezd. A kúrát jól tűrte, semmi lázas reactio nem volt. A szaru egészen tiszta, praecipitatumoknak nyoma sincs. Az üvegtest feltűnően megtisztult, az opticus tengelyében is éppúgy, mint egyebütt. Az opticcussal összefüggő hólyagszerű képlet határai élesek, alakja jól kivehető, kisebbnek imponál. A látás $\frac{6}{10}$ -re javult. Helybelileg semmit sem kapott.

Idősült *uveitis* három esetében közepesen jó eredményt kaptunk, sajnos, a hatás tartóssága tekintetében nincsen elég tapasztalásunk. Egyik betegünk $1\frac{1}{2}$ év után még nagyjában változatlan volt, a másik pedig már 7 hónap után visszaesett. A javulás foka azonban minden esetben indokoltá tette a szer alkalmazását.

R. J., 19 éves cselédeány. Két év óta beteg, egyszer már kezelték bejáról. Wassermann-reactio negativ. J. $\frac{6}{70}$, b. $\frac{6}{30}$. Az iris szálazata kissé sorvadott. Tágitáskor kiderült, hogy az iris pupillaszéle a jobb szemem 4, a balon 5 helyen keskenyen lenőtt a lencsetokhoz. Az üvegtest diffuse finoman borus, a szemfenék mélyen homályosan látható. A papillák bővérűek, elmosódott határuak. Intracutan reactio 1 : 10.000 M. positiv. 1918 február 4.-én *MTbR*-kúrát kezd. A kúrát igen jól tűrte, helybelileg reactiók nem voltak. A kúra közepe táján vette észre, hogy látása javul. Helybeli kezelést nem kapott, csak szürke üveget viselt. A kúra végén látása: j. $\frac{6}{50}$, b. $\frac{6}{30}$. Látását subjective sokkal jobbnak jelzi, mint felvételkor volt. A jobb üvegtestet keveset, a bal sokat tisztult, a szemfenék jól kivehető; bővérű, kissé elmosódott szélű papilla. Egy hónappal később látása $\frac{6}{20}$? mindkét szemem.

Ezeken kívül még *caries orbitae* egy esetében végeztem a kúrát, de az igen mély (4 cm.), sebészileg fel nem tárható csontsípoly esetében vajmi kevés eredményt értem el.

B. F., 49 éves czipésmester. Egy év óta beteg. A jobb orbita felső szélének közepétáján lencsényi, egyenetlen, alávált szélű, sarjszöveggel körülvett sipolynyílás, mely az orbitafedélen 4 cm. mélységű csontsípolyba vezet. A sipoly iránya kissé nasalis. A szonda mindenütt érdes csontot tapint. A felső szemhéj kismértékben a sipolynyíláshoz rögzítődött egy behúzódó hegköteg által. Bő, híg, genyes váladék. A bulbus mozgása minden irányban korlátozott. Minimalis lagophthalmus. Alól széli keratitis. Kikaparás, jodoformglycerines tamponok semmit sem javítanak.

Június 14.-én *MTbR*-kúrát kezd, végzi július 19.-én, azután ismétli augusztus 4.-étől 14.-éig az 1 : 1 M. és az 1 : 100.000 törzsszuspensiót.

A kúrát jól tűrte. A kúra végén a keratitis elmúlt, a szem békés, de a korlátolt mozgás még fennáll. A sipoly ugyanolyan, mint volt, csak a bemenete körüli erosiók múltak el és a váladékképződés csökkent jelentékenyen.

A felsorolt esetek, azt hiszem, megfelfejezhető reményekre jogosítanak a partialantigen-kezelést illetőleg, különösen, ha a szétválasztott partigenek közül az éppen szükségessé dolgozunk. Az így specializált kezeléstől különösen a gyermekkorban várok eredményt, s az uveitisek túlhevés formáiban.

A szer úgyszólván sohasem okozott általános reakciót, csak néha jelentkezett főfájás, s az erősebb concentrációk esetében kis láz. Ilyenkor az adagot addig ismételttem, a míg a láz el nem múlt, s ha az ismétlés dacára sem múlt el, csökkentettem az adagot. Rendszerint azonban inkább javulás volt a közérzetben, az étvágy javult és az álmatlanság megszűnt.

Az intracutan reakciót a felkar külső oldalán végeztem, úgy, hogy megjegyeztem a legfelső injectio helyét (például „a felső oltási heggel egy magasságban“, vagy „a naevus mögött 1 cm.-rel“), s ettől lefelé, körülbelül $2\frac{1}{2}$ cm.-re egymástól helyeztem el a többi próbát. Controllt (a higitó oldatból) eleinte végeztem, később nem. A leolvasás gyakran már a második napon lehetséges volt, de rendszeren a harmadik nap eredményét vettem tekintetbe. Átlag a leolvasás utáni napon szoktam volt a gyógyító befeccskendéseket elkezdni.

Az intracutan próba, a titer, nem mutatta mindig pontosan a szervezet antitest-tartalmát, néha a meglevőnél többet mutatott, csak a töményebb suspensiókra volt reactio, viszont a még reactiót okozó mennyiség százszoros higitása, gyógy-czélból bevezetve, már lázat okozott. Így kiderült, hogy a szervezetnek igenis nagyobb a reaktivitása a partigenekre, szóval kevesebb az antitest-tartalma, mint a titer mutatta. Ilyenkor, persze, jó lett volna tudni, hogy melyik partial antigen okozta a hevesebb reakciót, de sajnos, csak egyesített (MTbR) emulsióknak volt, s így nem nyerhettünk e tekintetben mélyebb betekintést a szervezet munkájába. Már csak ezért is szükségesnek tartom, hogy a kérdéssel komolyabban foglalkozó úgy az egyesített, mint a szétválasztott partial-antigenekkel dolgozzék. Czélszerűbb, ha a begyakorlásra az MTbR-t választja, de azután okvetlenül éljen a finomabb megfigyelés adta előnyökkel.

Az említett ellenmondó viselkedés miatt azután általában a leggyengébb oldattal kezdtem a kezelést, csak kivételesen, erősebb betegeken a titernek megfelelőleg.

A positiv vagy negativ dinamikai immunitás eldöntésére szükséges, a kúra után alkalmazott, második intracutan próbát, kevés oltóanyagunkra való tekintettel — sajnos — nem végeztem, s így csak a klinikai képre vagyok utalva az esetek megfigyelésében.

Az adagolást eleinte az előírás szerint végeztem és pedig úgy, hogy 0.1 cm³-en kezdve, naponta az előző napi adag felével fokoztam az adagot. A séma ez: 0.10, 0.15, 0.20, 0.30, 0.45, 0.70, 1.0 és utána a következő concentrációból 0.20, 0.3 etc. Ezt később, főleg oltóanyagkímélésből nem tartottam be, hanem nagy ugrásokat tettem, körülbelül ilyenformán: 0.20, 0.40, 0.70, 1.0. Egy concentrációval tehát négy fordulóban végeztem, azután jött a következő concentratio. Sohasem észleltem mellette káros hatást. Természetesen a törzsoldatot (1 : 100.000) már a legnagyobb óvatossággal adagoltam. A befeccskendéseket a felkar izomzatába adtam, felnőtteken a deltoideusokba és tricepszokba, gyermekeken legtöbbször a felkar extensoraiba. A törzsoldat magasabb dosisait rendszeren a glutaeusokba, néhányszor a pectoralis majorba adtam.

E specifikus kezelés ismertetésekor sem hallhatgatom el, hogy az általános hygienés-diaetás, roboráló kezelést sem szabad elhanyagolnunk egy esetben sem, mert hiszen az is hozzájárul az antitestképződés fokozódásához, a dinamikai immunitás pozitív vává válásához, a mint ezt például a sugár-therapiák előtt és után nyert titerek bebizonyították.

Irodalom. Deycke: Die Bekämpfung der Tuberkulose mit Partialantigenen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 16. 569. old. — Fischer: Über die Behandlung d. Tbc. mit Partialantigenen nach D.-M. W. kl. W. 10., 11., 12. — Müller: Untersuchungen über statische und dynamische Immunität

bei Tbc. Beiträge zur Klinik der Tbc. 36. 291. old. — Müller: Erste Erfahrungen mit Deycke-Muchschen Tuberkulosepartialantigenen im Hochgebirge. Münch. med. W. 1915. 41. sz. — C. Römer und V. Berger: Zur Behandlung der Tbc. mit P.-A. nach Deycke-Much. D. M. W. 1916. 21. sz. — Deycke und Altstaedt: Aderhalb Jahre Tbc.-Therapie nach Deycke-Much. Münch. m. W. 40. sz. — Müller: Partialantigene und Tuberkuloseforschung. Corr.-Blatt für Schweizer Ärzte. 1916. 25. sz. — Kögel: Die Beziehungen der Empfindlichkeit Tuberkulöser auf P. A. (Deycke-Much) und auf Altuberculin etc. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. — Altstaedt: Die Tuberkulosebehandlung nach Deycke-Much. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. — Much: Tuberkulose. Ergebnisse der Hygiene, Bakt., Imm. Forschung und experimentellen Therapie, II. köf. — Gáli Géza: A tbc. kezelése Deycke-Much partialantigenjeivel. O. H. 1916. — Herrenschild: Zur Behandlung der gonorrh.-rheum. Iritis. Arch. f. A. 85. 1919. Julius. — Köllner und Tilby: Über die Allergie auf Partialantigene etc. Arch. f. A. 1919. 84. — Kurt Saupé: Über Deycke-Much-Therapie bei tuberkulösen Erkrankungen der Uvea. Klin. Monatsbl. f. Aug. 1920. 327. old.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XI. rendes tudományos ülés 1921 április 2.-án.)

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

Kovács Ferenc: A női genitálék tuberculosisáról.

I. A 32 éves nem szült nő, klinikai felvételét megelőzően körülbelül 7 hét előtt egészségesnek érezte magát. Ekkor véres-nyálkás folyás, görcsök jelentkeztek. A curette adta anyag szövettani vizsgálata endometritis tuberculosát állapított meg. **Tóth** tanár a beteget belgyógyászokkal átvizsgálta, Röntgen-vizsgálat is történt; sehol a szervezetben tuberculosist nem sikerült kimutatni. **Tóth** tanár vaginalisan kirtotta a méhet és a tubákat az ép ovariumok nélkül. Per primam gyógyulás. A kivett készítmény nemcsak a corpus, de az egész cervix nyálkahártyájának jellegzetes tuberculosus megbetegedését mutatta, épp úgy a tubákat is. A genitális gümőkór még ma is, a pontos szövettani vizsgálatok idején ritkább megbetegedés. Nemcsak a lokalizált cervix-tuberculosis igen ritka, de a corpusról a cervixre áterjedő is; hiszen még a puerperalis alapon fejlődő méh-tuberculosisnál is a collumnak itt előforduló sérülései ellenére a legnagyobb ritkaság a folyamat ráterjedése a cervixre. Az eset további érdekessége a genitális gümőkórnak látszólag elsődleges volta. E kérdés ma is sokat vitatott. A nő, kiről esetünkben szó van, immár két évvel a műtét óta teljesen egészséges, és így itt elsődleges genitális gümőkór lehetőségére kell gondolnunk. E feltevést azonban teljes biztossággal csak a kórboncolás tudná véglegesen igazolni.

II. Mintegy dinnyenagyságú egyrekeszes baloldali cystás képletet mutat be, mely környezetével mindenütt szorosan össze volt kapaszkodva. Tartalma liternél több véres-savós folyadék, fala vastag, kérges, belfelszíne rostonyás felrakódásos, számos összefolyó göbcsével behintve, itt-ott sajtos necrosissal. Mikroszkopice a fal lobos kötőszövet, a belfel-szín felé vérzéses necrosisokkal és komplikált tuberculumokkal; hámbélés nincs. A jobboldali adnexumok gümőkórosak. Kérdés lehetne, vajjon e cystás képlet másodlagosan mint chronikus lobos sarjszövet tokolta-e körül a cysta tartalmát mint lobos exsudatumot; vagy pedig egy elsődleges tubo-ovarialis cysta fertőződött másodlagosan tuberculosusan. A bemutató az utóbbi eshetőséget tartja valószínűnek.

40 éves nő, 9 gyermek anyja. 4 hó előtt szült utoljára. E terhessége vége felé kezdte először érezni, hogy hasában daganat van, mely szülése óta gyorsan nőtt. A daganatot **Tóth** tanár a klinikai vizsgálat alapján nem genitális, hanem renalis vagy lienalis eredésűnek tartotta, bár egy köteg a tumort a genitálékkal összekötötte. A functionalis vesevizsgálat eredménye negativ volt. A hasat **Tóth** tanár a középvonalban nyitotta meg. A hasürben barnás zavaros savó. A másfél emberfejnyi tumor elülső része cystás, hátrafelé a lépbe folytatódik, a környezettel mindenütt szalagosan összekapaszkodott. Az összenövés gondos leválasztása után a daganatot a léppel együtt eltávolította. A daganat főtömegében központi szövetes, ezért cystás; peripheriás, főleg a léppel határos részei szolidak, lágyan tömöttek és a lép szövetét mélyen beszűrrik.

Mikroskoppal vizsgálva a tumor organoid típusú, alveolaris szerkezettel, melyben széles kötőszöveti septumok határolják a parenchymás daganat-sejtszigeteket, mely daganat-sejtek epithel-jellegűek, ragasztó-anyag nélkül fekszenek össze, kötőszöveti stroma e daganatsejtek közt van Gieson szerint sem mutatható ki és egyéb tulajdonságai folytán is a szöveti kép inkább a carcinoma szerkezetének felel meg.

Esetünk ritkaság úgyszólván mint elsődleges malignus lép-tumor, mely splenectomiára — egyelőre — simán gyógyult. Az irodalomból csak igen kevés hasonló eset ismeretes, így *Fritsch*-nek és *Wagner*-nek egy-egy évekig észlelt, gyógyult esete. Még az áttételes vagy ráterjedéses malignus léptumorkok is ritkák, annyira, hogy többen a lép szövetét és kipréselt nedvét állatoknak tumor elleni immunizálására próbálták felhasználni (*Bauer, Lieblein, Braunstein* stb.). *Gussenbauer* és *Winiwarter* 1445 gyomor- és pylorus-rák esete közül a lépben csak 13 esetben talált metastasist, *Buday* pedig általános carcinosisban elpusztult 366 eset bonczolásakor csak 4 ízben. Esetünkben azonban a tumort elsődlegesnek kell felvennünk, minthogy a beteg anamnesise és jelen állapota nélkülöz minden támpontot egy esetleg másutt levő elsődleges gócz felvételére; különben sem képzelhető a lép nagy daganat-immunitása mellett, hogy egy ily hatalmas léptumor fejlődjék ki másodlagos módon és a szervben valahol esetleg jelenlevő elsődleges gócz az illető szerv sokkal kisebb localis immunitása mellett teljesen tünet nélkül maradjon. A szomszédságról való ráterjedés kizárható, mert azt a műtét alatt gondosan áttekinthették.

Elsődleges ráknak előfordulását a lépben *Litten*, majd *Moltrecht* észlelte, de e régebbi észleléseket újabban kétségbevonják. Újabb hasonló észlelés nincs az irodalomban.

Betegünk most, 22 nappal a műtét után, simán gyógyulva hagyja el a klinikát. Vérvképében lényegesebb eltérés nincs. További sorsát szem előtt tartjuk.

Szili Jenő: A női genitális tuberculosisa kétségtelenül sokkal gyakoribb, mint a hogyan általában gondolják. A kifejezett és könnyen felismerhető eseteken kívül számos olyan is van, a melyet még a műtét alkalmával is alig ismerünk fel és csak a szövettani vizsgálat deríti ki a megbetegedés okozóját. Az ily specifikus eredésű genitális lobos tumorok mellett a szülő aránylag gyakran látott multiplex eredésű hasúri tályogokat, melyek részben a nemi szervek és belek, illetőleg a hólyag, részben a közeli belek között foglaltak helyet és mindenesetre egy régebben lefolyt nagyobb kiterjedésű (ez esetben specifikus) peritonitis maradványai. Ezek az esetek operative igen nagy nehézségeket okoznak és kellemetlen oldaluk az is, hogy a legnagyobb óvatosság mellett is könnyen maradnak vissza nehezen gyógyuló tuberculosus fistulák, akár a hüvely, akár a hasfal felé.

A rendelkezésére álló rövid idő alatt osztályának két esztendő anyagában hat esetet talált, melyek közül egy volt a műtét előtt megdiagnoszálható, a többi ötben csak a műtét alatt, illetőleg a szövettani vizsgálat alkalmával derült ki az elváltozás specifikus volta. A hat közül négyben voltak meg az említett intraperitonealis tályogok. Mind a hat esetben totalexstirpatio történt, mind a hat meggyógyult, két tályagos esetben azonban hasfali abscessust kapott a beteg; ezek sarijainak szövettani vizsgálata szintén tuberculosist derített ki.

Johan Béla: Az izolált genitális tuberculosist nagyon ritka lehet, legalább bonczolásai alkalmával genitális tuberculosist mellett minden esetben talált kisebb-nagyobb gümös góczokat a tüdőben vagy a nyirokcsomókban. A habitatio révén létrejövő genitális tuberculosist szerfelett ritkának tartja.

Klier Artúr: Multilocularis echinococcus.

A beteg 1920 augusztusa óta fokozatosan gyengül, soványodik és a hasa nő. 1914-ben a katonaságtól májbaj miatt elbocsátották. A beteg jobb mellkasán a VII. bordától lefelé tompulat van, a mely felett légzés nincs, a máj nagy, felületén számos apró göb tapintható és ugyanolyan göbök tapinthatók a hasfalban is. A megejtett próbapunctio alkalmával nyert folyadékban fehérjét lehetett kimutatni és mikroskóp alatt egy-két echinococcus-horog volt látható, a melynek az alakja a rendes echinococcus-horog alakjától semmi-lyen sem különbözött. A betegséget ezért multilocularis echinococcusnak tartja.

Verebély Tibor: A bemutatott eset részletei nem győzik meg arról, hogy a Magyarországon eddig alig észlelt, egyébként is ritka echinococcus multilocularisnak volna minősíthető. Ez utóbbi a májnak a nyálkás rákhoz hasonló oly tömött beszűrődését okozza, a mely

csapolásra folyadékot sohasem ad. Az esetet echinococcus multiplexnek tartja, a mely viszont jóval gyakoribb, mint a hogyan a régebbi összeállítások adatai alapján általában felveszik.

Markovics Pál és Baló József: Kettős torzszülöttek.

Egy dicephalust és egy thoracopagust mutatnak be, melyek a szent István-kórház nőgyógyászati osztályán születtek. A dicephalus medenczefekvésben, pontosabban lábfekekben került észlelés alá. A szüléskor az egyetlen nagyobb nehézséget a törzsnek és a vállaknak rendellenesen széles volta okozta. Ennek a körülménynek az oka, a mint a Röntgenkép is mutatja, az, hogy a kétfejű, kétnyakú, kétkarú, kétlábú torzszülött tulajdonképpen ischiothoracopagus, azaz a mellkas és a váll részben kettős. A második torzszülött thoracopagus. Anyja kilenczedszer szülő nő, körülbelül 5 órával a burokpedés után jött az osztályra. 3—4 órával bejövetele után fájásgyengeség és a magzati szívhangok rosszabbodása következett be. *Kristeller*-féle expressióra megszületett a fej, de a vállak nem követték a fejet. Néhány perc alatt a magzati szívhangok teljesen kimaradtak, a megszületett fej mellett végzett belső vizsgálat után a diagnosis thoracopagus. Mint-hogy spontan szülés nem várható, a magzatvíz már körülbelül nyolcz órája elfolyt, a retractio előrehaladt, a méh alsó szakasza a bemenet felett magasan elhelyezkedő második fej mellett elvékonyodva kifeszül, a magzatok darabolását kellett elhatározni; az anyának semmiféle sérülése nem volt.

A dicephalusnak végig kettős gerincoszlopa volt, a kettőt csökevényes bordák kötötték középtűt össze. Középtűt hátul egy scapula volt, a mely a két medialis scapula összenövéséből származott, az oldalsó scapulák normalisak voltak. A közös scapulából előrehaladt a két nyak között egymás mellett két clavicula a nagy sternumhoz, a mely két sternum összefolyásából keletkezett. Mindkét, de különösen a bal thymus igen nagy volt. Két szív és négy tüdő volt. A bal szív két pitvart és két kamarát tartalmazott, a jobb szív egy pitvarral és kamarával bírt. A két szívből eredő aorta közös aorta abdominalisba folytatódott; két vena cava inf. volt, a mely a vena hepatica beömlése után ágazott szét az alább egyes vena cavából. A kétoldali vena cava superior rendszere között bőséges összeköttetés volt, míg arteriosus összeköttetés a két nyak táján elenyészően csekély. Egy máj volt, két gyomor, a két gyomorból közös duodenum folytatódott, de még innen egy 34 cm.-es szakaszon septum volt a bélben; a lép a baloldali nagyobb gyomor mellett volt, a pankreas kettős, fejük összeforrt. A köldökzsinórban egy vena és egy arteria umbilicalis futott. A bal vese a rendes helyén, a jobb vese a kis medenczében; ennek arteriája az art. iliaca comm.-ből eredt s venája a hasonló nevű venába ömlött. A medenczebeli szervek egyes számmal vannak, a két agy és gerincvelő mellett oldalt egy-egy sympathicus-törzs volt található, középtűt a felső és középső sympathicus-ganglion kettős, ez alatt egy közös sympathicus-törzs észlelhető. A thoracopaguson a sternum felső szélétől a köldökig terjedt az összenövés; mindkét oldalon egy-egy teljes sternum volt, mely a két torzszülött-fél sternumának egy-egy feléből összenövés által keletkezett. Egy szív volt, a mely egy pitvarral és kamarával bírt, az egy pitvarban és kamarában hiányosan fejlett septumrészek voltak felismerhetők. A kamrai részből jobbra és balra is eredt egy arteria, a melyből az arcuson eredtek a nagy erek; az egyik oldalon az arcusból eredt külön az art. pulm., a másik oldalon az art. subclavia dextrával közös törzsszel eredt az art. pulm. A máj közös, két szembenfekvő májnak az elülső oldalon lap szerint való összenövéséből fejlődött. A többi szerv a kettős törzs mindkét egyedében normalis volt.

Paunz Márk: A laryngoskopia és tracheobronchoskopia directa eredményeiről aspirált idegcentestek eltávolítására a gyermekkorban.

A Stefánia-gyermekkorházban 1904 óta foglalkoznak rendszeresen laryngoskopia és tracheobronchoskopia directával. 1904 óta összesen 78 gyermek és 2 felnőtt vétetett ily okból gyógykezelésbe. A gégeből laryngoskopia directával

9 esetben per vias naturales sikerült az eltávolítás, 1 esetben tracheotomia vált szükségessé, 1 esetben a laryngoskopia directa megkísérlésekor az idegentest a jobb főbronchusba esett és onnan tracheotomia után bronchoskopia inf.-ral távolított el. A légszóból két esetben sikerült az eltávolítás felülről, egy esetben tracheotomia után bronchoskopia inferiorral. Bronchoskopia superior 32 esetben végeztetett, az eltávolítás 30 esetben sikerült, egy esetben az idegentest nem volt megtalálható, egy esetben negatív volt a lelet. Csak bronchoskopia inf.-t 18 esetben, sikertelen bronchoskopia után tracheotomiát és bronchoskopia inferior szintén 18 esetben végeztek. A 80 eset között a lelet hatszor volt negatív; a 74 pozitív esetben az idegentestet bronchoskopiával négyszer nem találták meg, azt csak a boncsolás mutatta meg. Egy esetben az idegentestet a bal felső lebeny bronchusából nem sikerült eltávolítani, két esetben pedig tracheotomiát kellett végezni az idegentest eltávolítására, a laryngoskopia és tracheobronchoskopia összesen 67 esetben vezetett eredményre. Az eredmények sokkal jobbak, ha az eltávolítás per vias naturales sikerül. Összesen 40 ily módon kezelt beteg közül csak kettő halt meg. A gyógytartam ezen esetekben átlag hat nap volt. Ha a tracheotomia után bronchoskopia inferior végzünk, a gyógyulási idő sokkal hosszabb, átlag 19 nap, a mortalitás 18—32%. A laryngoskopia és tracheobronchoskopia directa előtt az aspirációk mortalitása 52% volt, 1909-ben már csak 13%, 1910-ben 96%, 1913-ban 87% a bronchoskopia superiorral és 18% a bronchoskopia inferiorral kezelt esetekben. Újabban a mortalitás 5·5%-ra csökkent, sőt Ch. Jackson amerikai szerző saját beteganyagán már csak 2·4%-ot mutatott ki.

A Stefánia-gyermekkórházban, azon esetek leszámításával, a melyek oly súlyos szövődeményekkel kerültek felvételre, hogy a beavatkozás már nem segíthetett, a mortalitás 10%-ot tesz ki. A gyermekek mortalitása általában nagyobb, és pedig annál nagyobb, minél fiatalabbak a gyermekek.

Jobb a laryngoskopia directa és a tracheobronchoskopia superior, mert így a gyógyulási idő rövidebb, a halálozási százalék kisebb. De nem szabad ehhez mereven ragaszkodni, ha a gyermek állapota súlyos és az idegentest eltávolítása előre is nehéznek ígérkezik. Különösen duzzadó, bomló, szerves idegentest esetében jobb mindjárt tracheotomiát és bronchoskopia inf.-t végezni. Tracheotomiát kell végezni flottáló idegentest eseteiben is, ha ezek súlyos fulladási tüneteket váltanak ki és nincsen minden kéznél, a mi a sikeres tracheobronchoskopia directához szükséges.

Bókay János: Történelmi szempontból érdekes feljegyezni, hogy O'Dwyer a 90-es évek elején úgynevezett lövegtubusokat készített intubációs eszköz gyanánt, mely kerek alakú tubusok tág kaliberük miatt lehetővé tették kisebb, kerekded, a tracheában mozgó állapotban levő idegentesteknek a természetes úton való kiküszöbölődését. Szükségesnek tartja hangsúlyozni, hogy bronchoskopia superior azon esetekben, hol a manipulatio sokáig tartott, könnyen erősebb lehet a trauma különösen a gége subglottikus régiójában s utólag esetleg súlyos jellegű laryngitis subglottica traumatica fejlődhetik, ezért az ambulans kezelést nem ajánlja.

Paunz Márk: Az ambulatorius vizsgálatot nem tartja ajánlatosnak, jobb a gyermekeket a sikerült beavatkozás után legalább 1—2 napig kórházi megfigyelés alatt tartani. Kisebb idegentestek aspirálásakor, ha nem vagyunk biztosak abban, hogy azok csakugyan a tüdőben vannak és helyüket sem tudjuk biztosan, ajánlatos várni. A rendszerint kifejlődő bronchopneumonia megmutatja azután, hogy hol kell keresni őket.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A calcium használatáról a szívtherapiában tartott előadást Singer a „Gesellschaft der Aerzte in Wien“ május 6-i ülésén. Vizsgálatai főleg a calcium chloratumra vonatkoznak, a melyet részben a szájon át, részben intravenásan adott 0·1—0·5 gramm mennyiségben. A calcium fokozza a szívkamarak tonusát, a vérnyomást kissé csökkenti, a pulsus-

számot lejjebb szállítja és megindítja a diuresist. Legfeltűnőbb a hatás akkor, ha egyidejűleg digitalist is adunk: a vizelet napi mennyisége igen alacsony értékekről gyorsan 7—8 literre emelkedik. Úgy látszik, hogy a calcium a szív idegkészülékét érzékenyebbé teszi a digitalis számára. Érdekes az előadónak az a megfigyelése is, hogy a digitalis-therapia hosszú időn át minden kellemetlenség nélkül folytatható, ha időnként calcium-adagokat iktatunk közbe.

A diphtheria-bacillusnak több mint 14 évig a szervezetben tartózkodását bizonyítja az Urbantschitsch docens ismertette eset. A kórházba felvételekor 17 éves beteg 1½ éves korában diphtherián esett át. 3 éves korában ismét diphtheriát kapott scarlatina kíséretében. Ehhez kétoldali genyes középfülgyulladás társult, a mely azóta fennáll; a geny állandóan bűzös, időnként sanguinolens volt; genyesztő coccusok mellett diphtheria-bacillosokat tartalmazott. A beteg 13 napos időközrel gyökeres műtétet végeztek mindkét fülön; a második műtét után meningitis tünetei jelentkeztek, a melyek között 5 nap múlva beállott a halál. A boncsoláskor genyes meningitist találtak, továbbá haemorrhagiás ependymitist és izzadmányt a 4. agykamarában; ezenkívül egészen az ágyéki részig terjedő diffus meningitis spinalist; az agy alapon talált genyből streptococcusok mellett diphtheria-bacillosok tenyészték ki. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1921, 18. szám.)

A typhus abdominalis prognosishoz szolgáltat adatokat Kleinsorgen. Vizsgálatai szerint a Widal-negatív esetek prognosisa sokkal komolyabb, és különösen kedvezőtlen a prognosisa (44% halálozás) azoknak a Widal-negatív eseteknek, a melyekben a lép nem nagyobbodik meg. (Zeitschrift für Hygiene, 192. kötet, 1. füzet.)

Sebészet.

Az epispadiasis egyetlen szóhajótherapiája a sebészi, különösen ha a sphincter fejlődése hiányos. Itt a régebbi műtétek: mint a húgycső plastikája, hosszanti redőzése, csavarása vagy szögletbetörése sem segítenek, sőt egyes esetekben egyenesen ártalmasok is lehetnek a műtét következtében beálló kőképződés, urethrocele és hólyaghüvelysipolyképződés miatt. Göbell volt az első, a ki, hogy a sphinctert pótolja, a mm. pyramidalest az os pubison való tapadásukig félpraeparálva, oldalt a hólyag nyaka körül vezette s hátul összevarrta. Stöckel a fenti műtétet azzal módosította, hogy a félpraeparált izmok a bekövetkező elhalás miatt fasciát is hagyott s a hólyag nyakát és a húgycsövet, mivel könnyebben hozzáférhető, a hüvely felől praeparálta fel. Műtétei után mind a három esetben, melyet így operált, jó eredményt kapott. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1920, 33. sz.)

Szathmáry dr.

Az egységes Röntgen-adagokról ír Lenk. Seitz és Wintz egységes Röntgen-dosisokat állapítottak meg a bőrre, a carcinomára, a sarkomára és a tuberculosisra vonatkozólag, azaz szerintük a gyógyulás bekövetkezik, ha a kóros szövetek minden sejtje, illetőleg részecskéje bizonyos mennyiségű sugarat absorbeál. A legkülönbözőbb szervekben mutatkozott sarkomás metastasisok a szerző esetében elmúltak egyszeri besugárzásra. Kiszámítva a sugárintenzitást, azt találta, hogy a Seitz és Wintz-féle 60—70% erythemadosis helyett maximalisan annak 15%-a bírta pusztulásra a sarkomás szövetet. Hasonlóképp szórt sugarakkal legfeljebb 18% erythema-dosisra eltűnt egy hatalmas mediastinalis sarkoma is. Melanosarkoma egy esetében legalább 270% erythema-dosisra egyáltalán nem látott reakciót. A szerző szerint úgy a szervezet ellenálló képességének nagy egyéni különbségei, mint a kérdéses kórfolyamatok progrediálásában, illetőleg malignitásában mutatózó eltérések kizárják, hogy akár a sarkomára, akár a rákra vagy gümőkórre nézve egységes gyógyító Röntgen-adagokat lehessen megállapítani oly szűk határok között, mint azt Seitz és Wintz teszi. (Deutsche med. Wochenschr., 1920, 46. sz.)

Jósa László dr.

Venereás betegségek.

A végbélgonorrhoea klinikai lefolyását tanulmányozta A. Stühmer (Freiburg i. Br.). A végbélkankóról az utolsó 8—10 esztendőben elég nagy számmal jelentek meg közlemények, de azok jóformán kivétel nélkül csak arra terjeszkedtek ki, hogy a nők és kis leánykák gonorrhoeájához a végbél kankós megbetegedése mily arányban, mily gyakran társul szövődmény képében. A klinikai tünetekről alig említettek fel újat e dolgozatok, abban pedig valamennyien egybehangzó nézeten vannak, hogy a végbélkankó tünetei gyakran igen csekélyek. Nyilván ez utóbbi körülmény magyarázza, hogy a végbélkankó gyakorisága az egyes szerzők adatai szerint rendkívül változó. Míg például *Matthiessen* 3·6%-ot tüntet föl, addig *Birger* 51·3%-ot. Sőt a kis leánykák vulvo-vaginitisénél ez utóbbi szerző a végbélszövődményt 73%-ban találta.

A szerző egymás mellett 26 végbélgonorrhoea-esetet tanulmányozhatott. Az esetek vétkes könnyelműséggel végzett prostata-massage kapcsán keletkeztek s mivel a fertőzés ideje ismeretes volt, a kellemetlen complicatio „kísérletes” fertőzés képében volt tanulmányozható. A 26 eset pontos észleléséből kitűnik, hogy a végbélkankó 4 szakban folyik le: 1. igen heves gyuladás, mely alkalommal az erősen duzzadt, vérzékeny nyálkahártya híg genyvel borított; 2. a nyálkahártya kúpszerű duzzanatokban emelkedik ki és sűrű genyvel fődött; 3. a nyálkahártya szemcsés fölszint ölt s nyúlós genyvel borított; 4. a végső szakban a nyálkahártya lesimult, lepedéke nyúlós, nyálkás. A kedvezően lefolyó esetekben a 4. szak a 9.—10. napon áll be. A subjectiv panaszok ily jóindulatú esetekben már jóval előbb megszűnnek. Helyesen kezelt végbélkankó eseteiben szövődések (rhagasok, erosiók, tályogképződés) ritkán kerültek észlelés alá. A terapiában igen jól bevált a protargol-vaselin, melyet 20%-ig lehet erősíteni. A protargol-vaselint 45°-ra fölmelegítve fecskendővel visszük a végbélbe. A láztherápia a szerző tapasztalása szerint sehog sem vált be. (Dermatologische Zeitschrift, 1921, XXXII. kötet, 1. füzet.) *Guszman.*

Szemészet.

Az öregkori szürkehályog keletkezésének kérdésehez. *Hess* az öregkori szürkehályog genesisét az öregedő szervezetben jelentkező táplálkozás-zavarokkal hozza kapcsolatba. *Römer* *Hess* ez elméletét oly módon értelmezi, hogy az öregkori hályogot okozó zavar sejtmérgek (cytotoxinok) által történő mérgezés. A sejtmérgek az öregedő szervezet visszafejlődési átalakulása nyomán keletkeznek és a lencsébe kerülnek. *Salus*, az itt ismertett cikk szerzője, ezzel szemben azt vitatja, hogy klinikailag semmiféle jogosultsága sincs annak a feltevésnek, hogy az öregkori szürkehályog végokát a szervezet általános zavaraiiban keressük; az öregkori szürkehályog kifejlődésének oka a legnagyobb valószínűség szerint tisztán helybeli öregedési tünet, nevezetesen a lencse sejtfelének senilis szétesése. A szerző azután *Hess* elméletének egyes állításait igyekszik megdönteni, majd *Römer* elmélete ellen fordul, mely azon a feltevésen alapul, hogy az öregkorban állandóan és az összes szervekben a sejtek nagymértékű szétesése következik be. Ha ez valóban így van, mondja *Salus*, akkor érthetetlen, hogy ez a szétesés a test minden egyes szervében az öregedés regressiv átalakulása kapcsán bekövetkezik, csupán a lencsében nem, és érthetetlen, hogy miért kell éppen csak a lencsében bekövetkező szétesését a sejteknek szükségszerűen más szervekben előzetesen történő szétesésére visszavezetni. (Zeitschrift für Augenheilkunde, 1918, XL. kötet, 1—2. füzet.) *H. K.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Psoriasis vulgaris 34 esetét kezelte *Sachs* docens 20%-os natrium salicylicum-oldat intravenás befecskendezésével. Első adag gyanánt 10 cm³-t fecskendezett be, 2—3 nap múlva 15 cm³-t, további 2—3 nap múlva 20 cm³-t. Egy-egy esetben átlag 21—28 gramm natrium salicylicumot használt

el. A befecskendezéseket a betegek jól tűrik, csak kivételes esetekben panaszkodott a beteg hőemelkedésről, 4 grammnál nagyobb adag után pedig fejfájásról és fülzúgásról. Veseizgalmat sohasem látott a szerző. A készítménynek teljesen tisztának (phenolmentesnek) kell lennie. A megfelelő mennyiséget feloldjuk meleg vízben, analtikai szűrőn megsűrjük és utána sterilizzük; az oldat színe világos sárga legyen, ne sötét-avagy vörhenyes-sárga. Friss esetekben 3—4 hét alatt adott 6—8 befecskendezés elegendő volt a baj teljes megszüntetésére; az efflorescentiák azonban csak 2—3 héttel az utolsó befecskendezés után tűntek el véglegesen. Régebben fennálló esetekben sokkal kisebb az eredmény, sőt akárhányszor teljesen hatástalan marad az eljárás. (Wiener klin. Wochenschr., 1921, 16. sz.)

Az **optarson** elegy, a mely 0·01 solarsont és 0·001 strychnint tartalmaz köbcentiméterenként. *Klemperer* szerint nagyon jó eredménnyel használható bőr alá fecskendezés alakjában az idegrendszer gyengeségi állapotaiban, továbbá euphoria előidézésére, nemkülönböztetve ideges szívzavarok méréséklésére. Kezdődő arteriosclerosis eseteiben talán mellőzendő a strychnin vérnyomástfokozó hatása miatt. (Therapie der Gegenw., 1921, 3. füz.)

Postoperatív bronchitis és pneumonia ellen *Graef* a pyrenol használatát ajánlja: Rp. Pyrenoli 6·0—10·0; Aqu. destill. 180·0. Syr. rub. id. 20·0. M. D. S. Naponként 3—6 evőkanálnyi. (Zentralblatt für Chirurgie, 1921, 8. szám.)

Vegyes hírek.

Buday Kálmán jubileuma. Az egyetemi I. számú kórbonczintai intézet meleg ünneplésben részesítette főnökét azon alkalomból, hogy egyetemi nyilvános rendes tanárságának 25. évét betöltötte. Az ünnepélyen sokan vettek részt kolozsvári tanítványai, ottani és budapesti tanártársai közül és melegen üdvözölték a közszeretletben álló professort.

Személyi hírek külföldről. *D. Kraske*, a hírneves sebész, a freiburgi sebklínika volt igazgatója, június 2.-án ülte 70. születésnapját. — *W. Uthoff*, a szemészet tanára Breslauban és *H. Scholz*, a gyógyszer-tanára Greifswaldban nyugalomba vonul. — *Zieler* würzburgi tanárt meghívták a hamburgi egyetem dermatologiai tanszékére. — *Borst* tanár nem fogadván el a meghívást a leipzig egyetem kórbonczolástani tanszékére, *Hueck* rostocki tanárt hívták meg.

Hévízfürdő. *Schulhof Vilmos* dr. 1906 óta folytatott fürdőorvosi gyakorlatát Hévizben ismét megkezdte. (Czím: Ferencz József-ház.)

Diujodin cum digitali ismét forgalomban.

Keszthelyi fürdő újonnan átalakított gyógyszállója megnyílt. A gyönyörű balatoni fürdőn ezentúl a budapesti Liget-szanatórium bevált diéta-fiziko-therapiás rendszere szerint cukor-, vese-, gyomorbetegség is gyógykezelésnek

SVÁBHEGYI LIGET-SZANATÓRIUM Klimatikus gyógyintézet bel-, ideg-, beteg- és üdülők részére. — Diéta és kúrák. — Nap- és légfürdők.

I., Eötvös-út 10—12.

Dr. Müller Vilmos, kir. tanácsos Sanatoriuma
Tátraháza
(Magas-Tátrában.)
Reichenhalli rendszerű inhalatorium. Fekvőcsarnokok. Helio-quartzfény és specifikus therapia. Hízókúra.
Pensio (szoba, ötszöri elsőrangú étkezés-sel) 60 cseh korona.
Prospektust küld, fölvilágosítással szolgál, cseh visumot vidékiek részére is megszerzi a sanatorium budapesti igazgatósága, József-tér 13. (Telefon: 138—05.)

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

Hüvösvölgyi Park Szanatórium
Klimatikus, physicalis és diéta gyógyintézet. Hízókúra. — Cukorbetegségnek külön diéta. Budapest, I., Hidegkuti-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145-90 és 50-73

TÁTRA-szanatórium
ÓTÁTRAFÜREDEN 1020 m.
Diéta-physicalis magaslati gyógyintézet. — Állandóan nyitva. — Hízó- és edző-kurák. Tüdőbeteg kizárva. — Vezető-orvos: Dr. Gámn Béla egyetemi magántanár. Fölvilágosítást ad a Menetjegyiroda Budapest, V. Vigadó-tér 1.

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.

Guszman József: Közlés a székesfővárosi régi Szent János-kórház nemibetegosztályáról. (Főorvos: Guszman József dr., egyetemi magántanár.) „Provocatiós” kísérletek tejinjectiókkal a syphilis tünetmentes szakában. 215. lap.
Torday Ferenc és Papp Karola: Közlés a budapesti m. kir. állami gyermekmenhelyből. (Helyettes igazgató: Torday Ferenc dr., egyetemi magántanár.) Kanyaróellenes védőoltások. 218. lap.

Budapesti Királyi Orvosegyesület (XII. rendes tudományos ülés 1921 április 16.) 220. lap.
Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvostan. Holler:* A gyomor- és duodenum-fekély kezelésének új módja. — *Dreyfus:* Tabes dorsalis. — *Krecke:* Heveny vakbélgyulladás tabesben. — *Sebészlet. Haberer:* A perforációs peritonitis kezelése. — *Kisebb közlések az orvogyakorlatra.* 221–222. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlés a székesfővárosi régi Szent János-kórház nemibetegosztályáról. (Főorvos: Guszman József dr., egyetemi magántanár.)

„Provocatiós” kísérletek tejinjectiókkal a syphilis tünetmentes szakában.

Irtá: *Guszman József dr.*

Az orvostudomány egyik legnehezebb kérdése, hogy a syphilises egyén mikor tekinthető gyógyultnak. A valóságban gyógyultnak csak akkor nevezhetjük a syphilist szerzett egyént, ha szervezetében valamennyi spirochaeta elpusztult. Így beállítva a kérdést, igen természetes, hogy az orvos minden pessimismus nélkül is csak kisebb-nagyobb valószínűséggel tudja a syphilis gyógyulását fölvenni. Igaz, hogy a gyakorlat számára nagy nyereség már az is, ha a lelkiismeretes orvos tudásunk mai állása alapján nagy valószínűséggel tudja a gyógyulást föltételezni. Ez a fontos problema, melytől annyi törekvő embertársunknak erkölcsi és socialis boldogulása függhet, az idők és tudományos tapasztalások folyamán egyre nehezebbé vált s — sajnos — egyre jobban összekuszálódott.

Nem kell az orvosnak túlságosan jártasnak lennie a syphilidológiában, hogy tudja, hogy a syphilis gyógyulásának kérdése az utóbbi félszázadban mennyi változásnak volt alávetve. Hosszú időn át a legtöbb syphilidologus is azt hitte, hogy gyógyult a betege, ha több-kevesebb kénéső-kúrúra véglegesen elmaradtak a külső tünetek. *Virchow* kórbonczolási s főként *A. Fournier* klinikai tapasztalásai azonban másra tanították az orvost. *Fournier*-nek és követőinek hosszú harcot kellett folytatniok, míg lassankint átment az orvosi köztudatba, hogy a tabes csakis lueses alapon fejlődik ki. Még később és még nehezebben ment át az orvosi köztudatba a paralysis progressiva lueses eredete, mely kérdéssel egyébként körülbelül egyidőben haladt a lueses alapon fejlődő egyéb belső bajoknak is az ismerete. Azok az évek, a melyekben ez a tudományos átalakulás végbement, voltak a legsötétebbek, mert a gondos orvos tudta vagy sejtette, hogy egyik-másik lueses betegének hosszú időre húzódó és sphynxszerűen mutató tünetmentessége idővel súlyos belső betegségbe fog átmenni s mindezt teljesen tájékozatlanul kellett bevéarnia. Kétségtelen, hogy elsősorban ez a körülmény vitte reá *Fournier*-t s később Németországban *Neisser*-t, hogy az úgynevezett időszült intermittáló antilueses kezelést propagálja. A legtöbb szakember követte őket e téren, nyilván kiindulva abból, hogy inkább többet kezeljék betegeiket, mint kevesebbet. A tünet nélkül éveken át húzódó önkényes kezelést nem egy gondolkodó orvos a sötétben való vagdalkozásnak nevezte s talán nem egészen helytelenül.

S jött egy új korszaka a syphilidológiának, melynek nagy fölfedezései között (állatra való átoltás, spirochaeta pallida fölfedezése, Wassermann-reactio, salvarsan) időbelileg a

harmadik helyen állott a Wassermann-reactio nagyfontosságú fölfedezése. Csakhamar fölnyílt a vizsgálók szeme s kissé világosabban láttak. Sajnos, csak *kissé* világosabban, jóllehet, a haladás igen nagy volt. Láttuk ugyanis elsősorban azt, hogy a syphilises infectión átment és több-kevesebb kúrát végzett egyének vére évek múltán nem egyformán viselkedett a serologiai vizsgálattal szemben. Míg egy jórésztük állandóan negatív Wassermann-reactiót adott, addig egy másik, ugyancsak jórésztük a Wassermann-reactiót kitartóan pozitív alakban adta. Kiderült azonban csakhamar az is, hogy a latensen lueses egyének egy részének vére időnkint változó reactiót ad. S bár általánosan ismertté vált, hogy a negatív Wassermann-reactio egymagában sohasem jelentheti bizonyossággal az illető egyén luesmentességét, mégis a késői latens szakban az állandóan pozitív irányban reagáló eseteket súlyosabb prognosízisúnak vették, az állandóan negatív reactiót mutató eseteket pedig általában jóval kedvezőbb kilátásúnak tartották.

A negatív Wassermann-reactióval azonban még egyéb tapasztalást is tettünk. Jóval később, csakis többéves tapasztalás nyomán derült ki, hogy a latens lueses egyének éveken keresztül reagálhatnak negatív irányban, a mikor azután egyszerre pozitíva fordul a reactio s állhatatosan az is maradhat. Az is csak az utóbbi időben vált mindinkább általánosabb tapasztalássá, hogy későbbi lueses jelenségek állandó negatív Wassermann-reactio leple alatt fejlődhetnek ki. A tabesre vonatkozóan ez egyébként már eleve is gyanítható volt, tekintve, hogy az eseteknek csaknem a fele negatív Wassermann-reactióval folyik le. (A liquor-vizsgálatok kérdésére itt nem térek ki.)

Mindez távolról sem von le semmit a Wassermann-reactio nagy fontosságából, hiszen a klinikai tünetek elmúltával a latens időszakban a seroreactio mint indicator igen hasznos, nem egyszer nélkülözhetetlen fölvilágosítást nyújthat.

Hogy azonban ez az indicator sok tekintetben mennyire labilis s hogy maga a syphilis folyamata is ebből a szempontból aránylag mily könnyen befolyásolható, arra az alábbiakban óhajtok néhány adattal rávilágítani.

A salvarsan-aera legelején *Gennerich* fölhívta a figyelmet arra a jelenségre, hogy negatív Wassermann-reactiót adó, látszólag gyógyult lues-esetek egy részében egyetlen salvarsan-injectio újra pozitív Wassermann-reactiót idéz elő a vérben. Az így fölidézett pozitív reactio azt jelenti tehát, hogy a syphilises folyamat — bár teljesen burkoltan — még fönnállott a szervezetben. Tapasztalásai alapján e szerző azt a nézetét fejezte ki többiben, hogy a provokáló salvarsan-injectióban oly eljárás birtokában vagyunk, mely a latens lueses állapotot a gyógyulástól meg tudja különböztetni. A leginkább *Gennerich*¹ és *Milian*² által tanulmányozott e provokáló eljárás utóbb átment az általánosabb gyakorlatba, a

¹ *Gennerich:* Berliner klin. Wochenschrift, 1910, 38. és 46. sz. és 1911, 40. sz. Mediz. Klinik, 1910, 41. sz.

² *Milian:* Société de dermatologie, 1910, XII. 1.

melyben azt ma is alkalmazzuk, bár tudnivaló, hogy csak akkor döntő az eredmény, a mikor a „provocatio“ pozitívrá fordítja a reactiót. Ily provokálás végezhető kénesős készítményekkel is, de a hatásuk tapasztalásom szerint gyöngébb és nem oly demonstrabilis.

1918-ban G. Uddgren³ igen érdekes tapasztalásról számolt be. Ő szemészeti esetekben therapiás tejinjectiókat alkalmazott s 6 esetben (4 keratitis parenchymatosa, 1 iritis, 1 ulcus) azt találta, hogy a negativ Wassermann-reactio a tejinjectiók nyomán pozitívá lett. E tapasztalása arra vezette Uddgren-t, hogy az eljárást provokálás céljából oly esetekben ajánlja, melyek a lues diagnosisa szempontjából kétségesek. Mivelhogy 1917-ben közölt és syphileses egyéneken végzett tejinjectiók kísérleteink adataiban több idevonatkozó részlettel már megismerkedtünk, az Uddgren által felvetett kérdést nagyobb anyagon részletes vizsgálat alá vettük.

Idevágó kísérleteinket 1920 tavasza óta végezzük. Ezeket bizonyos terv szerint rendeztük el, a miért is eseteinket 3 csoportba soroztuk.

Az első csoport oly syphileses egyénekre vonatkozott, a kik csaknem teljesen azonos külső körülmények között kapták első antilueses kezelésüket. Külső körülményeknek azokat nevezem itt, a melyeket módunkban volt a kísérleti sorozatban megválogatnunk, illetőleg megszabnunk. A betegek ugyanis mind nők voltak, nagyjában valamennyien a fiatalabb korban álltak s a kórházi osztályon egyforma élelmezésben részesültek. Még fontosabb, hogy a vizsgálat alá vett lueses betegek valamennyien kifejezett, friss általános tüneteket mutattak (általános maculo-papulás exanthema, papulák a torokban, genitálékon stb.) s előzetesen még semmiféle antilueses kúrában nem részesültek. Ezeknek a „külső“ körülményeknek szorgos megválasztását azért tartottuk fontosnak, hogy legalább tőlünk telhetőleg teljesen azonos beteganyagon végezhessük kísérleteinket, mert csak így lehet érdemes összehasonlítást tenni s bizonyos következtetéseket vonni. Hiszen „endogen“ okok úgyis nagy számmal maradnak fenn, melyek a lues-esetek lefolyását oly fölötte változatosá teszik, bármint iparkodunk is azokat azonos „külső“ körülményekkel (első-sorban például kezeléssel) ellensúlyozni. E friss lueses eseteket már mostan addig kezeltük, a míg nemcsak a kezeléssel simán befolyásolható klinikai tünetek multak el mind, hanem a Wassermann-reactiójuk is negativvá vált. Valamennyi lueses esetünk vérét az antilueses kúra megkezdése előtt s a kúra folyamán állandóan vizsgáltuk. Ugyancsak valamennyi kísérleti esetünket ++++ Wassermann-reactióval vettük kezelésbe.

A második csoportba oly latensen lueses betegeket soroztuk, a kiknek egy vagy több kúra utáni tünetmentessége a kísérlet megkezdésekor negativ Wassermann-reactióval járt együtt. Ezek a negativ Wassermann-reactiót adó latens eseteink ugyancsak nőkre vonatkoznak, a kik kórházi osztályunk beteganyagához mérten legnagyobb részben az úgynevezett korai latens szakban voltak, lueses infectiójuk néhány hónaptól 5 esztendőig terjedően variált (általánosán bevett szokás a 4. év végéig korai latens szakról beszélni).⁴

Végül összeállítottunk egy controll-csoportot, mely oly nőbetegeinkből került ki, a kik syphilesben nem szenvedtek s a kik más bántalmak miatt (ulcus molle, bubo, Bartholinitis stb.) tejinjectiók kezelésben részesültek s így ellenőrző anyagoknak könnyen voltak felhasználhatók.

A tejinjectiókat, nemkülönbén a reájuk következő serologiai vizsgálatokat az első két csoportban azonos körülmények között végeztük. Az intraglutaecalis adott tejadagok 10 cm³-esek voltak, az injectiókat 4.—6. napon követte a serologiai vizsgálat. Néhány esetben 3 nappal később még egy serologiai vizsgálatot végeztünk. A tejjel való provokálás kísérlete a két első csoport valamennyi esetében mindenkor csak egyetlen injectióval történt.

Vegyük már most sorra az egyes kísérleti csoportokban nyert eredményeket.

³ G. Uddgren: Milchinjektionen und Wassermann'sche Reaktion. Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 41. sz.

⁴ Egy esetünk azonkívül 14 éves latens luesre vonatkozik.

I. csoport. Pontosán végig észlelhető s így fölhasználható friss florid, eddig kezeletlen eseteink száma 73. Aránylag nagy lueses beteganyagunkat véve tekintetbe, e szám aránylag nem magas, jöllehet kísérleteinket több mint $\frac{3}{4}$ év óta végezzük. Magyarázata ennek az, hogy a teljes negativitás elérése florid secundaer esetekben rendszerint jóval hosszabb és erélyesebb kúrát igényel, mint egyedül csak a klinikai tünetek teljes elmúlása, a mihez türelme s intelligentiája beteganyagunkból, nem sok nőnek van. A betegek tehát csak nehezen tarthatók vissza.

Ez a 73 lueses beteg, a ki tehát megfelelő kúra nyomán nemcsak klinikailag vált tünetmentessé, de a kinek vére is negativ Wassermann-reactiót adott, provokálás céljából egyetlen 10 cm³-nyi tejinjectiót kapott. A tejinjectio után a 4.—6. napon a 73 beteg közül továbbra is negativ Wassermann-reactiót adott 62, positiv Wassermann-reactiót adott 11 beteg. Az e sorozatban vizsgált eseteknek tehát 15%-a egyszeri provokáló tejinjectióra ismét pozitívá vált.

Ki kell azonban e helyen jelentenem, hogy a számarányra nem helyezek súlyt, mert itt inkább a jelenség a fontos, nem az arányszám magassága, mely igen sok, még csak kis részben ismert vagy sejtett körülménytől függ.

Az ismert körülmények közül alkalmasint első helyen áll az antilueses kúra minemősége. Itt szándékosan nem a kúra erősségéről beszélek, mert a kórházi betegeimen nyert tapasztalások és azok a hosszas kísérleti vizsgálatok, melyekről majd más szempontból segédeim, Rubin Jenő és Szentkirályi Zsigmond doctorok fognak legközelebb beszámolni, a sok érdekes adat közül azt látszanak bizonyítani, hogy nem éppen az alkalmazott anyagok quantuma a döntő (salvarsan). E helyütt csak megemlítem, hogy az eddigi tapasztalásom, sőt óvatosabban kifejezve magamat, benyomásom szerint a serologiai eredmények tejinjectióra történő gyors pozitívra fordulása inkább áll be oly esetekben, a melyekben a kezelés súlypontját a salvarsanra helyeztük. S talán nem a véletlen dolga, hogy mindazon esetünk (15), a melyben a teljes negativitást egyedül kénesőkezeléssel értük el, a probatorius tejinjectióra kivétel nélkül továbbra is negativ maradt. Ezt csak mint benyomást említem meg, mert messzebbmenő következtetésre nem vagyok föl jogosítva, ahhoz nagyobb tapasztalásra lesz még szükségem. Igaz az is, hogy nem könnyű egyedül Hg-re negativ Wassermann-t kapni.

Kísérleteink folyamán ismét azt a fölvetelünket láttuk beigazolva, hogy az egyéni, előttünk sehogy, vagy csak alig ismert belső körülmények döntő hatásúak a vizsgálati eredményre. Kiderül ez abból is, hogy jöllehet külön megválogatott beteganyagunk külső körülmények tekintetében csaknem teljesen azonos volt (nem, kor, tünetek jellege, első kezelés), a positiv Wassermann-reactiónak negativvá válása mégis a legváltozatosabb időben és kezelési intenzitás közrejátszásával állott be. Sok eset már aránylag kevés kénesőtől (Hg-salicyl-injectiók) vált negativvá (miután természetesen a klinikai tünetek már előbb eltűntek), sőt mint megemlítettem, azok tejinjectiókra is negativak maradtak, s viszont még több eset csak sokkal intenzivebb (teljes kénesőkúra + 3—4 gramm neosalvarsan) kezelésre vált nagysokára negativvá, avagy egyáltalán nem változott azzá. Itt oly körülmények működnek közre, melyek még további felderítésre várnak s kétségtelenül a megbetegedett egyén belső tulajdonságaitól függnek.

II. csoport. A második csoportban oly eseteink szerepelnek, melyekben latens lueses betegeink negativ reactiót adtak. A megfelelő kórházi beteganyagot viszonyaink között nem könnyű nagy bőségben összegyűjteni. A fölvetelre jelentkező latens lueses betegek jórésze ugyanis erősen positive reagál, de különben is tünet nélkül a betegek csak inkább kivételesen jelentkeznek kórházi kezelésre, bármint világosított kioktató nyomtatvánnyal, de meg élőszóval is. Latens és egyben negativ Wassermann-reactiót adó eseteink száma eddig összesen 63 volt. A 63 negativ reactiót adó latens lueses egyén közül tejinjectio után 48-nak a vére továbbra is negativ maradt, 15-é pedig pozitívá lett. Ez elég magas

percentuatiót ad, de azért nem állítom fel a pontos százalékarányt, mert ismét csak kiemelem, hogy egyelőre nem a %, a fontos, hanem csak a jelenség érdemel figyelmet. Érdekes, hogy a tejinjectióra pozitívra lett 15 eset között találjuk 14 éves latens lues-esetünket is. Az előző kezelés csaknem valamennyi ily vizsgált latens lues-esetben kénesővel kombinált salvarsanból állott.

III. csoport. A harmadik csoport kontrollképpen biztosan nem lueses egyénekből állott, a kiknek vérét az egyes tejinjectiók után mindenkor megvizsgáltuk. Egyik tejinjectio nyomában sem mutatkozott pozitív Wassermann-reactio. Ily kontroll-esetet 31-et gyűjtöttünk. Ez az eredmény *Uddgren* adatait megerősíti. Nem lueses egyének seroreactiójára a tejinjectióknak tehát semmi hatásuk nincsen.

Eddig ismertett vizsgálatainkból tehát határozottan kiderül, hogy egyrészt friss, florid syphilis-esetek több-kevesebb kezelés nyomán klinikailag latenssé, serologialag pedig negatívra válván, egyetlen tejinjectio által nem ritkán ismét erősen pozitív alakban reagálnak, másrészt hogy már hosszabb-rövidebb idő óta latens lueses egyének vérének negatív Wassermann-reactiója nem kis számban egyetlen tejinjectióra pozitíva fordul. E vizsgálatok tehát nemcsak megerősítik *Uddgren* rövid adatait, hanem ki is bővítik. Megdöntik ellenben *Conradi* és *Sklarek* adatait, a kik a drezdai belgyógyászati congressuson⁵ arról számoltak be, hogy míg 1 cm³ typhusellenes oltóanyaggal sok esetben sikerült nekik a negatív Wassermann-reactiót pozitíva változtatni, addig tejjel (s choleraellenes oltóanyaggal) az nem sikerült. Optimismusuk azonban egyenesen meglepő, a mikor kijelentik, hogy a mely lueses esetben typhus-injectióra a negatív reactio változatlan marad, ott a syphilit meggyógyultnak kell fölvenni.

Kérdés ezek után, hogy miképpen állhat elő ily gyors fordulat, ingadozás a betegek serologiai magatartásában, ha azok tejinjectióban részesülnek. A feleletre váró első kérdés, hogy a tejinjectiók hatása a serologiai fordulatkor milyen tényezőkön múlik. A jóformán kivétel nélkül jelentkező általános jelenségek, mint a minők a kisebb rosszullét, rázóhideg, főfájás s főként a magas hőemelkedés, tapasztalásom szerint nem jöhetnek itt szóba. Tudjuk, hogy *Rud. Müller*⁶ nyomán eleinte több észlelő a tejinjectiót követő magas lázban látta a parenteralisan adott tej gyógyító hatását. Az ulcus mollék és bubók kezelésében a föltűnő és gyors hatást én magam is jórészt a tejinjectiók nyomán jelentkező magas hőemelkedésnek tulajdonítottam⁷ és tulajdonítom ma is, bár bizonyos, hogy egyéb tényezők (protoplasma-activálás [*Weichardt*], leukocytosis [*E. F. Müller*] stb.) is döntően közreműködnek. Ezzel szemben provocativ tejinjectio eseteiben a hőemelkedésnek bizonyosan nem lehet számbavehető szerepe, egyrészt mert tejinjectiókkal kezelt eseteink csaknem kivétel nélkül magas hőemelkedéssel (38,5–40° C-ig) reagáltak, tehát a többségben levő negatív reactiótlan megmaradott eseteink is, másrészt, mert *G. Uddgren* teljesen láz nélkül lezajló tejinjectio nyomán is észlelte a pozitíva fordulást. A tejinjectiók provocatiós hatását itt másban kell keresnünk, s talán legvalószínűbb az a fölvétel, hogy az injectiók nem-specifikus (unspecifisch) fokozott működést váltanak ki a sejtekben, mint a hogy azt *H. Arnsparger*⁸ veszi föl latens malariának tejinjectiókkal sikeresen provokált eseteiben. Fölvehetjük, hogy az antilueses kezelés nyomán a spirochaetáknak egy jelentékeny része elpusztult s a megmaradtak a szövetek alakelemeire, sejtjeire nézve számbavehető ingerrel ebben az időben már nem bírnak. A negatív Wassermann-reactio beálltát ily módon gondolom megfejtethetőnek. E valóban teljesen latens állapotban most igen sokféle nem specifikus folyamat, behatás és inger változást idézhet föl, a mennyiben a sejtek, szövetek nagyobb érzékenységre, aktivitásra tesznek szert, a

mi jelenlevő spirochaeták esetén újabb „reaginek“ termelésére s így a seroreactiónak pozitíva fordulására vezet.

Kísérleteinkben elég gyakran ily hatással volt a spirochaeták tartalmazó szövetekre a parenteralisan alkalmazott tej. De ily módon hathat sok egyéb behatás is. A legjobban tanulmányozott s már régebben alkalmazott ily provokáló hatású szer a salvarsan. De ilyen eredményre, hogy tudniillik a klinikailag és serologialag latens lues-esetek gyors fordulattal pozitív Wassermann-reactiót adnak, észleléseink szerint hevenyészű lázas fertőző betegségek is vezethetnek. Föltűnő volt e tekintetben például a következő esetünk:

Sz. R. 20 éves varrónő. Lueses infectio 1918-ban. Eddig 4 kúra. Fölvételekor (1920 május 8.-án) mérsékelt általános adenitisen kívül semmi egyéb tünet. Diagnosis: lues latens, urethritis. Május 12.-én Wassermann negatív. Május 19.-én 10 cm³ tejinjectio. Május 26.-án Wassermann negatív maradt. Május 30.-án délben kirázza a hideg, ugyanakkor orrán erysipelas fejlődik ki. Áttéve a Gellért-kórházba, ott 4 napig állítólag 40°-os láza volt. Június 13.-án visszahelyezve osztályunkra, június 17.-én a megejtett vérvizsgálat pozitív (+ + +) Wassermann-reactiót eredményezett. Hasonló esetet már több ízben észleltünk.

Véleményünk szerint számosak azon behatások, lép és kóros folyamatok és szerek, melyek adott esetben, legtöbbször előtűnnek még ismeretlen körülmények között, serologiai, sőt klinikai változásokat idéznek föl a latens lueses betegeken.

Mind e most közölt adatok röviden azt látszanak bizonyítani, hogy a syphilis folyamata bizonyos külső, tőlünk függő behatásokra látszólagosan változást tud mutatni. Ilyen a régebben már latens, vagy kezelés által éppen most latenssé vált lues seroreactiójának tejinjectiókra való gyors fordulata. Hogy a negatív Wassermann-reactio aránylag gyakran egyetlen tejinjectiótól pozitívra válik, azt úgy hiszem sikerült kísérleteink során beigazolni. Ez a jelenség azonban oly folyamatokon kell hogy nyugodjék, melyek nem nagyon stabilok. Következtethető ez egyrészt abból a tapasztalásunkból, hogy a tejinjectio által pozitíva fordult Wassermann-reactio akár hányszor 1–2 közép nagyságú neosalvarsan-injectióra rövid 8–10 nap alatt ismét negatívra válik, mely reactio egy újabb tejinjectióra negatív is maradhat, másrészt abból, hogy néha oly seronegativ latens lues-eset, mely tejjel változatlan marad, egy egyetlen későbbi neosalvarsan-injectiótól pozitíva fordulhat. Hogy ugyanezt pathológiás láz is okozhatja, fent ismertett esetünkben láttuk. Szóval az a fontos, hogy a pozitív Wassermann-reactio, mely a még fennálló luesnek kétségtelenül igen fontos jele és tünete, voltaképpen a lueses szervezetben lejátszódó, föltötte változó, labilis folyamatnak az eredménye. Csak így érthető, hogy elég sok esetben újszólván néhány nap alatt többszörös változást idézhetünk föl a seroreactióban a szerint, hogy mily eljárásnak vetjük alá a beteget.

Tudjuk, hogy ily változásokat a legkülönbözőbb anyagok tudnak fölidézni; nem kell egyebet, csak a kénesőt, salvarsant, tejet, typhusellenes oltóanyagot stb. fölemlíteniük. Magát a hatást véleményünk szerint a *Weichardt-Schrader*⁹ által elnevezett „unspecifische Leistungsteigerung“ (Weichardt-féle protoplasma-activálás) fogalmával lehetne magyarázni, mely alatt a legkülönbözőbb szervfunkciók fokozódását kell értenünk. E fokozott functio — protoplasma-activálás — első sorban a különböző adagban parenteralisan bevitt proteintestekre áll be, de beállhat egyéb behatásokra is.

De a tejinjectiók vizsgálataink során egyéb adatokra is vezettek. Így ismétellen észleltük, hogy az antilueses kúra közben az alkalmazott tejinjectiók negatívra változtatják a pozitív Wassermann-reactiót már oly kéneső- vagy salvarsan-adagokra is, melyek tapasztalás szerint tejinjectiók kombinálása nélkül nem szoktak elegendők lenni ahhoz, hogy negatív seroreactiót létesítsenek. Ez a tapasztalás csak megerősíti a néhány év előtt közölt nagyobb kísérleti sorozatra támaszkodó vizsgálati eredményeimet,¹⁰ a melyek *Kyrle*¹¹ és *Scherber*¹² adataival nagyjában egyeznek. E kérdés egyébként nem

⁵ *Conradi* és *Sklarek*: Dresden 32. Kongress f. Inn. Med. Deutsche med. Wochenschrift, 1920, 21. sz.

⁶ *R. Müller*: Wien. klin. Wochenschrift, 1916, 9. és 27. sz.

⁷ *Guszman J.*: Dermatol. Wochenschrift, 1918, 48. sz.

⁸ *Hans Arnsparger*: Malariafragen. Med. Klinik, 1919, 22. sz.

⁹ Münch. mediz. Wochenschrift, 1918, 22. sz. és Münch. mediz. Wochenschrift, 1919, 289. o.

¹⁰ Orvosi Hetilap, 1917.

¹¹ Wiener klinisch. Wochenschrift, 1917, 22. sz.

¹² Wiener mediz. Wochenschrift, 1917, 27. sz.

tartozott mostan kitűzött feladatomban közé s a most említett adatok csak mellékesen kerültek eseteimbe.

Egy további érdekes adat tejinjectiók kísérleteim egy-némelyikében az, hogy a mikor a florid lueses tünetek már mind elmúltak, az antilueses szereinkkel pedig átlagos magas adagok után sem értünk el seronegativitást, sőt + + + + maradt a sero-reactio, egyetlen tejinjectio néhány nap alatt minden további kezelés nélkül negatívra fordította a Wassermann-reactiót. A gyors fordulat demonstrálására álljon itt a következő eset:

D. É. 21 éves háztartásbeli leány. Fölvétel 1920 június 24.-én. Eddig semminemű kezelésben nem részesült. Status praesens: Papulák a külső genitálison, általános adenitis, kemény mogorónyi mirigyek a lágyékhajlatokban. Július 28. Wassermann + + + +. Therapia: Linder-féle kezelés: Július 30. 0.3 neosalvarsan + 1 cm³ 1% sublimat intravenásan. Aug. 3. Neosalvarsan 0.45 + 2 cm³ 1% sublimat. Aug. 7. Papulák behámosodtak. Aug. 8. Neosalvarsan 0.45 + 2 cm³ 1% sublimat. Aug. 11. Wassermann + + + +. Aug. 14. Neosalvarsan 0.45 + 2 cm³ 1% sublimat. Aug. 18. Wassermann + + + +. Augusztus 19. Neosalvarsan 0.45 + 2 cm³ 1% sublimat. Aug. 21. Wassermann + + + +. Aug. 24. Neosalvarsan 0.45 + 2 cm³ 1% sublimat. Aug. 28. Wassermann + + + +. Aug. 30. Neosalvarsan 0.6 + 2 cm³ 1% sublimat. Szeptember 4. Neosalvarsan 0.6 + 2 cm³ 1% sublimat. Szept. 5. Wassermann + + + +. Szeptember 8. Wassermann + + + +. Szeptember 9. Tejinjectio (10 cm³). Reactio 39.5 C. Szeptember 14. Wassermann negativ.

Itt fölemlíték egy észlelést, mely bizonyos fokig följosít annak a kérdésnek a fölvetésére, hogy a tejinjectio által okozott nem specifikus hatások nem tudnak-e a seroreactio ingadozások felidőzésén kívül a klinikai tünetek dolgában is provokáló hatást kifejteni? Az eset röviden a következő:

Cs. R. 21 éves szobaleány. Fölvétel 1920 szeptember 9. Anamnesis. Eddig 3 antilueses kúra. Az első 1918 május havában florid syphilitis miatt. Status praesens: Mérsékelt általános adenitis. Lueses tünet nem található. Húgycsőben pozitív gonococcus-lelet. A bal nagyajkon 3 nap óta főnnálló typosus herpes-eruptio. Szeptember 10.-én Wassermann negatív. Szeptember 14. Tejinjectio (10 cm³), legmagasabb hőmérsék 39.3. Szept. 18. Wassermann negativ. Szeptember 25. A bal nagyajkon, a régi herpes helyén infiltrált erosiók láthatók, a nagyajak erősen duzzadt. Október 1. A végbél körül hypertrophiás papulák, a bal nagyajak kolbász-szerűen duzzadt. Wassermann + + + +. Therapia: antilueses kúra.

Az ily esetek egymagukban véve nem sokat mondanak, de véleményem szerint mégis gondolkodóba kell hogy ejtsék a figyelő orvost, mert ha provokáló eljárással nem ritkán a seroreactio megváltozását látjuk beállani, akkor nem zárható ki az a lehetőség sem, hogy bizonyos körülmények között klinikai tünetek is provokálhatók. Hasonló tapasztalást egyébként salvarsannal már régebben tettünk. E helyütt szóba kell hoznom azokat az eseteket, melyekben a pathologiai lázas folyamatok (heveny fertőző bajok) a látszólagosan teljesen szunnyadó, latens syphilitis újabb klinikai kitörésre lobbantják. Két ily tanulságos esetet már előbb említett dolgozatomban¹³ ismertettem s azóta is észleltem még kettőt. Ezek oly észlelések, melyek természetesen csak akkor juthatnak tudomásunkra, ha figyelmünk föl van rájuk hívva, a mi eddig pedig csak elvéve, régebbi szerzők által történt (Neumann, Bamberger, W. Boeck). A gondos észlelés és pontos anamnesis recidiváló lues-esetekben véleményünk szerint némi világosságot vethet e kérdésre, melynek részletesebb kifejtését máskorra tartom fönn magamnak.

Egyébként úgy vélem, hogy e röviden közölt adatok ismét csak a mellett szólanak, hogy a lues végleges gyógyulásának kérdésében lehetően óvatosságot álláspontot foglaljunk el.

Közlés a budapesti m. kir. állami gyermekmenhelyből. (Helyettes igazgató: Torday Ferencz dr., egyetemi magántanár.)

Kanyaróellenes védoltások.*

Irta: Torday Ferencz dr., főorvos és Papp Karola dr., helyettes másodorvos.

(Vége.)

A kanyarót kiállottak vérsavójával végzett oltások eredményei igazolják azt a feltevést, hogy a kanyaróval fertőződés az emberi szervezetben specifikus ellenanyagok termelődésével járó immunizálódást indít meg. Akár antibacteriumos, akár antitoxikus módon létesül az immunizáció, közvetlenül az infectio után egy ideig nincsenek specifikus antitestek a vér-

¹³ Orvosi Hetilap, 1917.

* Előadott a Budapesti Királyi Orvosegyesület 1921 január 15.-én tartott ülésén.

ben. Majd hirtelen mereven felemelkedik a mennyiségük, hogy rövid idő után alacsonyabb niveaura szálljon le, melyről lassan, fokozatosan leesik.

Degkwitz kísérleteiből valószínűséggel arra következtet, hogy kanyaróban a hetedik reconvalescens napon a vérben az antitestek koncentrációja magasabb, mint a 14. reconvalescens napon; bár az is lehetséges, hogy az egyes egyének antitest-termelő képessége között vannak különbségek, mégis azt tanácsolja, hogy a vérvétel lehetőleg a hetedik-kilencedik reconvalescens nap között történjék. A véglegesen láztalanvá válás utáni első nap számítandó első reconvalescens napnak.

Valószínűtlen szerinte az, hogy a 14. reconvalescens napot követő megfogyás után az antitestek mennyisége újból megnövekedjék, épp ezért nem használható a védoltásokhoz felnőt, kanyarót hosszú évek előtt kiállott egyének vére. Ez Degkwitz kísérletileg is beigazolta. Vérsavó nagyobb mennyiségével (20—30 cm³) védoltott ilyen 7 gyermek közül négy rendes időben rendes kanyaróban betegedett meg.

Elméleti okoskodásra támaszkodva kísérletileg állapította meg Degkwitz a vérvétel idejét. Ugyanígy állapította meg a védoltáshoz használandó savó adagját. Számít azzal a lehetőséggel, hogy a kanyarót kiállottak antitest-termelő képessége különböző, és épp ezért legalább 3, de lehetőleg 2 savót tart mindig összekeverendőnek, ha pedig ez lehetetlen, akkor az adagot némileg növeli.

Bizonyos vonatkozásokat keresett az infectio létrejöttének idejére, illetve az incubatio tartamára. Az inficiáló-képesség kezdete csak kivételesen állapítható meg. Degkwitz azon feltevésre támaszkodik, hogy az incubatio 4. napján vannak a kanyaróbetegek testvérei vagy szobatársai akkor, mikor a fertőző társukon az exanthema kivirít. Ezen 4. infectiós napon, vagy legfeljebb a kivirágzást követő két-három napon belül czélszerű és eredményes a védoltás. Degkwitz 172 ilyen esetében mindig eredményes volt, míg a később védoltottakon eredménytelennek bizonyult a védoltás még akkor is, a mikor kétszeresére, háromszorosára emelték az adagot. Az ilyen késői védoltások nem gyengítették le a megbetegedetten a kórképet, bármely nagy adagot használtak is.

A normáladag olyan serumból, mely három kanyarót kiállott egyén serumának összeöntéséből való, 3.5 cm³, kettőből eredő 3.75 cm³, egyből 4 cm³. A negyedik incubatiós napon (küteg kivirágzása napján) egy adagot, az 5—6. incubatiós napon két adagot kell adni. Az egységek 3¹/₂ évnél fiatalabb gyermekekre vannak számítva, de nagyobbaknak is elégségesek. Nagyobb gyermekek védoltása különben is kevésbé tekinthető szükségesnek. Az adagok megállapításakor pozitív eredményeken kívül azon negatív eredményekre is támaszkodik Degkwitz, melyek szerint 3 olyan esetben, mikor az incubatio elején túlkicsi adaggal (2¹/₂ cm³) történt a védoltás, a 21—24. napon tört csak ki eltolódottan a küteg. Degkwitz kizártnak tartja azt a lehetőséget, hogy a késői exanthema későbbi infectio következménye lehetett. Még más három gyermek, ki legkésőbb a negyedik incubatiós napon védoltott a legkisebb védő adaghoz közelálló adaggal, elkésetten betegedett meg abortív kanyaróban, a melyre jellemző volt a rövid ideig tartó subfebrilis hőmérsék, a prodromalis stadium elmaradása, a jelentéktelen vagy egészen hiányzó küteg, a másodlagos tünetek (kötőhártya, orr, légcsőhurut) teljes elmaradása és minden betegségérzet hiánya.

A védoltás által szerzett mentesség tartamát illetőleg elméletileg feltételezhető, hogy a védelem hosszabb ideig tart, mint a fajidegen savó által szerzett. Ugyanezen okból a védoltások esetleges megismétlése is kevésbé valószínűen fog anaphylaxiát kiváltani. A védelem tartama kétségtelenül attól is függ, hogy a fertőződés előtt vagy után történt-e a befecskendés, a fertőzés utáni védoltás eseteiben pedig attól, hogy a lappangás mely idejében történt a befecskendés. Az infectio előtt történt befecskendés passiv immunisatióknak tekintendő. Ha azonban például a hatodik incubatiós napon történik a befecskendés, akkor a beteg szervezetében kombinált (activ és passiv) immunisatiót kell feltételezni. Minden valószínűséggel

fel lehet tételezni azt, hogy az így szerzett védőképesség nagyobb, mint az, mely az infectio előtt szerezetik.

Tekintve a kanyaróval szembeni való nagy hajlamosságot, valószínű, hogy a fertőzésnek kitettek legnagyobb része a védoltás előtt fertőződött kanyaróval és így valószínű, hogy a legtöbb esetben a kanyaróellenes savó befecskendésével szerzett immunitás hosszabb tartamu lesz, mint a passiv immunisatió (diphtheria). Ezt igazolja azon tapasztalatunk, hogy a 246 sikeresen védoltottból csak 3 betegedett meg 72—75 nap multán kanyaróban. Még ha sok esetben is aránylag ilyen rövid időtartamú lesz a védoltás útján szerzett mentesség, ez sem rontja le a kanyarós védoltás jelentőségét, mert a kanyaró veszedelmessége egyrészt a kisgyermekkorhoz, másrészt az intézeti ápoláshoz kötött, mely tényezők befolyása esetleg ismételt védoltásokkal sikeresen ellensúlyozható, minthogy a kanyarójárványok sokszor hosszabb ideig szünetelnek és különböző súlyosságúak.

A kanyaróellenes védoltást könnyebbé, tömegesebben végezhetővé fogja tenni az, hogy *Degkwitz* kísérleteivel kicsi, $3\frac{1}{2}$ —4 cm³ minimalis adagot állapított meg, melynek kétszeresen túlmenni tapasztalatai szerint nem kell. Mi ezzel szemben első közlésén indulva el, ezek szerint fecskéreltük a serumot, a szükségesnél jóval többet, előrehaladott incubatió-nál 20 cm³-t is fecskendeztünk be. Néhány esetben kanyarót kiállott, 8—10 nap óta reconvalescens egészséges, előzetesen bujakór ellen megvizsgált egyén friss vérének 10 cm³-nyi mennyiségben fecskendeztük be védoltás céljából jó eredménynyel.

Nem akarunk arról sem megfélekedni, hogy a serumtermelésnél sem alkalmazkodhattunk szigorúan a *Degkwitz* által felállított feltételekhez. Néhányszor a hetedik reconvalescens napot megelőzően már az 5—6. napon vettük a vért, de több esetben olyanoktól is, kiken már 20—30 napja elmúlt a kúteg. Ezen serumok is hatásosnak bizonyultak.

Megerősíthetjük *Degkwitz* nek azon tapasztalatát, hogy 4—5 éves gyermekektől 60 cm³, idősebbektől 70—80 cm³, felnőttektől 150—200 cm³ vér a közérzet minden különösebb befolyásoltatása, minden káros következmény beállta nélkül vehető.

E helyütt csak rövid néhány szóval akarunk megemlékezni a reconvalescensserum-termelés technikájáról. *Degkwitz* első közleményében csak arra tanított ki, hogy körülbelül 40 cm³ vér négy évnél idősebb egészséges, minden complicatio nélkül lefolyt kanyarót kiállott, 7—10 napja láztalan gyermek karvenájából Wassermann-tű segítségével sterilen veendő és a vér azonnal jégszekrénybe teendő. A vérlepeny az edény faláról mihamarabb leválasztandó és 24 óra multával leöntendő a 16—18 cm³-t kitevő tiszta savó, melyhez néhány csepp 5%-os carbololdatot kell hozzácepegtetni és így jól elzártan lehetőleg üvegphiolába beforrasztottan hideg helyen eltenni. A vérvételt megelőzőleg vagy a vérsavó használata előtt Wassermann-vizsgálattal kell a gyermek bujakórtól való mentességéről meggyőződni.

Ezen rövid utasítást követte, termeltük az állami gyermekmenhelynek lehető legszegényebb, legprimitívebb berendezésével, igazán sok fáradsággal a savót. Az első kitanításokért, az útbaigazításért az állami bakteriologiai intézet igazgatójának, *Aufjeszky* tanárnak s a főbakteriologusnak, *Darányi* nak tartozunk köszönettel. Minthogy a kanyarót kiállott betegek legnagyobb része láztalanná válása után már nem marad 7—10 napig a fertőző betegek kórházában, sokat láztalanná válásuk után hamarabb csapoltunk meg. Sok nehézséggel küzdöttünk a nagyobb mennyiségű vér vétele technikájának elsajátításánál. A savótermelésnél összevissza néhány nagyobb eprouvettából állván egész felszerelésünk, a sterilen, aseptikusan végzendő eljárás követelményének minden esetben nem tudtunk megfelelni, ezért néhány esetben a beoltás után tályogok is támadtak. Ezen egyéni tapasztalataink révén is meghatározottabban csatlakoznunk kell *Pfaundler* tanárnak *Degkwitz* által képviselt azon álláspontjához, mely szerint minden érdek egyértelműen azt parancsolja, hogy a kanyaró reconvalescens-serum termelése fertőzőkórházaknak, illetve az azokkal kapcsolatos laboratóriumoknak legyen kizárólagos joga és

kötelessége, annyival is inkább, mert szükséges a kanyaró-serumok egyes adagokban elosztott hosszas eltevése beszárított állapotban, a mi csak arra berendezett intézetekben történhetik meg. A fertőzőkórházaknak kettős feladata lesz: egyrészt gyógyítani a fertőzőbetegeket, másrészt nemcsak a fertőzőbetegeknek környezetükből való eltávolításával, hanem mentesítő savó termelésével is elősegíteni a fertőzőbetegségekkel szemben folytatott hatósági küzdelmet. A fertőzőkórházak vezetősége, illetve főorvosi kara jól kiválaszthatja a kanyarótermelésre alkalmas egyéneket. Őket a szükséges ideig a kórházban tarthatja s a vérvételhez való beleegyezésüket könnyebben megszerezheti, mint a hogy az a magánygyakorlatban történhetik. A magánygyakorlat és a kórházi serumtermelés között így természetes kapocs teremthető, mert a kórházba került vagy otthon savótermeléshez vért szolgáltató kanyarós betegek savójával mindenkoron elsősorban az ő hozzátartozóik volnának ingyen védoltandók, míg a laboratórium a magánygyakorlat számára a védelmet biztosító egyes adagokat csak megállapított egységár ellenében szolgáltatná ki. Münchenben *Pfaundler* tanár máris így készül megszervezni a kanyaróserumtermelést és azt reméli, hogy ezzel a Münchenben kanyaróban évenként elhaló 300 kanyaróbeteg kisgyermekből 260-at fognak tudni kanyarótól megóvni és ezzel a kanyaróban elhaló kisgyermek abszolút számát 40—50-re leszállítani.*

Azon aggodalom, hogy a savóbeoltás messze kiható káros következményekkel is járhat, elosztható. Lues átvitelétől nincs mit tartani. Lueses anamnesisű egyénektől vér nem vétetik. Wassermann-positív vagy kétes serumok nem használatnak. Nagyon kicsi a lehetősége annak, hogy a röviddel előbb luessel inficiálódott gyermek még az incubatióban van és ezért negatív a Wassermann-reactio. Ha mindezen elővigyázat dacára mégis luesselől vétetett volna a savó, kétségtelen, hogy így lues nem vihető át, mert a spirochaeták a serumban gyorsan tönkremennek, annál is inkább, mert a serumok carbolsavval kezeltetnek és jégen állannak 5—6 napig. Feltétlenül tönkremennek a spirochaeták a kiszáritás folytán.

A tuberculosis kizárásához nincs ilyen biologiai reactio, mert a kanyaró következtében a tuberculosis fertőződött, vagy tuberculosisban beteg szervezet érzékenysége tuberculinnal szemben csökken. Csak az anamnesis adataira és a klinikai tünetekre támaszkodhatunk. A tuberculosis beteg minden szakember könnyen ki fogja zárni, az ilyenek vérében esetleg keringhet tuberculosibacillus, ellenben tuberculosisal inficiált, de tuberculosisban nem megbetegedett egyén vérében még alig találtak tuberculosibacillust.

Abszolút csiramentes serum csak csirát visszatartó szűrő használatával volna nyerhető, de akkor elvész a specifikus védőanyagok egy része is. *Degkwitz* megállapította, hogy Berkefeld-szűrőn való átszűrésnél a kanyaró-reconvalescens-serum elveszti a specifikus védőanyagok egy részét és ezzel hatóképességét.

Még nyílt kérdés, hogy meddig tartja meg a kanyaró-reconvalescens-serum hatóképességét, valamint az az idő, amikortól kezdve gyengül a hatása. Valószínű az, hogy a beszárított serumok tovább hatásosak, mint a folyékonyak. *Degkwitz* egy kilencz hónapig eltett serummal még sikeresen védoltott. Négy hónapig akár szárazon, akár nedvesen eltett serumok hatóképességében semmi változás sem állapítható meg.

Az elmondottakat átgondolva, tapasztalatainkat összegezve azt mondhatjuk, hogy miután 10 csoportban 65 olyan gyermekből, kik legfeljebb a hatodik incubatiós napon voltak, 61-et sikerült megóvni a kanyarótól; miután 110 olyan gyermekből, kik 7—11 napig voltak kanyarófertőzésnek kitéve, védoltás után csak 4 betegedett meg; miután 5 esetben sikerült az egyes osztályokon hosszú idő óta fennállott kanyarójárványokat védoltásokkal teljesen megszüntetni; miután a sikeresen védoltottak közül eddig 72—75 nap elmúltával

* Örömmel és a székesfőváros közegészségügyi vezetőségének tartozó köszönettel közölhetem, hogy az ezen közleményünkben előadottakkal indokolt előterjesztésemre a székesfőváros tanácsa hozzájárult ahhoz, hogy a székesfővárosi közegészségügyi és bakteriologiai intézet a kanyaróellenes savó hatósági termelését elvállalja. *Torday.*

is csak 3 betegedett meg, azaz összegezetten 261 kanyaró-fertőzésnek kitett gyermek közül 246 kanyarótól megóvatott: ezért jól megfontoltan csatlakozhatunk *Degkwitz* álláspontjához, annyival inkább, mert *Gött* is 30 sikeres védoltásról számol be. *Moro* kanyarót ki nem állott, fertőzésnek kitett felnőttest óvott meg védoltással a kanyarótól. Az általunk termelt vérsavóval más kórházakban végzett védoltások is eredményesek.

Ezek szerint a *kanyaróvédoltás reconvalescens-serummal ajánlatos elsősorban gyermekmenhelyekben, csecsemőotthonokban, gyermekkórházakban, óvodákban, ha oda kanyaró behurcoltatik. A magángyakorlatban a védoltás csak olyankor szükséges, a mikor nagyon fiatal, gyenge, beteges alkatú gyermeket kell a kanyarófertőzéstől megóvni és a fertőző kanyaró-kiütég kivirágzása óta 2—3 napnál hosszabb idő nem telt el.*

A kanyaró elleni védoltások sikere újból igazolja azt, hogy a heveny fertőző kórok elleni védekezés terén csak az *activ*, illetve *passiv* immunisatióval lehet sikereket elérni.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XII. rendes tudományos ülés 1921 április hó 16.-án.)

Elnök: *Flesch Nándor*.

Jegyző: *Hüttl Tivadar*.

Batisweiler János: Érdekesebb lefolyású sugárgombabetegség.

Eredeti közleményeink során fogjuk közölni.

Verebély Tibor: A sugárgombabetegséget jóval gyakoribbnak tartja, mint azt az orvosi közvélemény gondolja. A klinika ambulanciáján évenként 20—25 eset jelentkezik, pedig kétségtelen, hogy itt is nem egy elkerüli a figyelmet. A gyakorlatban csak a buccopharyngealis megtelepedés ismerte terjedt el, pedig nagyjelentőségű a mellkasi és hasúri actinomycosis is. A mellkasi actinomycosisnak pulmonalis, mediastinalis, pleuralis és pleurocostalis alakját különbözteti meg. A hasúri sugárgombabetegség leggyakoribb behatolási kapuja a féregnyúlvány, de bejuthat a gomba gyomorfelekélyn és bélgyűrűlyon át is. A féregnyúlványban magát a rohamot nem okozza a gomba, de egy előző roham kóros termékein utólag megtelepedve módosíthatja a betegség lefolyását, a mely annyira jellemző, hogy bizonyos típusokat lehet a kifejlődésében megkülönböztetni. Mint ilyeneket állíthatja fel a parietalis, iliacalis, vertebralis, scrotalis, paranephritikus metastatizáló kórformákat, a mely utóbbiak közé tartozik a májban áttételt okozó, mindenkor végzetes forma.

A maga részéről először látta a közelmúltban lymphadenitis actinomycotica alakjában azt a lehetőséget, hogy a lágyéktáji mirigyekben kimutatható sérülés nélkül hatalmas sugárgombás beszűrődés támad. A kép ezen sokszersége alapján fontosnak tartja, hogy megfelelő esetben a fertőzésnek sugárgombás természete számításba vétessék annál is inkább, minthogy megfelelő csekély műtéti beavatkozás, karöltve sugaras kezeléssel és jóddal, elejét veheti a baj végzetes tüneteinek.

Safranek János: Ritka retropharyngealis daganat operált esete.

A 30 éves asszonyt azzal a panaszszal vették fel Zita-kórházi osztályára, hogy 6 év óta torkában daganata nő, mely mindinkább fokozódó nyelési és légzési nehézségeket okoz. A pharynx hátsó falán jókora lúdtójsznyi, síma felületű, tömött tapintatú, meglehetősen élesen elhatárolt, ép nyálkahártyával borított térfogatnagybodás, mely felfelé az orrgarat-ürbe, lefelé a hypopharynxba, a VII. nyakcsigolya magasságáig terjedt, jobbfelé a középvonalon túl ért, balfelé az állkapocs szöglete alá folytatódott, s hátsó felszínén alapjával a gerincoszloppal összekapaszkodott. A beteg hangja dunnyogó, consistensebb anyagokat egyáltalában nem, folyadékokat is csak nehezen nyel.

A valószínűségi diagnosis jötermészetű daganat (fibroma?) volt, melyet vitalis indicatio alapján kellett eltávolítani. A műtétet localis vezetési anaesthesiában végezte: a Krönlein-féle pharyngotomia lateralisnál ajánlott metszésből kiindulva, az art. carotis ext. lekötése után a musc. digastricus hátsó hasa alatt hatolva a mélybe, a tumort sikerült a pharynxnyálkahártya megsértése nélkül tompán kifejteni; csupán a hátsó, közvetlenül a gerincoszlop előtt fekvő s a ligament. longit. anter.-szal szorosan összetapadt felületének leválasztása igényelt nagyobb erőfeszítést. A műtét utáni napon a beteg már jól nyelt, sebgyógyulás per primam.

A kiirtott daganat 10,5 × 5,5 × 4,0 cm. átmérőjű és kötőszövetes hártába burkolt, sejtdús puha fibromának bi-

zonyult. Az ily esetek felettébb ritkák az irodalomban, összesen 7 hasonló localisatiójú fibroma-eset van közölve.

Balogh Ernő: Az agyalap lágyburkán fejlődött cholesteatomák.

A 22 éves leány 2 év előtt a fejét ért traumára vélte visszavezethetni a panaszait, melyek 6 heti klinikai megfigyelése alatt: a n. cochlearis, n. vestibularis, n. facialis (b. o. paresis), n. oculomotorius (bal m. rectus int. és m. sphincter pup. paresise) s a kisagy részéről jelentkező tüneteknek bizonyultak. Influenzás eredetű bronchopneumonia, mint intercurrentis betegség, okozta halálát.

A boncolás-lelet a klinikai diagnosis-nak (tumor cerebri) megfelelően erősen feszes kemény agykéreg, lelapult, egymáshoz simuló agytekervények s a jobb scala posticában, a híd és kisagy közti szögletben a felszínről féldiónyira kiemelkedő daganat. A tumor nyomást gyakorolt a jobb pedunculus cerebri-re, a hidat (jobb felét behorpasztva) félretolta s mélyen betejedt utóbbinak az állományába. A daganat egészében 52 × 44 × 43 mm. méretű. A friss készítményről készült autochrom diapositiven bemutatja a daganat dudoros felszínének selymes gyöngyházfényét. A daganat állományából (mely fehéres, tompa viaszfényű, puha törmelékes anyagból állott) górcsövi metszeteket készített. Kis nagyítás mellett készült topographiai-histologiai képen demonstrálja az agyállomány passiv viselkedését (csekélyfokú összenyomatás). Ez utóbbit elválasztja a tumortól egy elég széles, magszegény, vérerdús kötőszöveti sáv, melyen a daganat-sejtek merőlegesen ülnek. A daganat sejtszegény, legidősebb, legfelső sejtjei összefüggő pikkelyek alakjában lehámlanak s belőlük képződik a daganat főtömegét alkotó törmelékes anyag. A nagy nagyítás mellett készült képen (haematoxylin-van Gieson-festés) a daganatsejtek közvetlenül egymás mellé illeszkedő plasmadús és chromatinszegény magvú, alakilag a hámsejteknek teljesen megfelelő sejtek. A legfelső sejtsorokban haematoxylinnel kékesre festődő, a keratohyalin-szemcsékhez megszólalásig hasonló apró pontocskákat láthatunk. Ezek fölött a pikrinnel intenzíve sárgára festődött, sokszorosan finom lamellaris rétegzettségű réteg helyezkedik el, mely az Ernst-féle specifikus szarufestődést is adta s így kétségtelenül szarunak ismerendő el. A daganat pépes tömegéből készített nativ készítményekben sok cholesterin-kristály volt.

A bemutatott daganat makroszkopos és mikroszkopos viselkedése szerint az agyalap lágyburkán keletkezett hámeredetű daganatnak, még pedig cholesteatomának felel meg. A cholesteatomák hámeredetű meggyőzően először *Bostroem* bizonyította be. Szerinte a fejlődés folyamán a másodlagos agyhólyagcsák kialakulása idején lefűződött hámcsírákból fejlődnek a lágyburki cholesteatomák. Utóbbiak tehát nem valódi blastomák, hanem az ú. n. *E. Albrecht*-féle choristomák. A bemutató a daganatot elég ritka volta, jókora nagysága, localisatiója miatt, de meg azért is érdemesnek tartotta a bemutatásra, mert a hasonló szerkezetű, elhelyeződésük folytán életveszélyessé válható daganatok hozzáférhetőség esetén a szakavatott sebész hálás műtéti anyagai lehetnek, teljes enucleatiójuk után recidiva nem várható.

Scipiades Elemér: Torzszülött.

Egy koponya-hasadékos, agysérves, jobboldali arc-, felsőajak- és szájpadahasadékos, továbbá ujjihiányos egyes torzot mutat be. Mindenekelőtt az arc kiképződésének rendes mechanismusát ismerteti s ennek alapján utal arra, hogy esetében a fejlődés menetébe valamely olyan zavaros tényezőnek kellett beleszólnia, mely megakadályozta a jobboldali arcnyúlványnak a homloknyúlvánnyal való találkozását nemcsak, hanem megakadályozta a koponyatetőt alkotó csontok egy részének s alattuk az agyvelő egy részének teljes kifejlődését, sőt a bal alsó végtag kivételével az összes végtagokon az ujjak részleges lefűződését, illetőleg tökéletlen kifejlődését is előidézte.

Ezután, minthogy a torzképződésekkel foglalkozó tudomány az a feladata, hogy lehető pontos feleletet adjon arra a két kérdésre, hogy az ilyen fejlődési rendellenességek

mely okból és a fejlődésnek milyen idejében keletkeztek, esetében erre vonatkozólag is ezen két kérdésre igyekezett megfelelni. Miután rámutatott azon külső és belső okokra, melyeket a tudomány eddig a fejlődési rendellenességek előidézőiként felismert, demonstrálta, hogy esetében a fejlődési rendellenességet egy a koponyatetőn szélesen keletkezett amnialis letapadás okozta, mely heges köteg alakjában onnan a jobb szemüreg felső széléig volt követhető s annak a jobb arczfélre kiterjedő vongálása még a bonczolásakor is ellenőrizhető volt. Ez gátolta meg az arcznyúlvány és homloknyúlvány egyesülését jobboldalt s a koponyatető és az agyvelő hiányos kifejlődését. Ugyanez a behúzódó amnialis tapadás megszüktette a magzatot burkoló amnialis tokot is a magzat fej- és fark-végén, a mi az ujjak lefűződésére, illetőleg azoknak tökéletlen kiképződésére vezetett.

Hogy vajjon az a körülmény, miszerint e torz anyja közel rokon nagyszülöktől származott s a terhesség első idejében epilepsziás görcsökben szenvedett, hozzájárulhatott-e az említett fejlődési rendellenesség létrejövételéhez, nem dönthető el, de felemlítésre érdemes, mert némelyek ilyen okokban is keresik a fejlődési rendellenességek származását.

Fejlődéstani tapasztalatok alapján e torzképződés keletkezése idejét elméleti valószínűséggel az embryonalis élet 3—7. hete közé teszi. S hogy az ilyen fejlődési rendellenességek valóban így módon és ez időben keletkeznek, azt egy másik hasonló fejlődési rendellenességben szenvedő olyan magzaton demonstrálta, mely ismeretlen egyén által magzatelhajtás céljából eszközölt burokrepesztés után a terhesség V. hónapjában placentástól s a magzat fején amnialis felületével még teljesen tapadó lepénnyel jött a világra. Ugyanebben az esetben még azt is kiderítették, hogy a torz anyjánál egy bába a magzat elhajtása céljából az első havibaj kimaradása után, tehát legfeljebb a terhesség 3—6. hete között szondázást végzett. Ekkor sérült meg tehát a pete, a minnek az észlelt fejlődési rendellenesség lett a következménye, még pedig megindulását illetőleg pontosan abban az időben, melyre a fejlődési hiba megindulását előbbi esetében elméletileg kiszámította.

Anyagában annak is utána keresett, milyen gyakran szoktak fejlődési rendellenességek általában előfordulni. Az arányszámot 0.7—1.5% közt találta, a mi az irodalom átlagával egyezik. Statisztikai összeállításra egyben támogatni látszik azt a véleményt is, hogy az utóbbi években a fejlődési rendellenességek valamelyest szaporodnak, s a mennyiben ezt mások tapasztalásai is megerősítik, véleménye szerint ennek az okát talán a nemi bajoknak, a táplálkozás nyomorúságának s a bűnös magzatelhajtást célzó beavatkozásoknak a háborús viszonyok folytán való megszorodásában lehetne keresni.

Tornai József: Adatok a szívbetegségek kórtanához és orvoslásához.

Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

Johan Béla: Kétségtelenül igen fontos befolyással van a szív működésre a coronariák nyílásának minősége, azonban úgy hiszi, hogy az enyhébb arterio-sclerosisnál ezen a helyen olyan gyakran látható zsíros, esetleg kisebb hyalinos plaque-ok a szív táplálására nagyobb befolyást nem gyakorolnak. Egészen más elbírálás alá esik a lueses aortitissnél fejlődő nyílás-szűkület. Hozzászóló is valószínűnek tartja, hogy a szív működésben nagy szerepe van a mechanikai viszonyoknak, nevezetesen a gravitációnak. A vérnek a pitvarból a kamrába való jutását egyéb tényezők mellett a nehézkedés is elősegíti. A szív hossz- tengelyének a függélyeshez való hajlása a legtöbb állapotban olyan, mint az emberben. A gerinczesek szívének a függélyeshez viszonyított helyzete az emberi szív helyzetétől csak kevésbé tér el, leginkább még a húsevőknél.

Tuszkai Ödön: A pulsus számának és minőségének a különféle testhelyzetekben való viselkedését ismerteti. Majd a terhesség 4—6. hónapjában észlelhető pulsus-labilitásról szól.

Tornai József: Megköszöni Johan érdekes hozzászólását. De újból felemlíti, hogy bonczolások alkalmával sokszor látott a coronariák szájadéka körül sclerosisos csomókat és göböket. Hangsúlyozza, hogy a sclerosisos elváltozás még akkor is, ha az a coronaria szájadékát látszólag nem szűkíti, bajt okozhat azzal, hogy az így módon rugalmatlanná változtatott coronaria-szájadék a diastole idején sem nyílnak, tágulhat ki: állandóan merev marad. Stenocardia tünetei között hirtelenül elhalt egyének bonczolása alkalmával egyik-másik esetben, mint

ismeretes, a szorgos kutatás ellenére sem találtak egyebet a halál közvetlen okául, mint a coronaria-szájadéknak sclerosis okozta említett merevségét, kisebbfokú szűkülését s esetleg az ennek nyomán támadt myodegeneratio cordist. *Tuszkai* hozzászólására megjegyzi, hogy vizsgálatai közben, mint röviden jelezte is, a pulsus számának és minőségének a különféle testhelyzetekben való viselkedését szintén figyelemmel kísérte. Erről csakis az időnek előrehaladottságára való tekintettel nem számolhatott be részletesebben. Vizsgálatait nagyjából jó szív-erővel rendelkező s többnyire egészen kompenzált billentyűbajban szenvedő betegeken és összehasonlítás végett néhány teljesen egészséges egyénen végezte. Ezeknek pedig szóba hozható pulsus-labilitást egyetlen egyszer sem tapasztalt. A rézsütfektetésnek további rendszeres alkalmazása közben a *Tuszkai* részéről szóba hozott körülményre természetesen a jövőben is figyelni fog.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A gyomor- és duodenum-fekély kezelésének új módjára vonatkozó vizsgálódásairól számol be *Holler*, a bécsi egyetem 2. sz. belklinikájának segédje. A módszer azon a feltevésen alapszik, hogy a gyomorfekély oka a vagus szervi megbetegedésében keresendő s hogy ez utóbbi protein-anyagok parenterális befecskendezésével kedvezően befolyásolható. Proteinanyag gyanánt a vaccineurint ajánlja, mint a melynek specifikus hatása van az idegszövetre. Intravenásan adja a szokásos fokozódó adagban 3 napos időközökben. Több mint 50 esetben használta eddig ezt az új kezelésmódot nagyon jó eredménnyel. Egy kúra 18 befecskendezésből áll; a szokásos szigorú diéta csak a 6. befecskendezésig tartandó be. Recidivát eddig nem látott; tekintetbe veendő azonban az, hogy legrégebb esefei is még csak fél-évesek. (Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 19. szám.)

Tabes dorsalis esetét közli *Dreyfus*, a melyben hosszú időn át következetesen folytatott salvarsan-kezelésre (a beteg összesen 10.8 gramm salvarsant, 9.1 gramm neosalvarsant és 0.6 gramm réz-salvarsant kapott) gyógyulás következett be. (Therap. Halbmonatshefte, 1921, 2. füz.)

Heveny vakbélgyulladás tabesben. *Krecke* esetében az appendicitis minden fájdalom nélkül, rázóhideggel kezdődött és csak 12 nap múlva sikerült a sepsises fertőzés oka gyanánt daganatot kimutatni a jobboldali ileocecalis tájon. A műtét destructiv appendicitist derített ki tályogképződéssel. A beteg fokozódó erőhanyatlás közben meghalt. Fájdalmi az egész betegség alatt nem voltak. (Münchener mediz. Wochenschr., 1921, 10. sz.)

Sebészet.

A perforatiós peritonitis kezeléséhez című cikkét *Haberer* tanár egyizben már leközölt két esetére való hivatkozással kezdi, melyekben átfűródott gyomor-, illetőleg duodenum-fekély utáni általános genyes hashártyagyuladást gyógyított meg. A fekélyt kimetszette, illetőleg a duodenalis fekélynél *Eiselsberg-féle* kirekesztést végzett, utána a hasüregget konyhasó-oldattal bőven átöblítette, a hasfalat pedig rétegesen teljesen elzárta. Ő a maga részéről feltétlen előnyt ad a kiöblítésnek a másik módszerrel szemben, mely a hasüreg kitörlését végzi, még pedig azért, mert a kiöblítéssel az iz-zadmány, illetőleg geny sokkal alaposabban távolítható el, a hashártya pedig jobban van kímélve, mint a durvább kitörlés által. A fertőzést okozó gócz eltávolítása általános genyes hashártyalobnál eddig csak vakbélgyulladás, pyosalpinx és körülírt bél-elhalás esetén volt szokásban, a sebészek legnagyobb része azonban akkor is minél kiadósabb és alaposabb drainézést kapcsolt hozzá. Fekélyek utáni átfűródásoknál sokan directe óva intettek a radikális beavatkozástól, még inkább a hasüreg teljes elzárásától. Már közölt és újabb, jó eredmény-nyel végződött eseteihez *Massari* és *Schwarzmann* eredményeit csatolva, arra az álláspontra jut, hogy igenis teljesen helyénvaló nemcsak a fertőzést okozó gócz eltávolítása, hanem a hasüreg teljes elzárása is, szóval a drainage elhagyása. Ez

utóbbi már régóta kultiválja. Így hivatkozik 563 gyomor- és bélműtéjére, melyekben egy alkalommal sem származott belőle baj. 460 epehólyag-kiirtás után sem alkalmazott draint, 85 vese-eltávolítását is drainezés nélkül végezte, a mit különösen a gümös sipolyképződés elkerülése céljából tart figyelemreméltónak. A hasseb teljes elzárásának előnye kézenfekvők. A hasprés élettani képessége hamarabb helyreáll, a mi részben a peristalticát, részben a légzést segíti elő nagyfokban. Kétségtelen, hogy a műtét utáni összenövések ilyen esetekben ritkábbak és kisebb fokúak. A prolapsus veszedelme csekélyebb. Az az érdekes megfigyelése, hogy különösen epehólyag-műtéteknél drainezés alkalmával sok esetben lábszár-thrombosis jelentkezett, szintén arra hívta fel a figyelmet, hogy a draint kiküszöbölje. Tisztán traditionalis dolognak tartja a minden esetben való drainagét, mert ugyan mi értelme lehet általános genyes hashártyagyuladással, mikor az egész hasüreget sok recessusával, a belek közti sok zugával amúgy sem tudja drainezni, még kevésbé egységes tályogüreggé alakítani. A belek közt pár óra alatt összetapadások képződnek, úgy hogy ezentúl hathatós, kiadós haszon nem származik belőle, ellenben a drain környezetében mesterségesen előidézett, letokolt tályog képződik.

Jelen közleményére tulajdonképpen az adott impulst, hogy az epehólyag átfúródása által okozott általános genyes hashártyagyulladás egy esetét sikerült megmentenie. 44 éves elhízott asszonyról van szó. Strumája volt kisebb szívzavarokkal. A kórelőzményből megállapítható, hogy körülbelül 17 óra előtt történt az átfúródás. Jelen állapot: a beteg halvány, icterusos, az érverés kicsiny, percenként 120, a hőmérsék csaknem rendes. A has általában, de leginkább az epehólyag táján és a jobb, illetve bal alhasi tájon érzékeny. A hasüregben sok szabad hasüri folyadék. Bélhűdés. Az epehólyag nem tapintható. 4 óra múlva műtét, behatolás ferde hasmetszéssel, aether-bódulatban. Az egész hasüreg tele van genyes epével, a haránt vastagbél genyes, erősen tapadó hártával fedett. Az epehólyag kicsiny, vörhenyes, kúpján vastag szondával átjárható átfúródásos nyílás, melyből sűrű epével kevert geny ürül. Az epehólyag különben kövekkel és kötőmelékkel van tele. Gyors szabadná tevése a mély epeutaknak, a choledochus ujjnyi vastag, egyébként ép, követ nem tartalmaz. Epehólyag-eltávolítás, a cysticus kétszeres leköttése és pontos fedése peritoneummal. Az epehólyag ágyának catguttal elvárása. Ezután a műteti seb alsó végéből hüvelykujjnal vastagabb draint vezet a Douglas-üreg jobb oldali részébe, melyen át sok folyadék ürül. Most a bal Poupert-szalag felett két ujjnyira kis nyílást ejt, melyen szintén draint vezet a Douglas-üreg jobb felébe s a hasüreget körülbelül 30—40 liter élettani konyhasós vízzel öblíti át. Közben réteges hasfalvarrat, úgy hogy mire ezel elkészül, az átöblítés is megvan. A dráinek eltávolítása, helyük bevarrása. Harmadik nap a bélműködés helyreállt, 14 nap múlva a beteg teljesen meggyógyult.

Jogosnak tartja tehát általános genyes hashártyagyuladással a drainage nélküli kezelést. Alapfeltétele, hogy a fertőzést okozó szervet, illetve szervrészletet alaposan és tökéletesen eltávolítsuk, a hasüri izzadmányt lehetőleg teljesen kiküszöböljük és hashártyától lecsupaszított helyet ne hagyjunk vissza. A mennyiben anaerob fertőzéssel állunk szemben, vagy más esetekben is óvatossági szempontból, hogy a hasfal-phlegmonét elkerüljük, nyitva hagyjuk a bőrsebet. Ez gyorsan beszarjadzik, vagy másodlagosan egyesíthető. (Wiener klin. Wochenschrift, 1920, 31. szám.) *Knyazoviczky János dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A Heyden-féle chloramin *Dobbertin* tanár vizsgálatai szerint valóban megérdemli a physiologiai antisepticum elnevezést. Csaknem tökéletesen megfelel mindama követelményeknek, a melyek a sebészeten és szülészetben az antisepticumokkal szemben felmerülnek. 1. Bacteriumölő képessége legalább olyan, mint a sublimaté, a hypochloritét 2-szeresen, a lysolét sokszorosan, a carbolét 100-szorosan múlja felül. 2. Mérgező hatása alig van, ellentétben a használatos antisepticumok legtöbbjével (sublimat, carbol, lysol).

3. A használatos töménységekben nincsen maró hatása, a sejtek fehérjéjét nem alvasztja meg. 4. Vegyileg jól jellegzett anyag, összetétele mindig egyforma, szilárd alakban határtalanul eltartható, úgy hideg, mint meleg oldatban sokáig változatlan marad. Oldata átlátszó, közömbös kémhatású; a kötőanyagot, fehérneműt nem marja meg. 5. Gyorsítja a sebek tisztulását, erőlyesen serkenti a sarjadzást, elősegíti a hámosodást, hónapokon át használat esetén sem károsítja a bőrt, szagtalanít. (Münchener mediz. Wochenschr., 1921, 14. sz.)

Parotitis epidemica eseteiben a heregyulladás elég gyakori. Megelőzésére *Bonnamour* és *Bardin* diphtheria-serum bőr alá fecskendezését ajánlja, mint a mely eljárást már 3 évvel ezelőtt ajánlotta volt egy olasz orvos. (Presse médicale, 1920, 194. szám.)

Malum perforans pedis két esetében gyors és tartós eredményt ért el *Kleinschmidt* a Röntgen-kezeléssel. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 21. szám.)

Diujodin cum digitali ismét forgalomban.

SVÁBHEGYI LIGET-SZANATÓRIUM

I., Eötvös-út 10—12.

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

T Dr. Müller Vilmos, kir. tanácsos Sanatoriuma
Tátraháza
(Magas-Tátrában.)
Reichenhalli rendszerű inhalatorium. Fekvőcsarnokok. Helió-quartzfény és specifikus therapia. Hízókúra. **Pensio** (szoba, ötszöri elsőrangú étkezés) 60 cseh korona. Prospektust küld, fölvilágosítással szolgál, cseh visumot vidékiek részére is megszerzi a sanatorium budapesti igazgatósága, József-tér 13. (Telefon: 138—05.)

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



Dr. SCHMIDT L. és Dr. WEISZ EDE
gyógyintézete üdülő betegek részére is.

Pöstyén

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden
Ingatlanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám.
állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légfürdők. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlevel-ügyben szolgál.

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

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

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

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

Telefon: József 4—12. Igazg.-tulajd.: Dr. Melha Ármánd, Dr. M.-né Hill Paula, Dr. Mandler Ottó.

ZANDER- Gyermektorna

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

PÁLYÁZATOK.

A m. kir. Népjóléti és Munkaügyi Minister Úr 16.990/1921. IV. b. számú rendelete alapján a budapesti m. kir. állami gyermekmenhelynél nyugdíjazás folytán megüresedett főorvosi állásra, nemkülönben egy másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A főorvosi állás javadalmazása a VIII. fizetési osztály III. fokozatának megfelelő évi 3600 K. törzsfizetés, a szabályszerű lakbér, a

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

EREDETI KÖZLÉSEK.

TARTALOM.

Baló József: Közlemény a budapesti egyetemi I. számú kórbonczani intézetből (igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi ny. r. tanár) és a Szt. István-kórház prosecturájáról (főorvos: Johan Béla dr., egy. m. tan.). Idegrendszeri elváltozások periarteriitis nodosa eseteiben. 223. lap.

Kassay Tivadar: Az influenza abdominalis alakjai. 225. lap.

Közkórházi Orvostársulat. (III. ülés 1921 február 23.-án.) 227. lap.
Irodalom-szemle. Könyvismertetés. S. Jessner: Schönheitsfehler und ihre Behandlung (Kosmetik). — H. Schmidt: Die Technik immunbiologischer Untersuchungsverfahren. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvos. Meyer-Bisch: Az idült izület-betegségek kezelése kénnel. — Gyermekorvos. Hamburger és Erlacher: Caries ossium non tuberculosa. — Kisebb közlések az orvogyakorlatra. 229–230. lap.
Vegyes hírek. 230. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti egyetemi I. számú kórbonczani intézetből (igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi ny. r. tanár) és a Szt. István-kórház prosecturájáról (főorvos: Johan Béla dr., egy. m. tan.).

Idegrendszeri elváltozások periarteriitis nodosa eseteiben.

Közli: **Baló József** dr., egyetemi tanársegéd.

A periarteriitis nodosa ritka megbetegedés, amelyre jellemzők a kis arteriákon testszerte szabad szemmel felismerhető csomók. A csomó helyén az érfa meggyengül s aneurysma keletkezik. Az aneurysmában rögösödés fejlődik ki s a rög szervülése az ér elzáródására vezet. Az aneurysma-képződés nem mindig jön létre. *Hart* esetében súlyos myocarditis s e miatt csökkent vérnyomás volt; szerinte az aneurysma-képződésben a vérnyomásnak van szerepe s aneurysma csak normális, vagy fokozott vérnyomás mellett keletkezik. Ha aneurysma nem is képződik, mégis az ér belhártyájának megvastagodása folytán a lumen megsűkülése áll elő. Az érfa megsűkülése, illetve elzáródása táplálkozási zavart okoz, mely táplálkozási zavar természetesen ott lesz súlyos, a hof az arteriák anastomosisokkal nem bírnak. A táplálkozási zavar így a különböző szervekben elhalásokhoz vezet. A lépben, vesében, májban, szívmozgásban infarctus-szerű elhalások fejlődnek ki s később az infarctus helyén hegesedés jön létre. A bélben a góczokkal kapcsolatban fekélyesedések keletkezhetnek. Előfordulhat a bélben az egész falra kiterjedő táplálkozási zavar s ezután perforatíós peritonitis (*Zimmermann* és *Versé* esete). Másik complicatio, a mely az aneurysmákkal kapcsolatban létrejöhethet, az érfa megrepedése s az ennek következtében előálló vérzés. Vesevérzés, gyomor-bélvérzés, agyburokvérzés fejlődhetik ki, ritkábban hasúri vérömlenyek, vesefészekvérzések állhatnak elő (*Seidel*).

A periarteriitis góczok leggyakrabban a gyomor, bél, mesenterium, cseplesz, vese, pankreas, lép, máj, szív erein fordulnak elő. Ritkább az előfordulásuk az arteria pulmonalis ágain, még ritkábban fordulnak elő periarteriitis góczok az agyban.

A periarteriitis nodosával kapcsolatban lejátszódó szövettani elváltozások az ér falában igen jellemzők. A histológiai leírások meglehetősen egyöntetűek az érfa különböző rétegeiben megjelent elváltozásokat illetőleg. Csupán a legelső histológiai elváltozások elhelyezésében találhatunk a különböző vizsgálóknál lényeges eltéréseket.

Kahlden, *Fletcher*, *Chvostek*, *Weichselbaum*, *Krzyszowski* az intimában találta meg a folyamat kiindulását. *P. Meyer*, *Ferrari*, *Mönckeberg*, *Benda*, *Hart*, *Künne* a mediát jelöli meg a kiindulás pontjául. *Kussmaul-Mayer*, *Zimmermann*, *Müller*, *Rosenblath*, *Benedict*, *Dickson*, *Bomhard*, *Schmidt*, *Longcope*, *Beitzke* szerint az adventitia betegszik meg először. *Versé* és *Bomhard* szerint az adventitia és media

megbetegedése nem igen választható el. *Graf* és *Freund* szerint a vasa vasorumól indul ki az érfa elváltozása.

Veszprémi beható vizsgálatai szerint az érfa elváltozása azzal kezdődik, hogy az adventitiában finomabb-durvább szálakban fibrines izzadmány csapódik ki. Az izzadmány később a mediát is átjutja. Az izzadmány jelentkezése után, sőt vele egyidejűleg is az adventitiában polynuclearis leukocytákból, kisebb számmal lymphocytákból álló infiltratio jelenik meg. A media és adventitia izzadmányának összefolyása után a lamina elastica externa elpusztul. A media izzadmánya az intimába s az ér lumenébe terjedhet, mikor is a lumenben thrombosis von maga után. A mikor az adventitia és media izzadmányával ivódik át s mikor a lamina elastica externa már elpusztult, a lamina elastica interna még erősen kinyúlva felismerhető, azonban később ez a réteg is elpusztulhat. A fent leírt érfa elváltozások nem az egész körfogatára terjednek ki a kis erecékének, hanem legtöbbször csak kétharmad részére. A további lefolyás az, hogy az adventitiában sarjadzások szövetszaporodás áll be, a fibrines izzadmány részben felszívódik s részben sarjszövettel helyettesítetik, a sarjadzások szövetszaporodáshoz az intima proliferatiója társul.

Kussmaul és *Mayer*, ezen betegség első leírói (1866), periarteriitisnek éppen azért nevezték a betegséget, mert szerintük a folyamat az adventitiából indul ki. A mint a különböző leírók az érfa különböző rétegeit jelölik meg a folyamat kiindulási pontjául, úgy különböző néven nevezik a *Kussmaul* és *Mayer* által leírt megbetegedést. *Hart* meso-periarteriitis elnevezést használ. *Beitzke* a panarteriitist ajánlja, de egyúttal az arteriitis nodosa elnevezést is. *Ferrari* és *Schreiber* a polyarteriitis nodosa elnevezést vezette be. *Benda* a kis arteriáknak acut multiplex aneurysmáiról szól. *Pelletan* már 1810-ben leírt egy esetet, a melynek bonczolásakor a testben elszórvva 63 aneurysmát számoltak össze; az illető beteg cachexiában halt meg.

Olyan esetek, a melyekben az agy arteriái mutattak periarteriitis elváltozásokat, igen kis számmal találhatók az irodalomban.

Chvostek és *Weichselbaum* esetében 23 éves férfin szédüléssel és hányással járó megbetegedés kezdődött, majd olyan gócztünetek jelentkeztek, melyek a bal pedunculus cerebri megbetegedésére utaltak. Két hó múlva a beteg meghalt s a sectio azt mutatta, hogy az arteria profunda cerebri sinistrán egy 2 cm. átmérőjű aneurysma volt. Ezen aneurysma megrepedése volt a halál oka. Az említett aneurysmán kívül az arteria cerebelli superior sinistrán a bal arteria fossae Sylvii is több kisebb aneurysma volt. A többi szervben és az ereken a szervezetben a periarteriitis nodosára jellemző elváltozások voltak felismerhetők. *Chvostek* és *Weichselbaum* az agy arteriáinak elváltozását periarteriitis eredetűnek tartja. Szerintük a periarteriitis nodosa lokalizálódhat az agy arteriáin s ilyen esetben a klinikai tünetek agytumor vagy encephalitis gyanúját keltik.

Müller elhúzódó, 6 hónapig tartó periarteriitis nodosa-
esetet írt le, a melyben a pia mater két arteriáján a peri-
arteriitises érelváltozásnak kezdeti stadiumát tudta felismerni.
Graf ezen eset alapján feltételezi, hogy az agy arteriái a leg-
többször azért nem betegednek meg e kórfolyamatban, mert a
betegség lefolyása aránylag rövid s Müller esetében a hosszú le-
folyást tartja annak okául, hogy az agy arteriái is megbetegedtek.

Az agy arteriáinak periarteriitises elváltozását észlelte
még Thomson, míg P. Meyer az arteria vertebralisson észlelte
a jellemző göczos érelváltozást.

A felsorolt esetekből láthatjuk, hogy igen ritkán találtak
az agy arteriáin periarteriitises elváltozásokat s még a talált
esetekből sem világlik ki az, hogy bizonyosan periarteriitises
eredetű volt-e az agyi érelváltozás, nem pedig csak találko-
zott az agy-erek valamely elváltozása periarteriitises nodosával.
E kevés észleléssel szemben Kahlden, Graf, Freund, P. Meyer,
Veszprémi, Rosenblath eseteiben az agy és gerinczvelő erein
akkor, mikor az erek egyebütt periarteriitises elváltozásokat
mutattak, elváltozások nem voltak észlelhetők. Innen eredt az
a felfogás, hogy mivel a lueses érelváltozások az agy erein
gyakran, mintegy előszeretettel jelennek meg s a periarteriiti-
ses göbök az agyban nem voltak találhatóak, a periarteriitises
elváltozás nem lueses eredetű.

Gyakrabban láthatjuk periarteriitissel kapcsolatban a
periferiás idegek elváltozását.

Kussmaul és Maier esetében a felső végtagokon par-
aesthesiák, fájdalmak, hűdések jelentkeztek, a mely elválto-
zások a törzsre és az alsó végtagra terjedtek. A felső vég-
tagok izmainak és idegeinek erein periarteriitises göczök
voltak találhatóak. Az izmok zsíros és viaszos degenerációt
mutattak. Kussmaul és Maier a klinikai tünetek okául az izom-
zat elváltozását említette fel.

Freund betegén, kinek betegsége 3 hónapig tartott és
letalis kimenetelű volt, először a végtagfájdalmakat s a lábak
gyengeségét konstataálta érzési zavarokkal egyetemben. Az
activ mozgások korlátozottá váltak, a passiv mozgások szabad-
ok voltak. Az izmok a végtagokon sorvadtak s nyomásra
fájdalmasak voltak. Az érzések minden faja egyformán
csökkent, fokozódó mértékben a végtagok distalis vége felé.
Freund a nervus ischiadicust, a plexus brachialist és a nervus
vagust vizsgálta meg. Az idegekben periarteriitises göczokat
talált. Az idegrostokon a Marchi-féle eljárással degeneratio
volt konstataálható, a Schwann-féle hüvely magjai megszap-
rodtak. Az izomzatban is voltak periarteriitises göczök s néhol
az izomrostok sorvadása, máshol elhalása volt észlelhető. Az
idegek és izmok elváltozása nem igazodott az erek elválto-
zásához, ez Freund szerint nem is várható, mert az idegek
és izmok arteriái bőven birnak anastomosisokkal.

Rosenblath esetében a végtagokon olyan erős fájdalmas-
ság jelentkezett, hogy e miatt a mozgások nem voltak ki-
vihetőek. A reflexek és a sensibilitás nem mutattak eltérést. Az
idegek és izmok arteriáin egyaránt nagy számmal voltak peri-
arteriitises göczök.

Ferrari megvizsgált periarteriitis nodosa-esetében jobb-
oldali radialisbénulás volt.

Damsch és Beitzke oly esetet észlelt, amelyben kezdet-
ben heves fájdalmak jelentkeztek a végtagokon, majd az alsó
végtagok bénulása s végül nyelési nehézségek. A betegség
3 $\frac{1}{4}$ hónapig tartott, a klinikai diagnosis Landry-paralysis,
polyneuritis, polymyositis, trichinosis között ingadozott, a
megvizsgált izomzat és idegek a kis arteriákon a periarteriitise
jellemző elváltozást mutatták. A Bolton-féle velőhüvely-
festéssel az idegekben a velőhüvelyek nagyfokú kiesése volt
konstataálható. Az izmok erei ugyanoly elváltozást mutattak,
mint az idegek erei. Az izomrostok atrophizáltak. Az atrophia
jeléül finom sárga pigmentet tartalmaztak. Előfordultak el-
zsírosodott izomrostok is. A sorvadott izomrostok között a kötő-
szövet meg volt szaporodva. A gerinczvelő semminemű kóros
elváltozást nem mutatott. Az izomelváltozás igen súlyos volt.
Sokkal enyhébb volt az idegek elváltozása. Ezért az izom-
elváltozást nem lehetett az idegelváltozás következményének
tartani. Damsch és Beitzke vegyi ártalomra gondolt, a

mely az idegeket és izmokat directe bántalmazta. Hogy az
arteriaelváltozások mennyiben coeffectumok az ideg- és izom-
elváltozásokkal, az Damsch és Beitzke szerint kérdéses.

Eidhorst polyneuritist írt le s a sectio és szövettani
vizsgálat az idegeket tápláló ereken a periarteriitis nodosára
jellemző képet mutatta.

Wohlwill megvizsgálta E. Fraenkel periarteriitis-esetéből
az idegrendszer. Ebben az esetben súlyos, gyorsan terjedő
neuritises bénulás volt a nervus peroneus és nervus tibialis
területén. Ezen idegekben a histologiai vizsgálat degeneratív
neuritist mutatott. Az idegek interstitialis szövetében semmi-
féle gyuladással lehetséges, széles alapon történik, ataxiás. A jobb pupilla
valamivel szűkebb, mint a bal. A pupillareflexek kiválthatók. Jobbra
nézésekhor horizontális nystagmus. Patellaris reactio, Achillesin-reactio
kiváltható, élénk. Wassermann-reactio vérből és liquorból negatív. A
betegnek a felvétel óta állandóan lázai vannak. A hőemelkedés 37-től
39 fokig terjedt, általában azonban 37,5, 38 fok között ingadozott, este
általában nagyobb volt, reggel sokszor normalis. A szemfenéki vizsgálat
kóros elváltozást nem tudott felismerni. Április 5-én a beteg vizeleté-
ben fehérje, vörösvérsejtek és fehérvérsejtek jelentek meg. Április 13-án
a beteg comatosussá vált, vizeletét és székletét maga alá bocsátotta és
ekkor fokozott reflexek voltak konstataálhatók Babinski-tünettől. Másnap
a beteg meghalt. Tehát betegségének egész lefolyása 6 hónapig tartott.
Végrehajtottak a betegre antilueses kúrát eredménytelenül és tumor
cerebrali diagnosissal írták ki az esetet boncolásra.

A Szt. István-kórház prosecturáján három esetet volt
alkalmunk észlelni, melyekben periarteriitis nodosa volt a
sectio alkalmával megállapítható s a melyekben klinice oly
tünetek állottak fenn, hogy egy esetben agytumor, két esetben
polyneuritis volt a klinikai diagnosis.

I. eset. Sz. G. 23 éves lakatos, 1918 december 21-én vételet
fel a Szt. István-kórház belgyógyászati osztályára. Felvételkor a beteg
előadta, hogy két hónap óta lábszáraiban szaggató fájdalmak vannak.
Ugyancsak két hónap óta lábai gyengültek, járása bizonytalan lett.
Három nap óta egyáltalán nem tud járni. Vizsgálatkor a járás csak
támogatással lehetséges, széles alapon történik, ataxiás. A jobb pupilla
valamivel szűkebb, mint a bal. A pupillareflexek kiválthatók. Jobbra
nézésekhor horizontális nystagmus. Patellaris reactio, Achillesin-reactio
kiváltható, élénk. Wassermann-reactio vérből és liquorból negatív. A
betegnek a felvétel óta állandóan lázai vannak. A hőemelkedés 37-től
39 fokig terjedt, általában azonban 37,5, 38 fok között ingadozott, este
általában nagyobb volt, reggel sokszor normalis. A szemfenéki vizsgálat
kóros elváltozást nem tudott felismerni. Április 5-én a beteg vizeleté-
ben fehérje, vörösvérsejtek és fehérvérsejtek jelentek meg. Április 13-án
a beteg comatosussá vált, vizeletét és székletét maga alá bocsátotta és
ekkor fokozott reflexek voltak konstataálhatók Babinski-tünettől. Másnap
a beteg meghalt. Tehát betegségének egész lefolyása 6 hónapig tartott.
Végrehajtottak a betegre antilueses kúrát eredménytelenül és tumor
cerebrali diagnosissal írták ki az esetet boncolásra.

A boncolási jegyzőkönyv fontosabb adatai a következők: Közép-
termetű, közepesen fejlett és rosszul táplált férfihulla, bőre igen halvány.
A szív középnagy, a coronariák kisebb ágain kölesnyi s ennél valamivel
nagyobb csomók ismerhetők fel, a melyek néhol magukban, máshol
gyöngyszerűen vannak egy-egy kis coronariaágon elhelyezve. A szív
izomzata kissé szívós, az endocardium elváltozást nem mutat. Mindkét
tüdő alsó lebenyének különösen hátulsó részében vérbő, térsztatapintatú,
metszslapljáról bőven ürül habzó savó. A hasüreg megnyitása után a
beleket vizsgálva azt találjuk, hogy a mesenterium és kis erek nagy
számmal tartalmaznak olyan göböcskéket, a melynek az arteria cor-
narián voltak. Ilyen göböcskék a cseplesz arteriáin is voltak. A májban,
a pankreasban, a lépben, a vesékben infarctusok voltak találhatóak. Az
infarctusok részben frissek, részben régiek voltak, helyenként teljesen
elhegesedve.

A lágy agyburkok elhomályosodottak és meg vannak vastagodva.
Az agyalapi erek közül a nagyobbak kóros elváltozást nem mutatnak.
A bal arteria fossae Sylvii főtrzsének elágazódása után a másodrendű
ágakon kölesnyi s még kisebb göbök voltak felismerhetők. E göbök
sokszor mélyen a lágyburkok közt helyezkedtek el, csak az egyes arte-
ria-ágnak hosszabb darabon való követése után voltak megtalálhatók.
Hasonló göböket találtunk az agy convexitásán futó lágyburki arteriá-
kon is.

Az agy állományában több helyen lágyulás volt észlelhető. Az
agyalapi dúcokban baloldalt galambtojásnyi lágyulás volt, a mely
lágyulás magába foglalta a capsula interna mindkét szárának nagy részét.
e mellett főleg a lencsemagot, kisebb mértékben a thalamust és nucleus
caudatust. A bal oldalkamara hátulsó szarvától medialisan mogyorónyi
vérzést találtunk. Hasonló nagyságú lágyulás volt a jobb capsula inter-
nában is, míg a kisagy jobb hemisphaerájában jókora babnyi
lágyulást fedeztünk fel. Az agyállományban kisebb lágyulások is voltak
elszórtan. A gyrusokra merőleges bemetszések alkalmával az derült ki,
hogy a gyrusok tengelyi részét alkotó fehér állomány ellágyult, minek
következtében a gyrusok megkeskenyedtek.

A gerinczvelőben feltűnt az oldalsó pyramispályák tájékának
szürke elszíneződése.

Mikroszkopice megvizsgáltuk a belső szerveket, agyat és gerincz-
velőt, hogy tisztázzuk a sectio's leletet, amely valamely multiplex em-
boliás folyamatnak, vagy valamely multiplex érelváltozásnak látszott
megfelelni.

A különböző szervekben az arteriák képe igen változatos volt.
Előfordult, hogy az arteria adventitiája, mediája egynemű izzadmány-
nyal volt kitöltve s az adventitia fehérvérsejtekkel beszűrődve. Gyakran

nem látunk már izzadmányt az ér falában, hanem a kötőszövetzaporodás jelei ismerhetők fel s az intima erős proliferációja. Másból a kötőszövetzaporodás az ér lumenének teljes elzáródására vezetett, néha canalisatio folytán szűk lumen keletkezett. Ezen utóbbi, régebbi eredetű periarteriitis elváltozásoktól a korai izzadmányos alakig igen sok átmenet található. Az izzadmánytermelés az ér falnak rendszeren nem egész körfogatára terjed ki, helyenkint az ér falakon körülírt tágulat észlelhető. Az ér falnak rugalmas rostokra való megfestése azt mutatja, hogy mikor a mediát izzadmány itatja át, a rugalmas rostok nem festődnek. A rugalmas rostfestés éppen ott tűnt el, a hol az izzadmány van. A régebbi, kötőszövetzaporodást mutató periarteriitis góczokban rugalmas rostok csak bizonyos helyeken, szigetszerűen találhatók. Vanak oly helyek is, a hol a folyamat lezajlásának jeleként az ér fal megvastagodása van jelen a képződött kötőszövet elhegesedésével s mégis a rugalmas rostok is, kisebb hiányokat nem tekintve, felismerhetők. Talán ily helyeken az izzadmánytermelés és az ér fal necrosis nem volt oly súlyos, mint egyebütt, vagy az elpusztult rugalmas rostok bizonyos fokig regenerálódtak.

Az agy arteriái is részben koraibb, részben régebbi stadiumait mutatták a periarteriitis nodosának. Egyik arterián, a mely a bal arteria cerebri mediának másodlagos ága volt, izzadmánytermelés és medianecrosis volt konstatálható, a rugalmas rostoknak csaknem az egész körfogatra kiterjedő elpusztulásával; másik arterián már az intimaproliferatio s a lumen nagyfokú szűkülése volt található. Találtunk egy arteriát, melyen kis aneurysma volt jelen. Az agyállomány mikroszkopiallag is jól mutatta a lágyulás tüneteit. A velőhüvelyek széteséséből származó zsírcseppeket szemcsés sejtek vették fel, amely sejtek zsúfolásig kitöltik a perivascularis nyirokmezőket. A lágyulás kiterjedése megfelel az agyalapról eredő, s periarteriitis kapcsán megbetegedett ér elágazódásának; a fehér állományban annyira terjed, mint az ér táplálási területe. Mindig megtartott a szürke állomány s a szürke állomány alatt egy keskeny fehér állományból álló szegély. A kéregállomány és ezen keskeny zóna táplálása a convexitásról történik, oly erekből, a melyek anastomosisokkal bírnak, szemben a basistról eredő arteriákkal, a melyek végarteriák. Az agyállományban a velőhüvelyek és dűc-sejtek tönkrementek, visszamaradt és megszáporodott a neuroglia és az ereket kísérő kötőszövet. Gyakori az erek adventitiájának sűrű fehérvérsejtes infiltrációja, az infiltráló sejtek legnagyobb része leukocytá, kevés a mononuclearis sejt. Az agyállományban levő lágyulásokhoz helyzetüknél fogva lehangó degeneratio társult a pyramispálya területén.

A leírt eset kapcsán tehát az egész szervezetben periarteriitis nodosa volt található, ugyanez az elváltozás volt meg az agy arteriáiban, s mint a hogy a szervekben infarctus-szerű elhalások fejlődtek ki, úgy az agyban enkephalomalacia jött létre az ér elzáródás következtében. A bal hemisphaerában lévő vérzés valószínűleg egy aneurysmás ér repedéséből eredt s ezen aneurysma keletkezése is periarteriitis érelváltozásra vezethető vissza.

(Folytatása következik.)

Az influenza abdominalis alakjai.

Irta: Kassay Tivadar dr. (Vámosgyörk).

Az influenzának általánosságban a légzőszervi alakjait tartják szem előtt. Szükségesnek tartom ezzel szemben felhívni a figyelmet annak abdominalis, gastrikus és intestinalis intoxicatiós alakjaira, melyek közt egyes úgy diagnosztikai, mint therapiiai szempontból érdekes kórformákkal találkozhattunk az 1918 nyara óta immár harmadik éve tartó influenzás időszakok alatt s a melyek némely vidéken, így Gyöngyös és a Mátraalja vidékén, de valószínűleg más helyeken is, a többi hasi megbetegedéseket messze túlszárnyaló számmal fordultak elő.

Az egészen heveny megbetegedések közt megkülönböztethetünk egy typosos, sok diagnosztikai tévedésre alkalmas adó abdominalis intoxicatiós alakot, melyet influenza-kólikának nevezhetnénk. Ez esetleg pár napi lappangás, étvágytalanság, levertség után, de egészen hirtelen is a hasban, annak egyes pontjain több-kevesebb hevességgel beálló tépőszaggató, igen kínos fájdalmakkal jelentkezik. Több esetben meghülés előzte meg a betegséget — ilyen esetben szólhatunk colica rheumaticáról —, legtöbbször azonban semmiféle kórelőzmény nem deríthető fel. A betegek sokszor nem tudnak feküdni, járkálnak vagy az ágyban feküdvé guggolnak; egyes betegek kezüket erősen a gyomortájhoz szorítják, mások azonban a gyomortáj vagy az abdomen más helyének az érintését is hevesen ellenzik. A fájdalmak rohamszerűek. Némelykor jól észrevehetően puffadt az egész gyomortájék és minden esetben kifejezett nyomás-érzékenység volt a gyomor- és a vakbél tájon (Mac Burney-ponton) Az epehólyagtáj is sokszor érzékeny, de viszont gyakran a bal hypochondriumban vagy

a köldöktájon találunk kifejezettebb érzékenységet. A nyelv alig bevont, a hőmérséklet a betegség kezdetén eddig sohasem találtam 37,5°-nál magasabbnak, később a második vagy harmadik napon a diagnosztikai jelként értékesíthető jellegzetes influenzás érdes légzés és csekély hurut fokozódásával a hőmérsék is elérhet 38—38,5°-ot. A tüdőlelet azonban legtöbbször kistökű. Olykor, bár ritkán, hányás is van, minden esetben azonban makacs, sokszor napok óta fennálló s a legerősebb hashajtókkal is alig befolyásolható székrekedés. Valódi resistentia nem tapintható, bélsárrögöket azonban főleg öregebb egyénekben olykor nagy számmal tapinthatunk.

Diagnosztikai szempontból a tüdőlelet mellett a legfontosabb s egyszersmind kórtani szempontból is értékes tünet a mindig meglévő és feltűnő bradycardia. A pulsusritkulás különben a most lefolyt influenza-járványoknak jellegző tünete volt. Ritkult az érverés az egyszerű bélkólikánál is; influenzánál azonban a pulsus-szám olykor ijesztően leszáll; volt esetem, melyben 40-re, 38-ra szállott; e mellett azonban az érverés rendszerint telt, feszes, rythmosus. Ez a tünet az önálló hasi ducok és a splanchnicus-törzs izgalma, illetve benuvása által okozott sympathicus-tünetként fogható fel: a makacs szél- és székrekedéssel járó bélparesis, a bradycardia, valamint a sokszor nagyon feltűnő arczhalványság mind a sympathicus-intoxicatio jelei. A bradycardia fokozódásával egyes betegek némelykor oly érzésről panaszkodnak, mintha „szívük elnehezédnek, összeszorítaná valami a has és gyomor felől”. Ismerjük a sympathicus és parasympathicus közti kölcsönhatást; a sympathicus hűdés tünetileg egyenlő a vagus-izgalommal. A tüdőbeli, illetve légzőszervi influenza lefolyásában időnként előfordul és a már régebbi influenza-járványokban ismert fulladásos asthmás rohamok is talán épp ebből a kölcsönhatásból magyarázhatók, legalább a therapia (sympathicotoniás szerek alkalmazása) erre utal: hiszen a mint az abdomenben előfordul intoxicatiós alak, épp úgy találkozhatunk sokszor az influenzának tisztán toxikus mellkasi alakjaival is, melyeket szintén az acut fájdalmas, kimutatható anatómiai elváltozással nem járó rohamszerű lefolyás jellemez. A légzőszervi asthma és a bélkólika közt tehát párhuzam vonható.

A betegség differentialdiagnosizálásában is, főleg ha a tüdőbeli elváltozás csekély, a hurutos légzés kevésbé kifejezett vagy csak a tüdők egyes részeire (hónaljkiúpok) szorítkozik, éppen a bradycardia a legfőbb tünet. Az appendicitis ennek figyelembevételével kizárható. A gyomortájék puffadtsága magas, duodenalis elzáródásra, a sokszor nagy számmal tapintható skybala pedig stercoralis ileusra feltétlen felhívják a figyelmünket. A tüdőlelet, a bradycardia, továbbá a széknek és a szeleknek ismételt magas, esetleg olajos beöntésekkel és erős hashajtókkal való megindítása az ileus és a szűkességé válható mütét felől megnyugtató: különben sem látunk ileusra emlékeztető nagyobb meteorismust. Vesekőnél a vizeletben legalább is kevés vér és geny rendszeren található, olykor vizelet-retentio (anuria) van jelen s így e bajra még a Röntgenfelvétel előtt gondolhatunk. Az a betegség, melylyel a legkönnyebb az összetévesztés s a melylyel kölcsönösen a legtöbbször valóban össze is tévesztik, az epeköbetegségben szenvedők epekörohama. Mind a két betegségnél találhatunk bradycardiát akkor, ha az epeút-elzáródás a ductus hepaticusban vagy choledochusban már epefelszívódásra vezetett (epesavak hatása). Epefelszívódásnál sincs azonban oly fokú bradycardia, mint influenzánál. Utbaigazíthat még a fájdalmas haszónák elrendeződése is, mely influenza-kólikánál nem typosos. Könnyebb icterus azonban olykor influenzánál is előfordul, viszont az epehólyag epekörohamnál csak akkor tapintható, ha epepangás folytán, vagy esetleg a kövek általi kitágítás miatt megnagyobbodott. Tekintetbe vehetjük még, hogy influenza megbetegedés alatt is fordulhat elő, bár ritkán, epeköroham, még inkább azonban azt, hogy az influenzabacillus gyakran okozza az epeutak gyuladást is és gyuladással váladék általi elzáródását, a mi azután szintén a fentebb leírt tüneteket (bradycardia, icterus, epehólyagtáji fájdalom) hozza létre. A tüdőlelet, valamint az összes tünetek figyelembevétele és összevetése azonban még ily-nehezebb esetekben is eligazíthat.

Fel kell végre említeni, hogy az előbb tárgyalt betegségekkel szemben viszont teljesen az influenzának most tárgyalt heveny abdominalis kórképéhez hasonló és beleilleszthetők a pneumonia, pleuritis és nephritisek kezdetén olykor előforduló ileus-szerű tünetek, annál inkább, mert tekintetbe kell venni, hogy nem mindig bacillaris influenzával állunk szemben.

A prognózis felnőtt egyéneknél teljesen jó.

A gyógykezelés tekintetében némelyek az opiumot ajánlják. Kitérően csillapítja azonban a fájdalmakat, talán még jobban, az aspirin. Ez a gyógyszer jelenleg az influenzának széles körben használt orvosszere. Gyermekeknek és gyöngeszívűeknek coffeint és digitalis-macerátumot — az infusum nem megbízható — adhatunk biztosítással. A makacs székrekedés folytán erős hashajtókra is szükségünk van, különösen ha bélsárrögöket tapinthatunk. Erőteljes hashajtás után feltűnő a javulás s a beteg napról-napra összeszedi magát. Az erős bélparesis miatt igen sokszor drastikus szereket kell alkalmazni; olykor 1 gr. calomel sem hajtja meg betegünket. Még legbiztosabban hat az aqua laxativa következő rendelési formája: Rp. Aqu. laxativ. recente par. gr. 100·0

Sal. Seignetti

Syr. mann. aa gr. 20·0

Ol. menthae gutt. II.

MDS. 2 óra alatt az egész elfogyasztandó.

Elaggott és gyöngeszívű egyének azonban ilyen drasztikus hashajtót természetesen nem szabad adni.

Számos érdekes kórfomával találkozhattunk az influenzának subacut és idült, gastrikus és gastrointestinalis alakjainál is. Egyszerű „gastrikus lázas” alakoknak tartják azon eseteket, hol gyakran magas, 39–40^o-os lázas állapot mellett a tüdőt teljesen szabadnak találjuk s a közérzet sincs súlyosabban befolyásolva. Az ajkakon és az arcon gyakran herpes jelenik meg, olykor a köztakaró más helyein is. Más esetekben a láz csekély, vagy alig van jelen. Hosszabb-rövidebb idő óta tartó gyomor- és fejfájás, feltűnő étvágytalanság, gyengeség kínozza a beteget, a ki sokszor 8–10 kgr.-ot is lesóványodik. Elsősorban kezdődő gümőkórra gondolunk. Az összetévesztés némelykor annál könnyebb, mert az influenza hurut is sokszor épp a tüdőcsúcsokra lokalizálódik: az ilyen eseteket könnyen gümőkóros tüdőcsúcsurutnak véljük s csak a pár heti kedvező és nyomtalan lefolyás nyugtat meg a baj természetéről. Ezzel ellentétben áll viszont az a sok eset, a melyben az influenza csakugyan gümőkórra praedisponál, vagy a már meglévő és lappangó csúcsfolyamatot aktiválja. Épp ez megokolttá teszi, hogy ilyen gyanus esetekben már kezdetben energikusan nyujtsunk guajacol-készítményeket, annál inkább, mert ezeket egyesek az influenzára is jó hatásúnak vélik.

Gyakran van jelen a gastrikus kórfomáknál egy typosus fájdalomérzékenységi pont nyomásra, sőt spontan is a közép-vonalban a köldök és a proc. xiphoideus közti távolság közepén. Ugyanott gyakran érezhető az abdominalis aorta erős lüktetése. Vannak esetek, hol a beteg rendkívüli gyengesége uralja a kórképet makacs székrekedés mellett. Pontos betegvizsgálat mellett sem találunk más elváltozásokat. A szorulás a legerősebb hashajtóknak is ellenáll. A midőn végre sikerül a bélhűdést oldani, a kórkép egy csapásra megváltozik, a gyengeség eltűnik s a beteg egy-két nap alatt egészséges. Erős dohányosoknál influenza kapcsán hányással, secretionalis zavarokkal (hypersecretio) is találkozunk s ilyenkor annak eldöntése adhat gondot, mennyi esik a kórképből az influenzára és mennyi a nicotín-mérgezésre.

A gastrikus és gastrointestinalis alakok gyógykezelésében igen jó hatást látunk a hashajtóktól, főleg a fentebb említett laxatívás főzettől és kiválóképpen a rendszeres bélmosásoktól.

Találkozunk azonban súlyos diarrhoeás alakokkal, olykor véres székletetekkel, a mikor természetesen pár széklet bevétele után obstipansok nyujtandók; a rögtön adott obstipansoktól kellemtelen puffadás maradhat vissza. Erős, acut anaemiát okozó vézénél rögtön gelatina subcutan vagy per os és nagy adag opium. Az ilyen diarrhoeákat sokszor heves és kínos fájdalmakkal járó bélkólikák kísérik.

Járvány nélküli időszakban az előbb tárgyalt kóralakok

felismerése, helyes értelmezése gyakran igen nehéz. Nehéz lehet olykor az idült gastrikus influenzának az idősült gyomorfekélytől való megkülönböztetése, annál inkább, mert utóbbinál is alkalmazzák a hashajtó és karlsbadi kúrát. Azután főleg ideges gyomorbántalmak jönnek szóba, hiszen az influenza ideges megbetegedésekre s különösen ideges gyomorbajra nagyon is hajlamossá tesz. Csuklás-eseteket a járvánnyal kapcsolatban halmozódottan észlelhettem; feltűnő volt, hogy suggestiv befolyásra, erős megijesztésre prompte gyógyultak, gyakran már napok óta csukló betegek is.

Csecsemőknél és gyermekeknél még nehezebb lehet olykor az influenzás tünetek helyes értelmezése. Régen tudjuk, hogy az influenza csecsemőknél az intoxicatio alimentaris teljes kórképébe mehet át. De más táplálkozási zavaroknak, dyspepsiának, sőt paedatrophianak bevezetőjeként is észlelhettem mesterségesen táplált csecsemőkön.

Felemlíthetjük még, hogy idült gyomor- és bélhurut csatlakozhatik a gastrointestinalis influenza egyes alakjaihoz.

Fontos a subacut abdominalis influenzának egy formája, melyet a typhus abdominalishoz való hasonlósága s serologiai és bacteriologiai vizsgálat nélkül vele gyakran történő összetévesztés folytán influenzatyphoidnak, influenza abdominalis typhosának lehetne nevezni. Alább foglalkozunk ezzel a kórképpel: meg kell azonban jegyezni, hogy az influenza valódi hastyphusos megbetegedésre is kétségtelenül aktíválhat (*Buday: secundaer bacteriaemias fertőzés, Szontagh: influenza-aktiválás*). Ilyen valódi typhusos átmenettel elég gyakran találkozunk typhus-járványoktól látogatott helységeken. Magyarországon sajnos, a mostoha közegészségi viszonyok miatt a has-typhus mindig meglehetősen gyakori volt, a háború óta pedig még gyakrabban találkozhatunk vele különösen olyan helységeken, hol a köztisztaságra kellő gondot nem fordítanak, tömeglakásokban, kaszárnyákban és némely községben. Ilyen értelemben beszélhetünk úgynevezett helyi dispositióról, melyet főleg a piszok, szenny szolgáltat. A lefolyt influenza-járványok alatt azután igen sokszor tehetjük azt a tapasztalatot, hogy ilyen helyeken az influenza és a typhus sokkal gyakrabban és súlyosabb lefolyással jelentkezett s az influenzának typhus abdominalissal való szövődése mindig féltő és rettegett volt.

Már a régebbi járványok alatt is voltak tapasztalatok a felől, hogy influenzához typhus csatlakozhatik és fordítva, hogy has-typhusos betegek köpetében olykor influenza-bacillusokat lehetett kimutatni. A legutóbbi járványban sok ilyen esetet észleltem. Egy családban például két családtag kezdeti typosus influenzás tünetek — rázóhideg — után a rendes klinikai tünetekkel és lefolyással járó hastyphust állott ki, míg a család másik négy tagja csak rövid ideig tartó s még abortív vagy könnyű typhusnak sem állítható, részint bronchialis, részint gastro-intestinalis alakú tiszta influenzát szenvedett át. Ugyanazon helységben egy másik családban egy 9 éves kisleányon az influenzás megbetegedést élénk fehér toroklepedékekkel járó s serumoltásra hamarosan visszafejlődött diphtheritis követte, egy hétre rá pedig typhus abdominalist lehetett megállapítani s azután ennek a kórképe alatt folyt le tovább a betegség. Az ilyen eseteket az úgynevezett associált fertőzések csoportjába kell sorolnunk s ezeknek épp az influenzával kapcsolatban láthatni legtöbb esetét (diphtheritis, erysipelas, kanyaró, vörheny, typhus, influenza mellett). Sok esetben észleltem régebbi malariának fellobbanását influenzás fertőzés kapcsán, továbbá latens lues aktiválódását, de viszont az ilyen betegek az influenzás fertőzéssel szemben is kevésbé ellenállóak.

Az előrebocsátottak figyelembevételével s tekintetbe véve még azt, hogy a hasihagymáz kórképe is rendkívül változó lehet, szó lehet abortív és ambulans typhusról, paratyphusról és tekintettel végül az influenza-typhoidnak a typhus abdominalishoz való tüneti hasonlóságára, sokszor igen nehéz a két kórfomának elkülönítése, bacteriologiai és serologiai vizsgálat nélkül. Emlékezzünk vissza, hogy Spanyolországban, hol az influenza épp gastrointestinalis formájában a legutóbbi nagy epidemia alkalmával legelőször jelentkezett, az első

időben sok esetet typhusnak tartottak. Valóban meglepő a két kórforma közt olykor a hasonlóság. Mindkét betegségben találkozunk kezdeti orrvérzéssel, bronchitis-szel és bronchopneumoniával, látunk megbetegedéseket a fül részéről — középfülhurut és labyrinthus-zavarok —, meteorismust, ileocoecalis korgást, bradycardiát, némelykor leukopeniát, bélvérzést, roseolákat, sőt egyes szerzők, így *Romberg* szerint léptumort is. A lázlefordulás is a typhuséhoz hasonlóan lépcsőszerű lehet, viszont a jellegzetes lázgörbét typhusnál sem lehet mindig észlelni és így az elkülönítéskor erre nagy súlyt nem fektethetünk. Figyelembe kell azonban venni, hogy az általános intoxicatiós állapot typhusban mindig súlyosabb. Az egész abdomen puffadtsága, a bradycardia és az ileocoecalis korgás az a három tünet, mely összetévesztésre mégis legtöbbször okot ad. Az agglutinációs eljárás alapuló kézi typhusdiagnosticumok — *Ficker*-*Pápay*-féle — a magángyakorlatban is megadnak legalább a második héten már a biztos megkülönböztetés lehetőségét; tudjuk azonban, hogy a legtöbb gyakorló-orvos ezeket is nélkülözni kénytelen s így tisztán a tüneti megkülönböztetésre és az influenza-járványval való tömeges egyidejű jelentkezésre van utalva az influenzatyphoid diagnosztikájában. Vannak mindamellett ennek a betegségnek egyes tünetei, melyek segítségével megkísérlehetjük az eligazodást. A valódi typhusos nyelv rozsdabarna, piros szélekkel és piros csúcsháromszöggel (de vigyázni kell arra, hogy pneumonia súlyos alakjainál is lehet a nyelv hasonló rozsdabarna elszíneződésű), ezzel szemben az influenzás nyelv fehér, olykor egészen krétafehér lepedékkel. Ha a bélvérzés a betegség harmadik hete körül jelentkezik, az typhusos bélvérzés, ekkor kezdenek ugyanis a nyirokplaqueok kisebesedni; influenzánál is látunk számos esetben véres széketéteket, de ezek rendetlen időközökben, olykor épp a betegség elején jelentkeznek. Külön figyelmet érdemel a dermatológiai lelet. A valódi typhusos roseolák is variálhatnak, de a gyakorlott szem előtt mégis bírnak bizonyos characterrel s bennük sokszor a kórokozó is kimutatható. Ezzel szemben az influenzás bőrruptiók a legváltozatosabb formában jelentkeznek. Látunk roseolákat, herpest, urticaria-, vörhenyszerű kiütéseket. Leggyakoribbnak mondhatók mégis a follicularis eruptiók, acne, furunculosis, s ezeknek a vállak és a hát a kedvező localisatiós helyük, esetleg terjedhetnek a mellre, hasra, karokra, homlokra is. Megjegyzendő továbbá, hogy az egyszerű influenzás bronchitis rendszerint nem szokott olyan súlyos lenni, mint a typhosus: súlyos, diffúz, bő, száraz vagy nedves hurut egyéb typhusos tünetek kíséretében typhus mellett és influenza ellen szól. A léptompulat helye influenzánál rendszeren meteoristikusan dobos, a lép nem tapintható. A hol tapintással is kimutatható lépnagyobbodás van, azon eseteket hasonlóképp a typhushoz kell sorolni.

A felsorolt differentialdiagnostikai jelek dacára is ma még csupán az *Eberth-Gaffky*-bacillus a *hastyphus* biztos jelzője. A biztos diagnoszt csak a bakteriológiai és serológiai vizsgálhat adhatja meg.

Bár az influenza lefordulása is heteket vehet igénybe, mégis kedvezőbb és a prognosisa általában jobb, mint a typhusé. A diéta kezelésnek mindkét betegségben meg kell egyeznie, egyrészt a nehéz elkülönítés miatt, de másrészt azért is, mert valóban influenzánál is előfordulnak kórboncztanilag a typhuséhoz hasonló bélfekélyek. Az antipyreticumokat illetőleg azonban tekintettel kell lennünk arra, hogy míg a salicyl-készítményeket influenzában igen kiterjedten alkalmazzák, addig typhusban épp az aspirintól és a különben divatos pyramidontól is igen sokszor rossz, sőt végzetes hatást láthatunk a szívre s így legjobb ezeket mellőzni és egyszerűen hydrotherapiás úton csökkenteni a lázat. Különbösen a hashajtóktól, de főleg a rendszeresen ismételt egyszerű langyosvizes bélmosásoktól az influenza typhoid-alakjaiban is igen jó eredményt láthatunk. Gyermkeken pedig az *Óváry* ajánlotta calomeltől mindig hamaros és feltétlenül jótékony hatást lehetett észlelni, azonban ennek a gyógyszernek a némelykor előre kiszámíthatatlan mérgező hatása kellemetlen s e miatt sokan nem használják.

Látva az influenzatyphoid és a typhus abdominalis közti nagy tüneti hasonlóságot s tekintve az előbbi betegségnek általában kedvezőbb lefordulását, önkéntelenül felvetődik a gondolat, vajjon nem bacteriumátalakulásról van-e itt szó, a mire legújabbán *Szontágh* czéloz és a mit, bár más vonatkozásban, *Preis* is említ a bacteriumok átalakulása és az újképletek közt vont analogia tárgyalsákor.

Közkórházi Orvostársulat.

(III. bemutató ülés 1921 február hó 23.-án.)

Elnök: *Haberern Jonathán Pál*.

Jegyző: *Toldy Lóránd*.

Vita *Sarbo Artur* „Lues és idegrendszer“ című előadásához.

Donáth Gyula: Wassermann a reactiójáról eleinte óvatosan csak azt állította, hogy a positiv reactio azt mutatja, hogy fertőzés történt, de bizonytalannak mondotta nemcsak a localisatiót, hanem egyszersmind azt, hogy a fertőzés még fennáll-e vagy sem. A tapasztalatok azonban, főleg a tabes és a paralysis spirochaeta-leletei azt mutatták, hogy a positiv reactio mindig spirochaeták jelenlétét jelzi. A Wassermann-reactio substratuma ellentest, tehát immunanyag lévén, egyszersmind a szervezet ellentállóképességét demonstrálja és így magában véve kedvező jelnek volna tekintendő, de ez az immunanyag nem elegendő a betegség leküzdésére. Ha a spirochaetákat mind előltük, akkor ellentestei is gyorsan kiűszöbölhetnek a szervezetből és ezért korai alapos salvarsan-kezelés után a reinfectio lehetséges, a mi azelőtt a kéneső-jod-kezelés után a legnagyobb ritkaságok közé tartozott. A vizsgáló az, hogy a fertőzettek csak csekély százaléka kap aortitist, tabest vagy paralyist. Ezüstsalvarsan után lues cerebrosinalis esetében észlelte a Wassermann-reactio negativá fordulását a vérben és liquorban, paralysis két esetében pedig a vérben a liquort nem lehetett megvizsgálni. Az idegrendszeri lues kezelését illetőleg a nehézség tabesben és paralysisben főleg a megbetegedés diffúz volta, szemben az inkább lokalizált vascularis és gummosus megbetegedésekkel. De itt is a salvarsan használata óta sokkal több eredményt tudnak felmutatni, mert sokkal erélyesebb spirochaetaölő, mint a kéneső és nagyobb diffusio-képességénél fogva könnyebben hatolhat a parenchymában elhelyezkedett spirochaetákhoz. Azonfelül a salvarsan itt roboráló hatása miatt előnyösebb a kénesőnél. Azonban kénesőkezelésre is látta a térdtünet lassú visszatérését és közölte is. Ezt, valamint a pupilla-reflex visszatérését a salvarsan-aera óta az észlelők egész sora ismertette. Ezüstsalvarsanra 9 tabes-eset közül 5-ben javulást látott (3-ban a javulás lényeges volt) a lancináló fájdalmak és a krízisek tekintetében. Öt paralytikus közül — kik közül 2 már elmeegógyintézetben volt — 4 ismét megkezdte a foglalkozását és 1, illetve 1½ év óta kifogástalanul dolgozik, noha előbb már munkaképtelen volt. De legalább 10—15 infusiót kell alkalmazni. Hasonló kedvező eredményeket közöltek kiváló német psychiaterek. Biztató az is, hogy *Weichbrodt* paralytikusoknak a halál előtt intravenásan adott ezüstsalvarsan után úgy az agyban, mint a liquorban mindig arsen tudott kimutatni és quantitative is meghatározni. Biztatók továbbá a *Knauer*-féle neo- és ezüstsalvarsan-injectiók a carotisba, melyeket *Hülll* végzett az osztályán. Intralumbalis neosalvarsan-injectiókat is alkalmazott. Érdekesekek *Tinel* és *Léroid*, valamint *Camus* kísérletei, kik natrium nucleicum combinációjával mozdították elő a salvarsan, illetőleg arsen megjelenését a liquorban.

Guszman József: *Sarbo* felveszi, hogy a syphilis folyamán újabb spirochaeta-invasio lepi el az egyes szerveket s így fejlődnek ki később a tabes és paralysis is. Ezzel szemben a hozzászóló már több ízben kifejtette, hogy leszámítva talán azokat az eseteket, melyek a legkorábbi szakban kezelés alá jutva abortive látszanak gyógyulni, a spirochaeták az első disseminálás idejében a véráram útján mindenüvé eljutnak, a hol az általuk felidézett szöveti reakciók folytán klinikai tünetek jelentkeznek. Bizonyos szervekben korán s kezeléses befolyás nélkül szabályszerűen (bőr, nyálkahártyák), más szer-

vekben és szervcsoportokban későbbben, igen nagy variációban. De a legtöbb későbbi tünet vagy szervrendszerbetegedés (idegrendszer, csontrendszer stb.) voltaképpen az első spirochaeta-transport révén eljutott, esetleg éveken át klinikai tünet nélkül veszteglő spirochaeták helyi feléledésétől és a szövetek reakciójától származik. A legtöbb recidiva is az in loco el nem pusztult spirochaeták újabb reakciókeltéséből magyarázható. Az ugyanazon helyen (például nyelv, tenyér) többször egymásután ismétlődő recidivák (melyek ugyan a mai erőlyesebb kezelésmódok miatt már ritkábban észlelhetők) más-ként nem is magyarázhatók. Egyébként is a klinikailag gyógyultnak látszó kimetszett helyek még spirochaetákat tartalmazónak bizonyulhatnak (positív oltási kísérletek). Lues-recidivák létrejöhetnek ugyan haematogen transport útján is, de mégis fontosabbak az első disseminálás óta in loco visszamaradó spirochaetákból származó recidivák vagy szervbetegedések.

A hozzászóló természetesen *Sarbó*-val együtt elveti a meta-, para- és postsyphilis fogalmakat. Ezt követelik a tabesre és paralysisre vonatkozó újabb szövettani vizsgálatok. De ezt már 1902-ben kifejtette azon közölt néhány ritka esete alapján, a melyekben tabes jelenléte mellett egyúttal lueses klinikai tünetek is voltak jelen; a mikor tehát ugyanazon egyéneken egyszerre tabes- meg typosus lues-tünetek is (például gümma) vannak jelen, nem lehet postsyphilises bántalmakról szólni.

A „syphilis à virus nerveux“ felvételét *Sarbó*-val egyetértően nem tartja helytállóknak, ha mindjárt néhány eset azt megerősíteni látszik is. A lényeges a lues különböző jelentkezésében és lefolyásában mindig az egyéni körülmények és a dispositio. Eseteket sorol fel, melyekben több beteg egy forrásból merítette a luesét és mindegyik beteg luese másként zajlott le. Egyébként ha a virus nerveux létezését vennők fel, nemcsak azoknak kellene tabest, paralyssit kapniok, a kiknek lueses infectioja ily értelemben feltűnik, hanem annak az egyének is, a ki által a lueses idegrendszeri betegek fertőződtek.

Igen fontos kérdés még az, mely a salvansan-károsodásokra vonatkozik. E tekintetben a *Sarbó* által előadott adatok igen megszívlelni valók. Hogy bizonyos károsodások előfordulnak, az valóban nem tagadható. De ha az érem másik oldalát vesszük, meg kell állapítanunk, hogy a salvansannak óriási előnyei is vannak. Az a tapasztalás, hogy a syphilis — mely egyébként már a békés években is egyre terjedt — a háborúban még sokkal nagyobb mértékben nem pusztított, kétségtelenül az erősebb kezelésnek, elsősorban a salvansan kiterjedt használatának tudható be. Különösen a háború későbbi éveiben igen erősen és rendszeresen kezelték a katonákat, sok helyütt a polgári lakosokat is. De azt is tudjuk, hogy a salvansan éppen azokat a tüneteket gyógyítja legfényesebben, a melyek leghősegesebben rejtik magukban a spirochaetákat s a helyüknél fogva is a legfertőzőbb természetűek (primaer affectiók, genitalis papulák, szájtünetek). Hiszen e helyeken a salvansan-injectio nyomán rendszerint már 24 óra után nem lehet spirochaetákat kimutatni. Bizonyos, hogy ennek a hatásnak számtalan infectio elmaradása köszönhető. Végül még a vezetése alatt álló osztályon (régii szent János-kórház) 1920-ban született 31 újszülöttről számol be. Mind a 31 csecsemő teljesen tünetmentesen (klinikailag) született, miután a syphilises anyák terhességük folyamán 1—2 erőlyes salvansan-kénesős kúrában részesültek.

Entz Béla: *Sarbó* előadásának vezető gondolata a syphilises elváltozások új kórtani beosztása. Az előadó arra igyekezett, hogy a spirochaeta-invasio feltételezhető egyes etappejai szolgáljanak a beosztás alapjául, hogy az egyes stadiumok megnevezésében már az is kifejezésre jusson, hogy hol kell a kórokozó mikrobát keresnünk. A régi klinikai beosztás — bár nem aetiologiai alapon — a primaer, secundaer, tertiaer stadiumok elkülönítésével szintén erre törekedett. A primaer stadium mintegy a localis megbetegedési időszakot jelezte, a secundaer időszak a generalizált syphilis stadiuma, a melynek tünetei a bőrön és a nyálkahártyákon jelentkeznek, a tertiaer vagy visceralis syphilis okozta eltéréseket a belső zsigerekben találjuk. Általános kórtani szempontból a lues okozta elváltozásokat már régóta másképp osztályozzuk, úgymint 1. vér-

bőségi állapotok, 2. gyuladások, és pedig mind exsudatív, mind productiv lobok, 3. túltengések, 4. specifikus szövetképződmények (gümma syphiliticum). Ezek az elváltozások is valamelyes időbeli sorrendben követik egymást. *Sarbó* új beosztásában a vezető elv, hogy a lues megfelelő időszakában a spirochaeták hol telepedtek meg; az előadó úgy véli, hogy a spirochaeták nem támadják meg kezdettől fogva az összes szöveteket, ezek nagy része hosszú időn át refractaer a spirochaetákkal szemben és felveti a kérdést, vajjon helytálló-e az utolsó állomásnak, a parenchyma megtámadásának a felvétele. A veleszületett bujakórra vonatkozó vizsgálataim alapján a beosztást a spirochaeta-invasio fokozatosságára szempontjából nem fogadhatom el minden lueses megbetegedésre. Nézetem szerint a spirochaeta-invasióban csak két időszakot különböztethetünk meg, úgy mint a helybeli és az általános fertőzés időszakát; mihelyt a spirochaeták a vérbe jutottak, megvan a lehetősége annak, hogy bármely szervben megtelepedjenek. Ezt igazolják azok az esetek, a melyekben a szervek kötőszövetében és parenchymájában minden kimutatható szövettani elváltozás nélkül a spirochaeták ezreit találjuk a szövetekben. Hogy ilyen invasio alkalmával mely szervek betegszenek meg, teljesen a véletlen műve. A veleszületett bujakórban szerzett tapasztalataim szerint nem lehet meghatározni, hogy milyen szervek fognak megbetegedni. Míg egyes esetekben a pankreas, a máj beteg, máskor a csontokban lokalizálódik a megbetegedés. A veleszületett bujakóros szerveken végzett vizsgálataimmal a spirochaetákat látszólag teljesen ép szövetekben éppen olyan tömegekben találtam, mint a súlyosan megbetegedett helyeken a kötőszövetben, az erek falában és a vérben ugyanúgy, mint a parenchyma sejtszövetében és a mirigykivezető csövek falában és váladékában.

Arra a kérdésre, hogy a spirochaeták behatolnak-e a parenchyma sejtszövetébe, határozottan igennel kell felelnünk, a mit különben készítményeimmel is igazolhatok. Az állatok spirochaetás betegségeiben a spirochaeták a parenchyma sejtszövetébe ugyancsak behatolnak, mint ezt madár-spirochaetosis készítményeimmel kimutattam.

A complementum-kötési reactio jelentőségét illetőleg nem vonnék le olyan messzemenő következtetéseket, mint *Sarbó*; véleményem szerint a positiv reactio csakis valamely symptoma értékével bír, olyan értelemben, hogy a szervezet lueses fertőzöttségét jelenti, de nem egyenértékű azzal, hogy a szervezet a reactio positiv eredményének idejében luesben beteg. Erre a következtetésre kell jutnom a malleusos állatok complementum-kötési reactiojának eredményei alapján. Igaz, hogy ez a reactio mai formájában tiszta antigen-antitest-reactio, mely tehát jobban ellenőrizhető és egyszerűbb, mint a Wassermann-reactio, értékét illetőleg azonban úgy vélem, hogy a két reactio teljesen azonos értékű s, így eredményeiket mégis összehasonlíthatjuk.

Mint ismeretes, a malleusos fertőzött állatok kiderítése céljából az agglutinációs próbát, a szempróbát és a complementum-kötési próbát végzik; a mely állatok positiv reactiót adtak, azokat kiirtották és felboncolták és így a biológiai reactiók értékét bonczolással is ellenőrizték. A háborúban, a mikor a malleus meglehetősen elterjedt, külön malleusos oszlopokba osztották az ilyen állatokat s addig, míg az állat jó erőbeli állapotban volt és nem volt nyílt malleusa, nem irtották ki. Az ilyen lovakat ismételt vérvizsgálatokkal ellenőrizték. Ugyanígy járnak el ma általában s arra a meglepő eredményre jutottak, hogy az olyan állatok, a melyek csak a positiv complementum-kötési reactio alapján választottak külön, nagyrészt meggyógyulnak, az állatok reactioja negatívvá lesz és állandóan negatív marad. Kétségtelenül szerepel e különböző viselkedésben a mikrobák virulentiája is, mint azt *Joest* hangsúlyozza.

A complementum-kötés értékének meghatározására a legbehatóbb vizsgálatokat az imént említett szerző végezte, a ki a positiv reactio alapján kiirtott állatok bonczolásakor talált elváltozásokat szövettani vizsgálatokkal is ellenőrizte; vizsgálatairól, sajnos, részletes adatokkal eddig nem számolt be.

Újabb vizsgálatok szerint a szervezet a fertőző beteg

ségek tüneteinek teljes lezajlása után korántsem szabadul meg az összes fertőző csíráktól, ezek hosszú időn át benne lehetnek a szervezetben a nélkül, hogy a gazdájukra ártalmasak lennének. Ide tartoznak például a typhusbacillus-gazdák, a kik a vizeletükkel hónapokkal a betegség lezajlása után is typhusbacillusokat ürítenek. S ha ez így van a heveny fertőző betegségekkel, nincs semmi akadálya annak a felvételnek, hogy a gümőkórral, luessel fertőzött szervezet is gyógyul, vagyis a betegség klinikai jelenségei elmúlnak, bár a fertőző mikrobák még mindig benne vannak a szervezetben. Igaz, hogy a betegség bármikor kiújulhat, újabb kóros eltérések mutatkoznak a szervezetben, de nem feltétlenül s nem minden esetben, s így egészen bizonyos, hogy a betegek jelentékeny része véglegesen meggyógyul, a szervezetben elrejtve lappangó mikrobák ártatlan parasitizmusban élnek a szervezettel s minthogy nyílt beteges góczok nincsenek, a fertőzött ember többi embertársára sem veszedelmes. Kényszerítő következetességgel erre utalnak a puella publicákon szerzett tapasztalatok. Ezek kevés kivétellel az első éven belül fertőzik magukat luessel, mihelyt azonban a lues heveny tünete lezajlottak, bár spirochaeták biztosan vannak a szervezetükben, nem inficiálnak s a legtöbb luessel fertőzést nem is ők, hanem a titkos prostituáltak közvetítik, a kik nincsenek szigorú orvosi ellenőrzés alatt, és ha kezelés alatt állanak is, semmi sem áll az útjában annak, hogy betegségük súlyos fertőző időszakában is rendszeresen üzzék a prostitutiót és terjeszték a nemi betegségeket.

A mindennapi tapasztalatok kívül a bonczolások eredményei is eléggé igazolják, hogy a lues gyógyul, mert a valóságos, kifejezett luessel elváltozások a luessel fertőzés gyakoriságához képest mégis aránylag kevés hullában mutathatók ki.

A fertőzött szervezet tehát csak tudományosan nem gyógyul, de gyakorlatilag gyógyultnak tekinthető. A szervezetben rejtőző spirochaeták bármikor bejuthatnak ismét a véráramba s haematogen úton kiújul a betegség.

A paralysis luessel eredetét az újabb vizsgálatok hatása alatt én is elismerem, megjegyzem azonban, hogy a luessel eredet az alapon nem tartottam valószínűnek, hogy a paralytikusok és tabesések szervezetében jóformán sohasem találunk tertiaer luessel elváltozásokat, például gummákat; ezen az alapon úgy véltem, hogy a paralytist és tabest talán szintén spirochaeták okozzák, de ezek nem azonosak a spirochaeta pallidával, hanem ennek varietásai, mint a hogy a gümöbacillusnak is különböző varietásait ismerjük.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

S. Jessner: Schönheitsfehler und ihre Behandlung (Kosmetik). Vierte verbesserte Auflage. Mit 11 Abbildungen im Text. Leipzig. Verlag von Kurt Kabitzsch, 1921.

Most, a midőn annyi tudatlanul, de annál bátrabban cselekvő kuruzsló kontárokodik a kozmetikában, helyénvaló, ha időnkint orvosilag jól megírt vezérfonál kerül az orvosok kezébe, melyben a kozmetika legfontosabb részei megtalálhatók. Sajnos, hogy a kozmetikának elég szűk határai vannak, mert igen sok kozmetikai hibát nem lehet kiküszöbölni. Szükséges ezért, hogy az orvos lehetőleg tudja, mely hibán lehet segíteni, melyen nem.

Jessner-nek e mintegy 10 ivre terjedő könyvecskéje már régen ismeretes a szakkörökben s most bővítve, új köntösben is megtartotta minden jó tulajdonságát. Világos, könnyed stílusban megírva megtaláljuk a könyvben mindazokat a kozmetikai zavarokat okozó bőr-, haj- és körömbetegségeket, melyek ellenében a kozmetikában tájékozott orvos sokszor sikerrel járhat el. A szükséges instrumentarium leírását és alkalmazását az ábrák jól szemléltethetővé teszik. A kis munka olvasása a legtöbb orvosnak hasznára lesz, mert ha gya-

korlatilag nem is foglalkozik a kozmetikai hibák gyógyításával, tanácsadásra, bizonyos mérvű tájékozottságra e téren lépten-nyomon szüksége lehet. *Guszman.*

H. Schmidt: Die Technik immunbiologischer Untersuchungsverfahren. Leipzig, C. Kabitzsch. Ára 18 m.

A 157 oldalas kis könyv feloleli az összes serologiai módszereket (beleértve a legújabbakat is) s azokat a gyakorlat igényeire tekintettel röviden és világosan ismerteti. Különösen értékesé teszi e munkát az, hogy az ismert és általánosan használt módszereken kívül azokat is tárgyalja, a melyek vagy nincsenek még véglegesen kipróbálva és mindenütt még nem alkalmazzák, vagy pedig csak korlátolt, illetőleg tisztán tudományos értékkel bírnak (Meinicke-, Sachs-Georgi-féle lues-reactio, Traube-féle aciditas-reactio stb.), úgy hogy nemcsak klinikai, hanem tudományos vizsgálatoknál is elsőrangú segítő eszköz. *Szili Sándor dr.*

Új könyvek:

F. Hiltmann: Die Therapie der Placenta praevia. Berlin, S. Karger. 24 m. — *E. Vogt:* Über die Entwicklung und den Ausbau der suprasymphysären Schnittentbindung. Berlin, S. Karger. 18 m. — *A. Ehrlicke:* Die Odontoplastik im Lichte der Plantationslehre. Berlin, H. Meusser. 30 m. — *W. Gut:* Vom seelischen Gleichgewicht und seinen Störungen. Zürich, Orell Füssli. 30 m. — *H. Berger:* Psychophysiologie. Jena, G. Fischer. 12 m. — *C. Adam:* Die Psychologie und ihre Bedeutung für die ärztliche Praxis. Jena, G. Fischer. 22 m. — *L. Aschoff:* Pathologische Anatomie. (Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg, Band VIII.) Leipzig, J. A. Barth. 150 m. — *M. Nonne:* Syphilis und Nervensystem. 4. Auflage. Berlin, S. Karger. 160 m. — *F. W. Oelze:* Untersuchungsmethoden und Diagnose der Erreger der Geschlechtskrankheiten. München, J. F. Lehmann. 24 m. — *H. Assmann:* Die Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen. Leipzig, F. C. W. Vogel. 330 m. — *B. Naunyn:* Die Gallensteine, ihre Entstehung und ihr Bau. Jena, G. Fischer. 20 m. — *H. Burkhard:* Die Geschlechtskrankheiten und ihre Folgen. Berlin, S. Karger. 8 m. — *L. Adler:* Die Pflege der Frau in der Schwangerschaft, im Wochenbett und bei Frauenkrankheiten. Wien, Fr. Deuticke. 7 m. — *W. Anschütz und G. E. Konjetzny:* Die Geschwülste des Magens. Teil I. Stuttgart, F. Enke. 100 m. — *E. Kretschmer:* Körperbau und Charakter. Berlin, J. Springer. 56 m. — *J. Pal:* Grundzüge der allgemeinen Lehre von den Krankheiten. Wien, Fr. Deuticke. 5 m. — *H. Werner Siemens:* Einführung in die allgemeine Konstitutions- und Vererbungspathologie. Berlin, J. Springer. 64 márka.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az idült izület-betegségek kezeléséről kénnel ír Meyer-Bisch, a göttingeni belklinika segéde. Az eljárást francia szerzők (*Bory, Delahaye és Piot* stb.) ajánlották az utóbbi években és abban áll, hogy 6—7 naponként 2—10 cm³ 1%-os kén-emulsiót (10 sulf. depur. 100-0 ol. olivarumra) fecskendezünk be intraglutealisan; használat előtt az emulsió alaposan felrázandó. A befecskendezés után 12—24 órával általános jelenségek mutatkoznak (láz, fejfájás, émelygés); egyúttal a beteg izületek fájdalmassága csökken, mozgékony-sága pedig fokozódik. Ez a javulás néha olyan nagyfokú, hogy például az egyik esetben a beteg, a kinek kezét a nagyfokú fájdalmasság miatt sínben kellett rögzíteni, 24 órával a befecskendezés után egész könnyen tudott egy többoldalas levelet megírni. Némely esetben ezt a javulást a fájdalomnak rövid ideig tartó fokozódása előzi meg. Az általános reactio 24—48 óra alatt szokott lezajlani. Ismételt befecskendezések után az általános jelenségek fokozatosan kisebbek, sőt hosszabb kezelés esetén teljesen el is maradnak, a nélkül, hogy a gyógyulásfolyamat e miatt csorbát szenvedne. Elsődleges idült arthritis 5 esete közül 4 teljesen meggyógyult, 1 javult. Idült polyarthritis rheumatica 5 esete közül 4 klinice gyógyult, 1 esetben pedig javulás következett ugyan be, de egyidejűleg egy más izületben nagyfokú visszaesés mutatkozott. Idült gerincoszlop-merevedésben szenvedő 3 beteg közül 1 panaszmentes lett, 2-nek pedig tetemesen javult az állapota. Osteoarthritis deformans eseteiben nem sok eredmény mutatkozott; arthritis urica egy esetében is eredménytelen maradt a kezelés. (Münch. mediz. Wochenschr., 1921, 17. sz.)

Gyermekorvostan.

Caries ossium non tuberculosa címmel közöl esetet a gráci gyermekklinikáról *Hamburger és Erlacher*. Az eset súlyos idült multiplex csontgümőkör benyomását tette; a jobb könyökön, a jobboldali 3. bordán, a keresztcsonton, a jobb ülőgumón, a bal trochanteren, a bal csípőn, a jobb térden és főleg a fungusosan erősen megvastagodott, több fistulával bíró jobb lábon részben gyógyult, részben még fennálló csontgyenedés tünetei voltak láthatók. A jelenleg 12 éves gyermek betegsége három év előtt kezdődött a jobb láb megduzzadásával és fájdalmasságával. A néhány hét múlva végzett bemetszések eleinte nem adtak nyert, csak valamivel később indult meg a gyenedés. A fentebb felsorolt helyeket egy év alatt támadta meg a kórság. A pontos klinikai vizsgálat kimutatta azonban, hogy a baj nem gümőkóros eredetű. A cutan és a szűrési reactio 1 és 10 milligramm tuberculinra negatív volt; 100, sőt 1000 milligramm tuberculinra sem állott be láz, hanem csak mérsékelt duzzadás a befecskendés helyén. A beteg vérében nem voltak anticutinok (antituberculinok) kimutathatók. A szövettani vizsgálat semmiféle gümős jelleget nem mutatott. Az ismételt állatkísérlet granulatiós szövetbeoltásával eredménytelen maradt. Megjegyzendő, hogy a vér Wassermann-reactiója is negatív volt. Hasonló eseteket ismertettek már (*Friedländer, Sandt, Spitz*), de ezekben nem vették igénybe a használható összes vizsgálómódot a baj gümőkóros voltának kirekesztésére, úgy hogy a fentiekben közölt eset az első, a mely kétségbevonhatlanul bizonyítja a caries non tuberculosa körképének létezését. A baj aetiológiáját illetően még teljesen homályban vagyunk. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1921, 21. szám.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Animasa néven egy új organotherapiás készítmény jött forgalomba, a mely *Müller* (Kassel) tapasztalatai szerint nagyon jó eredménnyel használható arteriosclerosis eseteiben: a subjectiv panaszok fokozatosan csökkennek, a vérnyomás alacsonyabbá válik s a vérnek alkálisága nagy fokban tartósan emelkedik. Az animasa, a mely fiatal vágómarhák ereiből készül, tablettá alakban kapható; hosszabb időn át használandó. (*Wiener klin. Rundschau*, 1921, 5. és 6. szám.)

Lágyéktáji phagedaeniás nyirokmirigyszétesés esetét közli *Wolff*. A 30 éves, előzően teljesen egészséges leány mindkétoldali lágyékmirigyei 1919 március havában duzzadni kezdtek, fájdalmassá váltak; a bőr fölöttük megvörösödött. Ulcus a nemiszerveken, gonorrhoea nem volt kimutatható; a Wassermann-reactio negatív eredményt adott. Az ellágyult mirigyeknek éles kanállal eltávolítása után a sebzés nem gyógyult, hanem lassanként terjedő fekélylő változott, a mely minden kezeléssel dacolt (napfény- és Röntgen-kezelés, kötés kámforos borral, jodoform, eucupin, ismételt salvarsan stb.). Az állatkísérlet alapján a baj gümőkóros természete is ki volt zárható. 1920 november havában megkezdették a kóros gócz körül- és aláfecskendezését 1—2%-s vuzin-oldattal (8—10 naponként egészen 150 cm³-ig); a sebet az említett erősségű vuzin-oldatba mártott gaze-zal fedték. Már az első alkalmazás után feltűnően javult az állapot és mintegy félév alatt gyógyulás következett be. (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1921, 21. szám.)

Vegyes hírek.

Személyi hírek külföldről. *E. Fuchs*, a világhírű bécsi szemész-tanár 70. születésnapját ünnepelték e hó 14.-én. — *Knauer* gráci tanár nem fogadta el a meghívást a Wertheim tanár halálával megüresedett bécsi szülészeti tanszékére. — *Marchiasava*, a kórboncztan tanára Rómában, nyugalomba vonult. — *Fühner* közningsbergi tanárt kinevezték a lipcei egyetem gyógyszer-tanszékére.

Meghalt. *V. Urbantschitsch*, a fülészeti tanára a bécsi egyetemen. — *H. Albers-Schönberg*, a röntgenologia első rendes tanára Németországban, 56 éves korában Hamburgban. — *L. Knorr* jenai vegyettanár, az antipyrin felfedezője, 62 éves korában.

Lustig Aladár Alfréd dr., volt budapesti kórházi főorvos, 6 évi katonarorvosi hadiszolgálat okozta távollét után orvosi működését Franzensbadban ismét megkezdette.

Diujodin cum digitali ismét forgalomban.

SVÁBHEGYI LIGET-SZANATÓRIUM

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

I., Eötvös-út 10—12.

Dr. Müller Vilmos, kir. tanácsos Sanatoriuma

Tátraháza
(Magas-Tátrában.)

Reichenhalli rendszerű inhalatorium. Fekvőcsarnokok. Helio-quartzfény és specifikus therapia. Hízókúra. **Pensio** (szoba, étkezési előkészítéssel) 60 cseh korona. Prospektust küld, fűtővilágítással szolgál, cseh visumot vidéki részére is megszerzi a sanatorium budapesti igazgatósága, József-tér 13. (Telefon: 138—05.)

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete

IV., Ferenc József rakpart 26.

Telefon József 56-76

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma

IV., Párisi-u. 4. Telefon: József 104-22.

TÁTRA-szanatórium

ÓTÁTRAFÜREDEN 1020 m.

Diatésis-physikalikus magaslati gyógyintézet. — Állandóan nyitva. — Hízó- és edző-kúrák. Tüdőbetegek kizárva. — Vezető-orvos: **Dr. Gámán Béla** egyetemi magántanár. Felvilágosítást ad a Menetjegyiroda Budapest, V. Vigadó-tér 1.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrásal

Termális és fizioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet pneumatikus kamra, inhalatorium, gégyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diatésis konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: **Dr. Benzúr Gyula**, egyet. magántanár. Inhalatorium: **dr. Tölvölgyi Elemér**, egyet. m.-tanár. Gégyógyászat: **dr. Erdős Géza**. Röntgen-laboratorium: **dr. Simonyi Béla**. Laboratorium: **dr. Berger Iván**.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

VII., Városliget 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 légfürdő. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlevel-ügyben szolgál.

Ingatlanbank, Budapest, IV., Deák Ferenc-utca 17. szám és a Slovákfürdőiroda (Menetjegyiroda), Budapest, V., Vigadó-tér 1. szám.

VÍZGYÓGYINTÉZET

az Istvá. -uti Szanatóriumban. Vezető-főorvos: **Dr. Nemes Nagy Zoltán**, ideggyógyász. Telefon: József 95—08.

Újonnan átalakítva. Teljes üzemen idegeknek, üdülőknek vizkúrák. Szív-betegeknek szénsavas fürdők. Összes modern villamos gyógyeljárások. Napfürdők. Bejáró betegeknek is. — Prospektus.

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

ZANDER-ELEKTRO-HYDROTHERAPIA

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

PÁLYÁZATOK.

18182/1921. szám.

A kizárólag Bányhidától bezárólag Almásfüzitőig terjedő vonalon és annak mentén fekvő községekben lakó **betegsegélyzőpénztári tagok** egészségügyének ellátására ezennel pályázatot hirdetünk.

A pályarorvosi állásért jelenleg évi 1200 korona alap-tiszteletdíj és drágasági pótlék gyanánt ennek 300%-a, valamint évi 300 korona fuvarátalány van megállapítva, ez az összeg azonban a jelenleg folyamatban lévő tagszámlálás eredményéhez mérten fog változni.

Az említett pályarorvosi állásra pályázni szándékozó orvosokat felkérjük, hogy 5 koronás okmánybéllyel ellátott kérvényüket „A magyar királyi államvasutak budapesti üzletvezetősége I. általános osztálya” címére (Budapest, VIII. ker. Kerepesi-út 3 sz.) legkésőbb 1921. évi június hó 30.-áig küldjék be. E határidőn túl beérkező kérvényeket nem veszünk figyelembe.