

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GÖRKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK:

Szirmai Frigyes: Az újabb serologiai vizsgálati eljárások jelentősége lues congenitánál. (547—550. oldal.)

Ollé Imre: A hátsó gátor daganatairól. (550—552. oldal.)

Gajzágó Jenő: A köldökzsinór-előesésről. (552—554. oldal.)

Hainiss Elemér és Heller István: Az emésztési fehérvérsejt-változás újszülötteknél. (554—556. oldal.)

Szász Emil: A gümőkór felosztása gyakorlati szempontból, biológiai elvek alapján. (556—559. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1923 október 27-én tartott I. rendes tudományos ülése. (559—560. oldal.)

Lapszemle. *Belorvostan.* — *Sebészet.* — *Szülészet és nőgyógyászat.* — *Bőr- és nemikórtan.* (560—562. oldal.)

Diagnostika. **Petényi Géza:** A Noeggerath-féle kopogtatási módról. (562. oldal.)

Heti krónika. (562. oldal.)

Vegyes hírek. (562. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyet. nyilv. r. tanár).

Az újabb serologiai vizsgálati eljárások jelentősége lues congenitánál.

Írta: Szirmai Frigyes dr.

A complementkötési reactio új értelmezést adott a Colles-Baumes- és a Profeta-féle szabálynak, miáltal lényegesen hozzájárult a lues congenita átviteli módjára vonatkozó vitás kérdések tisztázásához; gazdagította a tünettant, bebizonyítván azon régebbi föltevést, hogy a gyermekkorban előforduló legkülönbözőbb kórformák (hydrocephalus chron., Friedreich-kór, Raynaud-féle gangraena stb.) egyes esetei lueses fertőzésre vezethetők vissza; a kezelés a pos. reactiót csak igen nehezen szünteti meg véglegesen s így a WaR. hathatósan támogatta az erélyesebb kezelésre irányuló törekvéseket. A terhes nők vizsgálatánál, a dajkaválasztás és a csecsemőgondozás terén való kiterjedt alkalmazása révén pedig a megelőzés értékes segéd-eszközének bizonyult. A leggyakoribb és legfontosabb feladata, a lues congenita korai és biztos felismerése tekintetében való értéke felől azonban igen eltérőek a vélemények.

Különösen a tágabb értelemben vett újszülöttkorban, az első két élethónapban több körülmény korlátozza a WaR. megbízhatóságát. Lueses tüneteket nem mutató újszülötteknél olykor pos. WaR. észlelhető. Ilyenkor több eshetőség állhat fenn. A 8—10. napon, ritkábban valamivel később a reactio spontan negativvá válik; a pozitív WaR. ilyenkor aspecifikus. Vagy mert a magzat véréhez a szülés alatt a nem lueses, de aspecifikus WaR.-ra szintén hajlamos szülőnő vére keveredett, vagy mert a lueses anya vérből reaginok mentek át a különben lueses nem fertőzött magzatba. Az első életnapokban fennálló pos. WaR. spontan negativvá válhat azonban biztosan lueses csecsemőknél is. (Sainz de Aya.) Más esetekben a lueses anya egyébként tünetmentes gyermekénél csupán a hosszú időn át állandóan pos. WaR. jelzi az infectiót, mely valószínűleg mint tiszta visceralis lues áll fenn. (Steinert és Flusser.) Azon csecsemőknél, kiknél a lueses tünetek csak hetekkel vagy hónapokkal a születés után lépnek fel (Rietschel felfogása szerint a terhesség végén, ill. sub partu fertőzötteknél) a pos. WaR. csak a legritkább esetekben előzi meg a klinikai tüneteket.

A manifest luesnél olykor észlelhető neg. WaR. is leginkább az első két hónapban fordul elő. Feltehető,

hogy a zsengekorú csecsemők vérenek újabbán Sachs és Oettingen, Duzár stb. által kimutatott stabilitása gátolja az e korban amúgy is hiányos antitestképzési képesség mellett a reagin-szaporulat kimutatását. Mindezek folytán az egyébként a WaR.-ról igen kedvezően nyilatkozó szerzők véleménye szerint is a serologiai lelet az első hónapokban csak feltételesen értékesíthető. Azonban idősebb csecsemőknél és gyermekeknél is észlelhetők biztos luesnél, főleg a latentia alatt, neg. complementkötési reactiók, sőt pl. Fischl és Steinert pos. spirochaeta-lelet mellett neg. WaR.-t észleltek manifest lues congenita öt esetében. Stümpke szerint feltűnően leromlott lueses csecsemőknél neg. lehet a WaR. Másfelől Nobécourt és Bonnet szerint csecsemőknél a táplálékfelvétel, különösen a szoptatás után anticomplementaer anyagok léphetnek át a vérbe, miért is szerintük a vérvételt legalább három, de még helyesebben hat órával az utolsó táplálás után kell eszközölni; átmenetileg pos. WaR.-t okozhatnak azonfelül csecsemőknél lázas megbetegedések is. (Ledermann.) Az egyébként felnötteknél is súlyos tbc.-nál, scarlatinánál, malariánál stb. leírt aspecifikus kilengések a gyermekkorban még gyakrabban fordulnak elő.

1918 óta a syphilis serologijája sokat haladt. Azon alaptól kiindulva, hogy a WaR.-nál a complementkötés bizonyos fizikai-chemiai folyamatok folytán létrejövő, ultramikroskoppal kimutatható csapadékképződés eredménye, Meinicke s töle függetlenül Sachs és Georgi macrosskopikus csapadékképződéssel járó oly módszereket dolgoztak ki, melyek az előttük mások által hasonló célból végzett eredménytelen kísérletekkel ellentétben, többszörös módosítás után immár kiterjedten alkalmaztatnak (a továbbiakban D. M. ill. SGR.). A velük foglalkozó óriási, szinte áttekinthetetlen irodalomból kitűnik, hogy e reactiók kb. 82—98%-ban megegyeznek a Wassermann-reactióval s bár ezidőszerint a WaR.-t még nem helyettesíthetik véglegesen, nagy előnyük, hogy igen egyszerűek, specifikusabbak, mint a WaR. s amellől sok vizsgáló szerint érzékenyebbek is. Hátrányuk, hogy a leolvasás csak 24—48 óra múlva eszközölhető. Dold eljárása lényegében a SGR. oly módosítása, melynél a leolvasás a már négy óra múlva beálló zavarodáson alapszik. Hasonló elveken nyugszik Meinicke zavarodási reactiója is, míg a Bruck-féle centrifugálási eljárásnál igen rövid idő alatt csapadékképződés jön létre. E három eljárást is már többben értékesnek találták, míg az egyéb módszerek és módosítások (Stern, Kahn, Hold, Hecht stb.) részben nem váltak be, részben oly rövid idő óta ismeretesek, hogy még nem történéthettek kellő utánvizsgálatok.

Ez újabb eljárásoknak a l. c. szempontjából való jelentőségével eddig feltűnően kevesen foglalkoztak (Scheer,

Castro-Freire és Meneres, Hull és Faught, Levinson). Vizsgálataik főleg a SGR-ra vonatkoznak s több tekintetben egymással ellentmondó eredményekhez vezettek.

Osszehasonlító vizsgálatainknál különösen a következő kérdéseket tartottuk szem előtt: 1. Mennyiben észlelhető lues congenitánál kétes, vagy a klinikai lelettel és a további lefolyással nem egyező Wassermann-reactiók? Mennyiben befolyásolják ezek a WaR. klinikai jelentőségét? 2. Ugyanezen tekintetben hogyan viselkednek az újabb eljárások? Mennyiben képesek a WaR-t helyettesíteni, esetleg hiányait pótolni? 3. A lueses gyermekeket szült anyáknál, tehát mai felfogásunk szerint biztosan lueses fertőzött, de nagy többségükben tünetmentes egyéneknél talált eredmények alapján mennyiben értékesek az újabb eljárások a lues latens felismerésénél?

A WaR-t 2-3 marhaszív- vagy emberszív-kivonattal végeztük, egyébként teljesen az eredeti methodika szerint. SGR-val* elérhető eredmények jórészt a használt szervkivonat minőségétől függenek; a kifogástalan extractumok készítésénél tapasztalható nehézségekre már többen utaltak. (Pl. Vágó, Lessko.) Vizsgálatainknál aránylag legjobban a Behring-művek által forgalomba hozott kivonatok váltak be; de e reakciót 48 órai thermostatban tartás után olvasva le, 1.5% NaCl-t használva és a kivonathígítást igen lassan, két szakaszban véve ki, úgy az érzékenység, mint a biztos leolvasás tekintetében kevésbé jó eredményeket kaptunk, mint a Meinicke-reactio harmadik módosításával. E reakciót és a Meinicke-féle zavarodási reakciót (Trübungsreaction, MTR.) a hageni Adler-gyógyszertár eredeti kivonataival végeztük.** A Meinicke-reactióra vonatkozólag megérősíthetjük azok nézetét, kik ezen eljárást egyszerűsége, érzékenysége, specifikus volta, könnyű leolvashatósága miatt a SGR-val szemben előnyben részesítik. (Ruete, Bering, Stempel stb.) A MTR.-nál a leolvasás egy-, illetve háromórás thermostatban való tartás után kontrollcsövek beállítására nélkül is többnyire könnyen eszközölhető, ha az extractumot és a hígító folyadékot a pipettákkal együtt összeöntés előtt 37°-ra felmelegítjük. Miután azonban kivételesen mégis előfordul, hogy a pozitív reactio későbbben áll be, szükségesnek tartjuk a leolvasást 24 óra múlva megismételni, mikor is az összes pozitív savókban csapadék-képződés áll be. Bár a MTR. ily módon igazi célját, a gyors leolvasást nem teljesíti egészen, alkalmazása értékesnek bizonyult, mert igen érzékeny és amellől specifikusnak találtuk. A Dold-reactiót kisebb számú vizsgálat után elejtettük, mert sokkal kevésbé érzékeny, mint a MTR., a leolvasás úgy a zavarodás, mint a csapadék-képződés stadiumában sokszor bizonytalan.

Osszehasonlító vizsgálatokat összesen 861 savóval végeztünk, kellő savómennyiség hiányában azonban nem minden esetben állott módunkban valamennyi reakciót elvégezni. Vizsgálataink eredményeit a következő összeállítás mutatja:

Vizsgálatok száma	WaR.	DM.	MTR.	SGR.
	861	843	577	595
Pozitív	32.5%	28.7%	29.8%	20.8%
Negatív	61.2%	70.6%	69.2%	75.2%
Kétes (+ vagy ±)	4.4%	0.7%	1.0%	2.7%
Önkötő (önpelyhesedő)	1.9%	0	0	1.3%

Az összeállításból kitűnik, hogy legérzékenyebbnak a WaR. bizonyult, azután következik a MTR., utána a D. M. és végül a SGR. A WaR. adta a legtöbb pos. de a legtöbb határozatlan (kétes vagy önkötő) eredményt is. A csapadékos eljárások eredményeinek figyelembevételével a kétes serológiai leletek száma lényegesen csökkent; kétes vagy önkötő WaR. mellett e reakciók pos. volta biztosan lues mellett szól.

Ami a reakciók egymás közötti egyezését illeti, a WaR. a D. M.-val 88.3%-ban, a MTR.-val 87.3%-ban, a SGR.-val 80.4%-ban egyezett; a D. M. és MTR. egyezése 93.5%, a D. M. és SGR. egyezése 89.2%, a MTR. és SGR. egyezése 86.8%.

Vizsgálatainkat az esetek klinikai jellege szerint csoportosítva, a részletesebb eredmények a következők:

I. Lues congenita. A) Nem kezelt esetek. Jelen vizsgálatok tartama alatt 75 csecsemőnél és 26 gyermeknél végeztünk klinikailag kétségtelen és kezelésben nem részesült lues miatt vérvizsgálatot. Ezek közül négy csecsemőnél önkötő volt a WaR., míg az összes többi esetén a WaR. pozitív, és pedig úgyszólván mindig ++++

* Med. Klin. 1918. 33.; M. m. W. 1919. 46. sz.

** M. m. W. 1919. 33.; D. m. W. 1922. 12., 1923. 19.

pozitív volt. Ezen igen kedvező eredmény ellenére sem mondhatjuk azonban, hogy nem kezelet l. c.-nál 100%-ban pozitívnak találtuk volna a WaR.-t. Az 1922 jan. 1 óta e vizsgálatok befejeztéig a klinika lues-rendelésén megfordult 248 beteg közül ugyanis 14 vételettel negatív WaR. három pedig kétes WaR. mellett luesra gyanus tünetek miatt kezelésbe. Ezek közül 10-nél, a hol rövidebb, hol hosszabb ideig tartó további észlelés a lues gyanuját nem erősítette meg. Egy eset nem tekinthető tisztázottnak. Négy negatív és két kétes reakciójú betegnél azonban kétségtelenül luesről volt szó. Ez esetek azt mutatták, hogy kivételesen és főleg egészen fiatal csecsemőknél (a fenti hat eset mind három hónapnál fiatalabb) különösen a tünetek teljes kifejlődése előtt a WaR. negatív lehet luesnél is. Ezért a l. c. gyanuja egyszeri negatív vagy kétes WaR. miatt nem ejthető el végkép, sőt adott esetben az ismételt negatív serológiai leletnél is mérvadóbbnak kell tekinteni a klinikai megfigyelést. Ami a csapadékos eljárásokat illeti, a fentebb említett 71 csecsemő közül 65-nél minden reactio pozitív volt, míg a többi hat eset (valamennyi három hónapnál fiatalabb) azt mutatta, hogy egyszer-mászor ezen eljárások is negatívek lehetnek l. c.-nál, és pedig a D. M. és a MTR. egy-egy ízben, a SGR. pedig négy ízben volt negatív. Azon négy csecsemő közül, kiknél a WaR. önkötő volt, háromnál a D. M. pozitív volt, míg a negyedik eset azt bizonyította be, hogy ilyenkor a csapadékos reakciók negatív volta még nem zárja ki a luest.

A 26 egy évnél idősebb gyermeknél valamennyi reactio pozitív volt.

Lues congenita gyanuja miatt csecsemőknél 95, gyermekeknél 61 vérvizsgálat történt.

A csecsemőknél 6-szor egybehangozóan pozitív és 82-szer egybehangozóan negatív, a gyermekeknél pedig 3-szor pozitív és 53-szor negatív volt a serológiai lelet. E negatív eseteket különösen figyeltük s bár nagyrészüket ismételt és elég hosszú időn át volt módunkban észlelni, nem akadt köztük olyan, kinél később akár a klinikai lelet, akár az újabb vérvizsgálat a negatív eredmény helyességét megcáfolta volna. A divergáló eredmények közül két csecsemőnél a WaR. pozitív volt s az eseteket lueseknek lehetett tekintenünk. Nem olyan világos a helyzet az alábbi három esetenél, amelyeknél a WaR. kevésbé érzékenynek látszott, mint a csapadékos eljárások.

1. R. J., négyhónapos, II. terhesség, I. halvaszületett, anya egy év előtt luest acquirált, graviditás alatt kezelték, jelenleg is kezelés alatt áll. Beesett orrgyök, magas homlok, fakó arcszín, kétujnyi lép, 1923. V/17. WaR. negatív, MTR., SGR. negatív, D. M. erősen pozitív. V/29. WaR., D. M., MTR., SGR. negatív. Antilueses kezelés után VII/2. WaR., D. M., MTR. negatív.

2. M. R., háromhetes, időre született, teljesen tünetmentes. Anyjánál a szüléskor pozitív WaR.-t állapítottak meg, atyjánál IV/6. WaR. +++++, D. M., MTR. pozitív; a gyermeknél IV/13. WaR. negatív, D. M., SGR. gyengén pozitív (++), IV/27. WaR., D. M., MTR., SGR. negatív. Május végéig a gyermek jól gyarapszik, lueses tünetek nincsenek. Azóta észlelésre nem járt be.

3. J. E., 13 éves, I. gyermek, a II. gyermeket, ki két évvel fiatalabb, kifejezett lues congenita miatt kezeljük. II. gyermek után két abortus, az apa luest bevall, az infectio időpontja ismeretlen, az anyánál WaR. +++++, a gyermeknél soha semmi lueses tünet nem mutatkozott, jelenleg is teljesen tünetmentes; 1923. I/30. WaR., D. M. negatív, MTR. pozitív, V/18. WaR., D. M., MTR., SGR. negatív.

Steinert és Flusser megemlítik, hogy lueses anyák klinikailag tünetmentes gyermekeiknél a WaR. gyakran ingadozó, hol pozitív, hol negatív eredményeket ad. A fenti három eset midedyikénél is az anya lueses; a gyermekeknél a WaR. negatív, de a csapadékos eljárások egyike-másika időnként pozitív; tekintettel a reakciók nagy specifikusára, melyről magunk is meggyőződünk, a pozitív eredményeket ingadozó voltak mellett sem tarthatjuk elhanyagolhatóknak. Antilueses kezelés megkezdését azonban a harmadik esetenél, kinél 13 éven át semmiféle klinikai jele a megbetegedésnek nem mutatkozott, nem tartottuk indokoltnak. Keratitis parenchymatosa és periostitis tibiae egy-egy esetében a WaR. kétes (+), a D. M. pedig kifejezetten pozitív volt. A specifikus kezelés eredménye mindkét esetben lues mellett bizonyított.

B) Kezelt eseteknél 159 vizsgálat alapján mi is, mint már sokan mások, azt állapíthattuk meg, hogy a kezelés

közben és az egyes kúrák közötti időben átmenetileg elég könnyen negatív WaR-t érhetünk el (olykor elégséges erre egyetlen neosalvarsan-injectio), de ezen negatív phasis az esetek igen nagy részében bizonyos idő múlva megszűnik és még kitartó, erélyes kezelés mellett, teljesen tünetmentes gyermekeknél is a WaR. ismét ++++ pozitívá válik, mikor is a pozitívítást többé alig sikerül megszüntetni.

Kundratitz e jelenséget úgy magyarázza, hogy ilyen esetekben a szervezetben avirulens, Hg. és As.-nel szemben resistens spirochaeták vannak, melyek a pozitív WaR-t okozó biológiai elváltozások létrejöttét állandóan fenntartják. Sajnos, másfelől az ismételt negatív WaR. sem zárja ki a recidívák lehetőségét. Hangsúlyozni kívánjuk azonban, hogy a serologiai értelemben is teljes gyógyulás lehetősége megvan; igen fontos, hogy a kezelés ne csak elég erélyesen és kitartóan történjék, hanem hogy lehetőleg az első élethónapokban kezdődjék; az első életévén túl már csak igen ritkán sikerül a pozitív WaR.-t tartósan befolyásolni. A csapadékos reakciók általában kevésbé resistensek, mint a WaR., de egyébként többnyire teljesen ugyanúgy viselkednek; olykor egyik-másik reactio pozitív, negatív WaR. mellett.

Összefoglalva tapasztalatainkat, azt mondhatjuk, hogy a lues congenita diagnózis felállítása szempontjából úgy a WaR.-t, mint a többi reactiót érzékenység tekintetében igen megbízhatóknak találtuk, ellenben a therapia eredményeinek megítélése és a prognózis szempontjából a serologiai vizsgálatok eredményei nem tekinthetők kielégítőnek. Az irodalomban a WaR. megbízhatósága ellen felhozott adatok értékelésénél figyelembe veendő, hogy az illető szerzők jórészt nem tesznek kellő különbséget kezelt és nem kezelt esetek között, aminek fontosságát már Boas nyomatékosan hangsúlyozta. Különösen három hónapnál fiatalabb csecsemőknél a serologiai reakciók negatív volta még nem zárja ki a luest, de azért e korban sem kell a serologiai vizsgálat jelentőségét túlságosan alábecsülni, mert már e korban is a lueses csecsemők túlnyomó többségénél, kifejezett tüneteknél pedig majdnem mindig pozitív a WaR. A lues congenitára vonatkozólag is teljes mértékben áll az, amit Mulzer a WaR.-ról mond: „Die WaR. ist ein Glied in der Kette der Diagnose, allerdings oft dasjenige, das dieselbe erst schliesst und festigt.“ Csecsemőknél a csak egy-két gyanus tünetre vagy az anamnesis egyes adataira támaszkodó gyanu esetén, idősebb gyermekek luesének monosymptomás alakjainak felismerésénél — így a klinikailag sokszor tuberculosisosnak imponáló szájpadelváltozások körjelzésénél — a serologiai vizsgálat sokszor egy csapásra tisztázza a helyzetet s megbecsülhetetlen szolgálatokat tesz.

Liquor-vizsgálatot csak különös indokok alapján végeztünk: Breuer, Tezner, Kaeckel, Kundratitz stb. vizsgálataiból kivehető, hogy l. c.-nál a liquor-elváltozások s köztük a pozitív WaR. is csak az esetek egy részében (29—73%) lehetők fel s belőlük biztos következtetéseket alig lehet levonni.

II. Nem lueses csecsemőktől és gyermekektől 240 savó származott. Újszülöttek savóit nem vizsgálhattuk, ezért a náluk az irodalom adatai szerint olykor tapasztalható nem specifikus reakciókra vonatkozólag csak azt jegyezzük meg, hogy a legújabb vizsgálók (Handorn és Georgi, Klasten és Kálmán) a szülőknél ily reakciókat csak elenyésző kis számban találtak, azoknak gyakorlati jelentőséget nem tulajdonítanak; az újszülötteknél valószínűleg még kedvezőbbek a viszonyok. Tapasztalataink szerint a szoptatás alig befolyásolja a serologiai reakciókat, pedig az utolsó három évben több mint 400 csecsemőnél végzett vizsgálat folyamán a vérvételt a külső körülmények folytán s e vizsgálatok alatt sokszor szándékosan igen rövid idővel a táplálás után eszközöltük. Lázás csecsemőknél nem ajánlatos vérvizsgálatot végezni; egy luesre gyanus, lázas (bronchopneumoniás) csecsemőnél a WaR. +, a DM. negatív volt, a bronchopneumonia lefolyása után a WaR. ismételt negatív volt s a lues gyanuját különben is elejthettük. A serologiai reakciókat leginkább befolyásoló betegségek közül vörhenynél 35, malariánál 4, polyarthritisnél 3, egyéb heveny

fertőző betegségeknel 28, tuberculosisnál 61, chorea minornál 23, más betegségeknel 60 vizsgálatot végeztünk. A WaR.-t vörhenynél egyszer +++-nek, kétszer ++-nek, kétszer +nek és négyszer önkötőnek találtuk, tbc.-nál, choreánál három-három ízben, varicellánál, morbillinél, vitium cordisnál egy-egy esetben láttunk +-es pozitív WaR.-t, utóbbinál Bauer szerint a digitalis-kezelés okozhatja a pozitív WaR.-t. Nem specifikus DM.-t egyszer sem észleltünk. Az MTR. gyengén pozitív volt egy súlyosan tbc.-os és egyúttal vörheny hatodik hetében levő gyermeknél, kétes (+-es) volt egy-egy ízben meningitis tbc., ill. hysteria? (pavor nocturnus?) diagnosis mellett. A SGR. vörhenynél, chorea minornál két-két esetben ++-es, tbc.-nál kétszer +-es pozitív volt, azonkívül +++-es pozitív SGR.-t észleltünk egy epilepsziás, egyébként is degenerált küllemű gyermeknél negatív WaR. és DM. mellett, ennél azonban a lues lehetősége nem volt teljesen kizárható. Általában a nem specifikus Wa.-reakciók alig bírnak gyakorlati jelentőséggel, felismerésükre a DM. igen alkalmasnak látszik.

III. Anyáknál 195, apáknál 10 vizsgálatot végezhetünk. Knöpfelmacher és Lehndorff, Baisch és Weber, Rietschel stb. vizsgálatai óta tudjuk, hogy azon anyáknál, kiknek lueses gyermekük van, a WaR. az esetek feltűnően nagy részénél (56—90%) pozitív. Minél rövidebb idő telt el a lueses gyermek megszületése óta, annál több pozitív WaR. észlelhető.

1920 szeptember 1-től 1923 június 1-ig a klinika laboratoriumában 505 ízben végeztetett egyidejűleg a WaR. az anyánál és gyermekénél: ezek közül a gyermeknél és az anyánál pozitív volt 142-szer (71,6%) a gyermeknél pozitív, az anyánál negatív volt 56-szor (28,4%). Tekintetbe véve azt, hogy túlnyomórészt egyszeri, többé meg nem ismételt vizsgálatokról van szó, azt mondhatjuk, hogy a „Colles-anyáknál“ mi is ugyanolyan számarányban találtuk pozitívnek a WaR.-t, mint ahogy az a lues latens percentualitásának (kb. 80%) egyébként is megfelel.

Az utolsó évben vizsgált 195 anya közül 114-nek lueses volt a gyermeke. Ezen anyáknál az összehasonlító serologiai vizsgálatokból az tűnt ki, hogy míg a WaR. szerint pozitív volt 63,1%, illetőleg az +-es eredményeket is pozitívnek számítva 71%, a DM. szerint 56,8%, illetve 60,4%, a MTR. szerint 69,6%, illetve 70,9%, a SGR. szerint 41%, ill. 47,4%, addig valamennyi reakció figyelembe véve legalább egy reakcióval kifejezetten positive reagált 80,7%. A WaR. szerint negatív esetek közül a legjelentékenyebben a MTR. szaporította a pozitív rectiók számát, de a DM. és a SGR. is hozzájárult az eredményhez. Az újabb reakciók által tehát a lues latens egyszeri vérvizsgálattal való felismerésének lehetősége lényegesen megnagyobbodott. E ténynek a lues congenita szempontjából különös gyakorlati jelentőséget kell tulajdonítanunk. A lues congenita megelőzése nagyfontosságú orvosi és közegészségügyi feladat. Míg Sauvage szerint 217 nem kezelt lueses anyának csak 15% élő tünetmentes gyermeke született, addig Seitz azt állapította meg, hogy ha az anyát a terhesség alatt kezelik, a gyermekek 83%-ban egészségesek. Annak azonban, hogy minden lueses nőt a terhesség alatt kezelhessünk, egyik előfeltétele a lues latens felismerése, amit, mint kifejtettük, a több módszerrel párhuzamosan végzett serologiai vizsgálat határozottan előmozdít.

Azon 84 anya közül, kinek gyermekénél luest sem a klinikai, sem a laboratoriumi vizsgálat nem mutatott ki, hatnál a WaR., azonkívül még egynél a MTR. pozitív volt. Mind a hét anya tünetmentes volt s így a Profetaféle szabályra vonatkozólag csak azt említjük meg, hogy Fischl széleskörű, igen gondos megfigyelései alapján legújabb közléseiben is fenntartja azon álláspontját, hogy a luesben szenvedő anya tünetmentes gyermeke luesel szemben egy ideig immunis lehet.

A syphilis átvitelére vonatkozólag még azt jegyezzük meg, hogy a szülők klinikai és serologiai leletéből a gyermek megbetegedésére vonatkozólag általános érvényű, minden esetben helytálló következtetéseket nem lehet levonni; anyagunkban láttunk oly esetet, hol úgy az apa, mint az anya bevallotta a luest, az anyát nem kezelték, a WaR. mindkettőjüknel ++++ -es volt s a gyermek

hosszabb észlelés alatt teljesen egészséges maradt; másfelől a gyermek manifest luessel, positiv WaR.-val születet oly szülőktől is, kik luéről mit sem tudnak s kiknél a serologiai lelet is negatív. Még azon régi tapasztalati szabály alól is, mely szerint minél régibb a luessel fertőzés eredete, annál jobb a prognózis a gyermeket illetőleg, kivételek észlelhetők.

Anyáknál, különösen szoptató nőknél az utolsó három évben végzett több száz vizsgálat folyamán sohasem látunk oly positiv, vagy akár csak kétes reakciót, melynek specifikus voltahoz kétség férhetett volna. Ezt azért említjük meg, mert pl. Wesener s újabban Siegert úgy vélik, hogy positiv WaR. egymagában nem zárja ki azt, hogy egy szoptató nőt dajkaként alkalmazzunk. Tekintettel az esetleges következményekre, ezen álláspont aligha fogadható el.

Vizsgálataink eredményeit a következőkben foglalhatjuk össze:

Lues congenitánál a WaR. érzékenyebb, mint az újabb eljárások, de azért ezek is alkalmazandók, mert igen könnyen elvégezhetők, kivételesen pozitívek lehetnek luessel gyermekeknél negatív WaR. mellett, a kétes eredmények számát csökkentik; a WaR.-val való egyezés esetén a serologiai lelet súlyát növelik, divergálás esetén az esetnek kettőzött éberséggel való megfigyelésére ösztönöznek.

Tünetmentes luessel anyáknál az újabb eljárások igen értékeseknek bizonyultak. Különösen a MTR. a luessel latens egyszeri vérvizsgálattal való felismerését lényegesen elősegíti, aminek a luessel congenita megelőzése szempontjából fontos gyakorlati jelentősége van.

Irodalom. Boas: Die WaR. 3. kiadás. — Fischl: Diagn. u. therap. Irrthümer Kindh. 6. Monatschrift f. Kh. 25. — Fischl u. Steinert: Archiv. f. Kh. 69. — Klümmer: Technik u. Methodik der Bakt. u. Serol. — Mulzer-Husler: Die syph. Erkrankungen. — Nobécourt et Bonnet: Ref. Zentralblatt f. Kh. 10. — Pfaundler: Zeitschrift f. Kh. 16. — Rietschel: Ergebnisse der inn. Med. u. Kh. 12. — Sainz de Aya: Ref. Mon. f. Kh. 21. — Steinert u. Flusser: Archiv. f. Kh. 65. — Steinert: Jahrb. f. Kh. 90. — Scheer: M. m. W. 1919, 32., 1920, 47. — Wesener: M. f. Kh. 12. stb. stb.

A budapesti kir. m. Pázmány Péter tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebely Tibor dr. egyet. ny. r. tanár).

A hátsó gátor daganatairól.

Írta: Ollé Imre dr. tanársegéd.

A hátsó gátor sebészetének kialakulása szorosan összefügg az újabbkori mellkassebészet lendületes kifejlődésével. A csigolyateslek sebészi betegségei, de főképp a nyelőcsőbe szorult idegentestek eltávolítása, az általuk okozott genyedelek levezetése s a nyelőcsőrák kiirtása azok a feladatok, melyek bár sokat foglalkoztatták a legkiválóbb sebészeket, sajnos, még jelenleg is alig vannak túl a kísérletezési állapoton. A gátortáj daganatainak eltávolítása a jobban hozzáférhetőbb elülső gátor daganataival vette kezdetét. Amburger szerint Marwedel volt az első, aki 1898-ban három elülső gátordaganatot irtott ki thorakoplastikus műtéttel. Ezen idő óta évről-évre növekszik a gátordaganatok eltávolításáról szóló casuistica, de ezek túlnyomó része az elülső gátorra vonatkozik. Enderlenek 1900-ban megjelent nagy felkészültségű és alapvető dolgozata, mely a hátsó gátor sebészetének összefoglaló compendiuma, még egyetlenegy hátsó gátorbéli daganat sikeres eltávolításáról sem emlékszik meg. Úgyhogy a rendelkezésemre álló irodalom szerint, a sikerrel eltávolított öt nyelőcsőrákot is beleértve, a hátsó gátorból eltávolított daganatok számát mindössze 15-re tehetjük. Így még minden eset tanulságos adatot képez tudásunk továbbfejlesztésére.

A gátorbéli daganatok kiindulhatnak a gátor szövetéből, vagy pedig belenőhetnek abba a szomszédságból. Ha jóindulatúak, lipomák, fibromák, dermoid és csillószőrös cysták, strumák. Ha rosszindulatúak, különféle sarkomák, endotheliomák. Elég gyakoriak az áttéti daganatok, továbbá a gümőkóros és luetikus lymphomák.

Egyik esetünk kiindulási helye sem műtétileg, sem szövettanilag pontosabban nem volt meghatározható. Szabadon nőtt a laza kötőszövetben s kórszöveti képe fibrosarkomának felelt meg. A másik chondrosarkoma volt, mely szorosan összefüggött a csigolyateslekkel, úgyhogy csak levéséssel volt róluk eltávolítható, hátrafelé átnőtt a bordaközökön is, de a bordákkal szövettanilag nem függött össze. E két daganat klinikai képe alig mutat eltérést egymástól. Majdnem azonos magasságban ültek, az V. és VI. bordáknak megfelelően, a fibrosarkoma bal-, a chondrosarkoma jobboldalt. Mindkettő részben hátrafelé terjedvén, nyomás útján vékonyították a mögöttük lévő bordákat s súlyos intercostalis neuralgiát okoztak. Ezek a fájdalmak mindkét betegnél teljes munkaképtelenséget eredményeztek s uralták ügyszólván az egész kórképet. A chondrosarkoma szorosan összenőtt a mellhártyával is s ismétlődő nagyobb fokú mellüregi bevezéseket okozott. Annak ellenére, hogy ökölnyi nagyságúak voltak és előrefelé a gerincoszlopon jóval túlnőttek s mélyen benyomultak a tüdőbe, csupán időnként fellépő köhögési inger s nehéz mellkasi nyomásérzés alkotta a mellüri szervek részéről jelentkező tünetcsoportot. A vérkeringési szervek részéről oly gyakran leírt pangási tüneteket és szív működési zavarokat nem láttuk. Bár mindkét daganat elhelyeződésénél fogva a nervus vagus és nervus sympathicus területébe esett, nem zavarta azokat működésükben. A kórisme felállítását, mint minden gátortüri daganatnál, a Röntgen-vizsgálat biztosította. A Jacobus és Key által melegen ajánlott mesterséges légmell készítését egy esetben sem végeztük.

Mindkét daganat műtete azonos elvek szerint történt. Lebonyolított lágyrészmetszés után a daganat feletti borda subperiostalis eltávolításával kezdtük meg a behatolást. A chondrosarkománál a daganat ránövése folytán a mellüreget szélesen meg kellett nyitni, hogy a daganatot egy darabban távolíthassuk el a vele összefüggő bordákkal és mellhártyával. Túlnyomásos (Roth-Dräger) készülékeink javításból vissza nem szerezhető lévén, a tüdő összeesése nagyon nehezítette a mellüreg zárását, a csigolyákból és háti izomzatból eredő nagyfokú vérzés siettetette a befejezést. A mellüregben ily módon jelentős mennyiségű vér és légmell maradt vissza; mint-hogy az összeesett tüdő helyét elfoglaló levegőt a tüdő felfújásával nem lehetett eltávolítani, ennek tulajdonítjuk a mellüregben visszamaradó vér elgenyedését, ami a gyógyulási folyamatot hónapokkal meghosszabbította.

Fibrosarkomás esetünkben, ahol pedig csak másfél cm-es mellhártyasérülés létesült, szintén bevezetés és légmell keletkezett, amit utólag szűrőcsapolással távolítottunk el. Okulva ezen két esetünkben is, minden mellkasi, illetve gátorműtételnél okvetlen szükségesnek tartjuk a mellüri nyomáskülönbözetet kiegyenlítő vagy azt pótló túlnyomásos készülék alkalmazását, s súlyos hátránynak az anélkül való operálást, bár a francia sebészek jó része — bizonyára nem mint mi ezen két esetben, kényszerűségből — most sem használja ezen, a műteti sokkot kisebbitő és a gyógyulás esélyeit javító készüléket.

Két esetünk tanulságos kórtörténete a következő:

I. K. V. 25 éves háztartásbeli beteg, fv. 1923. jan. 5-én. Előadja, hogy már hét-nyolc éve szúrásokat érez bal mellkasában. Két év előtt baloldali mellhártyagyulladás is volt. Egy év óta ezen fájdalmak, melyek főként hajlásnál jelentkeznek, mind gyakoribbakká és erősebbé váltak s az utóbbi időben annyira erősödtek, hogy miattuk munkaképtelenné vált. Hamar fárad, egy év alatt kb. öt kilót soványodott. Felvételekor a közepesen fejlett és táplált, vérszegény nőbetegnek bal hátán, az V. és VI. csigolya magasságában, a gerincoszlop és lapocka között kis tenyérnyi tompulata van, e terület ütögetésre élénken fájdalmas. A fájdalom az V. és VI. borda mentén a szegycsontig sugároz ki előre. A tompulát területén légzés nem hallható. Egyébként a mellkason kopogtatási és hallgatódzási eltérés nincsen. Rekeszmozgás nem korlátozott. Szívtompulat rendes, szívhangok tiszták. Nem köhög, köpete nincs. Nyelés rendes, vizelési zavarai nincsenek, vizeletben kóros alkatrészek nem találhatók. Szív működés rendes, mozgási zavarok nincsenek. Röntgen-vizsgálat a VI. háti csigolya magasságában az aortaív és szívcsúcs között ökölnyi, élesszélű, egymemű, mozdulatlan, a szívárnnyékból a tüdő állományába behatoló árnyékot mutat, mely a gerincoszloptól el nem különíthető és azt előre, homloksíkban egész átmérőjével túlhaladja.

Kórisme : daganat a hátsó bal gátorban. Műtét 1923. jan. 18-án (prof. Verebely), chloroform-aether bódításban. Felfelé lebonyozott, 20 cm hosszú s majdnem ugyanilyen magas, ivalakú metszés a bal mellkasfélnek hátsó oldalán a jobb gerincoszlopszélétől a daganat bal széléig. Bőr-izomlebens felpraeparálása után a Röntgen szerint kiszámított daganat alatti bordából 10 cm-nyi darabot subperiostalisan resecálunk. Eltávolítása után kitűnik, hogy a hátsó gátorüregben lágy daganat fekszik, mely a gerincoszlop felől indul ki, s megközelítésére a már resecált VII. borda kiűzése és a felette levő bordának eltávolítása szükséges. Ily módon rájuttunk az ökölnyi daganatra, mely a bal gátorlemezt és mellhártyát maga elé tolván, azokat tokká megvastagítva emelkedik ki a gerincoszlopból. A daganat élesen körülírt, úgyhogy ujjal körüljárható, miközben csak egy helyen szakad be a mellhártya $1\frac{1}{2}$ cm-es darabon. A mellhártya szakadására tamponot helyezünk, a daganatot kihámozva kiugratjuk, amikor is belőle két processus transversus között, a spatium intervertebraleba behatolva kocsony marad vissza, melyet utólag egészében könnyen távolítunk el. A daganat jobb oldalán fekszik a kissé jobbfelé félrenyomott aorta, emögött pedig a csigolyatestek sora. A kiirtott bordákon nyomási sorvadás okozta csipkéztség látható. Schol csonttal erősebb összekapaszkodás nem mutatható ki. A mellhártya sérülésének jódatgut-varianttal való bevarrása után a légyszövetet helyére visszafektetjük, a csomós varratokkal egyesítjük.

Műtét utáni második napon, I./19-én acut szívgyengeség. Analepticumok, excitantiák adagolása. I./20-a és I./22-ike között 39°5-ig emelkedő hőmérséklet. I./23-án lázalan, jól van, varratok kiszédése, prima sebgyógyulás. I./28-án VII. bordáig érő tompulat. Röntgen a mellüregben levegőt és folyadékfelszín mutat. I./29. mellkaszúrcsapolás útnán 600 cm³ hig. véres izzadmányt szívunk le. II./1-én újabb szúrcsapolás, 200 cm³ folyadék eltávolításával. II./1.—II./5-én subfebrilis. II./6-án a tompulat eltűnt, lázalan. II./9-én jól van, gyógyultan távozik. A beteg műtete óta jól van, házi teendőit zavartalanul végzi, fájdalmait eltűntek. IV./7-én gyógyultan bemutatva az Orvosegyesületben.

A kiirtott daganat vesealakú, méretei 9, 6, 5 cm; annak ellenére, hogy környezetéről könnyen volt leválasztható, külön tokkal mégsem bírt. Felszíne, mely szürkés-sárga színű, sekély barázdák és capillaris vénák által kockákra osztott. Tapintata összehúzódott izoméhoz hasonló. Metszlapja szürkés-sárgás-barna, hilus felé számos mákszem-kendermagnyi vérzéstől tarkított. A daganat nedvűs, állománya törékeny. Görcsövi metszetben az alapanyagot kevés kötőszövet alkotja, melyben sok vastagfalú ér fut le. A kötőszöveti hézagokban különböző irányban futó rétegek foglalnak helyet, melyek igen sejtdűs, kevés protoplasmájú, megnyúlt, hosszúkás magvú daganatsejtekből állanak. Számos magoszlás. A daganat-szövetben sok apró véröböl, helyenként lazább szerkezetű, s kocsonyás elfajulást mutat.

II. L. A. 30 éves cipészsegéd, felvételtől 1922 december 29-én. Kórelőzmény: Családi terheltség nincs. Gonorrhéja volt, luest tagad; félév előtt izomrheuma, 1916-ban harctéri hasi sérülés. Egy év óta jobb mellkasfélben szúrásokat érez, melyek köhögési ingerrel kapcsolatosak. Köpete nem volt. Félév előtt két héttig 38° hőemelkedéssel járó sárgasága volt, rendez színű székkel. Jobb mellkasi fájdalmak, melyek éjjel erősbödnék, három héttől annyira megnövekedtek, hogy ágyba kellett feküdni. Ekkor néhány napig 39°2-ig emelkedő lázai voltak, hidegrázás nélkül. Köpete nem volt, szék, vizelet rendez. Panaszát egy idő óta kizárólag kínzó jobb mellkásfájdalmak képezik, melyek miatt három hónap óta teljesen munkaképtelen. Nehéz légzése, fájdalmak, magas lázai miatt két ízben is feküdt a III. sz. belklinikán, 1922 októberében és novemberében, hol jobb mellkasfélben daganatot, jobb mellkasüregében izzadmányt állapítottak meg. Ugy a daganat, mint azon oldali mellkasi folyadékgyülem szúrcsapolása tiszta vért adott. Wassermann-reakciója negatív. Köpete nyákos-genyes, benne Koch-bacillus nem található. Vizeletben kevés geny. Mérsékelt leukocytosis, 11.000 körül. Daganatát Röntgen-besugárzással kezelték három irányból eredménnyel nélkül. Másodszori otttartózkodása alatt december hónapban subfebrilis, indóknént 38°8-ig emelkedő lázakkal. Jobb mellkasi izzadmánya eleinte sárga, átlátszó, majd sötétbarna, átlátszatlan. Szúrcsapolással 1200 cm³-nyit távolítottak el. Erősen soványodik, 53 kg. Osteosarkoma costae V. d. Metastases ad hilum pulmonis d. kórismével sebészhez küldik.

Felvételt XII/29-én. Lesoványodott, aggódó arkifejezésű, sápadt beteg, gerincoszlopának jobb szélén az V., VI., VII. bordák területén laposan kiemelkedő, ökölnyi, csontkemény, meg nem mozdítható terimenagyobbodást találunk, mely nyomásra mérsékelt fájdalommal, kopogtatási hang fejlette tempa, területén légzés nem hallható. Röntgen-vizsgálat: A tapintható daganatnak megfelelően a gerincoszlop jobb oldalával összefüggő, férf-

ökölnyi daganat az V—VII. bordák magasságában, mely ferde és oldalnézetben a gerincoszlopot homloksíkjában túlhaladja, Nem mozog, sem el nem mozdítható. Jobb tüdőfél kissé árnyékolt, rekeszmögés renyhe, sinus phrenicocostalis légzészor felvilágosodik. Lemezfelvételen a daganat nem egészen egyszerű, helyenként felvilágosodó, karéjzott rajzolatot mutat. Tüdővel szemben vonalszerűen élesen elhatárolt. Az V., VI., VII. borda a daganat felett megvékonyodott, keskenyezett alsó része csipkézten hiányzik. Bordák structurája és tumor-rajzolat között semmi összefüggés nem látható.

Műtét 1923. I/4. (Ollé dr.), morphiom-chloroform-aetherbódítás. Lefelé ívelt, kb. 20 cm átmérőjű lebenyben felcsapjuk a légyszövetet és látjuk a bordaközökön átburjánzó daganatot. Tőle kifelé resecáljuk az V. bordát s igyekszünk a daganatról a mellhártyát leválasztani. Ez nem sikerül, a mellhártya beszakad, mire a mellüreget lassan megtöltjük levegővel. A daganat felett 10 cm hosszban resecáljuk az V. bordát, az így kapott nyíláson át benyúlva a mellüregbe, betapintunk a daganat alá, mely el nem mozdíthatóan, szélesen függ össze a gerincoszloppal. Most jobb hozzáférés céljából az elülső metszéstől kiindulólá a daganat külső szélén négy bordán áthatolva kaput készítünk a gerincoszlop felé s így próbáljuk meg a daganatot megmozgatni, de eredmény nélkül. Erre a hosszanti háti izomzatot tompán letolva a bordákról, azokat közel csigolyatesti izületükhöz széles vésővel átvessük; a daganat most sem mozdítható meg, mire a mellüregbe vezetett kéz ellenőrzése mellett levessük a daganatot a gerincoszlop testéről s nagy erővel egy darabban kibukattjuk a bordákkal együtt. A daganat egy helyen összefüggésben maradván a gerincoszloppal, leszakad. E részt utólag még külön levessük. A mellhártyának szabad medialis végét elől lenyírjuk a daganatról. Ily módon tenyérnyi terjedelemben tág betekintést nyerünk a mellüregbe: látjuk a szabadon mozgó, összeesett tüdőt, melynek középső lebenyében a daganat mély vályút nyomott, látjuk a vena hemiazygost, az aortát, szívburkot jobb felét és a nyelöcsövet. A daganatnak a gerincoszlopról való levése kapcsán nagy vérzés indul meg a csigolyatestek közötti hézagokból, melyet ideiglenesen törő rányomásával csillapítunk. A mellüregbe folyt vért lehetőség szerint kitorólva, a mellüreg zárásához fogunk. A mellhártya fali része a daganattal tenyérnyi terjedelemben össze lészen növe, szükségképpen eltávolított. Az így létesült hiányt a tüdő középső lebenyének a szabad mellhártyaszélékhez való odavarrásával zárjuk. Túlnyomásos készülékünk nem működve, csak nagy nehézségek között sikerül a mozgó, belégzéskor összeeső, kilégzéskor felfúvódó tüdőlebenset csomós catgut-matrácvarratokkal a szabad mellhártyaszélékhez rögzíteni. A csontból és légyszövetekből eredő nagy vérzést nem sikerül kielégítő módon elállítani, miert is a beteg elesettségére való tekintettel az egész műtégi területet vioformpatyolattal tamponálva, a légyszövetet részben visszavarrjuk. Sebgyógyulás nem zavartalan. I/4—6. erős dyspnoe, pulzus 120, H. 38°2-ig emelkedik. Haemo-pneumothorax. Infusio, camphor, coffein, strychnin. I/6—8. közérzet javult. I/9—10. H. 38°8-ig. A tüdővarratok részben szétváltak. Pyo-pneumothorax, mely a seben át draineződik. I/26. H. 37°3, seb-üreg szépen sarjadzik, a beteg tüdőgyimnastikát végez. II/1—28. részben subfebrilis, zavartalan sebgyógyulás. III/5. Légyszövet-sipollyal ambuláns kezelésbe távozik. IV/7-én gyógyultan bemutatva a kir. Orvosegyesületben.

A kiirtott daganat nagysága 12—9—8 cm. Felszínének egyharmadát izomzat és fascia borítja, a többi részt vékony hártya vonja be. Felszínén erősen dudoros, felső pólusa felé elvékonyodott. A tokban számos viszér. A daganat medialis alsó részéből egy darab kiszakadt. A tölcserő hiány fenekén és az alsó póluson a daganattal együtt levésett csontot találunk. A daganat az izomzattal szorosan összekapaszkodott. Háti felszínén a két resecált borda, melyek a bordaközökön átmozgó daganat által rögzítettek. Metszlapján a lebenyekből álló daganat általában szürkés-fehér, egyes helyeken vörös és sárgás elszíneződéssel. Lebenyek a metszlapon kiemelkednek. Állománya puha, áttűnő. Végigtapintva sok helyütt érdes, meszes részeket találunk. A metszlap hátsó, középső részén, úgy szintén az alsó póluson több mogorónyi-diányi, nyákos, vörhenyes folyadékot tartalmazó üreg foglal helyet. A szövettani metszetet hyalinosan elfajult, helyenként megnyúlt sejtmagvakat feltűntető kötőszövet osztja lebenyekre, melybe véretek és kisebb-nagyobb véröblök vannak beágyazva. A lebenyeket áttűnő, egyszerű alapanyag képezi, ebben ülnek a külön udvarral bíró, két-három magot tartalmazó, sötétre festődő, váltakozó formájú, magoszlást mutató daganatsejtek. Sejtek és magvak nagysága különböző. A metszet szélét vastag, rostos kötőszövetből álló burok veszi körül.

Irodalom. *Amburger*: Zur operat. Behandlung der Brustwand und Mediastinalgeschwülste. Beitr. zur klin. Chir. 30. k. — *Enderlen*: Ein Beitrag zur Chirurgie des hint. Mediastinums. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 61. k. — *Zentralorgan f. die g. Chir. u. Grenzg.* 1—22. k. — *Zentralblatt f. Chir.* 35—50. k. — *Kütner*: Die Operationen am Brustkorb. *Bier-Braun-Kümmel*: Chir. Operationslehre. 2. k., 3. kiadás. — *Jakobus et Key*: Sur le diagnostic des tumeurs intrathoraciques etc. Act. Chir. Scandinav. 52.

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

A köldökzsinór-előesésről.

Írta: Gajzágó Jenő dr. klinikai gyakornok.

A magzat életére sokszor végzetes hatású köldökzsinór-előesést a régi orvosok nem méltatták kellő figyelemre. Ennek okát abban kereshetjük, hogy e rendellenesség folytán csak a magzat élete forgott kockán, az anyáé azonban nem. *Guillemeau* volt az első, aki leírta, *Bourgeois* pedig, aki corrigálni igyekezett ezt a kóros jelenséget, azaz reponálta az előesett zsinórt. Később, a XVII. században *Mauriceau* már lábra fordított, mert felismerte, hogy a magzat élete veszélyben forog, de tévesen azt hitte, ez az előesett zsinór meghűléséből származik. A veszély helyes okára elsőnek *Lachapelle* francia bába jött rá. Utána a szakemberek hosszú sora igyekezett e complicatióból kifolyó magzati veszélyeket kisebbíteni s bár fáradozásait a mai napig sem kísérte teljes siker, időről-időre mind több gyermeknek életét sikerült megmenteni.

A köldökzsinór helyzeti rendellenességeit illetőleg *Zweifel* és *Stöckel* után mi is különbséget teszünk elülfekvő és előesett zsinór között. Az előbbiről szólunk, ha a zsinór még a magzat burkain belül van, míg az utóbbiról, ha a magzatvíz elfolyása után a zsinór egy része már a burkokon kívül a vaginában vagy a vulva előtt foglal helyet. Ezt a megkülönböztetést fontosnak tartjuk nemcsak a prognosist, de a terapiára nézve is.

Az aetiologiáról általánosságban annyit mondhatunk, hogy akkor fordul elő a köldökzsinór-előesés, ha az elülfekvő magzatrész nem tölti ki teljesen a rendelkezésére álló teret. Így elsősorban praedisponál rá a szűk medence. A dolgozó méh nem tudván a magzat fejét a bemenetbe préselni, kitéríti irányából, ennek folytán erős nyomás alá kerül a burok, gyakran időelőtt megreped, amikor még nem osztja a rögzített fej két részre a magzatvizet és az egyszerre elrohanó nagymennyiségű víz (ilyenkor burokrepedéskor majdnem minden víz elfolyik) magával sodorja még az idáig normalis helyén fekvő zsinórt is. Bizonyára ez utóbbi ok játszik szerepét a hydramnionnál is. Placenta praeviánál nem a medence csontos fala, hanem az elülfekvő lepény gátolja meg a magzat fejének beékelődését, mivel kisebbítvén a bemenet ürterét, téraránytalanságot hoz létre. Ikerterhességnél pedig ennek éppen az ellenkezője történik. Ott kisebb rendszerint a magzat feje a normalisnál, nem tölti ki egészen a bemenetet, közte és a medence fala között szabad tér marad és emiatt esik elő könnyen a zsinór. Hogy lábfejkvésnél és harántfejkvésnél miért találkozunk gyakran ezzel a complicatióval, azt jól meg tudjuk magyarázni. Mindkét helyzetnél hiányzik ugyanis a zsinór természetes támasztéka, a kar — amely physiologiás fejkvésnél mint két oszlop tartja — és így ennek hiányában könnyen lecsúszik. A zsinór hosszúságának szintén van némi jelentősége e rendellenesség létrehozásában, amennyiben a túlhoszú könnyebben, az egészen rövid meg természetesen semmiképen sem eshetik elő. E felemlített okokon kívül bizonyára vannak olyanok is, amelyeket még nem ismerünk.

A klinika utolsó 20 évi szülészeti forgalmát áttanulmányozván, 250 köldökzsinór-előesést találtunk. Multiparánál 177 (70,8%), primiparánál pedig 73 (29,2%) esetben. Vizsgálódásaink folyamán különös gondot fordítottunk úgy a medence, mint a magzat feje által okozott téraránytalanságra. I. f. szűk medencét láttunk 17-et (6,8%), II. f. szűket 22-t (8,8%), III. f. szűkületet pedig egyet (0,4%). Kifejezett szűkületet tehát összesen 40-et találtunk (16%). Ezenkívül 72 (28,8%) anyánál a külső méretekből ítélve joggal ga-

nakodtunk rá. Ezeknél diagonalist nem mértünk, nem győződhetünk meg tehát föltevésünk helyes voltáról. Nem a medencebemenet csontos fala, hanem a közte és a magzat feje közt fekvő lepény okozta a köldökzsinór előesését 8 (3,2%) placenta praeviás asszonyban. A téraránytalanságot okozó másik factor a magzat feje. Anyagunkban 13 (5,2%) túlhordott gyermek szerepel, 119 pedig kora volt. Ez utóbbiaknál nem töltötte ki a fej teljesen a medence bemenetét. Ebből a szempontból ide sorolható az a 14 (5,6%) iker is, kiknél köldökzsinór-előesést láttunk. Mivel a magzat fekvése nemcsak az aetiologióra vet gyakran világot, hanem a prognosist is erősen befolyásolja, terapiánkat pedig sokszor irányítja, erre is kiterjesztettük figyelmünket. 156 (62,4%) magzat fejkvésű, 19 (7,6%) far-, 32 (2,8%) láb- és 43 (17,2%) harántfejkvésben volt. A harmadik aetiologiai momentum a magzat részéről a köldökzsinór hossza. Mi anyagunkban 89-szer (35,6%) találtuk azt a rendesnél hosszabbnak, 151-szer (60,4%) normalisnak, 10 gyermeknél (4%) pedig rövidnek. Megjegyezzük, hogy statisztikánkban azt a zsinórt vettük fel hosszúnak, amelyik legalább 10 cm-rel haladta meg a gyermek hossz-méretét, rövidnek pedig azt, amelyik legalább 10 cm-rel volt annál rövidebb. Néhány cm differentiát tehát nem vettünk figyelembe, hiszen kis különbség a mérés pontatlanságából is származhatott. A köldökzsinór állapotát még két szempontból tettük vizsgálat tárgyává. Vajjon pulzált-e még, mikor előesését diagnosztizáltuk és az anya felvételénél a burkokon felül foglalt-e helyet mint elülfekvő zsinór, vagy már részben a vaginában, illetve a vulva előtt feküdt. Pulzáló zsinórt 172 (69,8%) magzatról találtunk, nem pulzáló 78 (31,2%)nál, elülfekvőt 122 esetben (48,8%), a vaginában vagy vulva elé előesettét pedig 128-at (51,2%). Láttunk még 12 (4,8%) hydramniont, 3 asszonyt pedig rendellenesen volt fejlődve a méhe: egynek uterus bicornisa, egynek arcuata, egynek pedig uterus septusa volt. Ezeknél az alaki hibán kívül bizonyára a méh izomzatának a gyöngesége is szerepet játszott, nem volt képes az elülfekvő magzatrészt a bemenetbe préselni. Korán repedt a burok 58 asszonyban (23,2%). Ezt nem tartjuk primaer oknak, hanem valami más rendellenesség következményének.

Therapiánkkal a 250 magzat közül 113-at sikerült az életnek megmenteni, 116 szív-működés nélkül, 21 pedig algid asphyxiában született, amelyből egyet sem tudtunk feléleszteni. Ezek szerint 54,8% lenne a magzati mortalitás. Számításunk azonban helytelen, mert 43 gyermek már akkor is halott volt, mikor az anya felvételre jelentkezett, 19 pedig moribund és még a műtélhez való előkészület közben meghalt. Ezeknél már elkésett a segítség, a sikertelenség tehát nem írható a kezelés rovására. Ezt az 52 köldökzsinór-előesést leszámítva 188 szülésről számolhatunk be. Mivel a gyermekek közül 113 maradt élve, 39,9% magzati mortalitással dolgoztunk. *Gussev* munkájában 35%-ot, *Zweifel* 45,3%-ot, *Zangemeister* fejkvésű fejkvésnél 40%-ot, farfejkvésnél 15%-ot, harántfejkvésnél 15%-ot említ. A 188 szülés közül 12 spontán történt, mégpedig azért, mert vagy a kitolási szak végén kaptuk kézhez az anyát, vagy partus praecipitatus miatt nem volt időnk a beavatkozásra. A 12 magzat közül 4 (33,3%) maradt életben. A magzat mortalitási percentje tehát magas volt. Ezért elfogadhatatlannak tartjuk *Dietrich* azon véleményét, hogy köldökzsinór-előesésnél az esetek nagy százalékában nincsen szükség a beavatkozásra, mert a szülés gyorsan folyik le és az eredmény jó a gyermekre nézve is. Mi mindig operáltunk, hacsak időnk volt rá, azon megfontolás alapján, hogy a köldökzsinórt a legrövidebb idő alatt meg kell szabadítanunk a reá nehezedő nyomástól és így lehetővé kell tennünk a magzat zavar-talan gázcserejét. Hiszen normalis körülmények között is szenved ez a gázcsere a kitolás alatt. A mind gyakrabban contrahálódó uterus fájás alatt pangást idéz elő a placentában és ezáltal gátolja a magzati vér oxigénnel való ellátását. Ha még ehhez egy a vérkeringés útjába iktatott pathologiás akadály is fellép és nem távolítjuk azt el, könnyen érthető, hogy a gyermekek kétharmadrésze halva születik. A köldökzsinórelőesés problémáját tehát műtétekkel igyekeztünk megoldani. Azokat minéműségük szerint a következőképen foglaltuk táblázatba:

Repositio kézzel	12	Élő magzat	9 (75%)
Braxton-Hicks-f. lábrafordítás	4	"	"
Belső lábrafordítás + extractio	53	"	42 (79.3%)
Láblehozatal + extractio	10	"	5 (50%)
Extractio	22	"	18 (81.8%)
Fogóműtét	4	"	3 (75%)
Expressio	34	"	21 (61.8%)
Kolpeuryis	1	"	1 (100%)
Sectio caesarea	3	"	3 (100%)
Perforatio	12	"	"

Fejvégű fekvésnél legkézenfekvőbbnek látszik a physiologiás állapot visszaállítása, tehát az előesett zsinór visszahelyezése. *Zangemeister* ezt a műtétet tartja a legalkalmasabbnak és methodusával 20% magzati mortalitást mutat ki. Elég tág méhszájnal egész kézzel, szűknél műszerrel reponál térd-könyök helyzetben, vagy felpolcoltatja az asszony medencéjét. Ha ismét előesik a zsinór, a metreurynter alkalmazását tartja ő is, *Couvelaire* is célravezetőnek. *Franque*, *Gussew*, *Runge* és *Jaschke* viszont egészen elveti a repositiót és a praxis számára a fordítást ajánlja, lehetőleg azonnal párosítva extractióval. Mi 12-szer reponáltunk, ha fordítani valamilyen okból nem lehetett vagy a szívhangokból ítélve nem sok reményünk volt a magzat életbenmaradásához; mindannyiszor kézzel és 25% magzati mortalitás volt az eredményünk, ami majdnem megegyezik *Zangemeister* adataival és pontosan fedi a *Schweitzer*éit. Igaz, hogy statisztikánkba nem vettük fel a sikertelen repositió kísérleteket. Nem pedig azért, mert mi ilyenkor, ha még élt a magzat, annak érdekében azonnal nagyobb műtéthez fogtunk. Ezeket tehát ott fogjuk tárgyalni. Nem reponáltunk, ha a zsinór egy része a vulva elé esett, mert féltünk az infectiótól, és elvetjük *Herne* azon ajánlatát, hogy ilyenkor a zsinórt steril kendőbe takarva helyezzük vissza. Elméletileg szellemes ez az ajánlat, de nem hisszük, hogy a gyakorlatban beválnék. Vagy lecsúszik a kendő a zsinóról, akkor nem véd az infectio ellen, vagy rajta marad, ez esetben azonban többé-kevésbé comprimálja azt. Bent is maradhat szülés után is a méh üregében, akkor utána kell menni, ez pedig számottevő beavatkozás. Hibája a repositiónak az, hogy a reponált zsinór gyakran visszaesik. Ez természetes is, hiszen az okot nem szüntettük meg. A recidiva elkerülésére metreurynter sohasem vezettünk a méh üregébe, értékéről tehát nem tudunk véleményt mondani. Előnye viszont a repositiónak az, hogy úgy a magzatra, mint az anyára nézve a legveszélytelenebb beavatkozás és ha sikerül, mégis jó eredményeket ad. Azonkívül javára írjuk, hogy egy-két ujjnyi méhszájnal is alkalmazható, amikor még nem tudjuk a gyermeket azonnal per vias naturales világra hozni. Véleményünk szerint éppen a szűk méhszáj képezi legfőbb indicatióját a repositiónak. Ha ugyanis az már legalább is bőven két ujjnyi, akkor tovább tágithatjuk ujjal és fordítás utáni extractióval befejezhetjük a szülést. Ez a műtét ad a praxis számára a legjobb eredményt, és csatlakozván *Ohlshausen*, *Veit* és *Franque* véleményéhez, mi is ezt végeztük a legszívesebben, ha a feltételek meg voltak adva. Ezáltal sikerül ugyanis a legrovidebb idő alatt fejezni be a szülést és megszabadítani a magzatot az asphyxia veszélyétől. Hibája, hogy nem vihető mindig keresztül, contraindicálja ugyanis a medence vagy a méhszáj szűk volta, valamint az a körülmény, ha régen folyt el a víz, vagy már annyira beékelődött a bemenetbe a magzat elülső része, hogy narcosisban sem mozdítható onnan ki. Mi 53-szor végeztük a belső lábrafordítást, mit mindannyiszor nyomon követett az extractio és 20.7% magzati mortalitással dolgoztunk. *Zangemeister* a magzatok 23%-át, *Zweifel* 25%-át veszítette el. Statisztikánk szerint fordításnál csak 3.3%-kal jobb az eredményünk, mint repositiónál. De nem számítottunk bele kilenc sikertelen kísérletet. Ha ezt is tekintetbe vesszük, úgy repositióval csak 42.8%-át mentettük meg a magzatoknak. Igaz, hogy a fordítás viszont jóval nagyobb műtét az anyára nézve, azért csak gyakorlott műtőnek ajánlhatjuk, kiváltképpen nehéz körülmények között, mert helytelen technikával könnyen okozhatunk kisebb-nagyobb sérülést a lágy szülőcsatornában, sőt magában az uterusban is. Már pedig a sérülés nemcsak a vérvesztés miatt ad

okot az aggodalomra, hanem kaput nyit a fertőzésnek is. Mi is kaptunk fordítás után egy incomplet méhrepedést, négy cervix rupturát (kik közül kettő thrombosiszt kapott a gyermekágyban) és két könnyű lefolyású gyermekágyi lázt. Meg nem halt egy anya sem a műtét következtében; egyet ugyan elvesztettünk két óra múlva a szülés után, de a kórboncnok pneumoniát állapított meg a halál okául. Ha már annyira beékelődött a medence bemenetébe a magzat elülső része, hogy narcosisban sem mozdítható ki, normalis térvizonyoknál szóba jöhet a szülés mielőbbi befejezésére a fogóműtét. Mi négyszer tettük fel a Naegele-fogót, három élő gyermeket kaptunk, tehát 25% volt a magzati mortalitás. Úgy véljük, hogy a fogóműtét eredményeit nagymértékben fogja javítani *Kjelland* műszerének elterjedése. Másrészt az indicatiókat is nagymértékben szélesíteni fogja. Bemenetben levő fejre ugyanis *Naegele* forcepsét nem könnyű alkalmazni, sőt néha bizony akkor sem sikerül vele a tractio, ha az magasban az üregben van. Már pedig ez a két helyzet volna a legfontosabb a fogóműtét szempontjából, mert ha multiparánál leszálolt a fej a medence alsó planumába, vagy primiparánál a kimenetben van, úgy szűkségtelen a műtéttel való előkészülettel vesztegetnünk az időt. Ilyenkor egyszerűen episiotomiát alkalmazunk és valamilyen hypophysis-prae-paratum intravenás injectiója után exprimáljuk a magzatot. Ezt a műtétet mi 34-szer alkalmaztuk. A vele elért eredményünk kielégítő, amennyiben 38.2% magzati mortalitást kaptunk. Ha már mutatkozik a fej, kétségtelenül az expressio vezet legrövidebb idő alatt célhoz. Azonkívül a gyermek egészségét alig, az anyát pedig helyes technika mellett egyáltalán nem veszélyezteti. Hátránya azonban az, hogy csak akkor alkalmazható sikerrel, ha a fej már a kimenetben, vagy multiparánál legalább is az üreg alsó planumában van.

Amint tehát látható, normalis térvizonyoknál többféle mód kínálkozik arra, hogy visszaállítsuk a magzat zavartalan gázcseréjét s így megmentjük őt az életnek. Másként áll azonban a dolog, ha nagyobbfokú medence-szűkülettel kell számolnunk. Ekkor egyetlen életmentő műtét a császármetszés. A szakemberek hosszú sora, mint *Hellman*, *Mandl*, *Gussew*, *Neveu*, *Couvelaire* ajánlják intézetek részére még normalis térvizonyoknál is, mint egyetlen utat arra, hogy bizonyosan élő gyermeket produkálhassunk. Mi csak kivételes esetekben tartjuk azt helyénvalónak. Mert a már vitalis erejében éppen a köldökzsinór-előesés által meggyengített, igazán problematikus életért csak akkor tesszük ki olyan veszélynek az anyát, amilyen a császármetszés még a mai fejlett műtési technika mellett is jár, ha per vias naturales nincsen kilátásunk élő gyermekre. Ilyenkor *Döderlein* és *Zweifel* ellenében per peritoneum operálunk, mert könnyebb, veszélytelenebb és sokkal gyorsabban megy, mint az extraperitonealis. Három anyán végeztünk sectio caesareát, mindannyiszor per peritoneum. Egyszer III. f. medence-szűkület indicálta a műtétet, kétszer pedig inveterált uterusruptura miatt végeztük, a Porro-műtéttel kölvén azt össze. Mind a három asszony gyermekével együtt egészségesen hagyta el az intézetet.

Ha farfekvésnél esik elő a köldökzsinór, a repositiónk ritkán fog sikerülni, de meg a reponált zsinór vissza fog esni, mert nem támasztja a kar, mint fejvégű fekvésnél. Legfeljebb akkor érhetünk célt műtétünkkel, ha a következő fájás beékeli a fart a medence bemenetébe. Talán farfekvésnél volna leginkább indicált szűk méhszájban a metreurynter alkalmazása, mert az egyrészt meggátolja a zsinór visszaesését, másrészt mesterségesen tágitjuk vele a szűk méhszájat. Ez pedig fontos, mert például bőven három ujjnyi méhszájban előzetes láblehozatal után már extrahálhatunk és megmenthetjük vele a magzatot. Mi tízszer extraháltunk előzetes láblehozatal után és öt gyermeket (50%) hoztunk élve a világra.

Lábfekvésnél nem kell nagyon sietni a terapiával. Nyugodtan várjuk, amíg kellőképpen kitágul a méhszáj, mert nincs ami az előesett zsinórt comprimálná. Ekkor az előlfekvő lábnál fogva extraháljuk a magzatot. 22-szer láttunk lábfekvésnél köldökzsinór-előesést, 18 gyermeket tudtunk közülük megmenteni, ami 18.2% mortalitásnak felel meg.

Harántfekvésnél therapiánk egybeesik a fekvésjavítással. Természetes, hogy téraránytalanságnál úgy mendencevégű, mint harántfekvésnél ultimium refugiumként a császármetszés maradjon.

Ami a prognosist illeti, az legrosszabb fekvégű fekvésnél, mert itt kell, még kedvező körülmények között is, a leghosszabb ideig tartó műtétet és az anyára nézve is a legkomolyabb beavatkozást végeznünk. A magzat gyakran asphyxiát kap, mire a világra hozzuk, amiből talán fel sem ébreszthető, vagy ha igen, a szülés alatt aspirált magzatvíz okozta bronchopneumoniában néhány nap múlva pusztul el. A legjobb kilátással lábfekvésnél operálunk. Itt csak a hátuljövő fej comprimálja majd a köldökzsinórt. De ekkorra a far már megszületett és az extractio kapcsán a hátuljövő fej, normalis térvizonyok mellett legalább is három ujjnyi és tágulékony méhszájat tételezve fel, csak igen rövid ideig akadályozza a magzat vérkeringését. Ha idejében és jól extrahálunk, a gyermekek legnagyobb részét meg tudjuk menteni.

Anyagunk áttanulmányozása közben szerzett tapasztalatainkat értékesítve, a köldökzsinór-előesés therapiáját a következőkben foglalhatjuk össze:

a) Fejvégű fekvésnél: 1. Ép burok esetén szükségesnek tartjuk annak lehetőleg épségben tartását. Elég tág méhszájon át normalis térvizonyoknál fordítunk és extrahálunk. Beékelődött fejre feltesszük a fogót. Medence-szűkületeknél a császármetszést is indicálnak tartjuk. 2. Burokrepedés után szűk méhszájban kézzel reponálunk, elég tágnál — ha még lehet — fordítunk és extrahálunk. Beékelődött fejre a fogót, kimenetben levőnél az expressiót ajánljuk. b) Medencevégű és lábfekvéskor extrahálunk, amint a méhszáj állapota engedi. c) Harántfekvésnél fekvést javítunk. Legfontosabbnak a korai diagnosist tartjuk. A magzati szívhangok pontos megfigyelése természetesen elengedhetetlen. Sziszegő zörejek például arra utalhatnak, hogy a köldökzsinór nyomás alá került, de még nem okozott a magzat testében a szénsav felhalmozódása olyan elváltozásokat, melyeket már műtét útján sem lehet jóra fordítani.

Irodalom. Schweitzer: Der Nabelschnurvorfall und seine Behandlung (Münch. med. W. 1922. 3. sz.) — Zweifel: Ueber Nabelschwurvorfall. (Münch. med. W. 1920. 3. sz.) — Franqué: Zur Behandlung des Nabelschnurvorfalles. (Münch. med. W. 1920. 212. o.) — Zangmeister: Über die manuelle Reposition der vorgefallenen Nabelschnur. (Münch. med. W. 1920. 1375. o.) — Dietrich: Ueber die Aetiologie und Therapie des Nabelschnurvorfalles nach den Erfahrungen aus der Geb. Univ. Frauenklinik München. (Referálva: Jahresbericht 1909, 648. o.) — Gussev: Vorliegen nnd Vorfall der Nabelschnur. (Referálva: Jahresbericht 1912, 7230).

A szegedi m. kir. Ferenc József tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Hainiss Elemér dr. egyet. m. tanár).

Az emésztési fehérvérsejtváltozás újszülötteknél.

Írták: Hainiss Elemér dr. egyet. m. tanár és Heller István dr.

Widal közlése óta minden szakban kiterjedten foglalkoznak a haemoklasiás krisissel. Egyes szerzők bizonyos betegségeknek észlelt krízis alapján a máj functiók zavarára próbálnak következtetni (Mayer Estorf¹), mások e reactio értékelhetőségéről mondanak bírálatot (Eisenstadt²), ismét mások diagnosztikai jelentőséggel ruházzák fel egyes betegségek kétes alakjainál (scarlatina; Torday³). Csecsemőkre vonatkozólag Schiff és Stransky⁴ általános vizsgálatai után Heller⁵ táplálkozási zavaroknál végzett kísérleteket, amelyek azt mutatták, hogy az egészséges csecsemők emésztési leukocytosisával szemben hyperacut és chronicus táplálkozási zavaroknál táplálékfelvétellel kifejezett leukocytosis csökkenés következik be. Egészséges csecsemőknél az összehasonlítás kedvéért végzett pár vizsgálatának eredményei ellenkeznek Schiff és Stransky közlésével, de Lesné és Langle⁶ adataival egyeznek. Schippers és C. de Lange⁷ is elismerik, hogy nagyobb vizsgálati anyag-

nál e „kivételek“ száma növekszik, de azért „biztosan“ nem mondanak ellent az emésztési leukopenia Schiff és Stransky által hangoztatott physiologiás voltának.

A Ferenc József tudományegyetemi szülészeti klinika 12 újszülöttjénél⁸ sorozatosan nyolc napon át végzett (96) vizsgálatunknál azt tűztük ki célul, hogy 1. megfigyeljük az emésztési fehérvérsejtváltozást a megszületéstől kezdve az újszülöttkor tartama alatt, 2. hogy megállapíthassuk, vajjon a csecsemőkorba való átmenettel az emésztési leukopenia vagy a leukocytosis lesz-e a rendszeres, 3. hogy megnézzük, van-e összefüggés az újszülöttek icterusa és a haemoklasiás krízis között.

Vizsgálatainkat úgy állítottuk be, hogy az élet első napján, a legelső táplálással kezdtük a megfigyelést. A következő hét napon keresztül mindenkor a reggeli legelső táplálás hatását kísértük figyelemmel, melyet este kilenc órától kezdődő éjszakai étkezési pauza előzött meg. A táplálék adagját az első napok physiologiás táplálék-quantumához közelállónak szabtuk meg s így az első napon 5, második nap 10 g colostrumot, majd a harmadik naptól kezdve naponként 10 g-mal emelt mennyiségben átmeneti, illetve rendes női tejet adtunk. A véresejtszámolást controllpipettával a táplálás után 15 percenként végeztük egy órán keresztül. Eredményeink értékelésénél, hogy abból reális következtetések legyenek levonhatók, több szempont figyelembevételét kell hangsúlyoznunk. Vizsgálatainknál a fehérvérsejtszámcsökkenést nem absolut számban (pl. 2000) értékeltük, mert irrealitásokra adhat alapot, ha figyelembe vesszük, hogy az éhezési fehérvérsejt-szám 3250—28.300 között váltakozott. Helyesebbnek látszott egy százalékos alapot venni, amely szerint legalább is 20%-os fehérvérsejtszámcsökkenést (10.000 fehérvérsejt-számnak megfelelő 2000 csökkenés alapján) értékeltünk pozitív reakciónak, vagyis krisisnek. Azon aluli fehérvérsejtszámcsökkenést negatív reakciónak számítottunk, éppúgy, mint a lényegileg nem változó vagy a leukocytosist feltüntetető eseteket. Még nagyobb megfontolást igényeltek értékelés szempontjából azon esetek, hol az emésztési leukocytosis hullámosan haladt. Itt negatív reakciónak vettük azokat, hol a csökkenés értéke 20%-on alul maradt, pozitívnek, ha az 20%-on felülnek mutatkozott s amellett az emelkedés és süllyedés százaléka közti különbség a 10-et meghaladta. Nem értékeltük s határozatlannak jeleztük azokat az eseteket, hol a fehérvérsejtszámcsökkenés 20%-ot ugyan elért, de az emelkedés százaléka attól alig maradt el s a két százalékkérték közti differentia 10-nél kisebb volt. Ezen hullámosan változó értékeknél nem lehet a fehérvérsejtváltozás első phasist (csökkenést vagy emelkedést) irányadónak venni, hisz pozitív a krízis oly általános és 20%-ot meghaladó leukopeniát mutató esetekben is, hol initialisan gyenge fehérvérsejtszaporulat van. (Pl. 10-ik eset IV. nap: 9600—10.250—7000—8500.) Az emésztési fehérvérsejtváltozást nézetünk szerint csak ily kritikával lehet bírálat alá venni s azt hisszük, ennek a hiánya az alapja az ellentétes kísérleti eredményeknek, illetve a helytelenül levont következtetéseknek. (Pl. Stransky-Langer⁸ 7600—7200—7300—8000 = krízis? = -5.2%.)

A táblázat tizenkét vizsgált újszülöttnél első nyolc napi eredményét mutatja a fehérvérsejtek egy órán belüli maximális változásának százalékos feltüntetésével, hol „+“ emelkedést, „-“ csökkenést jelent. A kövér számok krisist, a rendesek negatív reakciókat tüntetnek fel, a vonallal elválasztottak határozatlant.

Az első eset az első és negyedik napon haemoklasiás krisist mutatott, a második és harmadik napon határozatlan reakciót, az ötödik naptól kezdve pedig emésztési leukocytosis vált rendszeressé. Állandósultan kifejezett fehérvérsejtemelkedést mutatott az ötödik

* Az újszülöttanyag szíves átengedéséért Kubinyi prof. úrnak e helyütt mondunk hálás köszönetet. A 12 napra tervezett megfigyelést, sajnos, nem vihetük keresztül, minthogy a klinika nagy forgalma miatt a szülőknek rendszeres lefolyású szülések után tíz nap múlva el kellett az intézetet hagyniok.

naptól kezdve a hatodik eset is, azonban az elsővel összehasonlítva azzal a különbséggel, hogy ennél az első két nap krisise után a harmadik és a negyedik napon hullámosan haladt a leukocytá-görbe, de kétszer akkora

Napok	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.
Fehérvérsejtszám átlaga éhezés előtt	17,976	13,726	8,130	7,242	8,625	9,220	9,190	9,020
1. eset	-22.5	+20 -20	+26 -23	-20	+99	+226	+22	+29
2. „	-20	-29	+55	+14	-29	-30	+15.3 -20	+33
3. „	-11.5	-22	-15 +33	+37	+17	-32	+30 -16	+54
4. „	+28	-16.5 +7	+32	-10 +13	+50	+45	+51	+44
5. „	+19.3 -24.3	-29	+32	+33	+26	+21	-20	+21
6. „	-26	-20	+22 -14	-12 +23	+40	+120	+20	+30
7. „	+43	-31	+14	-12 +23	-36	+30 -18	+31	+18
8. „	+32	-13 +18	+32	+45.3 -12.8	+20	+51	-7.2 +10.8	+31
9. „	+12.2 -16.5	+40	-30	+70	+43	+50	+19 -35	+14 -19
10. „	-15	-21	+37	+6.7 -27	+16 -20	+41	-27 +14	+36
11. „	-10	+56	-32	+38	+44	+38	+43	+31
12. „	-16.5	-11	-8.3 +21.8	+42	-42	-24 +19	+47	-24 +38
Krisis	3	6	2	2	3	2	3	0
Negativ reactio	8	5	9	10	8	9	8	12
Határozatlan	1	1	1	0	1	1	1	0

emelkedéssel, mint súlyedéssel. E szerint már a harmadik és a negyedik napon is negativ reactiót kellett felvennünk. A második eset első két napi krisise után a harmadik, negyedik napon emésztési leukocytosis lépett fel, de az ötödik és hatodik napon a krisise ismét vizsztatért. A harmadik, ötödik, hetedik, kilencedik és tizedik eset nagyjában hasonló viselkedést mutatott. Ezeknél az első napon krisise nem volt, a következő napok valamelyikén egyszer-kétszer fellépett, majd egy újbóli fehérvérsejtemelkedés után, a következő három napon belül, ötletszerűen ismét előfordult. A negyedik és nyolcadik eset az egész újszülött-periodus alatt negativ reactiót adott, a tizenegyedik és tizenkettedik eset végül az élet első nyolc napján belül csak egy napon reagált a táplálékadásra krisissel, egyébként fehérvérsejtemelkedést mutatott.

Feltűnő rendszerességet eseteinkben csak abban láthatunk, hogy a nyolcadik napon kifejezett krisise egyiknél sem volt. Kettő (9 és 12) hullámos leukocytá-görbét mutatott ezen a napon, de vagy 20%-on aluli változással (9-ik eset) vagy a csökkenésnél aránytalanul nagyobb emelkedéssel (12-ik eset). E két esetet tehát negativ reakciónak kell tekintenünk a fentebb kifejtett értelmezésünk szerint. Egy bizonyos, hogy kifejezett leukopeniát az újszülöttkor vége felé a nyolcadik napon egy esetben sem láttunk. Ezt nemcsak a sorozatosan vizsgált 12 esetünk alapján mondjuk, de támogatjuk 25 oly vizsgálattal, melyet a nyolcadik napon

végeztünk. Ezen eredményeink értékesen támogatják azon már máshol hangoztatott nézetünket (Heller⁶), hogy Schiff és Stransky vizsgálataival ellentétesen egészséges szoptatott csecsemőknél az emésztési leukopeniát nem tartjuk physiologiásnak, sőt — elismerve azt, hogy ritkán emésztési leukopeniát is találunk — azt valljuk, hogy egészséges csecsemőknél az emésztési fehérvérsejtemelkedés a rendszeres. Schieppers és C. de Lange szerint nagy anyagnál a Schiff adataival ellenkező kivételek száma nő, de Friedemann és Nubian⁹ tájékoztató vizsgálataik alapján már azt hiszik, hogy az egészséges csecsemő az emésztési fehérvérsejtváltozást illetően nem viselkedik másképp, mint a felnőtt és Schiff vizsgálatainak eredményeiért a táplálék túladagolását teszik felelőssé. Azon gyanakvásukat, mely szerint egészséges csecsemőknél az emésztési leukocytosis volna a rendszeres, vizsgálataink igazolják, de nem fogadhatjuk el azt, hogy a Schiff találta emésztési leukopeniát a túladagolás okozza. Schiff táplálási adagjai általában nem tekinthetők túladagnak s egyébként is ő elméletileg már megcáfolta Friedemann és Nubian föltevését. Mi több esetben adtuk a physiologiás táplálék 1½—2-szeresét, hogy a túladagolás befolyását az emésztési fehérvérsejtváltozásra megfigyelhessük. Ezek közül csak három esetet akarunk felemlíteni, az észlelt háromféle viselkedés egy-egy példája gyanánt. Az egyik egy négyhetes, 3½ kilós csecsemő, aki a rendszeres táplálékát képező 100 g-nyi nőtejre emésztési leukocytosisal reagált (9300—10.200—11.000—11.600—12.000); 180 g női tejre, tehát csaknem kétszeres adagra szintén fehérvérsejtemelkedést mutatott (10.900—11.300—12.350—10.500—10.850). A másik kettő újszülött, kiknek születés után 50 g colostrumot adtunk. Egyikük a túladagolásra leukopeniával (15.900—14.500—12.900—14.300—10.100), másikuk leukocytosisal reagált (20.250—24.100—25.500—21.900—22.100), míg 5 g colostrumra mindkettő leukopeniával (I.: 14.000—11.300—10.250—9.500—12.000, II.: 18.700—16.300—15.400—16.300—17.500). A túladagolás tehát nem feltétlenül vált ki emésztési fehérvérsejtsökkenést egy egyébként emésztési leukocytosisal reagáló újszülöttnél vagy csecsemőnél.

Az újszülöttek fehérvérsejtszámának változását illetően adataink Scipiades régebbi közlésével egyezők: a születés utáni magas szám fokozatosan csökken, a III—VI-ik napig közel egyforma, majd a VII—VIII-ik napon kissé emelkedik arra a magasságra, amelyen megmarad. Egyéni ingadozások meglehetősen nagyok, az első napon 28.300 (6-ik eset) —10.250 (9-ik eset) közt változnak.

Linzenmeier¹⁰ a közelmúltban azt közli, hogy az első napon jelentkező krisisekből szinte meg lehet jövendölni az icterus neonatorum megjelenését. Ő 30 újszülött emésztési fehérvérsejtváltozását figyelte meg, 22-nél az első 24 óra elteltével, nyolcánál a 3—4-ik napon, egy manifest icterus fennálltánál. Eredményei szerint: azok, akiknél az első 24 óra leteltével haemoklasiás krisist talált, icterikusak lettek, az ellenkezőképp viselkedők nem; a vizsgált nyolc icterikus pedig leukopeniát mutatott. Ez az összefüggés érdekesnek látszott s tekintve a haemoklasiás krisiseknek a máj functiók zavarára következtető erejét, valószínűnek is tűnt fel. Nagyszámú anyagon végzett kísérleteink azonban ezt nem igazolják. 109 vizsgált újszülött közül 46-nak volt látható icterusa, 63-nak nem. A 46 láthatóan icterikus közül táplálékfelvétellel 12 (26.08%) reagált leukopeniával, 32 (69.56%) leukocytosisal és kettőnél (4.36%) határozatlan volt a reactio. Azon 63 újszülöttnél, kiknél az icterus látható nem volt (de azért gyenge icterusa lehetett), 24-nél (38.09%) krisise volt, 33-nál (52.38%) leukocytosis, viszont hatot (9.53%) nem értékelhettünk. Ez utóbbi csoport figyelmen kívül hagyásával, hol nem megtekintésre, hanem a vér megvizsgálásával icterust valószínűleg ki lehetett volna mutatni, csak az előbbi csoport anyagát akarjuk felhasználni. Azoknál látható volt az icterus, tehát erőteljesen megvolt s mégis csak 26%-ban volt krisise, 69%-ban nem. Ezek az arányok azt mutatják, hogy az újszülöttek icterusa és a haemoklasiás krisise között összefüggést nem lehet találni, de igazolja

ezt az előbb részletezett 12 sorozatosan vizsgált eset is, hol csak a negyediket és nyolcadikat akarjuk fölemlíteni, mint amelyek az újszülöttkorban egyszer sem reagáltak krisissel, holott a negyediknek erősen látható icterusa volt, a nyolcadiknak viszont egyáltalában semmi. Nem alkalmazkodhatunk Linzenmeier azon nézetéhez sem, mely szerint az első 24 óra elteltével végzett vizsgálat eredményéből következtetni lehetne az icterus megjelenésére. 2., 3., 5., 6., 7., 10-ik esetünk ezen időben leukopeniával reagált s látható icterusa csak a 3., 5., 7., 10-iknek volt. Viszont az első 24 óra elteltével kifejezett emésztési leukocytosis találtunk a 9. és 11-ik esetekben (nem is számítva az általunk ugyanígy értelmezett 4—8—12. sz. esetek II-ik napját), s erősen icterikus lett mindkettő, a 11-ik pláne ritka erőteljesen. Sorozatos vizsgálataink alapján Linzenmeier adatait, melyek egyszeri vizsgálatokból levont következtetések, nem fogadhatjuk el. Az újszülöttkorban a haemoklasiás krízis felléptéből vagy nem vonható következtetés a máj zavart működésére — minthogy ötletszerűen jelentkezhetik oly napokon is, amikor a májműködés már tökéletesbedett-, vagy pedig — ha a haemoklasiás krízis diagnostikus értékét acceptáljuk — azt kell felvenni, hogy az újszülöttek májának működése nem „visszamaradt“, hanem „bizonytalan“.

Kísérleteink eredménye szerint az *újszülöttkorban*

1. emésztési leukocytosis és leukopenia ötletszerűen váltakozik;
2. haemoklasiás krízis legtöbbször a második napon található;
3. táplálékfelvételre állandóan leukopeniával reagáló újszülött nincsen;
4. egyes újszülöttek az egész újszülöttkor alatt egyszer sem reagálnak táplálékfelvételre krisissel;
5. az újszülöttkor végével az emésztési leukocytosis lesz rendszeressé;
6. az újszülöttek icterusa és az emésztési fehérvérsejtváltozás között összefüggés nincsen.

Irodalom: ¹ Mayer Estorf: Klin. Wochenschrift 1922, 18. sz. — ² Eisenstädt: Klin. Wochenschrift 1922, 36. sz. — ³ Torday: Orvosi Hetilap 1922, 22. sz. — ⁴ Schiff és Stransky: Jahrbuch für Kinderheilkunde 1921, 95. sz. — ⁵ Heller: Orvosi Hetilap 1923, 14. sz. és Monatschrift für Kinderheilkunde 1923, XXVII. 1. — ⁶ Lesné és Langle: Physiologie norm. et path. du nourisson 1921. (Ref.) — ⁷ Schippers és C. de Lange: Zeitschrift für Kinderheilkunde 1922, 33. sz. — ⁸ Stransky és Langer: Klinische Wochenschrift 1922, 5. sz. — ⁹ Friedemann és Nubian: Klinische Wochenschrift 1922, 40. sz. — ¹⁰ Linzenmeier és Lilienthal: Zentralblatt für Gynäkologie 1922, 47. sz.

A gümőkór felosztása gyakorlati szempontból, biológiai elvek alapján.*

Írta: Szász Emil dr. (Szepesszombat), a Gümőkórosok Poprád-völgyi Gondozó és Tájékoztató Intézetének vezető-orvosa.

Mindaddig, míg a tuberculosisnak egy egész emberi életre terjedő fejlődéséről nem tudunk magunknak képet alkotni és a betegség egyes megnyilvánulási alakjait a fejlődési folyamat egyes biológiai szakaival valami összefüggésbe hozni, addig nem lehet helyes fogalmunk sem a gümőkór epidemiológiájáról, sem klinikájáról. Ezt mindennapos orvosi tapasztalataink is igazolják.

A gümőkór okozójának hatását, nevezetesen a még érintetlen és a már fertőzött szervezetnek különböző reagálási módját, reaktivitását a fertőzéssel szemben, már Koch klasszikus kísérletei derítették fel. Behring, Römer vizsgálatai fontos kiegészítői ezeknek az alapvető vizsgálatoknak. Ezek szerint az érintetlen állat az első mesterséges fertőzésre csak renyhén és későn reagál, sokáig genyeredő sebbel, kevésbé a fertőzés helyén, mint inkább a környéki nyirokcsomókban. Ezzel szemben a fertőzött állat reinfektóra azonnal,

* A Szepesi Orvos-gyógyszerész-Egylet 1922. évi őszi közgyűlésén, Iglón tartott előadás.

heves gyulladással reagál, a keletkező fekély pedig hamar, síma heggel gyógyul; a nyirokképletek látványosan egyáltalában nem betegednek meg. A szervezet tehát az első fertőzés hatása alatt élénkebben és célszerűen reagál. Ezt a célszerűség értelmében megváltozott reaktivitást allergiának nevezzük. Az allergia a tuberculosis-immunitás lényege; bonyolult összetételű biológiai képesség, melyet didaktikai okokból egyszerűen kétféle alakban képzeljünk el: mint anti-anyagképző sejtműködést, és mint szövetszaporodást, elsősorban mint kötőszövetburjánzást.

Megbízható állatkísérletek tehát arról győznek meg, hogy a tuberculosis-immunitás feltétele a fertőzés, és pedig a megfelelő intenzitású fertőzés, mely éppen csak az allergia felidézésére alkalmas, de az állatot beteggé nem teszi. Összehasonlító vizsgálataink állaton és emberen eddig a pontig teljesen fedik egymást.

Gohn és Ranke vizsgálatai bizonyítják, hogy az emberi első fertőzés helye túlnyomó többségben a tüdő. Az aerogen, inhalációs fertőzés domináló jelentőségét, szintén experimentalisan, Flügge és tanítványai igazolták. Emellett szólnak a kórboncolás leletei is: a primaer gócnak legtöbbször az alsó, legélénkebb légzőmozgásokat végző tüdőrészekben való megtelepedése. Az emberi tbc. kapuja a tüdő; innen kiindulva szállja csak meg a szervezet más helyeit.

Az első fertőzés helye sokszor csak egy egészen apró tüdőrésztlet, de a hozzá tartozó nyirokcsomók, a hilusban, már ilyenkor is feltűnően elváltozottak. Az első fertőzés ezen typosus következményeit Ranke „primaer complexum“-nak nevezi. Az első fertőzés szöveti elváltozásait a renyhe reactio jellemzi. Mint minden idegentest körül, itt is gyulladás keletkezik. A bacilusok szaporodnak és a legkönnyebben járható úton, a nyitott nyirokerekben kúsznak, a nedvek természetes áramlásával, anatómiai kijelölt pályán, a hilus felé. A főleg itt csoportosuló, de már útközben is elszórtan érintett nyirokcsomókban, ezeknek kacsaringós járataiban, zugaiban, a vírusok megakadnak. A csomókban már relative nagy elváltozásokat okoznak. Egyrészt mert a nyirokkészülék hivatásszerűen, igen élénken reagál minden betolakodó anyagra, másrészt bizonyára azért, mert a fertőzés óta lefolyt idő alatt, a vírus biológiai hatása folytán, a sejtek ingerlékenyebbek, allergiásak lettek. Ez a gyulladás a csomókról alig terjed át a környezetre, bár a nyirokcsomóban, rendszeren egyik pólusában, a tbc.-ra annyira jellemző sajtosodás is megindult; a csomók tokja nem törik át. A zárt érrendszerbe a fertőző anyag nem juthat s így ebben a szakban a fertőzés a vérkeringés útján nem terjeszkedhetik. A Ranke-féle primaer complexumnak tehát ez az anatómiai képe; *parányi elváltozás a tüdőszövetben és nagy elváltozások a környéki nyirokképletekben.*

A szöveti elváltozások csekélysege, a biológiai aktivitás enyhése az oka annak, hogy ezen első szaknak klinikai képe az általános orvosi gyakorlatban felismerhetetlen. Láz nincs; hiszen mai felfogásunk szerint az élő tuberculosis-bacillus nem, csak az elhalt vírus zét-eső törmelékéből felszabaduló endotoxinok okoznak lázat; a szervezetnek ily felbontó tevékenysége pedig *ebben a szakban* még nem indult meg kellő mértékben, az allergia még ki nem fejlődött. Így kell értelmezni azt a paradox hangzású állítást, hogy a láz bizonyos értelemben a védekezőképesség jele és azt a tényt, hogy végleges összeroppanásnál, in ultimis, a tüdőbeteg láztalanul halhat meg. Az általános tünetek hiánya, a helyi elváltozások jelentéktelensége folytán, a tuber-

culosisnak ez az első biológiai szaka klinikailag felismerhetetlen.

Az első fertőzés megindítja az allergia kifejlődését, melynek tökéletességéhez mindenesetre *constitutionalis rátermettség* kell. Ez az egyik tényező, mely a továbbiak sorsát eldönti. A másik a *fertőzés tömege és virulentiája*. Ha megvan a kellő arány ezen tényezők közt, a primaer complexum gyógyul, még mielőtt a tuberculosist felismerhetnők; még pedig erre a stadiumra jellemző módon: *meszesedéssel*, úgy a fertőzés helyén, mint a csomókban.

A további lehetőség az, hogy a gyermek (az első fertőzés túnyomólag a gyermekkorra esik) teljesen egészséges környezetbe kerül, ahol több fertőzés nem éri. Ezekben az esetekben a primaer complexum stadiuma tisztán felfalálható Röntgen-átvilágításnál meszesedés képében. (Meszes góccok mindig a primaer elváltozásokhoz tartoznak.)

A valóságban azonban rendszeren reinfectio éri a gyermeket, még pedig socialis okokból mindig a primaer fertőzéssel azonos forrásból (szülők). Reinfectio hatására, *a közben kifejlődött allergiás állapot folytán*, egészen más jellegű, következményeikben egészen más jelentőségű szöveti elváltozások keletkeznek.

Ilyenkor általában a reakciók *hevessége* a jellemző s ezzel jár a gyulladás *exsudatív jellegének túlsúlya* a produktív tényező mellett. A reinfectio helyén, a mindig parányi kis góc helyén és körülötte, aránytalanul nagy, hatalmas, reactiv zóna keletkezik, ú. n. környéki, perifocalis gyulladás. Vérbőség, pangás, a capillarissok sérülése, nagymértékű fehérvérsejt-kivándorlás, a légzőalveolusokat kitöltő savó kilépése, tehát pneumoniás elváltozások állnak előtérben. Ezek, az első időben sohasem specifikus elváltozások, egy idő múlva elsajtosodhatnak; ez rohamosan végbemehet. A sajt elfolyósodhatik, felszívódhatik; szétesés, üregképződés állhat be. Ezekből állnak és fejlődnek a tbc. második szakának jellemző bonctani elváltozásai, klinikai sajátosságai.

A primaer complexumnak szegényes tüneti képével szemben a második fejlődési szakban *manifest betegség* feltűnő jelei lépnek fel. Tompulat, szörcsölés, kisugárzó fájdalmak, hyperaesthesiás zónák, köhögés, köpet, láz stb. A roncsoló biológiai erők megnyitják, kimarják az eddig zárt érrendszert s a fertőző anyag tömegesen kiszóródhatik a vérbe, ami természetesen tüdőn kívüli, *hasonló természetű* megbetegedésekhez vezet. A tbc., amely eddig localis természetű betegség volt, generalizálódik. A szöveti reakciók mellett éppen a *generalizáció* az, mely a kifejlődött allergia ezen szakában a tbc. lefolyásának jellegzetességét megadja.

Azonban nem minden reinfectio vezet generalizálódáshoz. A fertőzés biológiai sajátosságán kívül a szervezettől, *a biológiai erőtényezők harmoniájától* függ, hogy a jellemzőképpen felhozott elváltozásokból melyek fejlődnek ki.

A gyulladás általános értelemben nem egyéb, mint fokozott sejtműködés; az allergiás, tehát specifikus irányban sensibilizált sejtek már rendes élettani viszonyok között is, de annál inkább a gyulladás állapotában nagymennyiségű antianyagot termelnek; főleg a gócban és a perifocalis szövetekben. Ha ez a különleges védekezés kielégítő, a gyulladás bámulatossá válik, visszafajlik, mivelhogy *nincs már szükség rá*; a heves klinikai tünetek is elmúlnak, hónapok vagy évek múltán a góc is megnyugszik, főleg ha az allergia további tökéletességének eredményeképpen, a gócban és a perifocalis gyulladás helyén a productív, kötőszövetképző folyamatok előrehaladnak.

Minél később áll be a primaer complexum gyó-

gyulása után a reinfectio, és minél kisebb ennek a virulentiája, annál jobbak a kilátások, mert a betegség annál idültebbé válik; a beteg időt nyer arra, hogy elérje az allergia fejlődésének III. szakát, melyben a productív jelleg *túlsúlyra* kerül az exsudatív hajlammal szemben, ami viszont a generalizálódást akadályozza. A beteg eléri a relativ immunitás azon szakát, mely betegségének jóindulatú lefolyását biztosítja.

A reinfectio oly könnyű lefolyású, a reactiv gyulladás oly tökéletes lehet, oly gyors lefolyású, hogy az orvos, mint ilyet, fel sem ismeri. Csak egy pleuritis, phlyktaena, egy idült plastikus ízületi elváltozás, egy rheumának minősített megbetegedés árulja el, hogy a generalizálódás stadiumában vagyunk, és — mint az eset jóindulatú lefolyása mutatja — jóval az első fertőzés után. A tuberculosis fejlődésének ezen szakában fordulnak elő azok a fiatalkori, idiopathiás, nem determinált megbetegedések, melyeket a gyakorlatban a legkülönbözőbb nevek alatt tünetileg gyógykezelünk. Liebermeister. bakteriologiai leletei alapján a következő megbetegedéseket hozza összefüggésbe gömőkórral: a scrophulosis összes megnyilvánulásain kívül, az astheniás tünetcsoporton belül, a chlorosist, pseudochlorosist, az albuminuriát ép vesék mellett; a rheumás betegségek közül az acut polyarthritist, myocarditist, synovitist, chorea rheumaticát, a neuritist, iritist, cyklytist, skleritist, epeiskleritist, különféle exanthemákat stb. Tehát e tünetek *nemcsak* rheumás eredetűek lehetnek, vagy nem *csak* streptococcus-fertőzésen alapulhatnak, hanem tbc. is okozhatja őket. Kétségtelen haematogen megbetegedéseknél Liebermeister ki tudta mutatni a vérben a Koch-féle bacillust.

A tbc.-nak most tárgyalt II. szaka nagyon kedvező esetekben teljesen tünetmentesen folyhatik le. Az infectiók enyhessége és a védekezés tökéletessége teszi ezt lehetővé. Így történhetik meg, hogy évtizedekig tartó, kifogástalannak látszó egészség után a házi orvos egyszerre, meglepetésszerűen megállapítja a tüdőphthisist, tompulattal, szörcsöléssel, cavernákkal. A phthisis biológiai fejlődését nem ismerve, friss megbetegedésnek tartja a régi betegséget, melynek apró-cseprő tüneteit soha észre sem vette, vagy céltalanul kezelte. Ilyenkor az I. és II. szak tünetmentes lefolyása után egy teljesen a tüdőre szorító tuberculossissal, izolált phthisissal, a tbc. III. szakával állunk szemben.

Eddig, az I. és II. szakról szólva, azokat az eshetőségeket mérlegeltük, melyek jó constitutio mellett, késői és megfelelően enyhe fertőzés kapcsán jöhetnek szóba. Az I. és II. szak (tehát a primaer complexum és a generalizálódás szaka) ilyen körülmények között időbelileg egymástól többé-kevésbé távol esik. De ez nem mindig van így.

Az I. szak átmenet nélkül folytatódhatik a II.-ba; az első fertőzés átmehet a generalizálódásba, ha constitutionalis okból, vagy hereditásos betegség (lues), esetleg a fertőzés abszolút fölénye folytán, az allergiás teljesítmények nem tudnak felülkerekedni a folytonosan képződő kóros anyagokon. Ilyenkor manifest, rapid lefolyású betegség fejlődik a primaer complexumból, újabb külső fertőzés nélkül is.

A primaer fertőzés hatása alatt fejlődő allergia nem készül el a fertőző anyag inaktiválásával, de arra éppen elegendő, hogy a gyulladásos elváltozások előrehaladjanak. A baj abból ered, hogy az allergia, alighanem a fertőzés virulentiájának hatása alatt, elérte II. fejlődési stadiumát még a primaer complexum gyógyulása előtt. Ennek következtében a sajtosodás a nyiroccsomók tokját áttöri, a környezetben per continuitatem továbbterjed, átmarja az erek falait; a virus belekerül a vérpályába, ez úton a távolabbi szervekbe, és min-

denütt a II. biológiai szaknak megfelelő elváltozásokat provocal. Heves, roncsolással járó elváltozások jönnek létre, növelve a kórokozó erejét és gyengítve a betegét. Egy circulus vitiosus keletkezik, melyből nincs szabaddulás. A primaer complexum szakba átmenet nélkül a generalizálódás szakába folytatódik. Ezen elváltozásoknak megfelelő acut klinikai kép minden gyakorlóorvos előtt ismeretes, főleg a gyermekparxisban. A miliaris gümőkór idetartozik.

Az I. és II. szak közti átmenetben is vannak fokozatok. Minél jobb a beteg alapconstitúciója, minél gyengébb a fertőzés, annál jobban elhúzódik; az endogen reinfectiók is annál később, ritkábban jönnek és annál gyengébbek. Minél jelentéktelenebb az első fertőzés, annál hatásosabb és gyakoribb reinfectiókra van szükség, hogy a betegség lefolyása rosszindulatú legyen.

Mi történik mármost azzal a beteggel, aki gyakorlati szempontból egészségesen állja meg az első két szakot?

Ilyen, klinikailag nem, de biológiailag activ tuberculosis hatása alatt a szervezet allergiája eléri fejlődésének III. fokát. Ennek a szaknak jellegzetessége és pathológiai következményei abból erednek, hogy a kötőszövetes elemek, tehát a tüdő interstitiumának szaporodási és hegesedési hajlama megnövekedett. Míg a II. szakot az exsudativ sajtos folyamatok jellemzik, melyek még az annyira ellenálló rugalmas érfalakat sem kímélték és ezen áthatoló tendenciájukkal a betegség generalizálódását okozzák, addig a III. szakban ezen rosszindulatú jelleg visszafejlődése mellett — hogy egy concret példát említek — az erek intimarége oly érzékeny, allergiás lett, hogy amint a kórokozó inger közlébe ér, helyi burjánzásnak indul és valóságos dugó alakjában zárja el az ér lumenét. Endarteritis obliterans a kórszövettani neve ennek a nem kizárólag tuberculosisra jellemző elváltozásnak, mely végeredményben a tbc. haematogen kiszóródásának útját állja; az „interstitialis pneumoniá“-nak ily értelemben izoláló szerepe van. A III. stadiumra éppen a disseminációk hiánya jellemző. Mi mármost ennek a következménye?

Az, hogy akár egy régóta a tüdőben latens tbc. lángol fel valami conditionalis okból, akár külső reinfectio éri a tüdőt, a megbetegedés a tüdők határait nem, vagy csak nehezen fogja átlépni. Az allergia III. foka mellett tehát csak izolált szervi tbc. keletkezhetik, bármely szervről legyen is szó. Ez az oka annak, hogy ilyenkor egyidejűleg más, haematogen kiszóródásra valló elváltozás nem áll fenn. A carieses beteg rendszeren nem tüdőbeteg; a tüdőbetegnek rendszeren nincs cariese.

Anatómiailag az izolált phthisisre a *canalicularis* terjedés a jellemző. Míg az első két szakban a lymphogen, illetőleg haematogen terjedés volt a törvényszerű, más szóval: a folyamat nyílrányban terjedőképes volt, mert a gyulladás exsudativ sajtosodó hatásával mindent keresztülgázolt, ami útjába esett, a III. szakban ennek nagy akadályai vannak. A kötőszövet és ennek hegszöveté alakulása valósággal izolálja a bronchus-elágazódásokat, a legnagyobbaktól kezdve a legapróbbakig, le az acinusokig. Ha az allergia III. szakában lángol fel egy tüdőgóc, akár intrabronchialisán ül (egy aerogen primaer fertőzés, vagy reinfectio következményeképen), akár interstitialisan (a generalisatiós szak maradványaképen), *bennreked a bronchusok alkotta csőrendszerben.*

Szösz szerint ezt sem szabad vennünk. Ha a kötőszövetes sejtelemekek harmadfokú allergiája teljes védelmet jelentene, egyáltalában nem fejlődhetnék ki az izolált phthisis; hiszen az exacerbált góc végeredményben a kötőszövetes eltokolság insufficienciája folytán kezdheti meg csak intrabronchialis terjeszkedését. De az

ereket, idegeket, rugalmas elemeket magában foglaló interstitium ellenállása kétségtelenül oly nagy, hogy a terjeszkedést intrabronchialisnak kell mondanunk.

Az interstitium látszólag érzéketlen már a fertőzéssel szemben. A beteg acinus *környéke* láthatólag nem reagál. Perifocalis gyulladás nincs, ellentétben a II. szak hatalmas környéki elváltozásaival. De csak látszólag nincs! Csak durva, tüneteket okozó reactio nincs! Itt már nem a reactio foka, hanem kvalitása a döntő factor. Amit a szervezet a II. szakban csak hatalmas reactiók árán tudott elérni, azt ebben a szakban finom, láthatatlan biológiai functiókkal végzi el. A kötőszövetes elemek izoláló, elhatároló, végeredményben nagy elváltozásokhoz vezető hatása idültlen fejlődik. Ezen elváltozások kezdete feltétlenül belesik még a II. szakba; hivatásuk nem az, hogy *acut* exacerbatiókkal szemben *momentan* actióba lépjenek; az acut veszélyeket praeformált antianyagok esetleg in statu nascendi hártják el; ezt végzi a heves helyi reactio a II. szakban; a III. szakban pedig hasonló, de sokkal enyhébb (mert sokkal tökéletesebb) perifocalis gyulladások, szemmel nem is látható sejtműködések.

Az izolált phthisis fellépésének azonban nem az allergia III. foka az *egyedüli* kelléke. Minden esetben valami — sohasem egységes — *conditionalis* momentumnak kell hozzájárulnia ahhoz, hogy egy külső fertőzés (aerogen) endobronchialis elváltozásokhoz vezessen, vagy hogy egy régi folyamat exacerbálódjék és az ismeretett biológiai helyzet folytán endobronchialisan tovaterjedjen.

Talán kifáradtak a szervezet biológiai képességei. Talán nem történt más, mint hogy az évtizedekig tartó védekezés, amely tünetmentesen is lefolyhatott, korai kimerüléshez vezetett. Teljesen a tbc. sohasem inactiválódott, és közelebb hozta a beteg halálaóráját, mint ezt ugyanilyen virulentiájú betegség egy más, életerősebb embernél tehetne volna. Tehát a biológiai erőtenyezők *disharmoniája*, mely constitutionalis okokból az allergia ezen szakában következett be, tehető itt felelőssé a phthisis kifejlődéséért. Talán túlságosan hevesek voltak a reinfectiók az utolsó évek folyamán.

A phthisist kiváltó conditionalis okok közül az intercurrens fertőző betegségek állanak első helyen. Egy ilyen delectaer hatás alatt külső reinfectio nélkül is megváltozhatnak a biológiai erőviszonyok; így gyermekek kanyarójánál, felnőttek influenzájánál. A felángolt tbc. terjedni kezd, biológiai és physikai törvények szerint arrafelé, amerre a legkönnyebb. Ez az irány a levegőt vezető csőrendszer, mely semmi akadályt nem gördít a veszélyes bronchopneumoniás kiszóródások elé. Azt mondhatjuk, az intracanicularis terjedés a veszte egy ilyen betegnek. Mert a bőrön át hiába próbálnánk fertőzni egy ilyen embert; itt, a kötőszövetes elemek kellős közepében, az allergia adott foka mellett az infectio nem fog. A bronchusok üregeiben a kötőszövetes elemek ezen áldásos hatása nem érvényesülhet.

De más parenchymás csőves szervek izolált tuberculosis is ily alapon fejlődik. Egy évtizedek óta, a generalizálás óta sakkban tartott kis góc a vesében fellángolhat. A vese interstitiumában csak nehezen vált ki valami kis destructiót, de ha bemarta magát a vese-csatornácskába, esetleg elég erős ahhoz, hogy itt terjedhessen; ha t. i. a physikai terjeszkedés előtt szabad lumen paralizálja a csővecskéket bélelő hámréteg védőanyagtermelését: ha megbillen az immunbiológiai egyensúly.

Amit itt három stadiumra osztottunk, az tulajdonképpen egy szakadatlan fejlődés: a szervezet reactivitásának fokozatos fejlődése az első, illetőleg a folyto-

nosan megismétlődő fertőzések hatása alatt. Az egyes biológiai szakok jellemzésére felhozott szövettani elváltozások feltalálhatók egymás mellett minden szakban. Csak arról van szó, hogy fokozatosan meghatározott sorrendben kifejlődve, *egyszerre a biológiai reaktivitásnak csak egy fajtája dominál*. A reakciók primaer renyhésége fokozatosan megy át a II. és III. szaknak megfelelő reaktivitásba. Hogy mily mértékben keverednek az exsudatív jelenségek a productív jellegűekkel, hogy mennyire folyik egybe a határ a két szak között, ez a constitutionalis és conditionalis factorok szerencsés vagy szerencsétlen combinációjától függ.

Egyet még ki kell emelnem. Az I. és II. szak klinikailag legtöbbször nem választható el egymástól. A III. szak soha össze nem folyhatik ennyire a II.-kal. Ez nem úgy értendő, hogy közvetlenül a II. stadium kapcsán nem fejlődhetik izolált phthisis. A generalizálódás, amely természetesen a tüdőt sem kíméli meg, széteső folyamatokhoz vezethet; de hogy ez nem izolált phthisis, melynek aránylag jóindulatú lefolyására számíthatunk, ezt éppen a haematogen terjedésnek egyidejűleg látható többi tünete mutatja. Ha ilyen peripheriás disseminációkat nem sikerül felfedezni, akkor maga a tüdőlelet, a disseminált, kis göbös elhelyeződés a tüdőmezőkben, a kiterjedt perifocalis gyulladás, jellemzően változó tünete, szemben a III. stadium jól izolált és állandó góctüneteivel, kétséget kizáróan figyelmeztet rá, hogy a II. szakban vagyunk és hogy a szervezet védekezőerői a súlyos kimenetelű generalizálódást megakadályozni nem tudták. A II. szaknak ilyen vészes kimenetele mellett a tüdőfolyamat nem izolálódhatik. *Az izolált phthisis kifejlődésének feltétele egy biológiai teljes II. szak.*

A tárgyalt stadiumok ninesenek életkorhoz kötve. Csak az egyszerű beállítás kedvéért kötöttem előadásom folyamán a primaer infectiót a csecsemő-, illetőleg korai gyermekkorhoz, eltekintve attól, hogy az esetek 90%-ában tényleg ilyenkor szenved el az ember az első fertőzést. A felnőtt ember első fertőzése szintén primaer complexumhoz vezet, de ennek a késői fellépésnek megfelelően minden stadium eltolódik; egymáshoz való viszonyában is, ami összefügg azzal, hogy minél későbbi életkorban éri a szervezetet a fertőzés, annál jobb lefolyású a tbc.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 október 27-én tartott I. rendes tudományos ülése.

Elnök: Hutyra Ferenc.

Jegyző: Fekete Sándor

Bemutatók:

1. **Batiszweiller János:** *Fonálgomba okozta pyaemia esete.* (Egész terjedelmében kerül közlésre.)

Bézi István: 60 éves asszony sectiójáról számol be, ahol a halál okát kétoldali genyes fültőmirigygyulladásból kiinduló sepsis okozta. A bal tüdő alsó lebenyében két kisebb és egy diónyi, jól határolt, kissé karélyos, vérbő szélű góc foglalt helyet. Feltűnő volt a góccok szürkésárga színe és tömörsége. A bakteriologiai vizsgálatok a parotigényben diplostreptococcust, a tüdő gócaiban pedig egy a bemutatottal a legfőbb tekintetben megegyező streptothrix fajt derített ki, mint egyedüli kórokozót. A tüdőben szövettanilag chronikus interstitialis pneumoniát találtak. A góc közepén sejttermék foglalt helyet, míg széli részeiben az alveolusokat sűrű gomba fonalhálózat töltötte ki. Környéki nyirokutakban, nyirokesomókban vagy erekben nem fordultak elő fonalak.

Ez esetben a streptothrix klinikai tüneteket nem okozott. A tüdőelváltozás is oly csekély volt, hogy a halál előidézésében bizonyára semmivel sem okozható. Valószínűleg a helyi viszonyok (chr. interst. pneumonia s emphysema) alkalmassá válása folytán fejtett ki a gomba pathogen hatást.

2. **Bókay Zoltán:** *Többszöri serumoltás után észlelt különleges anaphylaxiás reactio (Arthus-phenomen) legyengült fiatal gyermeknél.* Kétéves fiú esetét ismerteti, ki egy félévben belül 85 napon keresztül volt erősen lázas s ezen idő alatt influenzás tüdőlobot, appendicitist, scarlatinát, morbillit s laryngitis crouposát állott ki.

A gyermek először 1923 április 5-én kap 5500 I. E. serumot subcutan, azt április 10-én rendes, két napig tartó serumexanthema követi. Második serumadagolás május 25-én: 2000 I. E. serum subcutan. Rögtönös anaphylaxiás reactio: urticariás bőreruptio, izületi duzzadás, fájdalomképében; a reactio négy napig tart. Harmadik seruminjectio 10.000 I. E. subcutan, június 9-én. Másnapra erősen duzzadt, fájdalmas az oltás helye; 24 óra múlva az oltás helyén tenyérnyi pír, a bőr deszkakeményre infiltrálódott, 48 óra múlva a duzzadás még fokozódott, az inguinalis hajlatig terjedt és a beszúrás helye körül egy 10×15 cm nagyságú, ellipsoid alakú, sötét, livid-kékes elszínesedés jelentkezett, mely igen fájdalmas. Egy nap múlva a sötét szín még kifejezettebb, további napok alatt e területen a bőr elhal, demarcálódik és bűzös geny elválasztása közben kiesik úgy, hogy a mélyben a szétesett szövetcsafatok között az egyes bordákat teljesen lecupaszítva látjuk. Exitus részben pleuropneumonia, részben a bekövetkezett sepsis folytán állott be. Az *Arthus-phenomen* ez esetben valószínűleg a nagyfokú legyöngülés és az ellentállóképesség csökkenése okozta. Hogy anaphylaxiás shock nem jött létre, azt a súlyos alátápláltsággal magyarázza, mely, mint az éhezés is, antianaphylaxiás tulajdonsággal bír.

Előadások:

1. **Bókay János:** *A gyermekkorú lügmérgezések és a Salzer-féle eljárás.* Lügmérzési és bárzsingűkületi statisztikájának részletezése után vázolja a Salzer-féle eljárást, mely abból áll, hogy a strictura kifejlődésének meggátlása céljából már a mérgezést követő 3.—6. napon alkalmazásba vesszük a Bass-féle 30. számú, nehéz, söréttel töltött oesophagus-sondát, azt jól megáztatva meleg vízben, hogy hajlékonyá válják. A sonda félóraig fekszik s a sondázás harmad-, negyednaponként ismétlődik heteken át. Míg Salzer 1922-ben 34 esetről számol be, előadó 122 esetének sorsáról referál. Az eredmény 90%-ban (110 esetben) igen jó volt, amennyiben strictura egy esetben sem fejlődött, öt esetben az eredmény kevésbé jó volt, mert az eljárást nem lehetett rendszeresen folytatni. Két halálos esete volt, az exitust azonban csak három esetben okozta bárzsingűfűródás s következményes mediastinitis, míg négy esetben a halál magával a mérgezéssel állott direct összefüggésben s a sondázás káros hatása teljesen ki volt zárható. Ajánlja az eljárás gyakorlatát s kívánatosnak tartja, hogy a felnőttek lügmérzéseinél is megkíséreltessék.

Vámosy Zoltán: 127 magyarországi kórház 6 évi forgalmából (1900—1905) 6967 mérgezési eset statisztikáját állította össze és ebben 2285 volt a lügmérgezések száma, míg a phosphoré csak 628, a harmadsorban következő savaké csak 260. Nemesak a gyerekek, hanem a felnőttek mérgezése is gyakran véletlen és a lügek könnyelmű kezeléséből származó, mert a fenti számban csak 650 volt öngyilkossági. Hiszen még a magát anynyira eláruló ecetessentiával is történtek véletlen mérgezések (két ily esetet mond el), amit magyaráz az, hogy ha mohón isszuk, orrüregünket elzárjuk és a folyadék hirtelen lötyyen a garatba, nyelési reflexet váltva ki.

Az oesophagus súlyos sérüléseinek talán az is magyarázata, hogy gyomormosás alkalmával ez nem öblítődik; hangsúlyozza a savitatásnak vagy a nyelőcső öblítésének fontosságát a sondán bevitt híg savoldat kihánytatásával.

Felemlíti, hogy tankönyvek szerint maró sav és lúgmérgezés után csak az első félórán szabad gyomrot mosni. Ő mindig úgy tanította, hogy később is szabad s hogy ez mindig a mérgezett állapotától függ. Szeretne ez irányban a gyakorlattól megnyugtatót kapni.

Zimányi Vidor: A lúgmérgezés elleni védekezés szempontjából a lúgnak színesítését vagy bűzössé tételét ajánlja, így feltűnővé lehetne tenni a lúgodatot s ezáltal reméli, hogy a véletlen mérgezések száma csökkenne.

Bókay János: Dániában a lúgot forgalombahozatal előtt színesítik. Gyomormosást minden gyermek-kori lúgmérgezésnél végeztet, ha fél óra le is telt már a mérgezés bekövetkezése után s káros hatást tőle sohasem látott.

2. Guszmán József: *Adatok a herpes zoster-varicella kérdéséhez.* (Egész terjedelmében került közlésre.)

Bókay János: Előadó szép esetének mása *Mc. Ewer* esete 1920-ból. A zoster varicellosus létezése ma már nem discutálható s *Contor* tapasztalatai, melyeket a Christmas Island szigeten tett, nem gyengítik a következtetést.

Balogh Ernő: 1922 november 25-én bemutatott öt varicella esetének a csigolyaközti dúcokra vonatkozó kórszövet-tani leleteit újabb öt esete kapcsán megerősítheti, ezekről, valamint kontroll-vizsgálatairól a közel jövőben be fog számolni. Analog elváltozásokat nomákál szövődött kanyarós esetek intervertebralis ganglionjaiban és Gasser dúcaiban volt alkalma észlelni.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A bőr és az immunosság viszonyáról, különösen tuberculosisban. *Klemperer F.* (Therap. d. Gegenw. 1923, 5. sz.)

Széles körben elterjedt tudat, hogy a bőrnek különleges szerep jut az immunizálódási folyamatokban, különösen tuberculosisban, ahol ez a feltevés már egyes gyógyeljárásoknak is alapul szolgál (Moro, Ponndorf). Különösen Ponndorfnak befejezett tényként előadott nézetei alkalmasak a megtévesztésre és eljárásának oly esetekben is való alkalmazására, mikor a specifikus kezelés nem indikált. *Klemperer* kísérleti, klinikai és therapiás szempontból foglalkozva a kérdéssel, főleg saját tapasztalásai alapján arra a meggyőződésre jut, hogy: 1. Nincs bebizonyítva, hogy a bőr különleges immunizáló szerv lenne és ha van is az ilyen folyamatokban valami szerepe, az semmi esetre sem különleges (filtrálóképesség; Ponndorf stb.). 2. Különösen valószínűtlen ez a feltevés tuberculosisban, ahol a természetes gyógyulás a bőr minden észrevehető részeseződése nélkül folyik le és ahol a tuberkulinkezelés cutan, per- és intracutan sem mutat fel más eredményt, mint subcutan alkalmazva. 3. A Ponndorf-féle eljárás téves alapon van felépítve és Ponndorf előírása szerint egyenesen veszélyes beavatkozás. Ha csökkentjük a sebzések és az adag nagyságát, a subcutan oltásokéhoz hasonló eredményt érhetünk el, de ezekkel szemben az exact adagolás lehetetlensége miatt hátréba szorul. *Arady dr.*

A haemorrhagiás diaethesisről. *Gehrcke.* (D. m. W. 1923, 41. sz.)

Arra hívja fel a figyelmet, hogy igen súlyos tudó- és méhvérzés jelentkezhet közvetlen és helyi ok nélkül akkor, ha a betegnek haemorrhagiás diaethesise van. E kóros állapot jelenlétét nem döntik el mindig az erre irányuló közismert vizsgálatok eljárások: 1. az alvadási idő, 2 a vérzési idő, 3. a thrombocytaszám és 4. a vérleány retractionjának megfigyelése. Bőr- és nyálkahártyavérzés nélkül is lehet haemorrhagiás diaethesisről szó, a feltevés ilyenkor a pontos anamnesisre (régembi, nehezen csillapodott vérzések) alapozható. *Kiss József dr.*

A vörösvértestek osmosis resistentiája. *Simmel.* (D. Arch. f. klin. Med. 142. k., 5-6. füzet.)

A vörösvértestek osmosis resistentiájának vizsgálata alkalmával tapasztalt eltérő eredmények oka nemcsak a methodika sokféleségében, hanem mindegyikének hibás voltában keresendő. Vizsgálatait vörösvértestszámoló pipettával és a vér osmosis összetételének legjobban megfelelő „Tyrode”-oldattal végezte, úgy, hogy a fülből vett vércseppet különböző sűrűségű oldattal szabályszerűen felhígította, majd a vörösvértestek számát kiszámolta. Bár ilyen methodikával a vörösvértestek különböző resistentiájú csoportokba oszthatók és így a haemolysis lefolyása pontosabban vizsgálható, mégis a különböző betegségek vizsgálata alkalmával nyert tapasztalatai lényeges haladást nem jelentenek. *Boros dr.*

A leukaemiás reticuloendotheliosis. *Ewald O.* (D. Arch. f. klin. Med. 142. k., 3-4. füzet.)

Esetében a súlyos sepsises megbetegedés klinikai képe és lefolyása teljesen az acut leukaemia kórképének felel meg. Az esetet a különös vékép és kórszövet-tani lelet teszi érdekessé. A vérben a 15.000 leukocyta 95%-át olyan sejtek alkotják, melyek a myeloblastokhoz (Naegeli) hasonlítanak ugyan, de leginkább azon még fiatalabbkorú sejteknek felelnek meg, amelyeket Pappenheim „histiocytáknak” nevez; ezek a legfiatalabb őssejtek lennének és a reticuloendothelialis rendszerből erednének. A lépből, májból és csontvelőből készült metszeteken az endothelsejtek szertelen burjánzása és a vérben keringő sejtekhez hasonló sejtek nagytömegű leválása látható. A betegség nem más, mint a szervezet leukaemiaszerű sajátos reakciója sepsises fertőzéssel szemben és azért a helyes elnevezés nem „leukaemia”, hanem „myelosis”. Közölt eset lényegében nem különbözik más acut myelositól, a különbség csak a szervezet reakciójában keresendő, amely ez esetben a fertőzésre a vérképzőrendszer legprimitívabb burjánzásával válaszol. *Boros dr.*

A gyomorfekély gyógyítása *Sippy* szerint. (Megjegyzések Orliansky dolgozatához.) *Porges.* (Klin. Wochenschrift. 1923, 39. sz. Lásd: Orvosi Hetilap 1923, 34. sz.)

Porges azon tapasztalataiból kiindulva, hogy egy erőlyes alkali-adagolás a gyomorfekély okozta fájdalmat megszünteti, már régen — mielőtt a *Sippy*-kúrát ismerte volna — nagy adag alkáliakkal gyógyítja betegeit. A jó hatás feltétele az, hogy a gyomornedvet kellőképpen semlegesítsük. Az alkáliák adagolásában sematizálni nem szabad, egyik betegnek többre, másiknak kevesebbre van szüksége. A calcium carbonicum és a magnesia usta az a két szer, melyet szerző használ; és ezt a két szer a beteg bélműködése szerint keveri. *Porges* eljárása nem oly szigorú az étrendben, mint *Sippy* és így könnyebben is keresztülvihető. Ha a beteg nem vérzik, le sem fekteti őket és csak a nagyon izgató, fűszeres ételeket, alkoholokat stb. tiltja el, azonkívül elégnék tartja, ha a beteg minden két órában kb. egy teáskanálnyi vesz be a fenti alkáliából. A fájdalom olyan következetesen szűnik a gyomornedv semlegesítésére, hogy a jó hatás elmaradása gyomorfekély ellen szól. A betegek néha pár heti kúra után is visszaesnek betegségükbe, de a kezelés megismétlése ismét megszabadítja őket fájdalmuktól. Különösen érdekes a szerzőnek két esete: az egyik beteget kétszer, a másikat már háromszor operálták ulcus pepticum jejuni miatt, a betegek gyomrának háromnegyedrészét eltávolították, de a tünetek mégsem múltak el; az itt leírt kezelés mellett a két beteg rövid idő alatt meggyógyult és ma is tünetmentes. *Sarvay dr.*

Sebészet.

Thyreoiditis lignosa chronica három esete. *G. és R. Monod.* (Journ. de Chirurgie 22. köt., 1. sz., 1923. júl.)

Ezen betegség, melyet felfedezőjéről Riedel-féle betegségeknek neveznek, eddig mindössze 15 esettel szerepel szerzők szerint az irodalomban, beleszámítva jelen három esetet is. Az esetek a következők:

I. 30 éves nő nyaka három hó előtt vastagodni kezdett, felvételtkor hatalmas, fent a nyakcsontig, lent a sternum mögé nyúló, balfelé a sternocleidomastoideus hátsó, jobbfelé annak elülső széléig terjedő, deszkakemény daganata van. Légzési és keringési zavarok állanak fenn, a bal váll, kar és kéz cyanotikus, a hangképzés zavara ingadozik a rekedtségtől a teljes aphoniáig. Fenti betegségen kívül rosszindulatú daganat is szóba jöhet, ezért próbakimetszés történik, mely a beteg állapotában lényeges javulást vált ki. A szövettani vizsgálat tisztán gyulladós szövetet mutat, ki lehet zárni a rákot, sarkomát, tuberculosist. Lues felvételét a metszet megengedi, ámde a kör-előzmény, továbbá a Wa. R. és a spirochaeta-kimutás *Levaditi* szerinti negatív. A gégészeti vizsgálat subglottikus elváltozásokra utal, fehérvérsejtszám 11000, lymphocytosissal. Hydrarg. oxycyan-befecskendezések hatástalanok, salvarsanra azonban szembe tűnő javulás lép fel, a nyaki duzzanat majdnem egészen eltűnik, a légzési és keringési zavarok megszűnnek, csupán a rekedt, susogó hang marad meg. De a javulás csak egy hónapig tart, ezután a daganat ismét rohamosan növekszik, fenyegető légzési nehézségek lépnek fel. A próbakimetszés jótékony hatására emlekezve ezt megismétlik. Műtét közben synkope miatt tracheotomia vált szükségessé. Ezután csekély javulás, majd két hónapon át változatlan állapot, végül öt hóval felvétele után éjszaka a beteg hirtelen meghal. Boncoláskor sok alvadó vér a jobb szív-kamrában. A pajzsmirigyet hatalmas sarjadzós szövet tölti meg szővi át és veszi körül beágyazva a baloldali n. vagust, carotist és jugularist. Ugyaníly sarjszövetből álló külön blokk ül a légcső és a bal hörgő által bezárt szögletben. A légcsőben is súlyos elváltozások vannak, a hangrés alatt kiterjedt fekély, a kettősoszlás felett jókora elhalt nyálkahártya-terület, melynek megfelelően a légcső fala háromszorosára megvastagodott. A pajzsmirigyszövet csak a jobb lebeny egyes részeiben ismerhető fel. Görcsvőn a sarjadzós szövet hol sejtűsőbb, hol hegesebb kötőszövetnek bizonyul.

II. 38 éves asszony jelentkezik nyolc hó óta nőve nagy nyaki daganattal, mely erős légzési nehézségeket okoz. Míg az előbbi esetben *Lecene* professor, ez esetben *R. Monod* végzte a próbakimetszést. A görcső eosinophil-sejteket és elhalásos területekben dús sarjszövetet mutat, mely gyanus syphilitisre. Ezen feltevést támogatja a kórelőzmény, amennyiben az asszonynak három év gyermekét megelőzően három vetélése volt, férje lues miatt kezelés alatt állott, a *Wa. R.* az asszonynál erősen pozitív. Salvarsan-higanykezelésre az asszonynál kilenc hó óta fennálló daganat két hónap alatt fokozatosan eltűnik, a fulladási rohamok megszűnnek, a hang kitisztul. A gyógyulás két év múltán is tökéletes.

III. 45 éves férfi, aki 15 év óta kezelte magát lues miatt, három hónap óta légzési nehézséget és nyakán egy növekvő csomót érez. A daganat a *cart. cricoidea* és a *sternum* között ül, fájdalmatlan, kemény. A gyakori fulladási rohamok miatt *Lecene* prof. tracheotomiát végez, amely igen nehezen hajtható végre, mert a mindent átszövő merev daganatszövet erősen vértel és zavarja a tájékozódást. A jobbra eltolódott tracheát megnyitva, nagyfokú szűkület található, melybe a szokásos canule helyett csak vékony draincső vezethető be. A próbakimetszés görcsővílegbanalis gyulladást okoz. Egy hónappal utóbb *Lecene* tracheotomiát kísérel meg, de a közbeeső három-négy cm vastag daganatszövet miatt nem sikerül a tracheát a böhöz kivarni, ezért a draincsövet visszahelyezi. Két héttel utóbb a beteg egy éjjel hirtelen meghal. A boncolást mellőzni kellett.

Íme három hasonló eset: az első tipikus, vagyis ismeretlen kórokú *Riedel-féle* betegség, a második lueses *thyreoiditis*, a harmadik lueses *tracheostenosis*, kísérve *cervicomedianitist*-től. Szerző mind a három esetet ugyanegy betegség változatainak tartja s mindnek okául a lues veszi fel, amennyiben kijelenti azon nézetét, hogy a *Riedel-betegség* nem rostos golyva, hanem *trachealis* eredetű, a pajzsmirigyre és környezetére másodlagosan áterjedő betegség, melynek oka minden valószínűség szerint mindig a syphilitis. Ezen betegség elég komoly prognózisú, amennyiben az eddig ismert 15 esetből három hirtelen halállal végződött (*Riedel* egy, *Lecene* két esete). A kezelés szempontjából leghatásosabb a salvarsan, gyakran válik szükségessé *tracheotomia*.

Valkányi dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Vizsgálatok az organotherapia értékéről. *B. Zondek*. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1923, 86. köt., 2. füzet.)

Szerző állatkísérletekkel és túlélt szerveken történt sorozatos vizsgálatokkal igyekezett a kérdést felülvizsgálni, hogy meggyőződjék a használt organotherapiás gyógyító eljárások értékéről. Bebizonyítja, hogy csak chemiailag meg nem változott száraz készítmények (*corpus luteum*, *luteoglandol*, *pituglandol*, *pituitrin*) és megfelelő szervek átültetésével lehet hatást elérni, de így is csak bizonyos korlátok között. A szervkivonatok az előállításnál különösen a bennük lévő fehérje-megvonással elvesztik specifikus endokrin-állományukat. Ez alól a szabály alól kivételt csak a *hypophysin*-nél látott. Ez a körülmény vezetett azután ahhoz, hogy egyéb endokrin-mirigyekből is kivonatokot készítettek, amelyeket ugyancsak specifikusnak tartottak, mint ahogy azt a *hypophysis-készítményeknél* látták. Minthogy azonban minden endokrin-mirigy *chemismus*a más, azt a sémát, amelyet a *hypophysis-kivonatok* készítésénél alkalmaztak, nem lehetett a többi endokrin-mirigyre alkalmazni. Ez volt az oka, hogy a kutatások téves útra terelődtek. Csak az endokrin-mirigyek *exstirpatiója*, ill. *transplantációja*, valamint chemiailag meg nem változott endokrin-mirigyek etetésével és nem pedig sematikusan előállított mirigyszervek kivonatainak *injectionis* adagolásával érhetünk el tartós eredményt.

Haba dr.

Lépkürtés menorrhagia thrombopenica esetében. *J. Halban*. (Arch. f. Gyn. 1923, 118. köt., 3. füzet.)

17 éves virgo súlyos genitális vérzésekben szenvedett, orr- és a bőr alatti kötőszövetben történő vérzésekkel, amelyek a legcsekélyebb traumára is beállottak. A vérvizsgálat az essentialis thrombopeniára jellemző elváltozást mutatott. A thrombocyták száma 1 mm^3 -ben 30.000 alatt volt. Miután minden gyógyszeres kezelés eredménytelen maradt, *Halban* splenectomiát végzett. Az eltávolított lép az idősült léptumor képét mutatta. Tökéletes gyógyulás. Kimutathatóan javult a vérkép. A műtét utáni harmadik napon már 1 mm^3 -ben 133.000 volt a thrombocyták száma. Ilyen esetekben a lép kiirtása életmentő és messze felette áll a Röntgen-besugárzásnak.

Haba dr.

A hüvelyi flóra keletkezése. *Rudolf Salomon*. (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1923, 86. köt., 2. füzet.)

Szerző a hüvelyi flóra keletkezését tárgyalja és ismerteti azokat a biológiai körülményeket, melyek a gyermekkor hüvelyi flórájának keletkezésével összefüggésbe hozhatók: a szervezet ellenállóképesége, *constitutio* stb. Azért is szükséges a serdülőkor hüvelyi flórájának ismerete, mert csak így érthetjük meg a felnőttkorban előforduló folyásokat. A hüvelyi baktériumok

mint olyanok nem ártalmasak, csak bizonyos mikroorganizmusok összharmóniája válthat ki folyást. Az észszerű fluor-kezelésnek oda kell irányulni, hogy ne semmisítsen meg semmiféle *saprophyta* hüvelybaktériumot antiseptikus eljárásokkal, hanem bizonyos törzsek fejlesztésével és elszaporításával igyekezzék a többieket elölni. Ilyen irányban kell a folyások kezelésében a modern therapiának fejlődni.

Haba dr.

A vaginifixura utáni szülésekről. *O. Plümcke*. (Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1923, 63. k., 4—5. füzet.)

A berlini Dützmann-klinika tapasztalatai szerint a kolpoptomia + vaginaefixatio műtete igen bevált, sok esetben meg lehet vele takarítani a laparotomiát. Indokolatlannak tartja a műtétet szemben sokak által felhozott azon ellenvetéssel, hogy nemzöképes korban a műtét csak sterilisatióval karöltve végezhető, miután több ezer ilyen módon operált közül 73 esetben zavartalan spontán szülést észleltek; azon esetek pedig, amelyek műtét utáni szülései nem kerültek klinikai észlelés alá, bizonyosan jelentkeznék volna, ha szülési complicatiók léptek volna fel. Mindenesetre ahhoz, hogy a szülés zavartalan legyen, fontos a műtét technikája; nevezetesen nem szabad a méhet nagyon magasan fixálni (legfeljebb 1 cm-rel a peritoneum mellső áthajlási redője felett).

Kovács dr.

A myoma-műtétek tökéletesedéséről 2000-nél több coeliotomia kapcsán. *Prof. D. v. Ott*. (Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1923, 63. k., 4—5.)

A statisztikailag feldolgozott nagy anyag tanulságait abban foglalja össze, hogy az uterus-myoma operatív therapiája a supravaginalis amputatiótól a teljes méhkiirtásra való áttéréssel, továbbá a vaginalis úton való operatio sokkal nagyobb mértékben való kiterjesztésével alapvető reformokon ment keresztül, melyekkel kapcsolatban a műtét mortalitása a minimalisra (jóval az 1% alá) redukálódott. A mortalitás ezen csökkenése viszont az operatív indicatio sokkal tágabb határokig való kiterjesztését engedi meg. Hangsúlyozza a vaginalis operatiós mód előnyeit; ha a per laparotomiam való műtét elkerülhetetlen — a conservatív myomektomiáktól, enucleatióktól eltekintve —, a teljes méhkiirtást ajánlja a supravaginalis amputatióval szemben; azonban igen fontosnak tartja emellett az ovariumok lehetőségig való conserválását.

Kovács dr.

Bőr- és nemikórtan.

Spondylitis luetica. *Max Jessner*. (Klin. Wochenschr. 1923, 14. szám, 638. lap.)

A spondylitis luetica korántsem oly ritka, mint azt legtöbbször felveszik. A breslauer bőrklinikán egy év alatt három eset is előfordult; az első esetet négy évig mint *tbc.-s* spondylitist műtéttekkel, corsettel, fénykezeléssel stb. kezelték. A második esetben feltűnő a rövid idő az infectiótól (1 év), trauma útján való kiváltása a betegségnek és a nyak ferde tartása. *Differentialis* diagnózis tekintetében *tbc.-vel* szemben csak a Röntgen-, *Wassermann*-reactio, ex *juvantibus* jöhetnek tekintetbe. Mind a három eset kombinált antilueses kezelésre feltűnő gyorsan gyógyult. A kórformánál a nyomás és callusképződés különböző idegrendszerbeli jelenségeket is hozhat létre.

Somogyi.

Kísérletek intravenás szőlőcukor-injectiókkal a syphilitis therapiájában. *Rubin*. (Dermat. Wochenschr. 1923, 36. sz.)

A szőlőcukornak molekulái — mint ismeretes — oly nagyok, hogy a capillarisok endotheljén nehezen hatolnak át és ezáltal a vér osmotikus nyomását fokozzák, ami az oedemás szövetekből az erek felé szövetnedv-áramlást indít meg (*Bürger, Hagemann*). *Stejskal* a szőlőcukor-oldatot említett tulajdonsága alapján neosalvarsannal kombinálva a tünetes syphilitis kipróbálta, amikor is talán az injectio után eleinte az oedemás helyekről (fekélyek, papulák stb.) a szövetnedvek gyors eláramlása indul meg, viszont később a vérben keringő anyagok (itt salvarsan) fokozott mértékben jutnak el ugyanoda. *Freund* és *Gottlieb* a szőlőcukornak bizonyos protoplasmaactiváló szerepet tulajdonítanak és ennek írája javára a kedvező therapiás eredményeket. Szerző *Steinberg* jó véleménye alapján 20 cm^3 50%-os steril szőlőcukor-oldatban adta a neosalvarsant intravenásan. Az így kezelt sklerosissait és nedvező papuláit vizsgálva azt találta, hogy a spirochaeták 14—18 óra múlva eltűntek ugyan, de 2—3 nap múlva ismét kimutathatók voltak, míg a kontrollképen tisztán neosalvarsannal, illetőleg Linser-oldattal kezeltéknél 20—24 óráig talált spirochaetákat, azontúl azonban nem. Feltűnő, hogy a szőlőcukor-neosalvarsan-kezelésnél a salvarsant kísérő kellemetlen tünetek (láz, fájás, hányás) és angioneurotikus symptomák egyszer sem jelentkeztek, szemben a tisztán salvarsanos és a Linser-kezeléssel. E körülmény feltétlenül javára írandó ezen kezelési módszernek. Serologialag is elég kedvezők az elért eredmények. Egy kúra után a szőlőcukros kezelésnél ($2\frac{1}{2}$ —3 g neosalvarsan) 80%-ban, tisztán neosalvarsanos ($3\frac{1}{2}$ —4 g) kúrák után 100%-ban, higany-salicillal kombinált kezelésnél ($2\frac{1}{2}$ —3 g neosalvarsan) 53%-ban és a Linser-kezelés után ($3\frac{1}{2}$ —4 g neosalvarsan) 34 $\frac{1}{2}$ %-ban lett negatív a vérsavó.

Steiger-Kazal

DIAGNOSTIKA

A Noeggerath-féle kopogtatási módról.

Írta: *Petényi Géza dr. e. magántanár.*

Csecsemők mellkasi szerveinek a kopogtatásánál sokkal több nehézséggel van dolgunk, mint felnőtteknél; számos hibaforrás lehetséges, amelyeknek még ma is csak egy részét ismerjük pontosabban. Ezek egyikére világított rá C. Noeggerathnak egy két év előtt megjelent munkája; kimutatta, mekkora jelentősége van annak, hogy milyen helyzetben van a beteg kopogtatáskor. A hátsó mellkasfalat úgy kopogtatjuk, hogy vagy ülő helyzetbe hozzuk s fixáljuk a csecsemő fejét, vagy pedig hasra fektetjük. Ezen kopogtatási technika mellett igen gyakran fordul elő, hogy rövidüléseket, tompulatokat kapunk, főleg az alsó részeken, amelyek nem állandó jellegűek, gyakran változtatják a nagyságukat s intenzitásukat, esetleg egészen eltűnnek. Az auscultációs Röntgen-vizsgálat negatív volta s egyéb a mellkasi szervek megbetegedésére utaló tünet hiánya következtében gyakran nem volt értelmezhető, hogyan jön létre egy ilyen rövidülés.

A Noeggerath által ajánlott kopogtatási mód, amely mellett a fentemlített nehezen értelmezhető tompulatok egy része eltűnik, a következő: két kézzel a fejénél megfogva, felemeljük a csecsemőt annyira, hogy ne érintse a lábával az alapot, hogy szabadon lebegjen. Noeggerath szerint úgy jönnek létre ezek a rövidülések, hogy ülő helyzetben a csecsemő gerincoszlopa könnyen elhajlik jobbra vagy balra, a mediastinum nagy képletei benyomulnak a convexitás oldalába, csökkentik ott a teret s comprimálják a tüdőt. Fölemelve a csecsemőt kiegyenesedik a gerincoszlop és normalis kopogtatási hangot kapunk. Megfigyeléseim szerint a Noeggerath által megadott magyarázat nem helyes. Ha igaz lenne, akkor bármely csecsemőn szándékos jobbra- vagy balra-hajlítással létre kellene jönni egy megfelelő rövidülésnek. Ezt azonban nem találjuk, úgyhogy máshol kell keresnünk e jelenség eredetét. Ha egy csecsemőt ülő helyzetbe hozunk s hozzá egy kissé előre-hajlítjuk, amint ez szokásos a hátsó mellkasfal kopogtatásánál, akkor a hasúri nyomás jelentősen emelkedik az álló helyzethez képest. A rekesz nagyobb nyomás alá kerül, feljebb száll és a mellkasi szervek comprimálódnak. Ezt igen jól lehet látni Röntgen-átvilágításnál, ha azt először ülő, azután álló helyzetben végezzük: álló helyzetben a tüdőmezők láthatóan meghosszabbodnak, a rekesz s a máj mélyebbre kerülnek, a szív- s középárnyék lényegesen megkeskenyednek. Ez az oka, ha egy rövidülés felfüggesztett törzsön eltűnik. Praktikus szempontból a lényeges mindenesetre az, hogy kétes esetekben a Noeggerath-féle kopogtatás igen jó szolgáltatokat tesz annak eldöntésére, hogy van-e tényleg rövidülés vagy nincs. A csecsemőknek egy része ha törzsénél fogva felemeljük s tartjuk, a lábát kinyújtja s ha szilárd talajt érez, akkor egészen jól megáll hosszú ideig is. Ezeknél elégséges, ha ilyen álló helyzetben kopogtatunk. Noeggerath szerinti lógó helyzetbe csak azokat a csecsemőket kell hozni, akik felemelésnél a lábukat csipőben s térdben behajlítva felhúzzák.

HETI KRÓNIKA

Bár már az izraeliták és a rómaiak is figyelemmel kísérték a népesedési mozgalmakat, mégis csak Graunttól kezdve (1662.) van tudományos népesedési és egészségügyi statisztika. Ez a statisztika bizonyítja, hogy az egészségügy (de főleg a járványos betegségek elterjedése) a nép anyagi jólétével és műveltségével összefüggésben van.

Ahol jólét és megértés van az egészségügyek iránt, mint általában a művelt nyugaton, ott a morbiditás csökken és a fertőző betegségek is ritkulnak. Tanulságos pl., hogy Angliában a gyermekhalandóság, amely 1915-ben 112 ezrelék volt, 1922-ben 75-re süllyedt. A nemibetegségek is csökkenőben vannak; 1920-ban 99.000 új nemibeteg jelentkezett nyilvános rendelkezéseken, 1922-ben csak 68.000. Ezek az adatok nem tüntetik fel az összes megbetegedéseket, mert Angliában sok a magánkórház, de mégis tájékoztatóak.

A himlőmegbetegedések szaporodása Angliában intő példa arra, hogy a szabadságból is megárt a sok. Ott ugyanis van egy ú. n. „conscience-paragrafus”, amely megengedi a szülőnek, hogy lelkiismerete és belátása szerint megengedje-beoajtani gyermekét vagy sem. Ez a törvény az oka, hogy a himlőoltás hazájában, Angliában 1922-ben 979 himlőeset volt.

A járványos betegségek hazája ezidőszereint Szovjet-Oroszország, bár az onnani hírek tendenciózusoknak látszanak. A tavalyi állapotokhoz képest itt állítólag lényeges javulás volna az idén. 1918–20. években milliányi kiütéses typhus megbetegedés volt ott, 1923 januárjában még mindig 43.000. júniusban azonban csak 4000; a visszatérő láz januárban 48.000 megbetegedést, júniusban 3000 megbetegedést okozott; a himlő 4000, illetőleg 2000 embert betegített meg. A malária még állandóan

dühöng; a chinin-szükséglet jelenleg 20.000 kg-ra rúg. A szomszédos Ukrajnában 1923 első felében 44.000 maláriaeset fordult elő. Az oroszországi egészségügyi állapotok javításában Haden Guest szerint az egészségügyi népbiztosságnak, de főleg a külföldieknek van érdemük. A németek tudományukkal, az amerikaiak pénzükkel működtek közre.

Óriásit javult az orvosi kiképzés ügye Kínában, amióta a Rockefeller Foundation átvette a pekingi orvosi iskolát. Kínában összesen 27 orvosi iskola van, azonban csak egy igazán teljes és modern egyetem, Pekingben. Egész Kínában 300 millió lakosra mindössze 2000 orvostanhallgató jut, akik között 100 nőhallgató van. A kínai állami orvosi iskolák még primitívek; az anatómiát csak theoretikusan tanítják, a laboratóriumok nagyrészt nincsenek felszerelve. 1906-ban egy londoni misszió megalapozta a mai „Peking Union Medical College”-et, amelyet 1915-ben átvett a Rockefeller Foundation és nyolcmillió dollár költséggel újralakított; 1921-ben avatták fel.

E fakultás 14 intézettel bír, melyek 59 hatalmas, klasszikus kínai stílusban épített épületben vannak elhelyezve; kertje 25 holdnyi. A magas nyári hőmérsék ellen való védekezés céljából külön hűtőberendezések vannak. A hallgatóság alumnatusokban lakik és lehető gondos nevelésben is részesül; még színháza is van, melyben a diákok művelődését elősegítő szindarabokat és hangversenyeket is előadnak. Még a diákok nyaraltatásáról is gondoskodnak.*

De nemcsak Kína kulturális meghódításáért verseng Anglia, Franciaország stb., hanem versengés folyik pl. az észtországi kultúráért, a dorpatói egyetemért is Francia-, Német és Oroszország között.

Dorpatban egy régi német kolónia van; a város tulajdonképeni észt neve Tartu; az orosz fenhatóság idejében Jurjewnek nevezték. Azelőtt főleg a német befolyás érvényesült ott, most azonban a franciák fejtenek ki erős propagandát. Az észtek rokonszenve a németek felé hajlik, ezek között azonban túlzók is vannak, akik az észt nemzeti jelleg elnyomásával a német supremáciát szeretnék visszaállítani, csakúgy, mint annak idején nálunk.

Perzsiából jelenleg kb. 709 egyetemi hallgató tanul Berlinben, ahol külön perzsanyelvű újságjuk is van. A háború előtt inkább a francia befolyás érvényesült Perzsiában, míg most a német. Fáj ez a Presse Médicale-nak és javasolja, hogy a Párisnál olcsóbb francia vidéki városokba kellene kecsesgetni a perzsákat Berlinből.

Michaelis professor, a híres német biochemikus, tavasszal Japánba költözött és ott tanít. Elragadtatással ír a német kultúra nagy népszerűségéről: a japán diákok nemcsak értenek, de énekelnek is németül.

Ezalatt azonban odahaza a szerencsétlen Németországban nemcsak a berlini orvosegyesület könyvtárát kellett bezárni, hanem 1922-ben egyedül Poroszországban 45 kórházat is bezártak (beleértve kilenc berlini magánkórházat 1049 betegágyval). Az elszegényedés nem bírta megakadályozni a németek tudományának térhódítását. Legújabbban a buenos-ayres-i egyetem kezdeményezésére „La Medicina Germano-Hispano-Americana” néven spanyol nyelven egy folyóirat indult meg a német és spanyol megértés és együttműködés elősegítésére.

Herczeg Árpád dr.

VEGYES HÍREK

Rockefeller Foundation segélyakciója. A trianoni erőszak a budapesti orvostudományi karnak is súlyos károkat okozott. Többek között azáltal, hogy az állami dotációk ma már messze elmaradnak a békebeli szerény arányoktól. A laboratóriumok, de főleg a könyvtárak egyáltalában nem lettek volna fenntarthatók, ha a Rockefeller-alapítványnak különböző segélyei a fakultás helyzetét némileg meg nem javították volna. A lefolyt három év alatt ez az alapítvány 30.000 dollár laboratórium segélyt adott. Ezenkívül úgy a budapesti egyetem orvosi fakultása, mint néhány más tudományos intézet részére is megrendelt mintegy száz angolnyelvű folyóiratot. Ennek köszönhető, hogy intézeteink általában értesülhettek a külföldi tudományos mozgalmakról és hogy könyvtárainknak számos, enélkül pótolhatatlan folyóiratsorozata kiegészített. A Rockefeller Foundation továbbá tavaly három egészségügyi közigazgatási tisztviselőt (a népjóléti minisztérium javaslatára) és négy orvost részesített jelentékeny külföldi utazási segélyben. A folyóiratokban hat orvost fog külföldi tanulmányútra küldeni: György (I. anat. int.), Barta Ödön (II. anat. int.), Éderer István (élet. int.), Jeney András (szegedi egy. kórt. int.), Takáts Géza (I. seb. kl.), Váró Béla (I. női kl.), akik folyó hó 11-én hajóznak Cherbourgól New-Yorkba. Az idén ezenkívül a Magyar Rockefeller-Bizottság javaslatára az itthoni intézetekben dolgozó orvosok közül is többen fognak segélyben részesülni.

* Felhívjuk az érdeklődők figyelmét a „Vegyes hírek” között közölt kínai levelünkre. Szerk.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK:

Bókay Zoltán: Különleges anaphylaxiás reactio (Arthusphaenomen) gyenge gyermeknél. (563—564. oldal.)

Pernyész Sándor: A desmoid daganatokról. (564—567. oldal.)

Cserna István: A vérátömlesztéshez alkalmas vér megválasztása. (567—569. oldal.)

Thurzó Jenő: A Benedek-féle koponyakopogtatási módszer alkalmazásáról; subarachnoidealis cysta pontos lokalizálása posttraumás Jackson-epilepsiánál. (569—570. oldal.)

Zimányi Vidor: Nem specifikus mandulamegbetegedésekről. (570—573. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1923 november 3-án tartott II. rendes tudományos ülése. (573—574. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület otológiai szakosztályának ülése október 25-én (574—575. oldal.)

Kórházi Orvostársulatnak október 31-i ülése (575. oldal.)

Lapszemle. *Belorvostan.* — *Szemészet.* — *Fülgyógyászat.* — *Bőr- és nemikórtan.* (575—577. oldal.)

Heti krónika. (577—578. oldal.) **Vegyes hírek.** (578. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyetemi ny. r. tanár).

Különleges anaphylaxiás reactio (Arthusphaenomen) gyenge gyermeknél.*

Írta: Bókay Zoltán dr. egyetemi magántanár, klin. adjunctus.

Az Arthus-féle phaenoment embernél vajmi ritkán észleljük, leginkább kísérleti állatoknál látjuk akkor, ha azokat anaphylaxiás vizsgálatok tanulmányozására használjuk fel. Lényege abból áll, hogy ha valamely kísérleti állatot, legcélszerűbben tengeri malacot, többször egymásután lóvérsávvá injeccióval, úgy a savó befecskendezési helyén a bőr hamarosan fájdalmassá, oedemássá válik, beszűrődik, megkékül, majd rövid idő alatt elhal, megbarnul s pár nap múlva az ép bőrtől demarcálódva, bűzös geny elválasztása közben az elhalt szövetcafatok leöklődnek s ha az állat életben marad, úgy a keletkezett anyaghiány csillagos heg alakjában gyógyul meg. Ezt a phaenoment Arthus, Bretonnal együtt, 1903-ban a *Comptes rendus de la Société de Biologie*-ben ismertette. Ugyanitt, de később, többen, valamint másutt más szerzők arra a megállapításra is súlyt helyeznek, hogy állatnál ez a phaenomen nemcsak akkor jön létre, ha a serumot subcutan adjuk, hanem akkor is, ha azt intramuscularisan fecskendeztük be.

Hogy embernél ezt a tünetet mily ritkán látjuk, azt bizonyítja az is, hogy a klinikával kapcsolatos Stefánia-gyermekkórház óriási beteganyagában 29 év óta ily eset, dacára annak, hogy nagy számmal észleltünk serum re-injectiója folytán előállott anaphylaxiás megbetegedéseket, nem fordult elő. A rendelkezésemre álló irodalomban is csak három közölt esetről van tudomásom. Pirquet és Schick 1905-ben megjelent, a serum-betegségről szóló monographiájukban ismertettek egy esetet, kinél 1894 XI/9. 10 cm³, 1897 X/19. 8 cm³ és 1897 X/22-én 13 cm³ serumot adtak subcutan. Az utolsó előtti serumbefecskendezés helye csak fájdalmassá vált, az utolsó injectio után azonban egy sajátságos képet láttak: a befecskendezés után már két órával a befecskendezés helyén erős oedema fejlődött, körülötte pedig urticariás kiütés mutatkozott. A befecskendezés helye igen fájdalmassá vált. A reakövetkező napon az injectio helye kékesen sárgásbarna színt ölt, a serumbefecskendezés után öt nappal pedig az elszínesedett terület bőre elhalt s pár nap alatt az elhalt bőr

* Minden jog fenntartva.

nekrotizált cafatok alakjában leöklődött. A beteg meggyógyult, az anyaghiány sugaras heg alakjában záródott.

Lucas és Gay 1909-ben a *Journ. of Medic. Resaerch* 20. számában felemlítik, hogy néhány esetben láttak bőrnekrosist kifejlődni diphtheria-ellenes serumoltással kapcsolatban, oly gyermekeknél, kik többször letiek diphtheria ellen prophylactikusan oltva.

A közelmúltban jelent meg Heglernek egy közleménye, a *Klin. Wochenschrift* 1923 április 9-i számában, ebben egy betegének kórtörténetét ismerteti, kinél hasonlóképp Arthusphaenomen kifejlődését látta. Az eset a következő: 23 éves jól fejlett leány 1922. XII. 22-én kap először subcutan diphtheria-serumot, a befecskendezés után hét nappal nagyrészt urticariás, a combokon scarlatini-form exanthema. Az első injectio után tizenegy nap múlva ismét 5000 I. E. antitoxint kap intragluteaealisan s evvel egyidejűleg 10 cm³ afenilt adnak prophylactikusan, a várható anaphylaxiás shok ellen. Közvetlenül a befecskendezés után az injectio helye élénkpirossá lesz, megduzzad, pár óra múlva 40.2° láz jelentkezik, az injectio helye háromöklönyire megdagad, deszkakemény tapintatú, a szúrscsatorna környékén a duzzanat tenyérnyi területen fehér-anaemiássá válik s hűvös. A láz csak két napig tartott. A harmadik napon a farpofa vörös duzzanata enged, ugyanakkor azonban az előbb említett tenyérnyi fehér-anaemiás terület egészében szilvakékké, majd egy-két nap múlva kékesbarnává válik; az injectio utáni hatodik napon e kékesbarna terület központja kis tenyérnyi területen elfeketedett és nekrotizált. A nekrotikus szövet pár nap alatt nagy cafatok alakjában leöklődött. A beteg gyógyult, az anyaghiány helyét sugaras heg foglalta el, mely erős behúzódot mutatott, mert az anyaghiány mélyen az izomzatba terjedt volt le. A vizsgálatok a serumot minden tekintetben jónak találták. Hegler a bőr ezen „túlérzékenységet“ azzal véli magyarázni, hogy a második injectio előtt négy nappal kezdődött urticaria folytán a bőr ellenállókepeessége csökkent. Azt a körülményt pedig, hogy anaphylaxiás shokot nem láttak kifejlődni, az injectióval egyidejűleg adott a fenil jó hatásának tulajdonítja.

Esetünk kórrajza a következő:

K. Jenő, két éves. 1923 febr. 12-én kerül kórházunkba, hol előadják, hogy 1922 dec. 27-én betegedett meg magas lázakkal járó influenzás bronchopneumoniában, melynek meggyógyulása után rövid idővel, három nappal kórházba való szállítása előtt, heves hasfájdalmak, hányás, hasmenés léptek fel. Semmiféle járványos gyermekbetegséget nem állott ki.

Vizsgálatnál erősen bevont nyelv, rossz közérzet, az egész has diffuze érzékeny, az ileocecalis tájon erős „délense“, s kis öklönyi resistentia érezhető. Azonnal onkotomiát végzünk, melynek eredménye kb. két évökánányi kissé bűzös geny volt. Műtét

után a gyermeket két héti kórházunkban tartjuk s szépen gyógyuló, jól sarjadzó hasi sebbel ambulans kezelésbe vesszük.

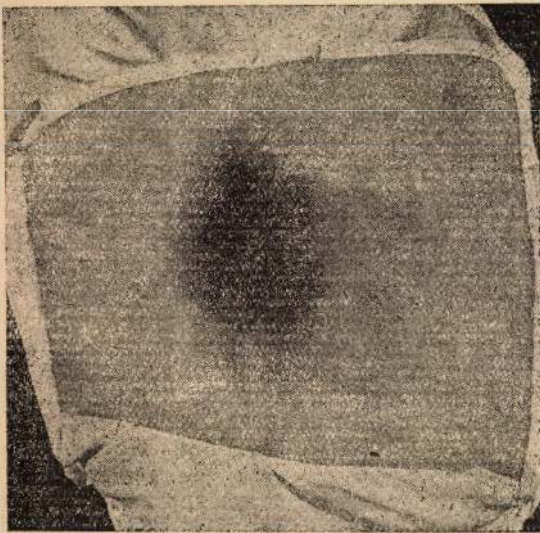
Elbocsátása után $3\frac{1}{3}$ héttel a gyermek scarlatinában betegszik meg, újra felvesszük. Az első két napon a láz $38-38^{\circ}50'$ (végbélhő) körül mozog, a betegség negyedik napján 40° -ig emelkedik s baloldali otitis media fejlődik ki (paracentesis). A hőmérsék állandóan magas, IV. 4-én orrdiphtheriát constatálunk s 5500 I. E. serumot adunk bőr alá. Két nap múlva az otitis media mastoiditisbe megy át, melyet Schultze szerint megoperálunk. Műtét után a láz még mindig fennáll, intermittáló jellegű, maximuma $39^{\circ}50'$ körül mozog. IV. 10-én jelentkezik először serum-exanthema, kb. férfitenyényi, vörös, a környezetből ki nem emelkedő folt alakjában az oltási területen. Másnapra a serumexanthema typosos urticaria képében az egész testre kiterjed s magas láz kíséretében a nagy ízületek megduzzadnak és fájdalmasak, vizelet fehérjementes. Mérsékelt lymphadenitis collis.

IV/19.—IV/23-ig folytonos, egész 39° -ig emelkedő esti hőemelkedések, a rég behegedt hasseb ismét genyedni kezd, kis hasi diastasis fejlődik, melynek mélyében egy kb. 2.5 cm hosszú sipolyonyílást fedezünk fel, ezt tágitjuk és kb. két kávéskanálnyi genyet ürítünk ki. Pár nap múlva a genyedés megszűnik, IV/27-től láztalan, gyógyul és május elején gyógyultan hazaadjuk.

A gyermeket V/25-én morbillivel hozzák újra be, mely három nappal behozatala előtt fejlődött ki s azóta igen magas lázakkal nagy elesettség, étvágytalanság jelentkezett. Vizsgálatnál jellemző pigmentált foltokat látunk az arc és törzs bőrén s jobboldali alsólebeny-pneumonia, 40° lázzal egészíti ki a képet. 2000 I. E. diphtheriaellenes savót kap prophylacticus célból. A serum beadása után két órával újból typosos urticariás serumkiütés. A következő napokon az arc, kéz és lábfők oedemája mellett ízületi fájdalmak, az urticaria hol megjelenik, hol eltűnik, rendkívül viszket. 40° -ig emelkedő, antipyretikus szerekre alig reagáló lázaktól kísérve. A serumbetegség egyforma intenzitással négy napig áll fenn. Ugyanezen idő alatt a tüdőlelet is megváltozik és magas lázak kíséretében pleuritis fejlődik ki, melynél a próbapunctio alkalmával zavaros savót nyerünk. Röntgen-átvilágításnál VI/2-án csak két harántujnyi magasságú exsudatum constatálható, a lázas mozgalmak $39-39^{\circ}50'$ -ig emelkednek. A reakövetkező napokon magas láz mellett nagy elesettség, kissé rekedtes hang.

VI/8. Újabb Röntgen-átvilágításnál a hal mellkasfélben az exsudatum magasságát a IV. borda magasságáig terjedőnek találjuk. Újabb punctio: vastag heges szöveten halad át a tü és zavaros, véresen tingált savót nyerünk. Potain-aspiratióval csak kb. 15 cm³ folyadékot vagyunk képesek lebocsátani, mert a tü minduntalan fibrines cafatok által dugul el. Láz $38-38^{\circ}50'$.

VI/10-én: Aponia, nehezített légzés. Positiv diphtheria-cultura folytán ismét 10,000 I. E. diphtheria-antitoxint kap a mellkas bőre alá, egyszersmind 10% calcium chloratumot belsőleg. A reakövetkező nap reggelén az oltás helyén férfitenyényi pír, a bőr erő-



1. ábra.

sen infiltrált, érintésre igen fájdalmas, a bőrpír határa éles, a környezetből nem túlságosan emelkedik ki. Vizeletben fehérje nyomokban.

A két következő napon az oltási hely igen fájdalmas, az infiltratio csaknem az inguinalis hajlatig terjed le, a beszűrés helye mint központ körül 10 cm hosszú és 5 cm széles ellipszoid alakú területen a bőr sötét kékes-livid színű, igen fájdalmas. A livid terület határa éles, a környező bőr oedemás és halvány. Az egész testen urticariás, viszkető kiütés.

VI/15-én: Tüdőlelet s közérzet változatlan. Az arcon az urticariás eruptio még intensivebb, a fájdalmas livid terület livid színe fokozódott (l. I. ábra).

VI/16-án láztalan, gyakori higos székletek. A livid terület változatlan, a környnző oedema eltűnt, fájdalmasság fennáll, urticariás kiütés megszűnt.

VI/18-tól a livid terület szélein kezdődő elhalás. 24 óra alatt demarcálódik a livid terület s jó tenyényi területen elhal, barnás-feketés-zöldes színt ölt s szennyes zöldesbarna savót secernálva kezd kiesni. Erőbeli állapot erősen hanyatlott, hasi seb nagyobb területen széjjelvált, tátong, tüdőlelet ugyanaz.

VI/21-én: Az anaphylaxiás területen a bőr egészen elpusz-



2. ábra.

tult, lelökődött s a mellkas jó tenyényi területen csaknem a bordáig le van csupaszítva s bűzös, genyes-savós váladéktól fedett.

VI/22-én: Igen bágyadt, alig reagál; a nekrosis a mélybe még inkább terjedt, a belőle ürülő váladék rendkívül bűzös, csaknem eves jelleggel bír.

VI/23. és VI/24-én: A gyermek fokról-fokra gyengül, az elhalás oly mélyre terjedt, hogy a IV. és V. borda a mélyben lecsupaszítva fekszik előttünk (l. 2. ábrát), a seb reactiót nem mutat. VI/26-án szívkiemérés tünetei között beáll a halál.

Amint azt a fenti kórtörténetből látjuk, betegünk a gyermekkori fertőző ragályos betegségek és azok szövőd-ményeinek egész láncolatát állotta ki, emellett két műtet is szenvedett át.

Végeredményben 195 nappól 87 napig volt a gyermeknek magas láza. Természetesen ezen idő alatt a gyermek testileg teljesen elerőtlenedett, ellenállóképessége csökkent s így ha az Arthus-féle phaenomen es esetben való jelentkezésének okát kutatjuk, úgy feltétlenül azt kell felvinnünk, hogy a bőr ezen nagyfokú ellenállóképesség-hiányát csakis a hosszú betegség folytán előállott elerőtlenedés és ellentállóképesség-csökkenés okozhatta. Hogy jelen esetben anaphylaxiás shok nem jelentkezett, azt úgy gondoljuk magyarázni, hogy a gyermek oly alátápláltsági állapotban volt, hogy shok nem is jöhetett létre. A kísérleti megállapítás ugyanis leszögezi azt a tényt, hogy az éhezés antianaphylaxiás befolyással bír.

A budapesti Pázmány Péter tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebely Tibor dr. egyet. nyilv. r. tanár).

A desmoid daganatokról.

Írta: Peryész Sándor dr. klinikai műtőnövendék.

A desmoid daganatok három esetéről számolok be, melyek a véletlen folytán egy hónap leforgása alatt kerültek klinikánkon kiirtásra. A három eset felhasználásával saját megfigyeléseinket és az e tárgyra vonatkozó irodalmi adatokat egybefoglalva, röviden ismertetjük úgy klinikai, mint különösen kórbonctani szempontból a desmoid lényegét.

Eseteink a következők:

I. 1922. IX. 9. B. J. 37 éves, jól fejlett, kissé túltáplált nőbeteg. Menstruációja 15 éves korában jelentkezett először, azóta rendes. 11 év óta van férjénél s ezen idő alatt háromszor szült és egy vetélése is volt. Két hónap előtt vette észre, hogy a jobboldali bordaív alatt a hasfalban tojásnyi terime-nagyobbodása van, mely azóta növekedési hajlamot nem mutat.

A has elődomborodott, hasfalak lágyak, bórallati zsírszövet megszapordott. A jobb bordaív alatt a bimbó-vonalban, valamivel a köldökön át húzott vízszintes vonal felett a hasfalban tojásnyi terime-nagyobbodás érezhető, mely a bőrrel nem kapaszkodott össze, nyomásra kissé fájdalmas.

Műtét: A daganat legnagyobb domborulatán át, a jobb bordaívvel párhuzamos bőrmetszés. A lúdtójas nagyságú, kötőszövet és izomréteg közé beagyazott, a hashártyáig terjedő daganatot környezetétől izolálva részben élesen, részben tompán kihámozzuk és eltávolítjuk. Gyógyulás per primam intentionem.

Szabad szemre a daganat tömött, kissé egyenlően felszínű, a hasfali izomrostokkal és kötőszövetekkel egybenőtt. A hashártyáról csak késsel fejthető le. Metszlapja halványfehér, inszerűen fénylő, egymással összefonódó kötőszöveti nyálábokból áll.

Mikroskoposan kanyargós lefutású, helyenként duzzadt, hyalinosan elfajult kötőszöveti rostok s közéjük ágyazva orsóalakú kötőszöveti sejtmagvak láthatók. A kötőszöveti rostok nyálábokat képeznek, melyek egymással minden irányban keresztesződnek. Erdűség nem kifejezett. Az orsóalakú sejtmagvak egyforma jellegűek, az erek körül kissé dúsabban ülnek. Kórisme: Fibroma durum.

II. 1922. IX. 8. Sz. K. 26 éves, magas termetű, jól fejlett és táplált nőbeteg. Havibaja 16 éves korában jelentkezett először, azóta rendes. Három év óta van férjénél s ezen idő alatt két rendes szülése s egy vetélése volt. Félévvel ezelőtt vette észre, hogy alhasában, baloldalt daganat keletkezett, mely azóta lassan nőtt. Fájdalmat a daganat nem igen okozott.

A bal lágyéktájon férfikölnyi, mélybe terjedő, porckemény, a környezettel össze nem kapaszkodó terime-nagyobbodás ül.

Műtét: A daganat legnagyobb domborulatán a Poupert-szalaggal párhuzamosan haladó bőrmetszés. A bőnye átvágása után láthatóvá lesz az izomzatba ágyazott, férfikölnyi, inas tapintatú daganat. Az izomzatból eléggé könnyen kihámozható, de alsó felszíne a hashártyával oly szorosan összenőtt, hogy kb. ötkoronásnyi hashártyarészletet a daganattal együtt ki kell irtani. Réteges hasfalvarrat. Gyógyulás per primam intentionem.

Szabad szemre a kiirtott daganat porckemény, inas-rostos szerkezetű, a környező harántesikolt izomzatba élesebb határ nélkül átmenő tömeget alkot.

Mikroskoposan az előbbihez hasonló képet nyújt. Orsóalakú kötőszöveti sejtek s hullámos lefutású kötőszöveti rostokból álló közti anyag látható. Általában ér- és sejtszegény. Kereksejtes beszűrődésnek nyoma sem látható. Kórisme: Fibroma durum.

III. 1922. IX. 25. V. J. 27 éves, közepesen fejlett és táplált nőbeteg. Bőre halvány, síma, bórallati zsírszövet közepes. Havibaja csak 20 éves korában jelentkezett, akkor is rendetlenül. 23 éves korában is csak 3-4-szer volt tisztulása. Három év óta van férjénél és ezen idő óta vérzése rendes. El három év alatt kétszer volt terhében és mind a két alkalommal zavartalanul szült. Másfél év előtt, második terhessége II-ik hónapjában vette észre, hogy hasfalában a köldök és a jobb csípőtővis között diónyi daganata van. A daganat három hónap múlva fájni kezdett, s gyorsabb növekedésnek indult. A terhesség végére ökölnyre nőtt s a szülés után, mely rendes lefolyású volt, valamivel megkisebbedett. Az utolsó öt hónap alatt a daganat rohamos fejlődésnek indult s azóta hasában gyakran érez szúrászerű fájdalmakat. Ezen öt hónap alatt terhes nem volt, néhány kilogrammot fogyott és széketéte rendben volt.

A köldök tájékán, kissé jobbra, gyermekefejnyi, a hasfallal együtt jól mozgatható, a bőrrel kissé összekapaszkodó, összehúzódott izomtapintatú, alig fájdalmas daganat domborodik kúpszerűen elő. A daganat alatt a mélyebb rétegbe könnyen betapinthatunk.

Műtét: Ferde metszés a daganat domborulatán, a bőr orsódad körülírásával. A daganat a környező izomzatból csak élesen metszhető ki. A hashártya lefejtése csak a daganat külső részén sikerül s gyermek-

tenyérszerű területet kénytelenek vagyunk vele együtt kiirtani. Réteges bőrvarrat. Gyógyulás per primam int.

Szabad szemre a kiirtott daganat gyermekefejnyi. Méretei 15×13×14 cm, súlya: 1.40 kg. A daganat metszlapján fehér, egymást keresztező rostokból álló nyálábok s ezek között szürkés rózsaszínű, erősebben érzett szigetek láthatók. E szigetekeken kisebb-nagyobb, de legfeljebb diónyi, sárgás savóval telt cysták vannak.

Mikroskoposan hol gyéribben, hol sűrűbben orsóalakú kötőszöveti sejtmagvak s rostos közti anyag látszik. A kötőszöveti rostok helyenként duzzadtak, vizenyösen átívódottak, hyalinosan elfajultak. Egyes helyeken a rostok teljesen szerkezet nélküli masszába olvadnak be, más helyeken diffúz szövetközötti vérzések láthatók. A daganat egyes helyeken érbő, más helyeken érszegény. Az erek vörösvérsejtekkel teltek, bennük helyenként leukocyták is láthatók. Az erek körül az orsóalakú kötőszöveti sejtek sűrűbbek s köztük elszórva leukocyták s egy-két lymphocytá is látható. A sejtmagvak nagyjából egyforma jelleget mutatnak, de sok köztük puffadt, alakatlan.

Eseteinket kissé részletesen tárgyaltam, mert mind a három eset jellemző adatokat szolgáltat a desmoidokra. Különösen III. sz. esetünk értékes, mert ezzel hozzájárulhatunk a desmoidok származására vonatkozó feltevések megerősítéséhez.

Eseteinkben megtaláljuk az irodalomban közölt desmoidok jellemző adatait: középkorú nők, akik többször szültek, akiknek hasfalában jóindulatú kötőszövetes daganat ül, mely különösebb panaszokat nem okoz. III. sz. esetünk annyiban is érdekes, hogy a daganat nagyságát tekintve feltűnő fokot ér el, amennyiben a desmoid daganatok átlagos nagysága csak tyúktojásnyi, de vannak leírva az irodalomban nagyobbak, olykor akár 4 kg súlyú desmoidok is. Sőt *Rokytanszky* említést tesz 17 kg súlyú hasfali fibromáról, *Paget* pedig állítólag 20 kilogrammosat is látott.

A desmoid-daganatok történetét tekintve, desmoid alatt kezdetben hasfalból kiinduló kötőszövetes daganatokat értettek, melyeknek közös jellemző klinikai tulajdonsága az volt, hogy nem mutattak különösebb rosszindulatosságot, sőt a legtöbb esetben jóindulatúnak bizonyultak. A desmoid vagy tumor fibrosus elnevezés *Müllertől* származik, aki ezen név alatt a hasfalból kiinduló inas-rostos daganatokat értett. *Sänger* szerint a hasfal izomzata a végtagizmokkal szemben inszövetben gazdag, feszülésnek is gyakran ki van téve s ezen tényezők teszik a hasfalat ellentétben a végtagizmokkal desmoid-képzésre képessé.

A lényeg az, hogy a desmoid elnevezés gyűjtőnév volt, amely alatt szépen megfér egymás mellett a sejtszegény és sejtdús fibroma, fibromyxoma, fibrolipoma, fibromyoma, fibrosarkoma, sőt az orsó- és kereksejtű sarkoma is. Újabb kórboncnokok (*A Schoff*, *Borst*) kimutatták azután azt a polymorphságot, amit ezen elnevezés takart s megszorították a desmoid fogalmát olyan irányban, hogy desmoid alatt kórbonctanilag a fibroma durum legkifejezettebb fokát, tehát a rendkívül sejtszegény fibromát értették. Az egyes alakokat szövettanilag szétválasztották tehát s ezek szerint desmoid előfordulhat más testtájakon is. Kórbonctani értelemben vett desmoidot találtak is. pl. a lig. latumon, musc. pectoralison, nyakon stb.

A szövettani osztályozás kétségkívül a leghelyesebb, mert így az egyes daganatok meg vannak határozva, de sajnos, ezen felosztásnak is igen nagy akadályai vannak. Nagy akadály az, hogy az egyes daganatokat mikroskopice szétválasztani, helyesebben egymástól élesen elhatárolni lehetetlen. Felette bajos megmondani, hogy hol kezdődik a sarkoma. Bizonyos fokig egyéni dolog, hogy a sejtdús fibromát valaki fibromának, vagy éppen kezdődő fibrosarkomának tartja-e. Mérvadók volnának ebből a szempontból a sejtmag-oslalások és a polymorphismus. De in statu nascendi malignitatis esetleg ez sem kifejezett. A kórboncnok is sokszor a benyomás után ítél.

Még kevésbé megbízható a makroskopos vagy klinikai kórisme. Vannak ugyanis daganatok, amelyeknél hiányzik a beszüremkedés, növekedés, és mégis rosszindulatú, viszont vannak daganatok, melyek az

egész szomszédságot átszövik, mégis, ha jórészüket el-távolítjuk, gyógyuláshoz vezetnek. Vannak jól kihámozható tokkal ellátott daganatok, melyek recidiválnak s vannak hatalmasan növvő daganatok, melyek növekedésük-nél fogva sarkomának látszanak, mégis ha megvizsgáljuk őket, fibromának bizonyulnak.

Nem lehet tehát feltétlenül sem a mikroszkopos, sem a makroszkopos, sem a klinikai kórismében bízni, hanem ezt a hármat egyesítve kell megalkotni a negyediket, amely mintegy eredője az előbbi háromnak, mondhatnók benyomás, amely, mint látnivaló, sok tekintetben az egyéniségtől függ (*Klot*).

Ezt a szempontot tartották szem előtt, mikor újabban a klinikusok ismét használatba vették a desmoid elnevezést, amellyel jelölik a hasfal mélyebb rétegeiből kiinduló, jóindulatúnak mutatkozó kötőszövetes daganatokat. Ezzel láthatólag visszatértek az első kezdetleges felfogáshoz; de ez csak látszólagos, mert a desmoid név ma már telítve van szövettani tartalommal. *A desmoid név ma általános fogalom, amely alá minden esetben odatarozik a górcsövi kórisme mint jelző, amely jelöli, hogy a desmoidnak mely alakjával állunk szemben.* Az irodalomban, beleértve a régebbi közléseket is, kb. 500 eset van közölve. Összefoglaló tanulmányt részint saját, részint irodalomból összegyűjtött esetek kapcsán *Lesterhouse*, *Sänger* és *Pfeiffer* írt róla. Legújabbban *Klot* foglalkozott ezzel a kérdéssel, összegyűjtve az előbbi három szerző által egybegyűjtött eseteket is, úgyhogy ő 438 eset kapcsán igyekszik világosságot teremteni e téren. A régebbi eseteknél igen sokszor hiányzik a górcsövi leírás, ezeket az eseteket a klinikai és makroszkopos kórismére támaszkodva, a fibromák közé sorolja *Klot*. Így 438 esete közül 231 viseli a fibroma kórjelzést, megjegyezve, hogy túlnyomó esetben górcsövileg is biztosítva volt a kórisme. A 231 eset közül 211 nőknél, s csak 20 eset fordult elő férfiaknál. Az életkor mindkét nemnél 25–30 életévek között ingadozott. A nőknél előforduló eseteknek kb. fele van terhességgel összefüggésben. Gyakran tapasztalták, hogy a daganatok, nemcsak azok, melyek terhességgel voltak összefüggésbe hozhatók, hanem azonkívül is, hirtelen rohamos fejlődésnek indultak, majd egy bizonyos fokon megállapodtak, sőt vannak esetek közölve, melyek meg is kisebbedtek. Ezeknek az eseteknek sorába tartozik a mi III. számú esetünk is s ezen tulajdonságából a daganat természetére vonatkozólag bizonyos következtetések vonhatók le. A kórelőzményben világosan ki van fejezve, hogy a daganat egy ideig nőtt, majd szülés után megkisebbedett s aztán ismét rohamosan növekedni kezdett. Ez a viselkedés a daganat gyulladáshoz természetesen mellett szól. *Brodin* is említ egy esetet, mikor a desmoid nem volt tökéletesen operálva s a visszamaradt részletből a daganat újból kinőtt, majd később fokozatosan megkisebbedve, teljesen eltűnt. *Reclus* és *Ivanoff* is említenek egy-egy esetet, mikor a daganat annyira összekapaszkodott a szomszédsággal, s olyan sejtdúsnak látszott, hogy a műtét alkalmával kiríthatatlan sarkomának látszott, s később a daganat magától megkisebbedve szépen kihámozható lett, s górcső alatt fibromának bizonyult. Nem tagadható, hogy rosszindulatú daganatok is megkisebbedhetnek (Röntgen-kezelésre), de azért e megkisebbedett rosszindulatú daganatok nem fognak a górcső alatt jóindulatú képet mutatni. Természetesen azt, hogy valamely fibroma gyulladáshoz eredetű-e vagy nem, górcső alatt eldönteni nem lehet.

Ha elő is fordul ilyen megkisebbedés, nem általános jelenség. Ha egyszer nőni kezdett a daganat, rendszeren lassan tovább növekszik. Erre vonatkozólag néhány esetet említék. Így *Zikmund* leír négy esetet, melyek közül az egyiknek méretei 28×22×18 cm és súlya hat kg. *Meisel* is tesz hasonló nagyságú daganatról említést. A mi esetünk, mint látnivaló, még a kisebbek közé tartozik.

Eseteink megerősítik azon megfigyelést is, hogy subjectiv panaszok, ha vannak is jelen, többnyire csekélyek. Ha kisebb a daganat, csak nyomásérzékeny-

seget, ha nagyobb, akkor súlyánál fogva lancináló fájdalmakat okozhat. *Kortscher* és *Fährnich* említenek eseteket, mikor a daganat mechanice szorulást okozott.

A daganat alakja többnyire hosszúka s iránya megfelel az izomrostok irányának. Természetesen előfordulnak gömbölyű, kézelógombszerű stb. alakok is. Hogy milyen alakban jelenik meg a daganat, az két körülménytől függ: 1. A daganat helyének mélységétől. 2. A hasfal feszségétől. Nulliparánál kevésbé nyomja ki a feszes hasfalat, mint a többször-szült laza, tág hasfalát. Az izomzat a daganat felett többnyire elvékonyodott, amit magyaráz az, hogy a mélységből előrenyomulva, az izomzatot részben félrenyomja. A nagyobb daganatok súlyuknál fogva lefelé húzzák a hasfalat, így mintegy nyelet kapnak, de a nyél legalább is olyan széles, mint a daganat. Csak futólag akarom megemlíteni, hogy a franciák régebben általában nyeleseknek tartották e daganatokat s úgy képelték, hogy a desmoid keskeny nyélen keresztül összefügg a medencecsontok csont-hártyájával vagy a bordaporcok perichondriumával, ahonnan kiindult s e nyélen keresztül táplálkozik. *Sänger* mutatta ki e feltevés tarthatatlanságát, rámutatva, hogy a nyél műveleg készült a műtét alkalmával.

Említést tesznek nemcsak helyi recidivákról (*Borolin* esete), hanem valódi recidiváról is (*Peraire*); valószínű azonban, hogy ezekben az utóbbi esetekben fibrosarkoma esete forgott fenn.

Fibromák felett a bőr kifekélyesedhetik, de ez igen ritka jelenség. *Klot* 231 esetből csak négy esetben találta. A fekélyesedés oka lehet: 1. Külső ártalom (pl. ruhadörzsölés). 2. Beszüremkedő növekedés.

Kórbonctanilag, úgy makro-, mint mikroszkoposan a desmoid ezen alakjai (fibromák) megfelelnek azon leírásnak, amit eseteinkben adtunk. Tehát fehér, inszerűen fénylő, tömött tokkal körülvevő neoplasmák, melyek metszlapján gyakran hullámos, kanyargós lefutású, egymással összefonódó nyalábok láthatók. Többnyire sejt- és érszegények (lásd I., II. eset). De írtak le egy-két fibroma teleangiectoides és lymphangiectoides is. Hogy mikroszkoposan el legyen dönthető a daganat jellege, ahhoz a daganat több helyéről származó metszet szükséges; ha ezek nem megegyező képet mutatnak, akkor a daganat már nem nevezhető fibromának. Másodlagos jelenségek, mint vizenyő, duzzanat, ellágyulás, elhalás, cystaképződés, hyalinos, zsíros stb. elfajulás annál inkább előfordulhatnak, mennél nagyobb, illetve gyorsabban növekedő a daganat (III. esetünk).

A desmoid ezen alakjával, a fibromával, kissé részletesen foglalkoztam, mert ez a leggyakoribb. A többi előfordulási alakot rövidebben tárgyalom, mert ritkábbak.

A fibromyxomák = regressive elváltozott fibromák, ezért velük részletesebben nem is foglalkozunk. 4 és 8½ kg-os fibromyxoma-desmoid esetek is vannak közölve. (*Weinlechner*, *Senfleben*.)

Leiomyofibromák is vannak leírva, melyeknek az az érdekessége, hogy kizárólag nőknél észlelték, a negyvenes években, akik szültek. Ez a körülmény arra a feltevésre vezetett, hogy a nők hasfalába síma izomrostok is vannak beiktatva, melyeknek a szülésnél volna szerepe (hasprés). Mások szerint az erek falából indulna ki a daganat, de akkor kérdés, miért nem indul ki férfiaknál is. Nem nőnek olyan nagyra, mint a fibromák.

Néhány fibrolipoma is van leírva, kizárólag öreg embereknél.

A fibrosarkoma kórbonctanilag a fibroma és sarkoma keverékét alkotja s ezen tulajdonságának megfelelő a klinikai képe is. Egyik csoportja jóindulatú, másik csoport viszont annyira rosszindulatúnak mutatkozik, hogy bátran nevezhető sarkomának is. Az előbbi fibrosarkoma kórismét rendszeren akkor állítják fel, amikor egy fibroma hirtelen erős növekedésnek indul. E kórisme majdnem mindig téves s jogosulatlan is. A fibrosarkoma kórismét szövettanilag is eléggé nehéz felállítani, mert ez, mint már fentebb említettük, az egyéniségtől is függ, annál nehezebb klinikailag. Hiszen klinice azt is nehéz eldönteni, hogy fibromáról

vagy sarkomáról van-e szó egyes adott esetben. Az utolsó csoportot végül a sarkomák képezik, és pedig az orsó- vagy kereksejtű sarkomák, vagy ezek keveréke. Ezek is főleg a nőket támadják meg, de keletkezésük a terhességgel már úgylátásik nem áll olyan közeli összefüggésben. Inkább a 40-es években lép fel, de keletkezhetik fiatalabb korban is. Klinikailag jellemző rá, hogy igen gyorsan nő, de kiújulást és áttételt nem okoz és senyvedést sem szokott létrehozni. Növekedését és így a klinikai képet tekintve is összetéveszthető a fibromával vagy fibrosarkomával, különösen, ha az gyorsabb növekedésű. Csak a göröcsövi kép adhat felvilágosítást. Kifejlődési idő rendszeren egy év, de vannak esetek, mikor három év is beletelik, mikorra öl. Ezek az esetek átvezetnek azokhoz az esetekhez, melyek lassan nőnek ugyan, de annál rosszabb indulatúak, melyek kiújulnak s lassan halálosak. Ezek a daganatok, keletkezésüket tekintve, nem egyszer a gyermekkorba vezetnek vissza, időnként kiújulva évtizedekig fennállhatnak. Gyakran a köldök közelében támadnak, ami gyanússá teszi őket arra, hogy foetalis szövetszövetből indulnak ki.

A sarkomák a bőrrel összekapaszkodhatnak, kifehélyesedhetnek, ezért nem egyszer igen nehéz őket elkülöníteni a bórsarkomáktól.

Ezekben röviden vázoltam azokat a megjelenési formákat, melyekben a desmoid mutatkozhatik. Most röviden rátérek még az aetiológiájára.

A desmoidok aetiológiája összeesik a daganatok kóroktanával s így felderítve éppen úgy nincs, mint azoké. A modern daganat-elméletek is mind feltevésen alapulnak s bármennyire genialis is gondolatmenetük, gyakorlati hasznót nem húzhatunk belőlük, mikor egyes eseteket akarunk megmagyarázni. Igazat kell tehát adnunk Klotnak, aki azt mondja, hogy a megfigyelésekre vagyunk utalva s a megfigyelések a desmoidoknál a sérülésre utalnak, mint okra. A közölt desmoid-esetek háromnegyedrészé nőket illetett, s az eseteknek kb. felében említve van, hogy a nők terhesek voltak. E körülmény arra a feltevésre vezetett, hogy a terhesség alatt a nők a hasfal feszülése miatt izomrepedést szenvednek s így elpusztult izomnyalábokat vagy egyes rostokat pótló kötőszövetből indulnak ki e daganatok. A keletkezési mód e lehetőségét elvetnünk nem lehet, de gondolnunk kell arra is, hogy terhesség és gyermekágy ideje alatt a nők fokozottabb megfigyelés alatt állnak és talán csak azért veszik észre ilyenkor a már meglévő, tehát a terhességtől független daganatot. Említettük, hogy vannak esetek közölve s ide tartozik a mi III. számú esetünk is, mikor a daganat a terhesség alatt hirtelen fejlődésnek indul. Ezzel szemben utalnak arra, hogy férfiakon is ismertek olyan esetek, mikor a hasfali desmoid időnként rohamosabban nő. De hogy a terhesség mégis csak szerepet játszik, mutatják azok az esetek, mikor a desmoid a terhesség alatt egy bizonyos fokig fejlődik, szülés után egy állapotban marad s újabb terhesség alatt továbbfejlődik. (Cornil, Borclin, Salesses, Pfeiffer stb. esetei.) Itt a véletlent szerepeltetni kissé erőltetett volna.

A terhesség és szülés alatti izomsérülésektől eltekintve, felhívták a figyelmet a typhus abdominalis utáni izomelfajulásokra (Zenker-féle elfajulás) s ennek a helyén desmoid-képződésnek a lehetőségére.

De ezektől eltekintve is, az élet számtalan alkalmat nyújt hasfali izomsérülésekre. Eltekintve a direct behatásoktól: ütéstől, szúrástól, rúgástól, műtétektől, indirect traumáknak is számtalan esetben ki van téve az egyén. Így köhögés, hányás szintén okozhat a hasfalban izomszakadást, s talán éppen az ezen módon keletkezett desmoidok töltik ki azon közölt desmoid-esetek számát, ahol terhesség ténye nem forgott fenn. Oka lehet azután a desmoidoknak valamely huzamos inger is, mint pl. sérvkötő viselete. Ha kérdezzük, hogy miért nem keletkezik desmoid a végtagokon, amelyek pedig sérüléseknek fokozottabban vannak kitéve, mint

a has, úgy a felelet az, hogy mások a gyógyulás viszonyai. A végtagizomzat fixálható, a hasfalizomzat pedig folyton mozog s talán éppen ezért keletkezik a legtöbb desmoid a köldök tájékán, mert ez végzi a legnagyobb kitéréseket.

Azt eldönteni egy desmoidról, hogy az tisztán gyulladással, vagy sérüléssel eredetű-e, nem tudjuk. Hiszen a gyulladással és sérüléssel kórbontani következményei azonosak, amint azt a keloidok példája mutatja.

Verebély tanár úr szerint a keloidok és desmoidok közeli, mondhatnók testvéri viszonyban vannak. Mindkettőnek a lényege az, hogy valamely ártalom tönkreteszi a megfelelő szövetrészen a rugalmas rostokat, úgylátásik azok többé nem regenerálódhatnak. Keloid esetében ez az ártalom a bőr pars reticularisában megy végbe, desmoidoknál pedig a hasfali izomzatban. A pótló szövet túltermelése az egyén különleges hajlamán, alkatán alapul, amelyet erre a kórfolyamatra tekintettel desmoidos alkatnak lehet nevezni.

Irodalom: Bäcker: Desmoide der Bauchdecken. (Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen. 1921. 1. sz.) — Klot: Über bindegewebige Bauchdeckengeschwülste und ihre klinische Bedeutung im Anschluss an einem Fall von Fibrom in einer appendectomienarbe. (Bruns Beitr. z. kl. Chir. 123. köt., 1. füz., 28—71. oldal.) — Meisel: Desmoid der Bauchdecken. (Zentralorgan f. die ges. Chir. 1913. 58. lap.) — Rosenberger: Zwei Fälle von Hautfibrom von Gigantengröße. (Zentralbl. f. Chir. 1912. 48. sz., 1643. lap.) — Richl: Wiener kl. Wochenschr. 1912. 25. sz. — Steiner: Subcutan, multiplex harte Fibr. (Ziegler Beitr. 52. sz., 213. lap.) — Trapl: Entzündliches desmoid der Bauchwand. (Zentralorg. f. die ges. Chir. 1913. ref.) — Zikmund: Desmoidgeschwülste der Bauchwand. (Zentralorg. f. die ges. Chir. 1915. 497. lap.)

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

A vérátömlesztéshez alkalmas vér megválasztása.

Írta: Cserna István dr. tanársegéd.

A vérátömlesztésnek a sebészi és belorvosi terápiában mind gyakoribb alkalmazása szükségessé teszi, hogy — némely esetben elég sürgősen — eldönthessük, hogy a transfúzióhoz szükséges vért felajánló egyénből előreláthatólag minden veszély nélkül használhatunk-e vért az átömlesztéshez. Vérátömlesztéseket ugyanis már régen kezdtek alkalmazni, azonban kedvezőtlen tapasztalatok miatt hosszú ideig ismét abbahagyták, míg újabban — különösen Amerikában — a háborúban nyert tapasztalatok alapján kiterjedten használt eljárássá vált (főleg a citrátvér alkalmazása óta [Hustin, Lewisohn]) s legújabbban nemcsak a secundaer (kivérzési) anaemiák kapcsán szerepel, hanem a primaer anaemiák kezelésére is (Oehlecker, Gölling, Höst, Opitz). A vérátömlesztésnek legkellemetlenebb kísérő tünete a transfúziót követő haemolysis, mely az emberi vérben lévő isohaemolysinek hatása következtében keletkezik és melynek bekövetkeztekor nemcsak hiába lörtént meg a beavatkozás, de amely egyéb veszélyes szövödményekhez is vezethet. A haemolysis a vérnek azon sajátos kövekeztében keletkezik, hogy a vérsavó, illetőleg plasma egyes — ugyancsak emberi, tehát nem fajidegen — vér vörösvérsejtjeit feloldja (isohaemolysis). Az isohaemolysinek kimutatásának körülményessége miatt Moss a Landsteiner által első ízben leírt isoagglutinatio szempontjából választotta ki az átömlesztéshez használt vért, abból a tapasztalatból indulva ki, hogy az isohaemagglutininek hiánya párhuzamosan halad az isohaemolysinokkal és hogy így olyan egyének vére, melyek egymást nem agglutinálják — vagyis azonos isoagglutininek tartalmazzanak —, a haemolysis szempontjából hasonlóan viselkedik. Ez annál is inkább helytálló, mert agglutinatio előfordulhat haemolysis nélkül, viszont fordítva nem is így, ha a vért haemolysis szempontjából használhatónak is találjuk, az nem zárja még ki az agglutinatio lehetőségét, melynek újabb vizsgálatok szerint

a transfúziós *shok* kiváltásában van nagy szerepe (Nürnberg, Nürnberger, Hittmair).

Az isohaemagglutinatio szempontjából az emberek

I. táblázat.

		S a v ó			
		1. csoport	2. csoport	3. csoport	4. csoport
Vérsejtek	1. csoport	—	+	+	+
	2. csoport	—	—	+	+
	3. csoport	—	+	—	+
	4. csoport	—	—	—	—

négy csoportba oszthatók (Moss), melyeknek viselkedését a következő táblázat ábrázolja (I. Verzár, Weszecky).

Az átömlesztés lehetőségének szempontjából mindig a bevitt vörösvérsejtek viselkedése a fontos, így pl. ha a vért adó vörösvérsejtjeit a vért kapó savója nem agglutinálja, akkor a transfúzió lehetséges még akkor is, ha a vért adó savója agglutinálja a másik vörösvérsejtjeit. Ez valószínűleg azért lehetséges, mert a transfúziónál a plazmával bevitt agglutináló anyagok hamar eloszlanak a vérben, sőt el is tűnnek onnan, míg a bevitt idegen vörösvérsejtek hosszú ideig a keringésben maradnak s így a vér megválasztásának szempontjából ezeknek a viselkedése a mérvadó.

A csoportok a következőképpen viselkednek:

1. csoport („universal recipient”, Moss). Ezeknek vérsavója nem agglutinálja a többi csoportok vérsejtjeit, ezzel szemben vörösvérsejtjeit a többi három csoport savója agglutinálja. Az ebbe a csoportba tartozó egyén tehát úgy az összes többi, mint a saját csoportjába tartozóktól kaphat vért, evel szemben vért csakis a saját csoportjából adhat. (Ebbe a csoportba az emberek 5%-a tartozik.)

2. csoport (Moss szerint az emberek 40%-a). Ezeknek vérsavója agglutinálja az 1. és 3. csoport vérsejtjeit, ezzel szemben vérsejtjeit a 3. és 4. csoport savója agglutinálja. Ezek tehát adhatnak vért az 1. és 2. csoportnak, viszont a 2. és 4. csoporttól kaphatnak vért.

3. csoport (az emberek 10%-a). Ezeknek savója agglutinálja az 1. és 2. csoport sejtjeit, viszont vérsejtjeiket a 2. és 4. csoport savója agglutinálja. Ezek tehát adhatnak vért az 1. és 3. csoportnak, viszont kaphatnak vért a 3. és 4. csoportból. Végül

4. csoport (Moss „universal donor”-jai). Ezeknek savója a többi csoport vérsejtjeit agglutinálja, viszont vérsejtjeiket egyetlen más csoportbeli savó sem agglutinálja és így ezek úgy a saját, mint a többi csoportbelieknek adhatnak vért, viszont csak a saját csoportjából kaphatnak vért. Ebbe a csoportba az emberek 45%-a tartozik.

A különböző isohaemagglutinációs csoportokba tartozásból a szervezet egyéb tulajdonságaira nem lehet következtetni s így nem is hajlamosít különbözőképpen betegségekre, mint az sok száz esetben végzett vizsgálataim statistikájából kiderült és amit azóta megjelent sok közlemény is bizonyít. Újabbban kétségbevonják, hogy az isohaemagglutinációs csoportba tartozás az egyén állandó tulajdonsága s eszerint különböző behatások (gyógyszerek, narcosis, röntgenezés, galvanáram stb.) megváltoztatnák a vér viselkedését (Eden, Vorschütz, Diemer). Vizsgált eseteimben — melyek között több mint két évig megfigyelték is szerepelnek — a vér csoporttulajdonságai különböző behatások után is, állandóak maradtak, amint ezt sok egyéb észlelés is igazolja (Meyer és Ziskoven, Lattes, Alexander).

A csoportok viselkedéséből — különösen a táblázat megtekintésekor — kiderül, hogy ha a 2. és 3. csoportba tartozó vérsavóval rendelkezünk, úgy bármely vérről megállapíthatjuk, hogy melyik csoportba sorolható. Ha ugyanis a kérdéses vér vörösvérsejtjeit (legalkalmasabb 2%-os natrium-citrat-oldatban felfogott egy-két csepp vért használni) a 2. és 3. csoportba tartozó vérsavóval hozzuk össze, akkor isohaemagglutinatio szempontjából a következő eshetőségek lehetségesek:

A) mindkét savó agglutinál: 1. csoport, B) egyik sem agglutinál: 4. csoport, C) csak az egyik agglutinál a) a 2. csoport savója: 3. csoport, b) a 3. csoport savója: 2. csoport.

Gyakorlati szempontból tehát elegendő, ha egy-egy 2. és 3. csoportba tartozó egyén vérsavójával rendelkezünk, akkor bármely vér csoporttulajdonságait megállapíthatjuk.

II. táblázat.

		2. cs. savója	3. cs. savója
		Vérsejtek	1. csoport
2. csoport	—		+
3. csoport	+		—
4. csoport	—		—

A biztos 2. és 3. csoport kiválasztása sem ütközik nehézségekbe és bármely kórházi osztályon különösebb laboratoriumi felszerelés nélkül is elvégezhető. Ajánlatos természetesen ehhez nagyobb anyagon dolgozni, de a kiválasztáshoz 10—12 egyén felhasználása is elegendő. Példaképpen egy 12 személlyel végzett vizsgálat szolgálhat.

A vizsgálatot a következőképpen ejtjük meg: 12 egyén (orvosok, ápolószemélyzet, betegek) ujjhegyét Francke-lúval megsűrjük és egy-két csepp vért Widal-csővekben 1/2—1 cm³ 2%-os natrium-citrat-oldatban fogunk fel, míg néhány cseppet üres csövekben hagyunk megalvadni. Ilymódon minden egyes személytől úgy savót, mint vörösvérsejt-emulsiót is nyerünk, azután a mellékelt táblázat szerint egy-egy személy savóját sorban a többiek vörösvérsejtjeivel hozzuk össze és megfigyeljük, hogy isohaemagglutinatio bekövetkezik-e. Az isohaemagglutinációs próbát a legalkalmasabban tárgyüvegen végezzük, a tárgyüvegen egy-egy csepp savót és vérsejt-emulsiót hozva össze és enyhe himbálással keverve. (Tévedések elkerülésére a tárgyüvegeket dermográf-fal meg is jelölhetjük.) Az isohaemagglutinatio annyira durva, hogy makroszkoposan is könnyen felismerhető. A mellékelt táblázatban a vizsgált egyéneket az abc sorrendjében jelöltem (kisbetűkkel a savót és nagybetűkkel a vérsejt-

III. táblázat.

Serum:		a	b	c	d	e	f	g	h	i	k	l	m
Vérsejtek	A	—	—	—	+	—	—	+	+	+	—	+	+
	B	—	—	—	+	—	—	+	+	+	—	+	+
	C	+	+	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	D	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	E	—	—	—	+	—	—	+	+	+	—	+	+
	F	—	—	—	+	—	—	+	+	+	—	+	+
	G	+	+	—	+	+	—	+	+	+	—	+	+
	H	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	K	—	—	—	+	—	—	+	+	+	—	+	+
	L	+	+	—	+	+	—	+	+	+	—	+	+
	M	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

emulsiót jelezve). Az isohaemagglutinatio bekövetkezését beírva a táblázatba, abból mindjárt kiderül, hogy

- C az 1. csoportba
- A B E F K a 2. "
- G és L a 3. "
- D H I M a 4. " tartoznak,

A 2. és 3. csoport a többivel szemben egészen egyformán viselkedik, csak egymást kölcsönösen agglutinálják; ezek közül a 2. csoport lesz az, amelyből többet találunk (40%, a 3. csoport 10%-ával szemben). Éppen ezért ajánlatos minél nagyobb anyaggal dolgozni, hogy e két csoport meghatározásánál tévedéseket biztosan elkerülhessünk.

Ha ilymódon a két csoport vérsavójával már rendelkezünk, akkor bármikor képesek vagyunk csoportmeghatározásokat végezni, akár úgy, hogy tudunk olyan személyekről, kik ebbe a két csoportba tartoznak s így bármikor nyerhetjük a vizsgálatokhoz szükséges savót, akár úgy, hogy a meghatározott csoportú savókból leforrasztott üvegcsövekben félretehetünk és amikor ez fogytán van, ezeknek segítségével ismét megfelelőket választhatunk ki, akikből újra ilyen törzs- (test-) savót nyerhetünk. A savó

agglutináló képessége kevésbé változik s így azok hosszabb ideig is eltarthatók.

Egyes, a transfusióra vonatkozó közlések szerint (Nürnberg, Höst, Rauch stb.) elegendő a vért adónak és a vért kapónak egy-egy csepp vérét összehozni és ha nincsen agglutinatio, akkor a transfusio megörténhető; a fentiekből azonban kiderül, hogy ez még nem nyújt biztosítékot arra, hogy helyesen választottuk meg a vért. A legtökéletesebb eljárás természetesen az, ha mindig ugyanazon csoportbeli vért veszünk, mert evvel zárhatjuk ki legbiztosabban a haemolysis és az agglutinatio bekövetkeztét; ha azonban azonos csoportú vér nincsen, úgy a 4. csoport is használható (csak az 1. csoportbelieknek adhatunk bármelyik csoportba tartozó vérből). Nem gondolok természetesen az Amerikában meghonosodott hivatásos vért adókra („five dollar“ donors), de ha szükségessé válik egy transfusio és van is aki a szükséges vért szolgáltatja, akkor a vizsgálathoz kívánt savók birtokában egy-egy csepp citrat-vérben néhány perc alatt eldönthetjük, hogy alkalmas-e a kínáló vér az átömlesztéshez. Ezenkívül természetesen a vér megválasztásánál még más szempontok sem hagyhatók figyelmen kívül (tbc., lues stb.).

Irodalom. *Hustin*: Journ. méd. de Bruxelles 1914. — *Lewisohn*: Med. Record New-York 1915. — *Oehlecker*: Münch. med. Wochenschrift 1919. — *Götting*: Deutsche med. Wochenschrift 1922, 48. — *Höst*: Deutsche med. Wochenschrift 1922, 48. — *Opitz*: Monatschrift f. Kinderheilkunde. 1923. — *Moss*: Folia Serologica 1910. — *Johns Hopkins Bull.* 1910. — *Landsteiner*: Wiener klinische Wochenschrift 1901. — *Oppenheim's Handbuch der Bioch.* 1909, II. 1. — *Nürnberg*: Klinische Wochenschrift 1923. — *Nürnberg*: Zentralblatt f. Gynaek. 46. — *Hittmair*: Klinische Wochenschrift 1923, 1095. o. — *Verzár*: Magy. Orv. Arch. 1922, 1. sz. — *Weszeckzy*: Bioch. Zeitschr. 107 1920. és 126. 1921. — *Rauch*: Klinische Wochenschrift 1923. — *Eden*: Deutsche med. Wochenschrift. 1922. — *Vorschütz*: Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 34. 1922. — *Diemer*: Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 35. 1922. — *Meyer és Ziskoven*: Med. Klinik. 1923. — *Lattes*: Klin. Wochenschr. 1923. — *M. E. Alexander*: Med. Klinik. 1923.

A debreceni kir. m. Tisza István tudományegyetem ideg- és elmeklinikájának közleménye.

A Benedek-féle koponyakopogtatási módszer alkalmazásáról; subarachnoideális cysta pontos lokalizálása posttraumás Jackson-epilepsiánál.

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

A posttraumás epilepsia terapiájában a műtéti eljárás — mint causalis gyógykezelés — mellett a görcsöskéntő tüneti gyógykezelés csak másodsorban jön tekintetbe. A koponyasérülések után elég gyakran fellépő epilepsiás, illetőleg „elementaris“¹ főképen Jackson-typust mutató görcsrohamok kiindulási pontja gyakran valamely a meninxeket rögzítő, esetleg az agyállományba terjedő heg, dura-lenövés, vagy a trauma helyén a vérzés felszívódása után kifejlődő subduralis vagy subarachnoideális cysta. A meninxek letapadásának felszabadítása vagy a subduralis cysta műtéti eltávolítása útján eliminálhatjuk a szervezet fokozott görcskészségét és a tüneti görcsöket okozó primaer ingerforrást. A görcsök kifejlődésének okára nézve a meninxek heges letapadásánál *Boenhoffer*² a következőket hozza fel: Az agynak pulsatiós kiterjedésében a durával szemben mozgékonyak kell lenni. Eppen úgy, mint a peripheriás idegnek a hüvelyében akadálytalanul kell haladnia (máskülönben a sebfixatio által okozott vöngáló ingerek összegeződése neuralgiás rohamokat vált ki), éppen így van ez az agy pulsatiós kiterjedésében is. A szilárd függés valamely durahegen epi-

¹ Elementaris görcsök elnevezést H. Fischer ajánlotta az „epilepsiás görcsök“ helyett, hogy az „epilepsia“ betegség fogalmától a tüneti megjelölést jelentő „epilepsiás“ görcsök fogalmát szóbelileg is elkülöníthessük.

² Erfahrungen über Epilepsie und verwandtes im Feldzuge. Monatschr. f. Psych. 1915, 38. köt., 1—2. sz., 61. l.

lepsiás insultushoz, görcsökhöz vezet, vagy cephalalgias insultusokat okoz. Ezen ingerhatás tartós ismétlődése folytán status epilepticus is bekövetkezhetik. Hogy az agynak tartós szabad mozgékonyágát elérjük, a heges fixatiók felszabadításánál a subduralis tér megmaradását biztosítsuk, *Witzel*¹ azon műtéti eljárást ajánlja, hogy a duraheg szabaddátétele után a beteg combtájáról vett zsírlebenyeket helyezünk a dura és agy közé. Ezen műtéti eljárással posttraumás epilepsia eseteiben, számos szerző közlése szerint, tényleg igen kedvező eredmények érhetők el.

A posttraumás epilepsiánál a műtéti eljárás sikere azonban elsősorban megkívánja azt, hogy lehetőleg pontosan lokalizáljuk az elsődleges ingerforrást képező fixált meninxheget vagy subduralis cystát stb. stb. Ezen szempontból sok esetben már a koponyacsont hege tájékozhat bennünket. Azonban a csontheg alapján sokszor mégsem vagyunk képesek pontosan lokalizálni a duraheget, vagy a fixatiót megállapítani, még kevésbé valamely subduralis cystát. Eppen így nem tudunk lokalizálni a koponyát ért tompa erőművi behatás alapján kifejlődő valamely organikus elváltozást, amely a posttraumás epilepsiánál a görcsöket okozó primaer ingerforrást képezi. Lehet a csontheg külsőleg kevésbé észlelhető, alig palpabilis; továbbá súlyosabb koponyasérüléseknél igen nagyterjedelmű, a koponya mindkét felére kiterjedő csonthegeket is láthatunk. Ezen utóbbi esetben sem vagyunk képesek mindig lokalizálni, hogy a görcsöket kiváltó fixatiós heg a csontheg melyik részén van. Nem ritkán fordul elő éppen ezért, hogy posttraumás epilepsiánál a műtét nem jár kellő sikerrel és némely esetben a beteget többször is műtétnek vetik alá.

A Röntgen-felvétel szintén legfeljebb csak a csontheg lokalizálására nézve nyújthat felvilágosítást, de nem állapítható meg valamely duraheg.

A Bingel-féle encephalographiás vizsgálati eljárással kapcsolatban először *Benedek* hívta fel a figyelmet arra, hogy az agyhártyák letapadását így sokszor pontosan lokalizálhatjuk. Az endolumbalis levegőbefúvás után ugyanis a subarachnoideális teret levegő tölti ki és így a Röntgen-képen a fixált meninxheg helyén vagy a cysta helyén a subarachnoideális légtér megszakadását láthatjuk.

A koponyacsonthegek pontosabb lokalizálására *Benedek* a Zeitschrift f. d. g. Neurol. u. Psych. 80. kötetében ismertetett és általa évek óta gyakorolt új módszert alkalmaz. Ezen módszernél a koponyakopogtatási transzsonantiát használja fel. Egy kis fém-plessimeteren reflexkalapácsal való phonatiós percussio által phonendoskoppal hallgathatjuk a koponyacsonton a sérülési hegcsövet által okozott hangkülönbséget. A módszer eszköztárának és technikájának leírására nézve utalok az eredeti közlésre.

A debreceni ideg- és elmeklinikán több esetben nyílt alkalmunk ezen módszer alkalmazása mellett a koponyacsonthegeknek, valamint a fixált meninxhegeknek pontos lokalizálását elérni.

Általában az ép koponyacsont kopogtatási hangja magas, színezete nem dobos jellegű, zörejszerű. A csontheg helyén a csont vastagsága nagyobb és ezért a merevebb és kompaktabb hegcsövet fölött a kopogtatási hang tompultabb és rövidültebb.

Valamely csontheg pontos lokalizálása ezen vizsgálati módszerrel a következő módon történhetik: *Első módszer*: phonatiós percussióval kopogtatunk a hegre radialisan és észleljük a különbséget, amely a heg mellett és a hegen kopogtatáskor hallgatható. *Második módszer*: magán a feltételezett hegen kopogtatunk és összehasonlítjuk ezen kopogtatási hangot a másik koponyafél symmetriás pontján való kopogtatási hanggal. *Harmadik módszer*: meghatározott távolságban circularisan a feltételezett hegcsövet előtt kopogtatunk és a phonendoskoppot, a varratokat tekintetbe véve,

¹ *Witzel*: Unser gegenwärtiger Standpunkt zur Frage der Operation bei der Gehirnschuss-epilepsie (Meningolyse und Encephalolyse). Zentralblatt für Chirurgie 1914, 37. sz., 645. l.

úgy helyezük el, hogy bizonyos sugár mentén a hegvonal pontosan a plessimeter és a phonendoskop között legyen. Ezen utóbbi módszernél, hogyha a hegvonal éppen a plessimeter és phonendoskop közé esik, a hallható hang tompultabb és rövidültebb.

Mindhárom módszer alkalmas arra, hogy ezen vizsgálódással a koponyacsonton valamely kevéssé palpabilis hangvonalat is pontosan lokalizáljunk.

A plessimeter alakja megfelelő annak, hogy ezen kopogtatási módszer tulajdonképpen a mélybe való kopogtatást célozza.

Ha Bingel-féle endolumbalis levegőbefúvás után — mikor a subarachnoidealis teret levegő tölti ki — kopogtatunk a Benedek-féle eljárással, sajátságos esengő koponyacsont-hangot hallunk. Valamely meninxletapadás, duraheg vagy subarachnoidealis cysta fölött kopogtatva ilyenkor — ahol a subarachnoidealis légtér meg van szakítva —, tompult és rövidült kopogtatási hangot kapunk, míg a fixált duraheg mellett kopogtatva érces és csengő hangot hallunk. Ugyancsak könnyen észlelhetők azon hangkülönbségek is, amelyeket a levegőbefúvás után a koponyán kopogtatva a második és harmadik módszer mellett észlelhetünk. Véleményünk szerint ezen eljárással a hegvonal pontos lokalizálása vagy a subarachnoidealis cysta megállapítása sokszor sikerül. Klinikánkon eddigelé csak kevés esetünk volt, hol ily durahegeket vagy subduralis cystákat lokalizáltunk. Mindenesetre azonban eddigi észleleteink alapján is jogosnak tartjuk ezen módszerre a figyelmet felhívni.

Az alábbiakban röviden egy posttraumás epilepsia esetét közlöm, amelynél lehető volt a subduralis cysta pontos lokalizálása igen kiterjedt csontheg mellett is. A műtéti eljárás ezen esetenél az ily lokalizált cysta eltávolítása után a betegnél kedvező therapiás eredményre vezetett.

Az eset a következő:

Cs. F. 26 éves földműves. Felvettük a klinikára 1923 január 19-én. *Kórelőzményi adatok:* Szülei élnek, egészségesek. Családi terheltségről nem tud. Három testvére él, egészséges. Születése, fejlődése rendes volt. Gyermekkorában beteg nem volt. 15 éves korában typhus abdominalis. Luest, potust negál. 1917 július 2-án az orosz harcúterem gyalogsági golyótól homlokáján súlyos lövési fejsérülést szenvedett. Két napig eszméletlen állapotban volt. A sebből a löveget és csontdarabokat műtéti úton távolították el. Ugyanez év augusztus 2-án operálták első ízben. Sebesülése óta állandóan széjdülése van. 1921 júliusában nagyfokú fejfájás lépett fel nála és ezen idő óta jelentkeztek először eszméletlenséggel járó görcsrohamai. A rohamok eleinte átlag hetenként léptek fel, később naponta 4—5 roham is volt. A görcsös rángások baloldalt kezdődtek és innen terjedtek át a jobboldalra, mint ezt környezetétől tudja. 1920 októberében újabb műtétet állott ki. Görcsrohamai azóta ritkábban jelentkeznek, átlag 2—3-hetenként, fejfájása és szédülése azonban állandóan fennáll. A rohamokat előre nem éri meg, környezetétől tudja, hogy 5—10 percig tartó rángógörcsei vannak, nyelvét is megharapja néha. Székletét és vizeletét nem bocsátja maga alá. Rohamok után teljes amnesia. *Status praesens:* Középtermetű, jól fejlett és táplált, mesokephal koponyaalkat. Degeneratív jelek nincsenek. Látható nyálkahártyák középvérteltek. Fején, annak elülső részén, részben a homlok jobb oldalán, részben a fej hátsó részének megfelelően kb. gyermektenyérynnyi, pigmentes, sugaras hegerterület, mely be van horpadva és melynek közepén kb. koronányi esontheányi érezhető. Ezen terület nyomásra kissé érzékeny és töle 9 cm hosszú, ívalakú, gyógyult műtéti heg húzódik a halántéki csont bal széléig, melynek jobb részében koronányi depressio érezhető. Bal szemöldökben babnyi bőrheg. (A lövés bemeneti nyílása.) Mellkasi szervek: szív, tüdő épek. Hasi szervek kóros eltérést nem mutatnak. Idegrendszer: pupillák középtágak, egyenlőek, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Agyidegek eltérést nem mutatnak. Szemészeti lelet szerint szemfenék ép. Bőr- és inreflexek kiválthatók, rendesek. Érzési kör eltérést nem mutat. Romberg negatív. Vizeletvizsgálat semmi kórosat nem mutat; vérsavó vizsgálata: Wassermann-reactio: negatív, Sachs-Georgi: negatív. III. Meinicke-reactio: negatív. Röntgen-lelet: Az os frontale a tapintható bemé-

lyedésnek megfelelően két-, illetve ötkoronásnyi terjedelemben folytonossági kiesést mutat, mely mindkét lemezre kiterjed. A csontthányi konturjai simák és csak helyenként latható minimalis periostalis callus-képződés. Sequester nem látható. (Dr. Markó s. k.) III-ik hó 5-én d. e. 10 órakor, megfelelő előkészítés után, a betegnél ülőhelyzetben pneumocephaliás befúvást végeztünk. Fractionált eljárással összesen 75 cm³ liquor-t bocsátottunk le és 61 cm³ levegőt fújtunk be. Liquor-nyomás befúvás előtt 364 Hg. mm. Befúvás végén 365 Hg. mm. Liquor-vizsgálat eredménye: vizeszta. Pándy-r. Q. Nonne-Appelt fractionáltan I: Q. II: Q. III: Q. IV: Q. Weichbrodt: Q. Rosse-Tones: Q. Sejtszám: 1¹/₃. Goldsol-r.: 1/10—1/320,000 : 000 000 000 000. Fest. normomastix-r.: 1/1—1/2000 : 554 332 111. Bicol. benzoegyanta-r.: 1/10—1/2000-ig 222 211 100 000.

Befúvás után hat órával a liquor-vizsgálat eredménye: Pándy-r.: ++++. Nonne-Appelt: ++++. Weichbrodt: Q. Sejtszám: 5056. Goldsol-reactio: 011¹/₂ : 210 000 0000. Fest. normomastix-reactio: 569 1411₀ 753 211. Bicol. benzoereactio: 223 3¹/₂:32 210 000.

A betegnél az endolumbalis levegőbefúvás után a Benedek-féle trans-sonantiás kopogtatási eljárással vizsgáltam a csontheg helyét. A csontheg baloldali felső részén, kb. a középvonaltól kiindulva a halántékesont felé vonalas irányban mintegy 3 cm hosszú és 2—3 mm széles területen kopogtatva, a többi terület kopogtatási hangjától igen jól megkülönböztethető és rövidültebb kopogtatási hang volt hallható. *Ennek megfelelően a durának fixált hegét tételeztük fel, ahol a befúvás után a subarachnoidealis tér megszakadt és így nem volt hallható a csengő kopogtatási hang.*

A betegnél a pneumoencephaliás befúvás után kisebb lázas reactio mutatkozott (37.6°), továbbá homlok-táji fejfájás, amely másnap elmúlt.

III/31-én műtét végett a sebészeti klinikára tesztük át. Rohama ezen idő óta csak egy ízben volt, IV/15-én.

V/16-án műtét helyi érzéstelenítésben, a lokalizált fixált dura lenövés feltételezett helyének megfelelően.

A műtéti jegyzőkönyvből röviden a következőket jegyezzük föl: „...A megjelölt területnek megfelelően a dura a csonttal össze van kapaszkodva. A durát ívalakban megnyitva, a csontlemez bázisának megfelelően tiszta liquor tartalmazó, babnyi cystát találunk, amelynek megvastagodott piából álló falát kiirtjuk...” (Sebészeti klinika kórrajza.)

A műtéti seb zavartalanul gyógyult, a beteget VI/13-án elbocsátották a klinikáról. A műtét óta sem a klinikán, sem a további, több hónapra terjedő megfigyelésünk alatt nem jelentkeztek görcsrohamai.

A fenti esetben a műtét igazolta a dura-fixatio lokális megállapításának helyességét, amelyet a *Benedek-féle* koponyakopogtatási módszerrel értünk el.

Mindenesetre érdeklő bírna a klinikai gyakorlatban hasonló posttraumás epilepsziás esetekben ezen vizsgálati módszert mindig kipróbálni, hogy ezáltal a műtét helyét meghatározhatjuk és annak eredményességét is inkább biztosíthatjuk. E helyütt hozom fel azt is, hogy az endolumbalis levegőbefúvás után a *Benedek-féle* koponyakopogtatási módszerrel azt is ellenőrizhetjük, hogy az oldalgymrocsok és a subarachnoidealis tér mennyire telt meg levegővel, amint azt klinikánkon számos esetben észlelhetjük.

Nemspecifikus mandulamegbetegedésekről.

(Összefoglaló szemle.)

Írta: Zimányi Vidor dr.

„A lymphatikus nyirokesomó-gyűrűről orvostudományi körökben különféle elavult felfogás uralkodik. Tradíció által szentesítve vándorolnak ily tévtanok további felülvizsgálat nélkül szájról-szájra, könyvből-könyvbe” — ezen szavak vezetik be J. Fein¹ 1921-ben megjelent monographiáját, melyben a szerző a tonsil-

¹ A colloid-reactiók eredményét a görbék feltüntetése helyett érthető okokból az angol és amerikai szerzőknél szokásos módon tüntetem fel.

lák szerepét a szervezet háztartásában teljesen új megvilágításba iparkodik állítani s többek között a következő tételket állítja fel: a tonsilla, illetve a lymphatikus garatgyűrű — eltekintve a specifikus folyamatoktól — csak acute betegedik meg, s ezen heveny gyulladás, mely mindenkör és egyidejűleg az egész lymphatikus garat-complexumra kiterjed, nem localis folyamat, hanem a septikus betegségek csoportjába tartozó általános fertőző betegség, melynek első manifestációi rendszerint a garatbeli nyirok-complexum affectiói: a többi szervekben a tünetek csak később jelennek meg. Mint általános kórformának megjelölésére az „anginos-sis“ elnevezést ajánlja.

Fejtegetéseinek láncolata kiindul a torokgyűrű anatómiai és szövettani elrendeződéséből, nemkülönben élettani sajátágaiból, mely utóbbi kettőről megállapítja, hogy a torokgyűrű minden egyes részére nézve azonos. Morphologice a tonsillák úgy a belső szerkezet (váz stb.), mint a külső felszín (felületi minőség) tekintetében a legteljesebb eltérést mutathatják, anélkül, hogy pathológiásnak volnának tekintendők; fejlettségük foka teljesen egyéni. Mindezeket tapasztalati tények eléggé bizonyítják. Azt látjuk ugyanis sok esetben, hogy klinice teljesen egészségesnek látszó (középmagyságú, gömbölyű, síma felületű) mandulák hordozói az attackok egész sorozatát szenvedték már végig, míg egyéb okból vizsgálat alá vett egyéneknél léptenyomon találkozhatunk erősen hasadozott felületű, mélybe nyúló lacunákkal ellátott mandulákkal, amelyek egy része az átlagnál jóval nagyobb volumenű, másik része éppen ellenkezőleg sokkal kisebb „csökevényes“, a garatívek közé elbujt mandula volt, s az ily egyének (bemondás szerint) mégis csak a legritkább esetben, vagy egyáltalában nem szenvedtek mandulagyulladásban, úgyhogy sem a tonsilla nagyságából, sem a felület hasadozottságából előrement gyulladásokra nem lehet következtetnünk. Maga a hasadozottság egyébiránt a kötőszöveti szerkezet fejlettségével, a parenchyma-massa quantumával, nem kevésbé a természetes involutióval egészen jól megmagyarázható. Természetes folyamatnak kell továbbá felfognunk a mandulacsapok (detritus) képződését is, melynek magját a tonsillát borító epithel-burokból leváló, úgyszintén az áthatoló leukocyták által leszakított laphámsejtek képezik. Normalis körülmények közt a nyelési aktusnál működő izomzat, illetve még inkább a lehaladó falat sajtolja ki a résekből a dugaszt. Ha azonban valamely okból (a tonsilla heveny gyulladása, sebesülése, nyelvmegbetegedés, gégefolyamat, gyomorhaj stb.) a nyelésben zavar áll be, a detritusok a hasadékokban felszaporodnak és a mandulák közismert pettyes képét hozzák létre. A dugaszfelhalmozódást kórosnak csak akkor tekinthetjük, ha emellett még kifejezett belöveltség, duzzanat és láz is van egyidőben jelen. Ilyenkor heveny mandulagyulladásról beszélünk.

Vizsgálódásai alapján *Fein* megállapította, hogy a gyulladásban résztvesz mindig az egész parenchyma, s nemcsak a felület rész vagy a lacunák környéke, továbbá, hogy mindig az egész gyűrű, és mindig egyidőben betegszik meg, jóllehet az egyes részek gyulladása nem mindig egyenlő intenzitású, s egyéb körülményektől eltekintve, függ az egyes részek fejlettségétől, vagy meglévő alaki viszonyaitól (pl. szűkebb hasadékok stb.). Minthogy általában a torokmandulák szoktak legfejlettebbek lenni, ezért a torokgyűrű heveny gyulladásos folyamatainál a tonsilla gyulladásos képét látjuk a legtöbbször előtérben. Gyermekekben hasonló szerepe a garatmandulának van. Magától érthetőleg erősen fejlett nyirokesomó-gyűrű esetén a gyulladásos folyamat súlyosabb természetű szokott lenni, mint ke-

vésbé fejlett, vagy már involutiós stadiumba jutott lymphatikus complexummal bíró egyéneknél.

A heveny tünetek közül a duzzanat visszafejlődése rövidebb-hosszabb időt igényel. Megeshetik, hogy újabb attack ilyen, csak részben visszafejlett állapotban találja a mandulát. Intervallumban vizsgált tonsillát könnyen diagnosztizálhatunk chronikus tonsillitisnek, pedig ilyenkor csak heveny gyulladás után még fennálló involutiós stadiummal van dolgunk. Annál kevésbé beszélhetünk ily esetekben idült mandulagyulladásról, mert a lymphatikus torokgyűrűnek idült (nem specifikus) megbetegedése tulajdonképpen nincs is. Nincs pedig két okból: 1. az állítólag idült gyulladásos mandula histologiai képe *Wex*, *Brieger*, *Görke*, *Lewinstein*, *Gottstein* és *Kayser* vizsgálatai szerint semmiben sem különbözik a normalisnak tartott mandula szövettani szerkezetétől; 2. klinikai képét ezen folyamatnak nem tudjuk meghatározni, mert mindazok a tünetek, amelyeket chronikus gyulladás symptomái gyanánt felhozunk, tulajdonképpen az egészséges tonsillákon is megtalálhatók. Így a hasadozott felületnek normalis egyéni karakterét már meghatároztuk. A belöveltség szintén nem lényeges tünet, mert állandóan vértelt torokképleteket láthatunk oly egyéneknél is, akik soha nem szenvedtek mandulagyulladásban; viszont már számos attackot átszenvedett betegeknél figyelhetünk meg egészen halvány tonsillákat. Detritus jelenléte — mint már előbb kifejtettük — csak a nyelési aktusban beállt zavarnak jele (idült gyulladás tünetének nem fogadható el), s így végeredményben a nyirokesomó-gyűrű idült megbetegedéséről logikusan nem beszélhetünk.

Fein gondolatláncolatának második csoportja az „anginos-sis“-sal mint önálló septikus megbetegedéssel foglalkozik. Kiindulási pontként szerepel a tonsillának mint behatolási helynek méltatása, illetve ezen teoriának cáfolata. *Stöhr*, *Gulland*, *Goodale*, *Hendelsohn*, *Henke*, *Brieger* és *Görke* kutatásainak eredményével bizonyítva látja, hogy a kórokozó nem a tonsillán keresztül hatol be a szervezetbe, hanem valamely más úton. (Itt szerző joggal hivatkozhatott volna *Menzer*² rendkívül értékes exakt vizsgálataira, aki a tonsillában semmi, ellenben a tonsillát környező szomszédos nyálkahártyában egészen a hajszálerekig előrehatolt bakteriumokat talált. A szervezetbe behatolt kórokozónak vagy a nyirokrendszer, vagy a vérpálya útján kell eljutnia a tonsillába. Emellett bizonyít azon ismeretünk, hogy a szövetrendszer teljes mélységében és az egész torokgyűrűre kiterjedőleg egyszerre betegszik meg. A mandulagyulladás és a szervezet egyéb részében lezajló megbetegedések közt levő összefüggést, illetve ennek ezideig tanított magyarázatát *Fein* elveti, mivel szerinte a post hoc-ot használja fel propter hoc gyanánt. S ha el is fogadható az a feltevés, hogy nem véletlen körülménnyel van dolgunk, mikor anginánál és heveny ízületi rheumatismusnál ugyanazt a kórokozót találjuk (**F. Mayer* diplococust, *Glaser* streptococust talált), még ez sem bizonyít a feltétlen tonsillaris eredet mellett, hanem pusztán arról tesz tanúságot, hogy ugyanazon kórokozó a szervezet más-más helyén váltott ki megbetegedést.

Feltételezve tehát a tonsilla fertőzésének endogen útját, figyelembe véve továbbá, hogy ugyanazon kórokozó egyidőben vagy rövid egymásutánban a tonsillában, úgyszintén a szervezet más részében hozhat létre gyulladást, nem okoz logikai nehézséget az anginát valamely általános, de ismeretlen úton létrejövő fertőző betegség részjelenségeként felfogni, akárcsak a conjunctivitist morbillinél. Ezen általános megbetegedésnek klinikailag oly subjectiv és objectiv tüneteit állapíthatjuk meg, amelyek a többi heveny fertőzéses

kórformák symptomáihoz nagyon sokban hasonlítanak. Megfigyelhetünk prodromalis szakot: rossz közérzettel, fáradtság-érzéssel, főfájással, szédüléssel. Majd hidegrázás, enyhébb esetekben borzongás jelentkezik a temperatura-emelkedés előtt közvetlenül. Objectiv localis tünetek: élénk pír, duzzanat, detritusok felszaporodása. Subjectiv localis symptoma: a nyelési nehézség. A betegség további lefolyásában variálódhat. Előfordul, hogy végig dominálnak a nyirokgyűrű tünetei (különösen ennek nagyobb fokú fejlettségénél); máskor alig van toroktünet, míg a szervezet egyéb részében (endo-, epicard., vese, ízület stb.) súlyos elváltozások jelentkeznek. Ezen távolabbi szervekben mutatkozó jelenségek rendszeren később, sokszor csak a toroktünetek lezajlása után nyomulnak előtérbe. Kórokozóként — mint más heveny fertőző betegségnél — *Fein* el tud képzelni specifikus, ezideig még ismeretlen bakteriumot, de nem tartja kizártnak, hogy bizonyos — általunk még szintén ismeretlen — körülmények közt különféle kórokozók is létrehozhatják az „anginosis“-t.

Mint minden új eszme, úgy a *Fein*-féle theoria körül is hatalmas harc fejlődött ki. *Imhoffer*, *O. Mayer*, *Schlemmer* a legkiválóbbjai ezen irodalmi támadásnak, amely ellen *Fein* nem mindennapi tehetséggel és nagy felkészültséggel vette fel a küzdelmet, mindaddig, míg néhány hónappal ezelőtt tragikus halála tudományos munkálkodását félbe nem szakította. *Imhoffer*³ theoretikusan iparkodik kimutatni az új tan tarthatatlanságát. *Schlemmer*⁴ és *O. Mayer*⁵ klinikai megfigyelések és szövettani vizsgálódások eredményét sorakoztatják fel *Fein* theoriája ellen. Különösen az *O. Mayer* által felhozott adatesoport látszik első pillanatra döntő contraargumentumnak a tonsillitis chronica vitás kérdésében. Ha azonban a közölt leleteket tüzetesebben áttanulmányozzuk, kitűnik, hogy *O. Mayer* adatai egyáltalán nem cáfolják meg *Fein* érveit, legfeljebb ezen adatok alapján a theoria egyes részletkérdése módosításra szorul. Így nevezetesen *Fein* azon eredeti állítása, miszerint a detritusok mindig ártalmatlan képződmények, környezetükben gyulladást nem okoznak, belőlük fertőzés nem indul ki, *O. Mayer* vizsgálatai alapján tévesnek bizonyult. Maga *Fein*⁶ sem késett a helyesbítéssel, midőn elismeri, hogy a detritusokból is juthatnak fertőző csirák a szervezetbe, legalább is a lehetőség megvan reá. Példaképpen említi fel *Fein*, hogy a száj más helyén is (fogak stb.) fellelhetők pathológiás csirák, anélkül, hogy bajt okoznának, s csak bizonyos viszonyok közt (sérülés, gyulladás stb.) válnak a szervezetre veszélyessé. Természetesen a kórokozók ily módon való behatolása heveny gyulladás kíséretében történik. A tonsilla-lacunába bezárt, szétcsétt, vagy elfolyosódott detritus azonban, amely hónapokon keresztül észrevétlenül meghúzódik, s csak véletlen körülmény (vizsgálat, műtét stb.) által kerül napvilágra, mégsem tekinthető szorosan vett idült gyulladásnak. Hogy pedig az idült mandulagyulladás problémájának döntő bizonyítékul szolgálható kórszövettani lelet ezidő szerint nem áll rendelkezésünkre, azt *Schlemmer*⁶ is kénytelen elismerni legutóbbi cikkében. Tovább megy már *A. Dietrich*,⁷ mikor megállapítja, hogy „morphologiai elváltozások alapján nem tudunk különbséget tenni heveny mandulagyulladás és tonsillitis chronica exacerbata közt“; hasonló következtetésre jut *Kümmel*⁸ is, aki szintén kijelenti, hogy ezideig még nem sikerült a chronikus tonsillitis jellegzetes kórképét megrajzolni. Ha emellett fősorakoztatjuk még *O. Fleischmann*⁹ tonsilla-extractummal végzett arany-reactióit, illetve ezeknek eredményét, akkor meglepődve láthatjuk, mennyire támogatják ezek *Fein* elméleti okoskodását. Hiszen az a körülmény, miszerint *Fleischmann*

a legkülönbözőbb (úgy a „hypertrophizált“-t, mint a „chronikus“ gyulladással) tonsillából készült kivonattal egy többé-kevésbé egyező színreactiót kapott, míg heveny gyulladással mandulánál ezen reactio teljesen negatív volt — ha nem is ismerjük ezidő szerint a reactio és a tonsilla physiologiás tulajdonságai közt levő összefüggés lényegét —, *Fein* felfogásának helyessége mellett szól. Igaz ugyan, hogy ellenőrző kísérletei alapján *Mayer*¹⁰ a tonsilla redukáló-anyagát a szervezetben előforduló hangyasavnak tartja, mely organikus sav nemcsak a tonsillában, hanem egyéb szervekben (nyirokmirigy, pajzsmirigy stb.) kimutatható — mit más szerzők is megerősítettek — s így nem tekinthető a tonsilla specifikus productumának, mindazonáltal a redukáló-anyagnak — *Mayer* szerint tehát a hangyasavnak — eltűnése a heveny gyulladással tonsillából mégis csak *Fein*nek látszik igazat adni a tonsilla acut és chronikus gyulladását illetőleg.

Safranek főorvos, egyetemi m. tanár vezetése alatt álló Zita-kórházbeli rhinologiai osztályunkon, szintúgy ezen osztállyal kapcsolatos Szent István-kórházbeli szakrendelésünkön megfordult betegeken egy éven keresztül rendszeres megfigyeléseket végeztünk a *Fein*-féle theoriák gondolatmenetében. Ezen idő alatt megvizsgált egyének kb. 30–35%-a bírt normalisnak mondható torokmandulával; kb. 30%-nál (nagyobbrészt 14 éven aluliak) nagy, a garatívek közül kiemelkedő („hypertrophizált“) mandulákat, míg kb. 20%-nál (csökevényes, a garatívek közt mélyen beágyazott mandulákat) találtunk. 20–25%-nál a két mandula közti volumen-differentia feltűnő volt és érdekesen variálódott: volt olyan, akinél az egyiket normalis nagyságúnak mondhattuk, míg a másik kisebbnek látszott, majd az egyik normalis, a másik „hypertrophizált“; nem volt ritka ezek közt az oly egyén sem, akinél egyik mandula erősen kiemelkedett a garatívek közül, a másik pedig mélyen visszahúzódott. Alapos keresgélés után detritust legalább 60–65%-ban sikerült kipréselnünk az összes felsorolt kategóriák manduláiból; az ú. n. „csökevényesekből“ általában kevesebbet és nehezebben, mint a „normalis“ vagy „hypertrophizált“ tonsillákból. Ami pedig a vizsgált egyének anamnestikus adatait illeti, arra az eredményre jutottunk, hogy kb. az esetek egyharmadában szerepelt a mandulák előzetes (nem specifikus) többszörös megbetegedése (angina, peritonsillitis, abscess stb.), és pedig tekintet nélkül a mandulák nagyságára. Találkoztunk teljesen különleges esetekkel is: pl. felnőtt, intelligens egyén galambtojásnyi, sötétpiros mandulákkal, jól fejlett, mélybe nyúló lacunákkal, erősen teletüzdelve csapokkal, — torokgyulladása ellenben sohasem volt.

Ha *Fein* tanulmányának jelentőségét a tonsillák sokat vitatott problémáinak szempontjából mérlegeljük, éles orvosi logikával felállított tételeinek helyességét jórészt el kell ismernünk; nevezetesen el kell ismernünk azon megállapítását, hogy több eddig kórosnak tartott és az idült mandulagyulladásra jellegzetes tünet, így a garatbeli nyirokesomó-gyűrű részeinek erősebb vagy gyengébb fejlettsége, a tonsillák hasadozottsága, a tonsilla-csapok (detritus) megjelenése, valóban nem tekinthetők per absolutum pathológiásnak; az idült mandulagyulladás kórszövettani képe pedig (amint saját rendszeres megfigyeléseink is bizonyítják) tulajdonképpen anamnestikus adatok (a betegek által bemondott vagy kezelőorvos által megfigyelt, többször jelentkezett torokgyulladás) alapján állítjuk fel, amiért is „tonsillitis chronica“ helyett célszerűbbnek tartanánk „angina habitualis“-ról (szokványos torokgyulladásról) szólni.

Kevésbé mondható sikeresnek *Fein* ama okoskodása, mellyel a heveny mandulagyulladást általá-

nos fertőzéses megbetegedés részjelenségeként iparkodik beállítani, s amikor teljesen perhorreskálja azt a felfogást, mely számos betegség forrásaként a mandulát jelöli meg. Éles orvosi logikája, megfigyeléseinek alkalmas módon való csoportosítása itt is nagy segítségére van ugyan, nem kevésbé elvitázhatatlan debateri képessége, mely jelen esetben abban nyilvánul, hogy az ellenérvek gyengéjét a saját felfogásának helyessége mellett ügyesen kihasználja (F. Mayer, Glaser vizsgálatai), mindazonáltal ily fontos tétel elfogadásánál nem elégedhetünk meg pusztán elmélettel, hanem pozitívumokat kell követelnünk, amelyek ezidőszereint nem állanak még rendelkezésünkre, de a napról-napra újonnan közölt vizsgálódási eredmények nagy számát tekintve, lehetséges, hogy a *Fein* által felvetett eszmékörben végzendő kutatások — így különösen a serológiai vizsgálatok — előbb-utóbb sikerrel fognak járni.

Irodalom. ¹ Die Anginosis. Wien, 1921. — ² Verh. d. D. Kongr. f. inn. M. 1901. — ³ Wiener kl. W. 1922. 11. sz. — ⁴ Festschrift Hajek, 1921. — ⁵ Wiener kl. W. 1923. 6. sz. — ⁶ ⁷ ⁸ Zeitschrift f. Hals etc. 1923. 4. füzet. — ⁹ Archiv. f. Laryng. 1921. 1. füzet. — ¹⁰ Zeitschrift f. Hals etc. 1921. 1. kötet, 527. lap.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 november 3-án tartott II. rendes tudományos ülése.

Elnök: Sarbó Artur. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Bemutatók:

1. **Móczár László:** *Alaki és működési regeneratio esetei.* Három beteg mutat be, mint a működés helyreállításának sebési úton való példáit. *Első beteg:* 32 éves nő, akinél egy év előtt a szegycsonton kiújult gyermekfőnyű chondrosarkomát távolított el a szegycsont 7 cm hosszú darabjával együtt. A subperiostalis resectióval visszahagyott csonthártya-lebény teljesen újra képezte a sternumot és így a mediastinum anteriorban levő szervek működésének (szív, nagy erek, mellhártya) zavartalanágát biztosíthatta. *Második beteg:* a hiányzó működést a bonctani viszonyok megváltoztatásával sikerült helyreállítani. 58 éves nőnek az első szülése óta, mely 38 év előtt volt, állandó vizeletesorgása maradt vissza. Ennek megszüntetésére végzett plastikus műtét sikertelensége ellenére is jó eredmény következett be. Oka az elgenyedt műtéti területen kifejlődött sérv közvetlenül a symphysis felett, amelybe történt prolapsus a hólyagnyakat megtörte és a hólyagnak ily módon bizonyos visszatartó képességet biztosított. Ez a jó eredmény egy évig fennállott. Az ezután végzett hasfali reconstructio után a jó eredmény tényleg meg is szűnt. *Harmadik beteg:* a hyperfunctio gyomrot, mely egymásután háromszor vezetett fekélyképződésre (1. duodenalis, 2. jejunalis fekély a hátsó hasfalba perforálva, 3. jejunalis fekély az előlő hasfalba perforálva), kétszeri gyomorresectióval, az elválasztó felszín erős megkisebbitésével, tehát a működés reductiójával sikerült rendes funkciójává tenni. Az utolsó műtét után két évvel egészséges a beteg, semmiféle gyomorpanasza nincsen.

2. **Borséky Károly:** a) *Appendicitis utáni heges vakbélzűkület operált esete.* A belső bélelzáródások aetiologiájában a belek és a különböző hasüri szervek közötti összenövések és álszalagok igen fontos szerepet játszanak, az ezeket előidéző okok között az appendix gyulladásai. Az acutan létrejövő tengelycsavarodások és álszalagos leszorításokon kívül az appendicitis magában a caecum falában is idézhet elő olyan elváltozást, amely a gyulladást lezajlása után súlyos passagezavart eredményezhet. Bemutatott esetben acut appendicitis miatt végzett laparotomia alkalmával az appendix erősen belöveltnek és megvastagodottnak találta, az appendix gyöke körül a caecum falzata mintegy koronányi területen szintén belövelt és vastagabb tapintatú volt. Az appendixet kimetszette és a hasüreget zárta. Másfél hónapon át teljesen jól is érezte magát a beteg, csupán makacs székrekedései voltak, ekkor azonban folyton súlyosbodó görcsöket érzett hasa jobb felében és dacára az alkalmazott beöntéseknek és hashaj-

tóknak, széke csak 4–5-naponként volt, hasa erősen felpuffadt és többször hányt is. Az erősen puffadt, de puha has megérintésekor szemmel látható tetaniás bélösszehúzódások indultak meg. Valamilyen álszalagos béleszorítást tételezve fel, újból megoperálta. A has megnyitáskor egy heges szűkületet talált a vakbélben a Bauhin-billentyű táján, amely szűkület a beszájradzó ileum-kacs nagyfokú tágulásához és chronikus ileus kifejlődéséhez vezetett. A megvastagodott vakbelet és a tágult vékonybélből 12 cm-nyi darabot resecált; az ileum-csonkot vakon elzárta és a colon ascendens csonkját a vékonybélbe implantálta. Zavartalan gyógyulás. Tekintettel, hogy sem tbc.-nek, sem más specifikus gyulladásnak jelei görcsövi vizsgálattal sem voltak felfedezhetők, nem lehet a szűkület okozta hegesedést másként magyarázni, mint hogy a gyulladás az appendix-ről a caecum falára terjedt át. Az appendectomia alkalmával talált feltűnő belöveltsége és beszűrődött volta a caecumnak, ezen feltételt még valószínűbbé teszik.

b) *Traumás duodenumfekélyátfűródés operált esete.* A gyomor-, illetve duodenumfekélyátfűródások aetiologiájában elvéve a hasat ért trauma is szerepel, ahol az összefüggés tényleg megállapítható. Esetében egy négy év óta gyomorban szenvedő beteget, akinél a röntgenezés negatív volt, munka közben egy nagy reflektorral véletlenül hasba ütöttek, utána oly erős fájdalmak léptek fel a hasában, hogy összeesett; majd valamivel jobban lett, de állapota otthon rosszabbra fordult, folyton esuklott és hányt, kórházba szállították. Fekélyátfűródés kórismével került műtétre. Az epigastriumban, részben a jobb bordaív felé terjedőleg; egy férfitenyérnyi, kékes-vöröses, véraláfutásos területet talált defense és kifejezett peritonitis mellett, laparotomiánál a szabad hasüregben nagymennyiségű epés nyákot és ételmaradékot, különösen a kis medencében és a subphrenikus tájon. Az átfűródés helye a duodenumon közvetlenül a pylorus mögött volt; a lencsényi, igen erős kérges környezettel bíró átfűródött fekélyt csak nagy nehézségek között tudta összevarrni dohányzacskó-varrattal. Witzel-féle jejunostomia, a hasüreg alapos kitörlése szárazon. Minthogy tapasztalatai szerint ilyen peritonitiseknél egy subphrenikus tályog keletkezése elkerülhetetlen, ezen tájat drainezi, de a hasüreget teljesen zárja. Zavartalan lefolyás után gyógyultan távozott. A műtét után két hónappal eszközölt Röntgen-vizsgálat a gyomor teljesen normalis kiürülést állapította meg; a varrat helyén szűkület nem volt található.

Ezen esetben az epigastrium jobboldalán levő tenyérnyi vérömleny kétségtelenül bizonyítja egy súlyosabb trauma behatását és az utána azonnal bekövetkezett heves fájdalmak a fekélyátfűródés következményei voltak. Figyelmet érdemel az is, hogy dacára az átfűródött nagyterjedésű fekély elzárásával járó beszűkítése a duodenumnak, valamint a jejunostomia nem okoztak semmi passage-zavart.

Tóth István: Két esetében észlelt lefolyt appendicitis, illetőleg appendectomia után végzett újabb laparotomia kapcsán súlyos szövődmenyt. Áprilisban adnextumorok miatt operáltjánál teljes láztalanság mellett a bél átjárhatóságában zavarok jelentkeztek, bár széke is volt, gázok is távoztak. A műtét utáni ötödik napon pár óra alatt óriási meteorismus lépett föl, amely beöntésekre, hashajtókra sem oldódik, bár hányás nincs, a beteg életveszedelemben kerül, terebenthinás magas beöntés órákon át marad benn, míg végre utolsó percben, amikor már relaparotomiára készülnek, a bél átjárhatósága helyreáll, gázok távoznak, szék ürül és a beteg meggyógyul, bár egy-kétszer még kisebb fokban ismétlődik a meteorismus. A beteg 10 évvel ezelőtt appendectomiát állott ki, mint utólagosan mondták, azóta széke magától nem volt, sőt egy ízben kisebb fokban elzáródási tünetei is voltak. A mult héten lenőtt myomás méhe miatt amputatio supravaginalist végzett egyik betegén. Teljes jó közérzet közepette harmadik napon hányás lép fel, bár előbb már szelek távoztak, széke volt, öt nap letelte után kifejlődött bélelzáródás relaparotomiára kényszeríti. A rendkívül kitágult vékonybelek s caecum után a vastagbelek összeestek s a colon ascendens kezdete és a caecum között régi heges köteg szögletmegtörést okoz. Oldás után a vastagbelek gázzal telnek meg, a vékonybelek visszahelyezhetők, de a beteg félórával a műtét után exitál. Később történt a műtét, aminek oka egyrészt az első eset kedvező lefolyása volt, másrészt az a körülmény, hogy 8–14 órán át is szünetelt a hányás.

Kétségtelen, hogy mindkét esetben a lefolyt appendectomia kapcsán keletkezett lenövés okozta szűkület következménye a szövödmény, s míg előbb a rendes peristalticum le tudta győzni a szűkületet, az újabb hasmetszés után bizonyos fokig paralytikus belek erre képtelenek voltak. Magára nézve azt a tanulságot vonja le, hogy ha már előbb appendectomizált beteget operál, gondosan megnézi az appendectomia környékét.

Kuzmik Pál: (kézirát nem érkezett be).

Tóth István: Kuzmik hozzászólására megjegyzi, hogy egy szóval sem okolta az appendectomiát, még kevésbé a sebészeket az eseményekért, hanem tisztán az appendicitis következményeit; hogy saját maga is mennyire műveli az appendectomiát, bizonyítja, hogy minden hasmetszése alkalmával megnézi az appendixet s ha csak gyanús is, eltávolítja, a jövőben azonban a helyét is meg fogja nézni.

Borszéki Károly: Bemutatásában a súlyt arra a szerfelett ritka szövödményre helyezte, hogy az appendixről a gyulladás a caecum falára terjedt át és ott oly hegesedést okozott, amely egy bélszűkület kifejlődésére vezetett.

Előadások:

1. **Kramár Jenő és Tomcsik József:** a) *Adatok az arsennek az anyagcsereére gyakorolt hatásához.* Minél hosszabbak a szövetekben lezajló oxydatív folyamatok, annál több savanyú intermediaer bomlástermék képződik s lesz kimutatható a vízben is. Anyagcsereelassúbbodás tehát az intermediaer anyagcsereének a vizelet vizsgálatára útján is kimutatható acidotikus, anyagcsereelénkülés pedig annak alkalotikus irányban való eltolódásával jár együtt. Arsenkúra alatt az esetek nagyobb részében (valószínűleg a klinice is jól reagáló eseteknél) a vizelettel kiürített foszfatok mennyisége nő, a vizelet H⁺ koncentrációja nagyobb lesz, néha az ammoniakoefficiens is nagyobbodik, vagyis az arsen terapiás dózisban acidotikus irányú eltolódást hoz létre, ami az oxydatív folyamatok, az anyagcsere intenzitásának csökkenése mellett szól. Valószínű, hogy az arsen hízlaló hatásának tényleg ez a magyarázata.

b) *Kísérletes adatok a kolloidális fémek terapiás hatásának ismeretéhez.* Kolloidális fémek (collargol, siliquid) hatására a vizelet útján történő savkiválasztás csökken: a foszfatok megkevesbednek, a vizelet H⁺ koncentrációja kisebb lesz, esetleg az ammoniakoefficiens is megkisebbedik. Hasonló reakciót válthatnak ki bármely fajidegen fehérje injectiójával is, úgyhogy principiális különbség a kolloidális fémek s a heteroproteinek között, legalább is az anyagcsereére gyakorolt hatásukat illetően, nem állhat fenn. Therapiás alkalmazásukkal tulajdonképpen ingerhatást fejtünk ki, anyagcsereelénkület, az oxydatív folyamatok gyorsulását idézzük elő.

2. **Ratkóczy Nándor:** *Az ulcus duodeni Röntgen-diagnostikája.* A duodenum „direct” vizsgálatánál ma használatos négyféle (az amerikai, bécsi, Chaoul- és Akerlund-féle) eljárás kritikai tárgyalása után saját vizsgálati módszerét ismerteti. Híg bariumpépet használ.

Antrum- és duodenum-vizsgálatához szűkre fogja a diaphragmát (9×12—10×15 kép az átvilágító ernyőn), a kép közepe alatt a pylorus. Bal kezében tartott hosszúkarú distinctorral az antrumra gyakorolt nyomás tölti a duodenumot. Jobb kéz forgatja a beteget jobbra oly erősen, hogy nemcsak a gerincoszlop árnyéka kerül a bulbustól balra, hanem a duod. genu sup.-nak és a pars descendensének árnyéka is balra vetítessék. A duod. teljes lefutásában látható, a bulbus pedig elkülönítve oly élesen, hogy azon a legkisebb alakú elváltozást biztosan észlelheti. Az állandó elváltozást felvétellel rögzíti e célra szerkesztett állványán. (Egy 13×18 filmen két felvétel.) Ha a duodenum nehezen telődik, jobb oldalára, félig hasra fekteti a beteget néhány percre, utána ismét állva vizsgálja. 90%-ban kap így duodenumtelődést. Ha így sem sikerül a töltés, trochoskopen nézi; sugárirányt itt is majdnem dextrinistralis. A beteg hanyatt fekszik, kissé jobb oldalra fordulva. Teljes pylorusstenosist kivéve tehát mindig meg tudja tölteni a duodenumot.

Nem használható módszere, ha a pylorus, duodenum erősen balra dislocált, vagy a duod. erősen balra és lecsavart. Nyenkor Akerlund balrafordítása kitűnő. Megköveteli a jól feltöltött duodenumnak átvilágí-

tás közben való közvetlen vizsgálatát minden gyomorvizsgálat esetében. Az „indirekt” jelek némelyike értékes, de csak gyanujelként szerepelhet. „Direkt” jelei: 1. chole-defectus, 2. állandó bulbusdeformitás, 3. ulcus-fészek.

Német és amerikai szerzőkkel szemben Akerlundhoz csatlakozik abban, hogy egy ép duod. felvételi kép nem zárja ki a kóros elváltozást, melyet más síkban ki lehet esetleg mutatni.

Végül hangsúlyozza, hogy módszerénél a fősúlyt az átvilágításra helyezi. Az ép duod. jellegzetességét a symmetricitásában és síma széleiben látja. Ha ismeretett technikája mellett e symmetricus-símaszerű képet nem kapja meg, a duodenum (kóros) formaváltozását állapítja meg.

Polgár Ferenc: Technikailag fontos a folyékony kontrasztanyag és a bimanualis vizsgálat. Az átvilágítás precíz technikája a felvételeket feleslegessé teszi, legalkalmasabb időpont a bulbus vizsgálatára 1½ óra az evés után. Csak a direct tünetek kimutatása jogosít fel a biztos röntgenológiai ulcus-diagnosist, ezek duodenalis fekélynél gyakoriak, mert a kicsiny területű bulbuson már csekély elváltozás is jelentős eltorzulást okoz. Két congenitalis diverticulum duodeni esetet mutat be, melyeket lokalizációjuknál fogva az ulcustól mindig sikerül elkülöníteni. Az egyik esetben két diverticulum állt fenn.

Friedrich László: Hangsúlyozza a kimerítő anamnesis felvételének fontosságát. A klinikai tünetek közül egy sem mondható pathognomikusnak. Minden gyanús esetben szükséges a Röntgen-vizsgálat. Az indirekt tünetek itt sem mérvadók mindig. Biztos diagnosist Akerlund eljárása használható. Ratkóczy eljárásának előnye, hogy csak átvilágítást igényel, ami gazdaságosabb, mint a felvételek. Fölveti a kérdést, hogy a bulbus hasonló deformitásai nem fordulnak-e elő cholecystitis és cholelithiasis eseteiben is. Egnéhány saját esete ezt látszik bizonyítani.

Holits Rezső: Hangsúlyozza a pontosan a duodenum bulbusára lokalizált nyomásérzékenységrek diagnostikai értékét. Az úgynevezett „direct” ulcusi tünetek sem abszolút bizonyítók, mert az epehólyag megbetegedései is, összennövések stb. is okozhatják.

Ötvös Ervin: Rámutat arra a tévedésre, hogy a bulbus csaknem minden eltorzulását a fekély „direct” tüneteként fogják fel, noha ezeknek legnagyobb része spasmusos. Spasmus mellett szól, hogy a bulbus torzalakja változhat, sőt el is tűnhet. A gyomor hasonló spasmusos jelenségeivel analog módon ép bulbus esetében távolabbi szervek megbetegedésével kapcsolatban is előáll. A fekély „direct”, tehát egymagában is körjelző tünetének is egyedül a bulbus melletti fülkét tekint (Nische), míg egy ily spasmusos bulbus eltorzulását — a vizsgálókkal ellentétben — az „indirekt” tünetek közé sorolja. Kiemeli a többi indirekt tünet körjelző fontosságát.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület otológiai szakosztályának ülése okt. 25-én.

Elnök: Török Béla.

Jegyző: Germán Tibor.

1. **Szász Tibor:** *A sinus sigmoideus kétrendbeli beszakadását okozó fedett fültáji sérülés.*

A Fehérkereszt-kórházba felvett fiút előző este kuglibaba-állítás közben bal fültájékán kugligolyó érte, anélkül, hogy a hallójáratból történő vérzésen kívül egyéb tünetet okozott volna. Miután a hallójárat felső hátsó fala süppedt és rajta kis folytonossági hiány van, a Röntgen pedig törésvonalat mutat a falcsonton, a mélyben végbement súlyos roncsolásokra gondolt, annak dacára, hogy ép bőr fedte mindenütt a koponyát. Feltáráskor valóban férfitenyéryni területen darabokra törve a ecesnyujtvány, halántékpikkely és a falcsont, szilánkok eltávolítására egyre fokozódó vérzés forrását a sinus sigmoideuson, felül az emissariumnál és alul a bulbushoz közel támadt lyukakon lelta meg. A felső lyukat elvarrta, az alsót tamponálta. Zavartalan gyógyulás. Demonstrálja az eltávolított csontokat, melyeket John antiforminos módszerével calcinált.

2. **Szekér Jenő:** *Condyloma latum a külső hallójáratban.*

21 éves férfi első vizsgálata idült középfülgyenge-

dést állapított meg. Négy hét múlva diffus hallójáratlob, melynek tünetei néhány nap alatt visszafejlődtek, a bemenet körül fekélyes folyamat jelentkezett. Lues után kutatva kiderült, hogy három hó előtt penisén fekély volt, a lágyéktájékon esomók. 14 higanyinjekciót és két salvarsant kapott. A hallójárat fekélyéből, mely később sarjas burjánzásba ment át, spirochaeta pallidát sikerült kimutatni. A hallójárat lueses folyamata kétségtelen. Úgy látszik, hogy a genyedés a hallójárat papulo-maculosus kiütésének keletkezését elősegítette, a genyedés következtében a hám macerálódott és másodlagos úton fellépett a diffus hallójárat-gyulladás.

Taufer Emil (vendég): Három esetet említ gyakorlatából, melyeknél a lues diagnózisára a dobhártyalelet hívta fel a figyelmét. Mindhárom néhány nap óta fennállott acut otitis panaszával jelentkezett. Feltűnt a csekély secretio és a perforált dobhártya livid elszíneződése. A csontvezetés rövidülése és az anamnesisben kimutatott heredolues, illetve az egyik esetben acquirált lues megerősítette a dobhártyalelet alapján tett kórismét.

Török Béla: Egy régebbi szakosztályi ülésen bemutatott hasonló esetét említi fel, melynél az excrementiák tumorszerűleg töltötték ki a hallójárat bemenetét. Tapasztalata a mellett szól, hogy effajta esetek elég ritkán fordulnak elő.

3. Tóbi Pál: Sinusmegbetegedés két érdekes esete.

Két, műtétrel gyógyult esetet mutat be. Az első esetben chronikus otitis mediához társult a sinus sigmoideus thrombosisa, a thrombus betejedt a vena jugularisba, egészen a claviculáig. A műtétnél eltávolított sinusfal és vena jugularis darab kórszövettani vizsgálata jól mutatta a thrombus keletkezési módját és a metastasis képződésének akadályát a vena jugularisban. A második esetben subacut otitis mediánál a dobüreg alsó falán át a csontvenák közvetítésével a bulbus venae jugularis phlebitise fejlődött ki, teljesen ép sinus mellett. A vena jugularis alakötése már nem tudta megakadályozni a pyaemia kifejlődését. Több metastatikus tályog incisiója után gyógyulás következett be.

4. Germán Tibor: Otolithapparatus-megbetegedés. (Megjelenik az Orvosi Hetilapban.)

Liebermann Tódor: Utalva egy később esetleg bemutatandó esetére, úgy véli, hogy ezen nystagmussal járó esetekben nemcsak az otolithkészülék, hanem a labyrinth nagyobb kiterjedésben van megbetegedve. Esete helyzetektől függő, de nystagmussal nem járó szédülést mutatott, mely szédülés a fej kis lökészerű mozgásaival meg volt szüntethető. Aetiologie genyenek a vérbe történő felszívódására gondol, mely hatását vasomotoros, osmotikus vagy toxikus úton fejtheti ki.

Szász Tibor: Sem Bárány, sem az utána következő észlelők nem találnak egyéb érvet arra, hogy hasonló esetekben csakugyan a macula acusticaeben volna a hiba, mint azt, hogy *Magnus* és *de Kleyn* állatkísérleteik alapján az otolith adaequat ingerének a fejnek a térben való bizonyos helyzetét tanulták megismerni. Azonban azt is megállapították, hogy az otolithok sohasem váltanak ki nystagmust. Az állatkísérletekből leszűrt tanulságok tehát vagy átvihetők az emberre és akkor nincsen jogunk az otolith megzavarására gondolnunk akkor, mikor a szédülés tartama alatt nystagmust találunk, vagy nem vihetők át és akkor egyelőre továbbra is kérdéses, hogy a fej bizonyos helyzetében előálló szédülés és nystagmus a végkészülékeknek, pályáknak és központoknak megbetegedésével magyarázható-e és hogy a bonctani képletek e megbetegedésnek mi az oka, trauma, méreg vagy keringési zavar. Előadó esetének klinikai részét teljesen megoldotta és ha „otolithapparatus megbetegedése“ alatt klinikai kórkepet értünk, de nem valamely jól körülírható kórbonctani, morfológiai elváltozást, úgy kevesebb hypothesisre építünk.

Germán Tibor (zárszó): Az állatkísérlet tanulságait emberre átvinni mindig nehéz és nagy körültekintést igénylő dolog. Másokkal egyetemben úgy véli, hogy a tonikus szemizomreflexek és compensatorikus szemmozgások helyébe embernél a nystagmus lép. Nem gondolja azonban, hogy a nystagmus jelentkezése elengedhetetlen kelléke volna az otolithmegbetegedés kórismésének. A döntő tényező a fejnek ugyanazon térbeli helyzetében mindenkor jelentkező roham.

A Közkórházi Orvostársulatnak október 31-i ülése.

Elnök: Donáth Gyula.

Jegyző: Torday Árpád.

Elnök kegyeletes szavakkal emlékezik meg Székács Béla és Gyurmán Emil elhunytáról.

Bemutató. Lukács József: Sporadikus scorbut esete 11 éves fiúnál. Typusos scorbut-esetet demonstrál, hol a jellemző haemorrhagiás jelenségek mellett különösen jellegzetesek voltak a depressíós psychikus tünetek. Esete vérképét analizálva arra a meggyőződésre jut, hogy a kezdeti leukopeniát a secundaer infectiók váltják át leukocytosissá; az anaemiát pedig a vérregenerációs rendszer akadályozottsága okozza.

Előadás. Hainiss Géza: A csecsemőkori táplálkozási zavarok táplálási és gyógyítási módjainak mai állása. Kiindulási pontja Czerny-Keller és részben Finckelstein klasszikussá vált alaptétele volt s ennek mint irányvonalnak szemmel tartásával tárgyalta az egyes kórfarmák azóta felmerült theoretikus és therapiás kérdéseit, csecsemőosztálya nagy anyagán tett kísérleteire támaszkodva, mindig a kellő kritikával fogadva azokat. A vitaminkérdés kellő megvitatása és Birk már kissé újszerűnek ható tételeinek értékelése után elérkezik a nap-nap után újabb meglepetésekkel beköszöntő legújabb irányzathoz; kétkedve fogadja Scheps gelatina-acidum-lacticum kezelését a heveny zavaroknál; többet remél Moll és Stransky caseinellenes mandulatej-calciumsavós tápszerétől és kíváncsian várja Bessau anyatejet pótló, a táplálkozási zavarokat preventive megelőző tápszerét. Véglekkluziójában úgy látja, hogy ha ezek a kísérletek nem is hozták meg az abszolút értékű eredményt, mégis megnyugtatóan hatnak.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A pankreas-insulinról és cukorbetegesen való alkalmazásáról. *Ueber.* (Med. Klin. 1923, 32. sz., 1103. o.)

Ismerteti az eljárást, mellyel a torontói fölfedezők a szert előállítják, továbbá hatását a normalis vércukorra, a hypoglykaemiás reakciót és azokat az elveket melyeket a felfedezők a cukorbeteg kezelésére vonatkozólag megállapítottak. Az insulin hatásában feltétlenül része van szerinte a cukorelhasználásra való kedvező befolyásolásnak is. Több beteg maga is megpróbálta az insulint és megerősíti az eddig észlelt kedvező tapasztalatokat. Súlyos acidosis eseteiben is mindig sikerült csökkenteni a hyperglykaemiát és megszüntetni a glykosuriát és acidosis, valamint positiv szénhydrattolerantiát elérni. Az insulin adagolási módja az eset súlyosságától és az egyidejű szénhydratbeviteltől függően esetenként állapítandó meg. Ő is csak átmeneti hatást észlelt, súlyos esetek tehát tartós, illetőleg intermittáló kezelésre szorulnak. Hypoglykaemiás reakciót is látott, 10 gr kenyér adására azonban gyorsan elmúltak a tünetek (reszketés, sápadtság, izzadás). Tapasztalása szerint idősebb beteg (a hypoglykaemiás reactio már kisebb adagra jelentkezik, mint fiatalokon. Nagyobb adagok után minden esetben vízretentiót észlelt. Insulin hatására súlyos cukorbeteg alimenteris hyperglykaemiás görbéje (M. Rosenberg) normalis emberekéhez hasonlóvá válik, tehát 1-1½ óra alatt a vér cukortartalma visszatér az eredeti, bár a normalisnál természetesen magasabb kiindulási pontjára.

Pákozdy dr.

Adatok az angina pectoris kóroktanához és gyógyításához. *Eppinger és Hofer.* (Therap. d. Gegenw. 1923, 5. sz.)

Eddig általánosan elfogadott nézet volt, hogy az a. p. oka a koszorús erek megbetegedése (sclerosis, spasmus). A kisugárzó fájdalmakat Mackenzie óta úgy magyarázták, hogy a szívől jövő ingerület a viscero-sympathiás beidegzés útján a gerincvelőbe vezetődik, ahol réterjed a szomszédos ganglionsejtekre, ami az illető spinális központnak megfelelő peripheriás segmentumra proficiált fájdalomérzésben nyilvánul meg. A koszorús erek megbetegedése, mint oki tényező ellen újabban több szerző állást foglalt és az a. p-t mint aortalgia fogják fel. Az aorta érzőidege a n. depressor, mely egyúttal a vérnyomást is szabályozza. Ha az aortában nő a nyomás, a fala kitágul, az intima felől a depressor izgalomba jut s a vasomotor-központ működését reflexesen leszállítja. Azon meggyőződésből kifolyólag, hogy az a. p. a n. depressor izgalmi állapota, őt esetben átmetisztették a n. depressort. A műtét óta — a leghosszabb megfigyelés nyolc hó — a fájdalmak minden esetben teljesen elmaradtak, csak egy esetben, hol csak feloldali átmetisztést végeztek, maradtak vissza kisebb panaszok. A műtét sem nem veszélyes, sem nem nehéz, csak közügyességet és pontos anatómiai tudást igényel. A felső

vaguságak szeszélyes változatossága miatt átmetzés előtt a depressor azonosságát teljes lefutásában való kipraeparálással kell megállapítani. A műtétnél elkerülhetetlen az egyes idegek megtapintása és vongálása, ami átmenetileg hypoglossusparezist, vagusizgalmat (hányás!), gégehypaesthesiát okozhat, de megfelelő utókezelésre (szondatáplálás, atropin stb.) ezek komolyabb szövödmények nélkül folynak le. A kétoldali műtétet két ülésben kell elvégezni. Ha az ú. n. depressor hiányzik, féloldali teljes vagusátmetzés jöhet szóba.

A duodenum-fekély Röntgen-diagnostikája direct tünetek segítségével. M. Haudek. (Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1923. IV. Supplementheft.)

Másfél év alatt 70 esetben diagnosztizált duodenum-fekélyt a direct tünetek alapján. 38 operált eset közül 36-nál bizonyult helyesnek a diagnosis, csak két esetben volt eltérés. Ezen eredményt igen egyszerű eljárással, sorozatos felvételek készítése nélkül érte el. A beteget álló helyzetben, dorsoventralis irányban világítja át s forgatással a legmegfelelőbb helyzetet keresi ki. A bulbust kézzel vagy Holzkecht-féle distinctorral a leszálló duodenum-részlet leszorítása közben tölti. Ha ez ily módon nem sikerül, a beteget felpolcolt medencével több perccel keresztül jobb oldalra fekteti. Fekvő helyzetben való átvilágításra a hasonfekvésnek baloldali fekvéssel való kombinációját ajánlja. (A duodenum ily módon vetíthető el legkönnyebben a gerincoszloptól.)

Normalis a bulbusárnyék, ha a következő tulajdonságokat mutatja: 1. Kerek, convex, vonaléles körte- vagy gesztenyealak. 2. Az árnyék normalis tömörségű (mélységű). 3. Egy bizonyos fokig tartós a telődés.

Fekélyre jellemző tünetek: 1. Bulbusdeformatás (behúzóadás, homokóra-, lóherelevél-alak, meghosszabbodott pyloruscsatorna, Nische. 2. Csökkent árnyékintenzitás. 3. Futólagos telődés.

Erdélyi József dr.

Szemészet.

Diabetesnél előforduló retina-elváltozásokról. Grafe. Frankfurt a. M. (Klin. Wochenschrift. 1923. 26. sz.)

700 diabeteses szemfenéki vizsgálata alkalmával 90-nél talált retinalis jelenségeket. A finom elváltozások hasonlítanak azon retinalis folyamatokhoz, amelyeket látunk essentialis hypertoniánál (= vérnyomás-emelkedés egyéb kóros tünetek nélkül, főleg felismerhető vesecomponensek nélkül). A súlyos retinitis diabeticák pedig a retinitis albuminuricák képébe mennek, annyira, hogy közeliekvő a gondolat, e három retinitis-formát közös elnevezés szerint csoportosítani. Ez retinitis hypertonicánál és retinitis alb. nál éppen a hypertonus. Vizsgálatok mellett szólnak, hogy a retinitis diab. genesisében is a hypertonusé a főszerep. Itt a bizonyos jellegzetességgel bíró tünetek (élesen határolt vérzés, foltok tiszta rajzolata, továbbá papillaris elváltozások, különleges chemiai komponensek által vannak feltételezve, amiknek egyéb nyilvánlása: a vércukortartalom növekedése, acetone és cukor a vizeletben. A szövetekben lejátszódo folyamatok lényege valószínűleg: sejtlégzés-változás, ionegyensúly-eltolódás duzzadási jelenségekkel. E folyamatoknál messzemenő reversibilitás áll fenn.

Becker Jenő dr.

A fissura orbitalis superior és sinus cavernosus táján előforduló megbetegedések diagnostikájához és symptomatológiájához. Behr. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde 1923. 71. köt.)

Két exophthalmus-esetet ír le. Az egyiket a tünetek gondos mérlegelése után fissura orbitalis superior mögötti tumornak, a másikat a sinus cavernosusban levő carotis interna aneurysmájának tartja. A két eset közös tünetcsoportja az exophthalmus és miotikus merev pupilla (belső és külső szemizombénulás), hatalmas támogatója a retroorbitalis localisatióknak. A parasymphathicus idegnél a centralis ganglion és a sphincterizom közé van iktatva a ganglion ciliare. A sympathicusnál nincs ilyen peripheriás ganglion. Ha tehát a laesio oly helyen van, ahol a parasymphathicus és sympathicus közeli szomszédságba kerül (fissura orbitalis superior, vagy sinus cavernosus) úgy a sympathicus kiesésével a megfelelő izom tónusát veszti, a parasymphathicus pusztulásakor a ganglion ciliare a tónust az izomban fenntartja (a miosis oka). A sphincter és dilatator egyidejű bénulásának az oka az orbitában csak akkor lehet, ha azt diffuse lepi el egy tumor, tekintve, hogy a dilatatorhoz húzódo rostok mint nervi ciliares longi többféle úton haladnak át az orbitán. De ilyenkor a ganglion ciliare mindig be van vonva a folyamatba.

Becker Jenő dr.

Gyorsan múltó szemizombénulás. Kraupa. (Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde. 70. kötet.)

Szerző szívbeteg beteg esetét írja le, aki hirtelen-kettősen látott, nyomást érzett fejében, cyanotikusabb lett a szokottnál. Jobb szemén a musculus obliquus inferior paresise, a balon adductiós paresis volt megállapítható. Vizsgálat alatt elmúltak a kettős képek, fejfájása engedett és az izombénulás megszűnt.

A gyorsan elmúlt bénulás keletkezését az agy venosus pangásával és az ezáltal a oculomotorius-magvak területében feltételezett toxikus zavarral magyarázza. Végül összehasonlítja esetét az irodalomban közölt néhány esettel. Becker Jenő dr.

Fülgyógyászat.

A heveny fülgyenedések légritkítással való gyógyítása. E. R. Carpenter. (Laryngoscope, 1923. 32. kötet, 11. sz.)

Három fülbeteg történetét közli szerző, akiknél erős heveny genyes folyás, magas láz, retroauricularis duzzanat és nyomási érzékenység volt jelen; rövid ideig tartó szívókezelés után a tünetek lényegesen visszafejlődtek. Más alkalommal antrotonomizált betegnél sikerült gyors gyógyulást (10 nap!) elérnie. Paracensis vagy spontán áttörés után meginduló heveny genyedéséknél ajánlja az eljárást; naponta 3–4-szer alkalmazza a szívást.

Zimányi dr.

Az ú. n. „préscleuse tympanique“. Citello. (Arch. internationale de Laryng. 1923. 2. sz.)

A fentebbi elnevezés alatt új kórképet ír le szerző, melyet ezideig négy gyermeknél észlelt: tuba-affectio miatt végzett garatmandula-eltávolítás után eleinte lényeges hallásjavulás mutatkozott; egy-két év múlva a nagyothallás ismét jelentkezett és hosszadalmas levegőbefúvás (Poltzer, katheter) dacára sem javult, míg protrahált jódagolásra feltűnő jó eredmény volt észlelhető. Lues teljes bizonyossággal ki volt zárva, ellenben a kör-előzményben családi otosklerotikus nyomok voltak fellelhetők. Szerző ez utóbbi adatokból arra következtet, hogy ezen nagyothalló gyermekek esetében az otosklerosisnak ifjúkori alakjával állunk szemben, amely ellentétben a felnőttek otosklerosisával, jódra gyógyul, míg megfelelő kezelés hiányában gyógyíthatatlan alakúvá lesz.

Zimányi dr.

Accidentalis és oto-gen endocranialis megbetegedés közti differentialdiagnosisról. Charusek. (Med. Klin. 1923. 16. sz.)

Tagádhatalanul nehéz a kezelőorvos helyzete, mikor betegénél meglevő genyes középfülgyulladásal egyidőben endocranialis megbetegedés is jelentkezik, amely esetleg oto-gen complicitiónak fogható fel. Három ily esetet közöl szerző, amelyeknél a kísérme csak jóval később (részint a sebészi beavatkozás után) tisztázódott; mindazonáltal kívánatosnak tartja, hogy kétes esetben inkább operáljunk, mintsem időt veszítsünk.

Zimányi dr.

Egyidejű feloldali fejtetanus és azonoldali idült középfülgyenedés esete. W. Töndorf, Göttingen. (Passows Beiträge. 1923 július.)

A szemén át, vasszilánkkal történt a tetanusfertőzés, mihez idült középfülgyenedés kombinált esetét ismerteti a szerző. Baloldali teljes dobhártyahiány, cholesteatoma, a felső és hátsó hallójárat falhiánya megmagyarázta a bal facialis tonikus görcsöt. A betegnél volt még jobbranzékör spontán nystagmus s a nyelv bal oldalán savanyú, édes és sós izkiesés. Radicalis műtét után két nappal a facialis görcs fokozódott, majd a jobb mellfélben is görcsös feszülési állapot fejlődött ki és a járás is akadályozottá vált.

Az idegyógyászati vizsgálat tetanust állapít meg, melyet a pár nappal ezelőtt a szembe jutott vasszilánk okozott. Serumkezelésre s narkotikák alkalmazása után a beteg meggyógyult.

A szerző a fejtetanus két csoportját különbözteti meg: 1. a könnyű s inkább chronikus megjelenésű formát, mely az agyidegekre szorítkozik. Féloldali tonikus facialis görcsrel kezdődik s ez bénulásba is átmehet; 2. a súlyosabb, acut alakját, mely gyorsan lép fel s nyelési, légzési és izomgörcsöket okoz s facialis bénulást. Esétét a kettő közé sorolja.

Tóbi Pál.

Bőr- és nemikórtan.

A pruritus ani oka és therapiája. W. Porter. (Lancet. 1923. 205. kötet, 13. sz.)

Charles Gordon-Watson szerint a pruritus ani oka az ano-rectalis határnál levő *Malpighi-féle papillákban* keresendő. 1–6 ilyen papilla van, amelyek kóros esetekben gombostünyire hypertrophizálódhatnak, normalis viszonyok között azonban alig észre-vehetőek és a bél lumené felé irányultak. Porter önmagán észlelt jó eredménnyel megerősíti Gordon-Watson tapasztalatát: ugyanis ha ezen hypertrophisált papillákat *elektrokauterrel* elroncsoljuk, a pruritus ani rövidesen elmúlik; néha kiújulnak a papillák és akkor a kauterezést meg kell ismétlni. Mint palliatív szer nagyon jónak bizonyult az 1%-os carbolsos vaselin.

Herczeg.

Az erysipelas statistikája. Herderschee. (Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde. Ref. á J. Am. Med. A. 1923. 81. köt., 12. szám.)

H. 1200 erysipelas-esetet észlelt; ezeknek 50–57%-ában hidegrázás előzte meg a bántalom kitörését. Az arc-erysipelas esetében a fájdalom néha olyan erős volt, hogy eleinte *trigeminus-neuralgiára* gondoltak. Feltűnő, hogy arc-orbánc-esetknél csak 5.2–6.1%, egyéb helyeken levő localisatio esetében ellenben 13.5–14.1% volt a mortalitás, gyermekeknel még nagyobb. *Szív-és vesebaj* esetén a bőr különösen fogékony az erysipelas iránt, fennálló szív- és vesebajok pedig közbejött erysipelas folytán súlyosbodnak.

Herczeg.

Az ichthyosis belső kezeléséről. Gyorgyevics és Pavlo-

vics. (Dermat. Wochenschr. 1923. 26/b. sz.) Szerzők egy ichthyotikus család három tagjánál a baj különös macacssága miatt a szokásos belső (arsen, vas, csukamájolaj) és külső kezelésekkel nem tudtak javulást elérni. Abból az általános tapasztalásból kiindulva, hogy az ichthyosis nyáron, amikor a verejték- és faggyúmirigyek váladéka fokozottabb, mindig javulni szokott, pilocarpinnal kísérleteztek. Subcutan nap-nap után adva a szert (0.005–0.02 grammig emelkedve), már 5–6 nap múlva javulást észleltek és 5–9 hét alatt a bőr állapota annyira megjavult, hogy ichthyotikus karaktere már nem volt felismerhető. A kezelés alatt a bőr glicerinnel kenendő be, hogy az elpárolgás túlságosan gyors ne legyen. Az adagokat addig lehet emelni, amíg hányás jelentkezik, azután csökkenteni kell azokat.

Steiger-Kazal.

A salvarsan-dermatitis pathogenesiséről és az arsen kimutatásáról a bőrben salvarsan-kezelés után. *Silberstein.* (Arch. für Derm. u. Syphilis 1923. 144. kötet, 2. füzet.)

E. Hoffmann szerint a beteg máj nem képes a mérges anyagokat, ezek között a salvarsant is méregteleníteni, ezek tehát elárasztják a szervezetet és megtámadhatják a bőrt is. Azonban az acut salvarsan-dermatitisben elhaltaknál májváltozások nem mutatkoztak, másrészt salvarsan-ikterusok ritkán társulnak bőrlöbökkel. *Jacobsohn* és *Sklarz* nézete, hogy a salvarsan a sympathikus rendszert támadja meg. Szerintük Németországban azért oly gyakori a salvarsan-dermatitis, mert főleg nővényt táplálkozás miatt aránytalanul sok kalium kerül a szervezetbe, ami *Zondek* kísérletei szerint a sejtek ion-egyensúlyi viszonyának eltolódásához, ez viszont a vegetatív idegrendszernek arsenes károsodásához vezet. A sympathicus értágító szálainak izgalma, illetőleg az érszűkítő bénulása volna a dermatitis kiindulása. Ez a feltevés is megtámadható azonban, mert a hússal bőségesen táplálkozó nepeknél is elég gyakori a salvarsan-dermatitis, bár tagadhatalan, hogy nem annyira, mint Németországban. Másrészt egyéb tünetek, amelyek a sympathicus megtámadottságára utalnak, nincsenek jelen. *Silberstein* szerint a salvarsan a bőrt közvetlenül támadja meg. Ismeretes, hogy az arsen a májon és lépen kívül a bőr szarus részeiben köttetik le. Lehet, hogy a capillarisk endothenelje is directe sérti, vagy hogy az erek falának szűkítő és tágító idegeire hat ártalmasan; végül a bőr stratum germinativumának közvetlen károsodása is lehetséges. E nézetet támogatja, hogy *Heffter* arsen-kúra után még három év múlva is ki tudta a hajban mutatni az arsen, a dermatitisek lelekedött hámpikkelyeiben az arsen *Scholtz* és *Abel* eljárása szerint mutatható ki. Salvarsannal kezeltéknél a bőr pikkelyeiben mindig megtalálható az arsen, a salvarsan-dermatitiseknél pedig erős a reactio. Úgy látszik, hogy egyesek bőrében sok salvarsan köttetik meg és ezeknél okozhat az arsen — egyéb körülmények közrejátszásával — dermatitist.

Steiger-Kazal.

Az intralumbalis syphilis-kezeléséről. Mennyiben kerül intravenás salvarsan-befecskendezések után arsen a liquorba és az agyállományba? (Deutsche med. Wochenschrift 1923. 33. szám).

Bruhns és *Dittrich* ellenőrizték *Weichbrodtnak* azon közléseit, hogy intravenás salvarsan-kezelés után a liquorban mindig kimutatható az arsen. 50 esetet figyeltek meg, ezek közül 25 betegnél a salvarsannak a liquorba való átáramlását azzal fokozták, hogy a salvarsaninfusio előtt 100–130 cm³ 10^{0/0}-os konyhasóoldatot fecskendeztek a vénába, mert amerikai szerzők szerint ilyenkor a testnedvek, így a liquor is, fokozottan áramlanak a vérben, 6–7 óra múlva azonban visszaáramlás indul meg, amikor a vérben keringő gyógyszerek is belekerülnek a liquorba. *Bruhns* és *Dittrich* mármórt a tisztán salvarsannal kezelt 25 betegnél három esetben találtak némi arsen a liquorban, a konyhasóval előkezeltéknél pedig egynél sem. Az agyállományban az arsen szintén ritkán mutatható ki intravenás kezelés után. *Weichbrodt* hat, szerzők három esetben találtak meg nyomait. Hogy vajon az intralumbalis kezelés útján beadható kevés (0.2–0.3 mg) salvarsanból aránylag több kerül-e az agyszövetbe, mint intravenás kezeléskor, még kérdéses. Annyi azonban klinikai tapasztalatok alapján bizonyos, hogy lancineáló fájdalmak, gastrikus krízisek, ataxiák és psychikus zavarok, amelyek az intravenás kezeléssel néha teljesen dacolnak, a salvarsannak intralumbalis adagolása után elmúlnak, vagy legalább is feltűnően javulnak. Nyílt kérdés marad, hogy vajon ezen esetekben antisiphilitikus hatásról van-e szó, avagy a liquorlebecsátás, vagy pedig a befecskendezett idegen (artfremd) folyadék okozza-e a javulást, mint ahogyan azt *Lippmann* éppen lancineáló fájdalomknál más anyagoknak, pl. bromnatriumnak intravenás beadásánál is észlelte. Súlyos ideg-syphilisnél, resistens liquor-syphilisnél és fájdalommal járó tabes esetekben — ha az intravenás kezelés csődöt mond — mindig megkísérelendő az intraspinalis eljárás.

Steiger-Kazal.

Táplálkozási ekzémák kezelése pankreas-kivonattal. *L. Cheinisse.* (La Presse Médicale 1923. szept.) Ismeretes az a felfogás, hogy az ekzémáknak részben külső, részben belső (constitutionalis) okai vannak. Elsők a bőr szerkezetével és mű-

ködésével, utóbbiak az anyagforgalom zavaraiával függnek össze. Már többen megkísérelték ezen anyagforgalmi okokat a belső-secretiós mirigyek működési zavaraiával vonatkozásba hozni. Ekzémáknál különösen a thyreoidea elválasztási rendellenességét okolták egyesek (*Rocaz*, *Moussons*), de az ezirányú opo-therapiás kísérletek nem vezettek a kívánt eredményhez. Újabb *Rueda* a pankreasra vonatkozólag tett ily irányú megfigyeléseket, és csecsemőknek, valamint egészen fiatal egyéneknek seborrhoeás ekzémáinál a pankreas-kivonattól igen jó eredményeket látott. *Rueda* a seborrhoea és a pankreas közötti összefüggést oly kétségbevonhatatlannak tartja, mint a myxoedemáét a thyreoideaival és az Addison-kórét a mellékvesékkal. Különböző állatok poralakú és folyékony pankreas-készítményeit használta, de a legjobb eredményeket a disznó pankreasából készített, szárított porral érte el, naponként 60 cg usque 1 g szárazanyagot adva e belegnek tejben vagy más folyadékban. Localisan semmiféle kezelést nem végezett, csak indifferent zsírozást és tisztántartást ajánl. A gyógyulások, amelyek 10–30 nap alatt következnek be eddigi megfigyelései (8 hónap) szerint tartósak.

Steiger-Kazal.

HETI KRÓNIKA

Wilhelm Ostwaldnak, a német philosophus-chemikus professornak véleménye szerint a nő természettől fogva alkalmatlan a tudomány előbbrevitelére; azóta is hallunk a nők szellemi képességéről lekicsinylő véleményeket, melyek a nő szellemi productivitását kétségbe vonják.

Ahány korszakra osztják a kultúrtörténelmet, annyi fejezetet kell adni a nő kulturális szerepének. Volt idő, amikor asszonyi állatról beszéltek és volt, amikor istenítették a nőt, úgyhogy *Ostwald* véleményével sem zárja le a kérdést: emberi ítéletek természettörvényt nem alkothatnak.

Ami az orvostudományt, az orvosi gyakorlatot illeti, ez a tér csak néhány évtized óta áll nyitva a nők előtt. Mindazonáltal érdemes tudomást vennünk arról, hogy a salernói orvosi iskolának voltak orvosnői (bár *Sudhoff* ezt tagadja). Ilyen volt *Trotula*, akinek munkája az akkori kor színvóján mozog. Szent *Hildegard* is írt „*Physica*” és „*Causae et Curae*” címen orvosi munkákat. Árpád-házi Szent *Margit* és *Erzsébet* pedig a betegeknek sokkal több orvosi szolgálatot tett, mint sok korukbeli orvos.

A nőnek az orvosi pályára való rátermettségéről *Rolleston* tartott előadást a London School of Medicine for Women idején megnyitásokor. Idezi, hogy vannak népek, amelyeknél a nő a domináló nem; ahol pedig nem így van, mint pl. nálunk is, ott a látszólagos rá nem termettsége csak következménye a hosszasan átörökölt önkényes alárendelésnek. A nő életében a sexualitás, a menstruatio élettani ciklusa nem zárja ki a nő intellektualis magas színvóját, hanem csak annak érvényesítését függeszti fel. Persze a nő az ivarmirigyek belső secretiójától eredőleg emotióknak inkább van alávetve és ez nehezíti az intellektualis szárnyalást.

A nőben inkább van meg a gyors perceptio, intuitio, mint a férfinél. Bár ennek szerepét a tudományos felfedezések terén tagadják, sőt éppen *Ostwald* még károsnak is tartja, mégis tény az, hogy az evolutio tanát éppúgy *Darwin*, mint *Wallace* ilyen intuitio révén fedezte fel (*Newton* a gravitációt stb.).

Rolleston szerint a múltban is volt kiváló tudományos munkásságú nő és a jövőben még inkább lesz. Vezetős szerepre is alkalmasak a nők; a nő éppen női tulajdonságainál fogva hivatott az orvosi pályára, ahol nemcsak a tudományos név fontos, hanem az emberi kedély tulajdonságai is. Jó modor és türelem és önfeláldozás teszi a nőt alkalmassá az orvosi gyakorlat részére.

Igaz, hogy az orvosi pályán kevés nő marad meg: sokszor ez csak *gradus ad matrimonium*. Akit azonban a házasság nem von el hivatásától, annak (majd a jövő meg fogja mutatni), nyitva áll az út tehetségénél fogva a tudományos sikerekhez is. Nálunk Magyarországon csak kevés tagja van a törvényhozásnak, jelenleg Angliában már orvosnőt is beválasztottak a képviselőházba, kórházban vezető-főorvosi állást is betölthet a nő, akinek igazgatása alá férfi orvosok vannak rendelve.

Az orvosi tanulmányok alatti előmenetelt illetőleg *Halliburton* londoni professornak, mint mindnyájunknak, tapasztalata az, hogy a hallgatóknak átlagban jobban felelnek meg, mint a férfi hallgatók, bár ez utóbbiak legjobbjait nem tudják utolérni.

Rollestonnak megnyitóbeszédjét az angol orvosnők tudományos orvosegyesületének (London Association of the Medical Women Federation) elnöknője kiegészítette azzal, hogy a nők betegeknek lehetnek olyan bizalmas ügyeik, melyeket más nembelieknek nem mondanak el, ami jogossá teszi a nők bevonulását a praxisba. A geniusra vonatkozólag, amit állítólag nőknél nem találni, megjegyzi, hogy arra nincs is szükség az orvosi ténykedésben. A női sexualis élet periodicitása végre a nők 90%-ánál nem okoz alkalmatlanságot.

A London School of Medicine for Women-en kívül Amerikában is van egy női orvosi egyetem: Women's Medical College of Pennsylvania, Philadelphianban. Ennek nő a dékánja; az elmúlt évben 199 hallgatója (kizárólag nők) volt. A legnépesebb amerikai egyetemen, a Rush College-ben 593 férfi hallgatóra 90 női hallgató jutott. Ennél több nő egy amerikai egyetemem volt. Az egész Egyesült-Államokra a nők százalékos aránya 59 százalék, számuk 1030. *Herczeg Árpád dr.*

VEGYES HÍREK

A köztisztviselők egészségi állapotának megvizsgálásáért és bizonyítvány kiállításáért járó díjat a népjóléti és munkügyi miniszter további intézkedésig 1000 K-ban állapította meg.

A törvényszéki orvosi vizsga díját az igazságügyminiszter írásbeli és gyakorlati részéért egyúttal 16.000 K-ban, szóbeli részéért 10.000 K-ban, oklevél kiállításának díját pedig 4000 K-ban állapította meg.

Theoretikus orvosbúvárok támogatása. A felső oktatási egyesület tudományt mentő bizottságának egy magát megnevezni nem akaró maecenas évente hat olyan búvárkodó orvos jelentős anyagi támogatására nyilatkozott késznek, akik az orvostudományi kutatásnak akarják szentelni magukat s ez idő alatt praxissal egyáltalán nem foglalkoznak, kutató munkásságuknak már eddig is komoly jelét adták, elfogadható munkatervet adnak be és elért eredményeikről egy év múlva nyomatásban vagy kéziratban beszámolnak. A támogatás mérve egy évre egymillió korona valorizálva. A négy egyetemen kihirdetett pályázatra 27 folyamodvány érkezett a *Korányi Sándor* báró elnöklété alatt működő bírálóbizottsághoz, mely öröndetes nehéz választás után a következő hat pályázót jelölte ki támogatandóknak az első évre: *Jendrassik Loránd* (physiologia), *Kiss Ferenc* (anatomia), *Pauncz Lajos* (exp. pathologia), *Skropp Ferenc* (bakteriologia), *Somló Pál* (pharmacologia), *Zalka Ödön* (path. anatomia), kik az első havi részletet 250.000 K valorizált értékben kapták meg. — Bárcsak a tudományok több ilyen lelkes barátja támadna kultúrájáért küzdő országunknak!

Az iskolaorvosok szakbizottsága november hó 16-án este 6 órakor a Természettudományi Társulat ülésében tartja meg újrakezelt közgyűlését, amelyen, tekintettel a fontos kérdésekre, minden iskolaorvosnak a munkálataiban részt kell vennie. akadályoztatása esetén az elnöknek (*Juba Adolf dr.* egy. magántanár) kifejezve szándékát a részvételben.

Az Orvosegyesület nov. 10-i ülése. Bemutatás: 1. *Tóth István*: a) Kiviselt méhen kívüli terhesség élő magzattal. Két eset. b) Submucosus myoma műtete. 2. *Gál Félix*: a) Két testvér pseudohermaphroditismusa. b) Termékenyítés alig felfedezhető hymenalis nyíláson. 3. *Kovács Ferenc*: a) Struma ovarii. b) Átétéles petefészekrák. Két eset. Előadás: 1. *Berecz János*: A Kjelland-fogóról. 2. *Haba Antal*: A saját vér visszaömlésztésének eredményeiről.

A Markuszovszky-előadásorozat november 12-én este 7 órakor folytatja *Liebermann Leó* egy. ny. r. tanár az egyetem élettani intézetében „Energetikai és táplálkozási problémák: a szellemi munka energiaszükséglete és mechanikai egyenértéke. Vitaminokról és avitaminosisról” címmel.

A Magyar Röntgen-Társaság első tudományos ülését f. hó 12-én este 7 órakor tartja az Orvosegyesület kistermében.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint okt. 28-tól nov. 3-ig előfordult hasihagymáz 40 (5), kanyaró 11 (2), vörheny 83 (2), szamárhurut 10 (3), roncsló torok- és gégeleob 15 (2), influenza 5 (0), gyermekágyi láz 1 (0), bárányhimlő 49 (0), járványos fültőmirigylob 3 (0), vérhas 34 (5), trachoma 4 (0). Kúteges hagymáz, hólyagos himlő, ázsiai kolera, járványos agygerincagyhártyalob, veszettség, lépfene, takonykór nem fordult elő. A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadó óráját kedden és pénteken 11—12-ig tartja.

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

Kéziratokat fél év papiros csupán egyik oldalára 15 cm sorszálességben, kétszeres sorközökben hibátlan gépírással kérjük beküldeni, hogy a bíráló és szerkesztő munkája megkönnyítség. Táblázatok és klisék költsége a szerzőt terheli.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
Kórházi főorvos
IV, Ferencz József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE
Ujtátrafüreden
állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Pneumothorax. **Teljes ellátás** orvosi

gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 45.— cseh koronától kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlevelügyben szolgál: MENETJEGYIRODA, Dr. ADORJÁN V, VIGADÓ.

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma VII, Wesselényi-utca 2. Telefon: József 115-72. Lakáson: 175-91.

HÜVÖSVÖLGYI PARK-SZANATORIUM HIDEKGÜTI-ÚT 78. SZÁM
Telefonszám 50-37
Állandóan nyitva üdülőknek, ideg- és belbetegnek.

PÁLYÁZATOK.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár ezennel pályázatot hirdet az alább felsorolt kezelőorvosi állásokra:

1. A III. kerületben a Fő-tér, Óbuda-rakpart, a Kulcsár-utcától végig a Matróz-utca, Szentendrei út, Filatori állomás alatt levő háztömb, a Filatori dűlő, a külső Bécsi-út, a Testvér-, Vihar- és Táborhegyek a Perényi útig, a Hévízi-út, Bogdányi-út, Szentendrei utcai, a Főtérig terjedő területre, félévi 220.000 korona illetmény mellett, amelyből évi 2400 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

2. A külső VI. kerületben a babér utcai telep, a Váci-út 160—203 házászámig terjedő részre, félévi 220.000 K illetmény mellett, amelyből 2000 K, a nyugdíjbeszámítás alapja.

3. A IX. kerületben a Mester-utca, Soroksári-út, Dandár-utca és Vágóhid-utca által határolt területre, valamint a Vásártér által határolt területre félévi 200.000 K illetmény mellett, amelyből 2000 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

4. A VIII. kerületben Koszorú-utca, Nap-utca, Óriás-utca, Szűz-utca, József-utca és József-körút által határolt területre, félévi 230.000 K illetmény mellett, amelyből évi 2800 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

5. Újpesten a Rákóczi-ut, Baross-utca és a Főti út által határolt területre, továbbá a megyeri uradalom területére félévi 208.600 K illetmény mellett, amelyből évi 2000 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

6. Erzsébetfalván a Klapka-utca, Lázár-utca, a Klapka-utcától az Alsó Határ-útig, az egész Soroksári út közötti részre, félévi 196.000 K illetmény mellett, amelyből évi 3000 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

7. Csillaghegy, Kissing-telep és az Óbudai téglagyarak területére félévi 100.000 K illetmény mellett, amelyből évi 1000 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

8. Rákocsaba község területére félévi 130.000 K illetmény és félévi 20.000 K fuvarátalány mellett. Az illetményből évi 1200 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

9. Pilisborosjenő és Üröm községek területére, félévi 207.200 K illetmény mellett, melyből évi 1600 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

10. Cegléd területére félévi 89.100 K illetmény mellett, amelyből évi 600 K a nyugdíjbeszámítás alapja.

A feltüntetett illetményekhez a Pénztár által időről-időre megállapított ezidőszereint 600%-os pótlék jár.

A pályázati kérvények, amelyek curriculum vitae, oklevél-másolat születési bizonyítvány és az eddigi orvosi szolgálatot bizonyító okiratokkal felszerelendő, 1923. évi november hó 26-ig ezen Pénztár elnöki osztályához (VIII., Fiumei út [Köztemető-út] 19/b. I. emelet 34. sz. alatt) nyújtandók be.

A megválasztott orvosoknak a kijelölt körzetben állandó lakással kell birtania és az állás az alkalmaztatást követőleg nyomban elfoglalandó.

Budapest, 1923. október hó 23.

Dr. Angyal s. k.

a népjóléti és munkügyi miniszter által a Pénztár vezetésével megbízott miniszteri tanácsos

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK:

Herczeg Árpád: Az extragenitalis syphilitikus fertőzés a budapesti egyetemi bőr- és nemikórtani klinika anyagának (437 eset) kapcsán. (579—581. oldal.)
Matusovszky András: A háború hatása rákos anyagunkra. (581—584. oldal.)
Landgraf Jenő: A veleszületett nyaki sipolyokról. (584—586. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 10-i ülése. (586—589. oldal.)
A Közkórházi Orvostársulatnak november 7-i ülése (589—590. o.)
Lapszemle. Belorvos-tan. — Bőr- és nemikórtan. — Gyermekorvos-tan. — Orr- és gégeorvos-tan. — Urologia. (590—593. o.)
Heti krónika. (593. oldal.)
Könyvismertetés. (593—594. oldal.)
Vegyes hírek. (594. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

Az extragenitalis syphilitikus fertőzés a budapesti egyetemi bőr- és nemikórtani klinika anyagának (437 eset) kapcsán.

Írta: Herczeg Árpád dr. egyetemi tanársegéd.

A háború és az azt követő megszállás, a társadalmi rend feldúlása, a rossz lakásviszonyok az emberek között érintkezésnek szabályozott voltát megzavarták és ezzel a fertőző betegségek elterjedését előmozdították. Ezek között a syphilitikus nemcsak a szokásos sexualis módon, hanem mindinkább elhagyva a nemi vonatkozásokat, valóságos népbetegség jellegét véve fel, extragenitalis utakon is terjed.

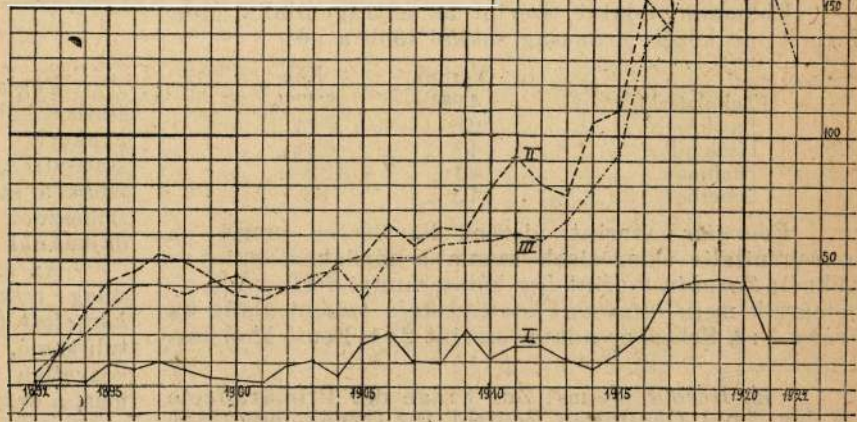
Az extragenitalis sklerosisoknak nagy jelentőségére és gyakori előfordulására először Ricord hívta fel a figyelmet és bizta meg Fourniert statisztikák összeállításával; első leírói azonban a XVI. századig követhetők vissza. Már Paracelsus alludál rá.¹ Massa az 1532-ben megjelent „De morbo Gallico“ című művének II. fejezetében, a 7—8. oldalon az extragenitalis syphilitikus tárgyalja és többek között ezeket írja: „Multi laborant tali egritudine (t. i. morbo Gallico), qui nunquam in virili membro aut in vulva quicquam passi sunt.“
1540-ben Antoine Lecoq, 1551-ben pedig Torella és Benedictus Victorius szintén vonatkozásba hozták az emlőket, a száj és a nemi szervek megbetegedéseit. Ugyan-
csak 1551-ben Firenze városában megjelent művében Amatus Lusitanus egy anya és csecsemő által okozott syphilitikus endemiát írt le (Curatio XLIX., pag. 251: Commissus igitur fuit puer nutrici, quae intra paucos dies infecta fuit et a puero praedietam scabiem Gallicam contraxit, quae quum cum marito coiret, illum infecit; immo vicinarum suarum alii duo pueri, quibus lac dederat, infecti fuere etc.). 1560-ban Leonardo Botalli egy ajak-sklerosist ír le.

Az extragenitalis fertőzés tana azonban nehezen jutott érvényre; kitűnik ez

abból, hogy noha Ricord 1850-ben egy a szemén ülő initial affectiót írt le, mégis Velpeau 1852-ben a ma anynyira ismert tonsilla-fekélyt „impossibilité clinique“

A kir. magy. Pázmány Péter tud. egy. bőr- és nemikórtani klinikájának ambuláns betegforgalmát jelző grafikon:

I. Az összes extragenitalis.
II. Az összes (genit. + extragenit. + ismeretlen eredetű) syphilitikus esetek.
III. Az összes (bőr- és nemi) betegek száma.
Mivel a II. és III. vonal az eseteket 10-szer, illetőleg 100-szor kisebbített ordinatamérték szerint ábrázolja, a leolvasásnál az e vonalakra vonatkozó ordinatavértékek 10-zel, illetőleg 100-zal szorzandók.



¹ Fracastorius (De morbis contag., liber II. cap. XI.) így ír róla: visi tamen infantes nonnulli fuere, qui e lactu matris aut nutrice infecta consimiliter affecti sint,

nek nevezte; Diday 1861-ben a tonsilla-fertőzés jelentőségét bebizonyította. Végre Fournier az 1897-ben megjelent monumentalis munkájában (Chancres extra-

génitiaux), Bulkley pedig 1894-ben (*Syphilis in the Innocents*) ismereteinket összefoglalta.

Amint a dermatologiai klinikai tapasztalat mutatja, nem felesleges e kérdéssel foglalkozni, mert nap-nap után történnek diagnostikai tévedések. Pedig nem nehéz a diagnózis, az egész csak azon múlik, mint Fournier mondja, hogy *gondolni kell rá*. Nemcsak, hogy az extragenitalis initialis affectióra nem gondolnak, de még a genitálisról is megfélekednek; legújabbban egy nőgyógyász figyelmeztet, hogy a *portio-n ülő erosio esetén megfélekednek a syphilitis initial affectio lehetőségéről*.¹ Nagy kárt okozhat embertársainak életében, testi épségében az az orvos, aki nem ismeri fel kellő időben pl. az emlőn, az ajkon stb. ülő initial sklerosist és esetleg tovább viszi praxisában a betegséget. Valóságos epidemiák jöttek így létre. (Eustach-kürt-katheterizálás, vaccinatio, circumcisio stb. útján.) Egy ilyen epidémiát már 1560-ban közölt a kolozsvári *Jordan Tamás*, akkori brünni physikus, mely egy fürdős köpülőző-műhelyből indult ki. Legújabbban *Grütz*² közöl egy legalább 15 személyre kiterjedő epidémiát *holsteini cséplőmunkások* között, akik egymást és családtagsaikat is, valószínűleg a közösek használt evőeszközök révén megfertőzték. Az init. aff. minden személynél a tonsillán volt.

Az extragenitalis fertőzés gyakorisága erősen függ a nép folklorjától. *Finger* írja a Handbuch für Geschlechtskrankheiten-ben, hogy a *Balkán-félszigeten* a syphilitis infectiók 50%-a, az orosz *Rjäsén* kormányzóságban 74%-a, *Kursk* kormányzóságban 92%-a, *Wladimir* kormányzóságban pedig 91%-a extragenitalis eredetű. (Popow és Bjeloussow adatai szerint.) *Dina Sandberg* szerint (a *Koslow*-kerületben) főleg a *gyermekek* szerzik extragenitalis úton a syphilitist, ezért főleg ezeknél vannak korai manifest tünetek, míg felnőtteknél csaknem kizárólag késői syphilitis jelenségek voltak. *Düring*³ szerint a *kisázsiai* endemiás syphilis is túlnyomóan extragenitalis.

Ami az extragenitalis syphilitisnek helyes és korai felismerését illeti, erre nézve Fournier megjegyzi, hogy a beteg többnyire nem a veneriologushoz, hanem a *sebészhez, rhinologushoz* vagy *szemészhez fordul először* és így elkerüli a syphilologus statisztikáját.

Az extragenitalis syphilitisnek ma már olyan jól ismert tana is bizonyítéka a *P. A. C. Louis* (1787—1872) által az orvostan segédtudományává avatott orvosi statisztika értékének.

Ezek előrebocsátása mellett a különböző statisztikák összehasonlítása a következő:

Nékám (Budapest)	5%	(Extragen. 4'10%, perigen. 0'9%)
Fournier (Paris)	8—9%	
Zarubin (Oroszország) ...	5'4%	
Rosenquist (Moskow)	10'2%	
Krefting (Christiania)	16'6%	
Mraček (Wien)	15'0%	
Gray (Oroszország)	22'7%	

Ehrmann adatai szerint az extragenitalis úton fertőzöttek között aránylag sokkal több a nő:

	Férfiak	Nők
Zabolotszkij	4'26%	8'42%
Pawlow	0'8	7'24
Haslund	4'7	6'34
Krefting	4'3	12'8
Scherber	4'3	11'6

Fournier szerint viszont háromszor annyi az extragenitalis sklerosisek száma a férfiaknál, mint a nőknél; *Zarubin* szerint így kétszerannyi férfi, mint nő betegszik meg; *klinikánk* statisztikája szerint pedig az arány 3 : 2, *Scherber* adatai szerint 2 : 1. Fentiekből lát-

¹ *K. Herold* (Jena): Zur Frage der Primäraffection an den weibl. Genitalien. Zentrbl. für Gynäkologie 1923, 23. szám.

² *Grütz*: Extragen. Syphilis etc. D. m. W. 1923, 782. oldal.

³ *Düring*: Erfahrungen in Kleinasien über endemische Syphilis. Münch. med. Woch. 1918, 1000. old.

juk, hogy absolute 1·5—3-szor gyakrabban fertőződnek extragenitalis módon a férfiak, mint a nők. Mégis, ha figyelembe vesszük, hogy a nők nem 1·5—3-szor, hanem sokkal ritkábban szenvednek syphilitisben (háború előtti normalis viszonyok), akkor belátjuk, hogy *aránylag többször fertőződik a nő extragenitalisan*, mint a férfi. Ha klinikánk idevágó statisztikájában a perigenitalis fertőzésektől eltekintünk, mégis azt látjuk, hogy a megbetegedett nők száma ugyanannyi, mint a férfiaké. Ennek oka *Pospelow*¹ szerint a nő társadalmi helyzete: „welche (t. i. a nők) ausserhalb der Ehe in sexueller Hinsicht keineswegs gleichberechtigt sind, während doch die übrigen Bedingungen des geselligen Verkehrs und Umganges mit syphilitischen Individuen sich bei ihnen in gleicher Weise wie bei Männern geltend machen.“

A localisatio gyakoriságát illetőleg az összes statisztikák, amelyek vegyes beteganyagot dolgoztak fel, megegyeznek abban, hogy az init. affectio a leg-többször a fejen fordul elő. De a fej egyes részeit illetőleg már igen eltérők a különböző statisztikák. *Fournier* szerint pl. a *nyelven* levő init. affectio az *ajak* sklerosisa után az első, nálunk az ötödik helyen áll. *Zarubin*² esetei között egyszer sem fordult elő a nyelven, első helyen pedig nem az ajak, hanem a *tonsilla* sklerosisa állott. Hasonlóképpen *Zabolotszkij*³ statisztikájában is a tonsilla a leggyakrabban fertőzött. *Bulkley* és *Scheuer* szerint a nyelv init. affectiója az ötödik helyen áll a fej init. affectiói között. Az összes statisztikák megegyeznek abban, hogy a gingiva és az orrnyálkahártyája csak ritkán képezi kapuját a fertőzésnek. *Fournier* egész magángyakorlatában kilenc, kórházi gyakorlatában pedig csak két esetben látott a gingiván init. affectiót 1124 extragenitalis eset között. Hasonlóképpen igen ritka a hajas fejbőrön való fertőzés.

A törzsön, az *emlő* init. affectiója a nőknél, a *perigenitalisok* pedig a férfiaknál gyakoribbak. *Fournier* statisztikájában feltűnő sok az *analisis* és *perianalisis* localisatio a férfiaknál; míg a klinika statisztikájában a *mons pubison* levő sklerosis az *ajaksklerosis* után a leggyakoribb.

Az életkort véve szemügyre, azt tapasztaljuk, hogy a legzsengőbb gyermekkortól a késő életkorig történhet extragenitalis fertőzés.

Klinikánk esetei életkor szerint a következőleg oszlottak meg:

1—5 éves	4 eset	= 0'9%
6—10 "	1 "	= 0'2 "
11—15 "	7 "	= 1'6 "
16—20 "	75 "	= 17'2 "
21—25 "	131 "	= 30'0 "
26—30 "	100 "	= 22'9 "
31—35 "	57 "	= 13'0 "
36—40 "	25 "	= 5'7 "
41—45 "	14 "	= 3'2 "
46—50 "	7 "	= 1'6 "
51—55 "	11 "	= 2'5 "
56—60 "	2 "	= 0'5 "
61—65 "	2 "	= 0'5 "
66—70 "	1 "	= 0'2 "

Foglalkozás szempontjából lényegesen eltérők a statisztikák a szerint, amint a magán- vagy nyilvános gyakorlat statisztikáját vesszük szemügyre. *Klinikánk* statisztikája szerint a háztartásbeliek között túlnyomóan a szájnnyílás körüli, a kézimunkások, orvosok és szülésznők között főleg a kézen levő init. affectiók, a dajkáknál természetesen az emlőn lévőek.

Az extragenitalis infectio származására vonatkozólag megkülönböztetünk tudvalevőleg *közvetlen* és *közvetett* fertőzést. Számszerint a közvetlen fertőzés a túlnyomó, de a másik is gyakoribb, mintsem hinnők. A közvetlen fertőzés leggyakoribb módja a *csók*. Ezen és más, a száj útján való fertőzés esetében a száj nyálka-

¹ Arch. f. Derm. u. Syphilis. 1907, 85. k., 293. old.

² Arch. f. Derm. u. Syphilis 1889, 234. old.

³ K. statistikje wnjepolowogo zarazsenija syphilitisom po dannym ambulatorii Mjaszniczkoi bolynici.

hártyáján és főleg a tonsillán levő plaqueoknak van nagy szerepük. De még plaque nélkül is előfordulhat syphilitikus tonsilláján spirochaeta pallida, amint ezt *Guszman* észlelte. *Schlasberg*¹ azt tapasztalta, hogy klinikailag ép tonsillákon és tonsillák lacunáiban, különösen a nem régi és nem kellően kezelt esetekben feltehető a spirochaeta pallida. Vannak népszokások bizonyos vidékeken (Szokalsky, Warszawa), ahol friss sebeket kinyalással kezelnek, vagy szembe jutott idegen testeket nyálással távolítanak el, vagy kuruzslók a trachomát nyelvvel való masszálással akarják gyógyítani. Mindez és sok egyéb terjeszti a syphilit. Az orvosok közvetett extragenitalis fertőzésnek is ki vannak téve, abban az esetben pl., hogyha plaque-os beteg a torok edzésekor az orvos arcába köhög. („Postillon.“)

Az initial affectio localisatiója:

	Férfiak	Nők
Felső ajak	42	60
Alsó ajak	58	64
Mindkét ajak	3	3
Nyelv	5	—
Tonsilla	21	9
Száj egyéb ny. h.	1	—
	130 = 51.2%	136 = 74%
Áll	9	2
Arc	7	7
Szem	8	3
Orr	3	—
Homlok	1	1
Nyak	3	—
Emlő	—	15
Hónalj	—	1
Has	5	1
	8 = 3%	17 = 9.3%
Kéz és ujjak	10	3
Comb	2	3
Lágyék	2	5
Mons pubis	72	1
Anus és perian.	2	3
Összesen	254	183

A közvetett extragenitalis fertőzés, mint ismeretes, különböző eszközök, használati és toalette-szerek, fogkefék stb. révén történik. A tisztátalanul dolgozó fogtechnikusok is veszélyesek ebből a szempontból. A klinika évkönyveiben is van extragenitalis fertőzés esete, amely foghúzással kapcsolatban keletkezett. (Sz. L. 1897. XI. 14., 8. évk.) A dohányzóeszközök, fogpiszkálók is sok áldozatot követeltek már. Az oly gyakran fertőzött *pincérek* is veszélyesek; még inkább a *borbélyműhelyek*. Még a hajás fejbőrön át (pl. fésű, kefe révén) is megfertőzheti a borbély a mit sem sejtő embertársát; ilyen esetet *Guszman*² közölte. Erre vonatkozólag *Scheuer* és *Wolf*³ azt tapasztalták, hogy több óráig élet- és fertőzőképes maradhat a spirochaeta pallida nedves és hűvös közegben (pl. szivacs), míg kiszáradás folytán hamarabb pusztul el. Így magyarázhatók az üvegfüvők, fűvös hangszerek, ivóedények stb. által közvetített syphilitikus fertőzések és így válhatnak a protestáns felekezeteknél a szájról-szájra járó *úrvacsorai kehely* is a syphilitikus mérgekkel. Ez utóbbi ügyet genfi kezdeményezésre annak idején *Fournier*, legújában pedig egy budapesti protestáns felekezet kezdeményezésére az itteni legilletékesebb szakférfiak tárgyalták. A francia syphilologiai irodalomban közöltek egy esetet, ahol egy syphilitikus nő vetélytársnőjét

szándékosan és eredményesen oly módon fertőzte meg, hogy a plaque-os ajkával megérintett teáscsészéből vetélytársnőjének adott inni.

Az extragenitalis módon szerzett syphilitikus esetek további sorsát és hírhedt rosszindulatúságát keresve, a klinika évkönyveiben a 437 extragenitalis esetet illetőleg *Gaucher* és *Audebert*¹ tapasztalataihoz csatlakozhatunk. Ők azt tapasztalták, hogy a fejen levő, a szem és szájnylás körüli initial affectiók a bővebb nyirok-édényrendszer miatt hamarabb járnak *secundaer tünetekkel*, mint a genitálisok. Mi azt tapasztaltuk, hogy a legtöbb esetben, még ha egészen friss is az initial affectio, az orvosi vizsgálatnál már volt maculosus, sokszor papulosus kiütés is és általános adenopathia. A későbbi lefolyást illetőleg azt tapasztaltuk, hogy az extragenitalis initial affectiók *sem rosszabb indulatúak, mint a genitálisok*.

Irodalom: *Hieronymi Fracastorii: Veron: Operum Pars Prior. Genevae, 1621.* — *Nicolai Massa: Veneti liber de morbo Gallico, 1536.* — *Amatus Lusitanus: Curationum medicinalium Centuria prima. Florentiae, 1551.* — *Ricord: Leçons sur le Chancre. Paris, 1857.* — *Mauriac: Syphilis primitive, 1890.* — *Protokoly Moszkowszko vener. etc. obsztyva, 1893-94.* — *I. Neumann: Syphilis, 1896.* — *A. Fournier: Chancres extragenitaux. Paris 1897.* — *I. Neumann: Der extragenitale Primäraffekt. 1902.* — *R. Carvenc: Chancres syphilitiques de la langue. Thèse pour le doctorat. Paris, 1905.* — *E. Gaucher: Le chancre et les syphilitides etc. Paris, 1907.* — *O. Scheuer: Syphilis der Unschuldigen, 1910.* — *E. Finger, Ehrmann, Jadassohn, S. Gross: Handbuch der Geschlechtskrankheiten, 1913, II. kötet.* — *Nékám L.: A nemi betegségek gyógykezelése, 1917.* — Továbbá a szövegben idézett folyóiratok.

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

A háború hatása rákos anyagunkra.

Írta: *Ifj. Matusovszky András dr. tanársegéd.*

A rák okozójának a kikutatására irányuló vizsgálatok, amelyek különösen a gazdagabb kultúrországokban huzamosabb idő óta folyamatosan vannak, még mindig nem vezettek eredményre. A klinikai s histológiai megfigyelések azonban a homályos aetiológia ellenére már eddig is oly sok nézőpontból s oldalról világították meg a betegség lényegét, hogy az ellene irányuló küzdelemben számbajövő eredményeket sikerült elérni. Kissé lankasztólag hat ugyan munkánkra az a tudat, hogy a rosszindulatú daganatokra vonatkozó ismereteink a betegségek egy más csoportjával, pl. a fertőző bántalmakéval összehasonlítva, mennyire hiányosak, holott a természettudományok hasonló fejlettsége s ugyanazon technikai segédeszközök mellett tettünk az utóbbiak kóroktanában, terapiájában s prophylaxisában oly nagy haladást. Ha azonban az eddigi gyógyeredményeinket helyesen kritizáljuk s a gyógyítás sikerében szerepet játszó összes körülményeket kellően mérlegeljük, a harc mégsem látszik kilátástalannak, noha még mindig nagy akadályai vannak a teljes és bizonyos sikernek. A gátló momentumok között az ismeretlen kórokozón kívül legnagyobb szerepet játszik a souverain gyógyeszközök s gyógyszerek hiánya, de a totalis exstirpatio immár 45 éves multja s a sugaras kezelés biztató eredményei megmutatták, hogy azon betegeknek, akik idejekorán jelentkeznek, tartós gyógyulást is érhetünk el. A mai ráktherápia eredményei tehát a baj korai diagnosisától s a kellő időben fogantatott beavatkozástól függenek.

Ennek felismerésén alapszik azon mozgalom, mely *Winter* megállapításai s első felhívása óta (1904) mindenütt megindult s melynek célja az operabilis méh-rákok számát az asszonyok felvilágosításával, az orvosok s bábák kitanításával fokozni. Ezen munkában

¹ Bull. Soc. Franc. de Derm. et de Syph. 1913, III. 6.

¹ Derm. Wochenschrift 1911, 17. k.

² Budapesti Orvosi Ujság. 1913, 3. sz.

³ Experim. Beiträge z. Aetiologie d. accid. Syph. Refer. a dermat. Woch. 1918, 67. kötetben.

annak idején mi is résztvettünk s következményeképen nagy változást láttunk statisztikánkban, amennyiben az 1895 előtti klinikai rákos anyagunk 10%-os operabilitásának az 1914-19. évben 34%-ra való emelkedését értük el, amit mi nem az operatív technika javulásának tudunk be, hanem annak, hogy a felvilágosítás mellett a rák rejtettebb eseteinek a kimutatására nagy figyelmet fordítottunk. A világháború e viszonyokon is sokat rontott s csakhamar feltűnt, hogy az inoperabilis esetek számbeli növekedése mellett az operabilis és korai stadiumban levő jelentkezők száma megkevesbedett. Elsőnek Winter tette közzé erre vonatkozó megfigyeléseit s állította össze klinikája rákosainak statisztikáját, miből a rákanyag rosszabbodását határozottan megállapította, amennyiben az 1911. év inoperabilis rákjainak 34%-os aránya az 1920. évben 72%-ra emelkedett, ami több mint kétszeresnek felel meg. Fel is szólította a német klinikákat hasonló irányú statisztika közlésére, hogy abból a németbirodalmi rákanyag minőségi rosszabbodása constatalható legyen. Felhívásának 35 intézet tett eleget, de ebből ő a négy német-osztrák klinika adatait elhagyta (a volt Ausztria háború utáni eltérő viszonyai miatt), úgyszintén azokat, amelyek hiányosak vagy a célnak meg nem felelően voltak összeállítva, úgylégy csak 27-et használt fel. A 7181 méhrákosról készített statisztikát *Naujoks* ismertette a *Zentralblatt für Gynäk.* 1922. évi 50. számában. Ebben a háború előtti állapotot az 1913. évvel illusztrálja, míg a háborús idők anyagát az 1915-től 1920-ig terjedő évekké mutatja be. Az 1914. évet szándékosan kihagyta, a mozgósítás s a háború első hónapjainak mozgalmi által teremtett abnormis viszonyok miatt.

Az összesített kimutatásból kitűnik, hogy az inoperabilitás percentuációja az 1913. év 48.1%-áról fokozatosan emelkedett, és pedig az 1915. évben 58.7%-ra, 1916-ban 55.4%-ra, 1917-ben 63.8%-ra, 1918-ban 66.3%-ra, 1919-ben 65%-ra, végül 1920-ban 60.5%-ra, de azt is látjuk, hogy ezzel együtt csökkent az operabilis esetek abszolút száma is, azaz az 1913-i 528 műtétre alkalmas beteggel szemben a következő években csak 449 (1915), 486 (1916), 418 (1917), 409 (1918), 425 (1919), illetőleg 367 (1920) jelentkezett. Összefoglalva az eredményt, megállapítja, hogy az inoperabilis méhrákok aránya 48.1%-ról a háború alatt maximalisan 66.3%-ra nőtt, az operabilis carcinomások békeévi 528 főnyi állománya pedig vele karöltve 367-re sülyedt. Hasonló következtetéseket von le *Matthüller* is a svájci nőosztályok méhrákosainak számadataiból, ami annál feltűnőbb, mivel Svájc nem is vett részt a világháborúban.

Mint hogy Magyarországon hasonló irányú gyűjtő statisztika még nem készült, azért egyelőre csak klinikánk méhrákosai alapján mutathatjuk be hazai viszonyaink képét s vizsgálhatjuk, vajjon a rákos anyag rosszabbodott-e a háborús viszonyok befolyása alatt. E célból összeírtuk az 1913-tól 1922-ig terjedő tíz év alatt a klinikánk méhrákkal gyógykezelt asszonyokat, kik közül a műtétre alkalmasoknak találtakat az inoperabilisaktól különválasztva, a következőkben tüntethetjük fel carcinomás anyagunkat:

	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922
Az osztályra felvettünk ...	67	55	46	76	83	78	65	107	126	162
Ebből operabilis volt ...	41	22	17	30	27	20	20	19	24	15
Az operabilitás százaléka ...	62.7	40	36.9	39.4	32.5	25.6	30.4	17.7	19	13.4

A rákos betegek valódi számát a klinikára felvett betegekről készült összeállítás azonban nem tünteti fel hűen, minthogy egy rákos beteg felvétele sok minden mellékkörülménytől függ, mint pl. a rákosok elhelyezésére szolgáló ágyak hiányától, a klinika üzemképességétől, a nyári takarítási szünettől, végül a beteg kezelésének tervbe vett módjától (Röntgen-kezelés pl. ambuláns is elvégezhető), azért célunknak megfelelően a következő statisztikát készítettük, mely az összes vizsgálatra jelentkezett betegeket magában foglalja:

	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922
Méhrákkal jeleztezt ...	164	142	167	169	203	206	133	169	176	175
Ebből operabilis volt ...	60	30	26	33	39	35	24	26	32	17
Az inoperabilitás százaléka	63.5	78.9	84.5	86.4	80.8	83	82	84.6	81.9	90.3

A táblázat szerint a békeállapotot jellemző legutolsó év rákosainak száma (164) a statisztika utolsó évében 175-re emelkedett, s ezzel egyidejűleg az inoperabilitási 63.5% is 90.3%-ra szökött fel, míg az operabilis esetek abszolút száma a békebeli 60-ról 17-re csökkent. A statisztika száraz adatai azonban sok felvilágosító magyarázatra szorulnak, s csak azután vonhatunk le belőlük következtetést a magyarországi viszonyokra. A sok kórházzal bíró városok beteganyagának a valódi minőségét egyedül egy intézet tulajdonképpen nem is fejezheti ki számértékben, minthogy beteganyaga annak megfelelően alakul ki, amint az idők folyamán úgy az orvosvilágban, mint a betegek között felszereltségének s egy bizonyos gyógyeljárásban való gyakorlatának a híre elterjed. Tudjuk pl., hogy a műtétől való félelem némely asszonyt inkább a sugaras kezeléssel is foglalkozó kórházba vonz, az inoperabilis rákok javarésze pedig a rádiummal ellátott klinikára tódul, tehát lesznek intézetek, ahol az inoperabilis betegek túlnyomó számban jelentkeznek. Ezenkívül az operabilitás megítélésében megnyilvánuló subjectivizmus is nyomot hagy a statisztikában, mert másképp bírálja el pl. határesetekben a műtétre való alkalmatosságot azon orvos, akinek sugaras kezelés is rendelkezésére áll, mint az, aki a méhrák gyógyításában csak az operatív képességeire támaszkodhatik. De még azoknál is nagy individualis különbségeket látunk az anyag osztályozásában, akik nem ugyanazon műtéti mód szerint operálják a méhrákot, amennyiben az abdominalis totalis exstirpatio hívei sokkal több méhrák műtévéseire vállalkoznak, mint azok, akik a vaginalis utat tartják célszerűbbnek, nem is említve azokat, akik egyáltalában nem operálnak, hanem csak sugarasan kezelnek. Ez az oka annak a nagy különbségnek, ami az egyes német klinikák anyagában megnyilvánul s amelyet legjobban a kieli s a müncheni statisztika demonstrál, ugyanis az előbbi intézet operabilitási százaléka 56 és 78 között mozog, szemben a münchenivel, mely ugyanazon időszak alatt 14%-tól 38%-ig emelkedő arányról számol be.

• Azért klinikánk összeállításából mégis levonhatunk bizonyos következtetéseket, ha igyekszünk megállapítani a különböző évek adataiból a háborús események hatását a rákanyag minőségi változására s tekintetbe vesszük a működésünket gátló s elősegítő momentumokat. Előnyére válik statisztikánknak, hogy benne az operabilitás megállapítása egységes irányelvek szerint történt. Az egyöntetűséget a klinikának az utóbbi 20 év alatt állandó vezetése biztosította, s ha az idők folyamán a tanszemélyzetben változások is voltak, az operabilitás megítélésénél mindig ugyanazon vezető döntött. Másképp áll a dolog az osztályra valamilyen okból fel nem vett, tehát csak ambuláns vizsgált betegek leleteinek a megbíralásában, mert ezeknél a klinika tanársegédei felváltva végezték a vizsgálatokat, tehát egyrészt a subjectivizmus többszörösen érvényesült, másrészt előfordult az, hogy néhány asszonynál a vizsgáló orvos előtt az operabilitás a folyamat kiterjedése miatt kérdésesnek tűnt fel s ezért nem állított fel határozott diagnosist, hanem kérdőjellel látta el az operabilis jelzöt. Minthogy a hasonló megjelölésű betegek állapotát, kiket az osztályra vettünk fel s kellő előkészítés után újra megvizsgáltunk, nagyobb részben inoperabilisnek találtuk, másoknál viszont néha még kedvező tapintási lelet után is inoperabilisnek bizonyult a folyamat, azért ezen tapasztalatok alapján az említett, különben kevés számú ambuláns s tovább nem észlelt asszonynak rákját a statisztikában az inoperabilisek közé soroltuk. Abban is kedvező helyzetben vagyunk, hogy éppen az utolsó békeévben hagyunk fel a méhrákok Wertheim szerint végzett abdominalis exstirpa-

tiójával s tértünk át 1914-ben a vaginalis útra, amelytől kezdődőleg az előbbi műtetet csak egyes kivételes alkalmakkor végeztük s így az új szempontból történő bírálat érvényesülése összeesik a háború kitörése okozta változásokkal. Ezen kettős körülmény közül főleg az előbb említettnek tulajdoníthatjuk a mozgósítási év operabilis rákos betegeinek nagyarányú csökkenését (60-ról 30-ra), szemben az összes rákosok számának kisebb arányú apadásával (164-ről 142-re), melyet kizárólag a háborús viszonyokkal hozhatunk összefüggésbe. Ezek következtében az inoperabilitás percentje is felemelkedett 63·5%-ról 78·9%-ra.

A háború hatásának a kimutatására mi az 1920—1922. évek adatait vettük irányadónak, míg a háborús állapotot az 1915—19. évekkkel jellemeztük, minthogy nálunk a zavaros állapotok csak a proletárdiktatúra megdőltevel (1919) s az oláh megszállás befejeztével szűntek meg. A kommunizmus destructiója különben az 1919-es év rákstatisztikájában is kifejezésre jut, amennyiben az előző évvel szemben (1918) úgy az összes rákosok, mint az operabilisek száma feltűnően csökkent (az összes rákosok 206-ról 133-ra, az operabilisek 35-ről 24-re). E beosztás szerint az 1913-i békeév 63·5%-nyi inoperabilitása, mely az 1914-i félig háborús évben 78·9%-ra emelkedett, az 1915—19-i háborús években átlag 82·2%-ra s az 1920—22-i háború utáni szakaszban már 85·4%-ra szökött fel.

A háborús quinquennium egyes adatainak a kialakulására különböző események voltak befolyással. A legrosszabb év az 1919-es volt, melyben a méhrákos betegek száma az év forradalmi mozgalmi következtében erősen csökkent. Az 1915-ös év szintén gyengébbnek tűnik fel az operabilis esetek kis száma miatt (26), habár az összes rákosok száma a békeévit is meghaladta (167 a 164-gyel szemben), de feltűnően kevesebb a következő évek összrákosainak számánál. Ezen 1915-ös és 1919-es évek adataira mi is a német szerzők magyarázatait vonatkoztathatjuk, mellyel ők saját statisztikájukat kísérik, vagyis, hogy az utazási viszonyok rosszabbodása folytán volt alacsonyabb az operabilis méhrákos arányszáma; de talán még inkább számításba jön azon körülmény, hogy a háborús és forradalmi eseményekkel kapcsolatos gond, mely az asszonyokat ezen években legjobban sorvasztotta, nem engedte felszínre jutni panaszait s a betegség okozta kellemetlenségeket. A klinikának hiányos orvosi személyzete s a rákos betegek befogadására szolgáló osztálynak sebesültek számára történt átengedése is meglátszik a statisztikán, különösen az 1915. évben a klinikára felvett rákos betegek csekély számában, amely azonban a következő években már változott az orvosok fokozatos hazabocsátásával (46 osztályos beteg az 1918. év 78 főnyi s az 1922. év 162 betegével szemben). Feltűnő körülmény az, hogy a klinikán vizsgálat alá került rákos betegek az 1917. és 1918. évben érték el legnagyobb számukat (200 felett). Ez arra volna visszavezethető, hogy a rák sugaras, főleg rádiumkezelésének a híre ekkor kezdett érvényesülni s ugyanekkor a kórházi viszonyok rosszabbodása folytán az eddig közkórházakban elhelyezkedő betegek is a klinikát keresték fel. A normalis viszonyok helyreállása után a klinika teljes létszámmal dolgozott s a három háború utáni év adataiban megnyilvánuló romlást, mint a háború következményeit, irányadónak vehetjük. Jellemző ezen szakaszra, hogy az összes rákosoknak az 1919. évhez viszonyított lényegtelen megszorodása mellett az operabilis rákok száma erősen csökkent (mely különösen az 1922. évben volt nagyobb mérvű) s amely az inoperabilitás százalékának 85·4%-ra való emelkedését eredményezte. Méltán feltűnik az összes rákosok számának igen csekély emelkedése a német statisztika háború utáni nagyobb emelkedésével szemben, mely az 1918. évhez viszonyítva nálunk apadást jelent, amit a megszállott területek elszakadásának tulajdoníthatunk.

Az operabilis rákok feltűnő kevesbedése folytán, mely a legrosszabb háborús éveken is túlsz, felmerülhet az a kérdés, hogy mire vezethető vissza e körül-

mény: a háború destructiv hatására, a háború utáni nehéz gazdasági viszonyokra, vagy véletlennek tulajdoníthatjuk az egészet? *Winter* szerint a korai stadiumok felismerésében résztvevő factorok, ú. m. a bábák, orvosok s maguk az asszonyok személye, belátása s megbízhatósága szenvedett sokat a háború folyamán s ezért ebben kell keresni a rosszabbodás okát. Ezt adatokkal is illusztrálja s kimutatja, hogy az elhanyagolt folyamatok száma a háború előtti évtől kezdődőleg (1913-ban 7) állandó emelkedés mellett (1915-ben 20, 1916-ban 17, 1917-ben 22, 1918-ban 29, 1919-ben 27) 1920-ban 34-et ért el, mindenikük inoperabilis alakban. Ezek közül a bábák s a kuruzslók az esetek 4%-ában, az orvosok 21·5%-ban, végül maguk a betegek 74·5%-ban voltak az elhanyagolás okozói. *Wolff* a breslauer statisztika s az ottani viszonyok alapján az operabilis rákok apadását inkább a vasúti tarifa s az ápolási díjak emelkedésének tulajdonítja, mint az asszonyok hanyagságának. *Mattmüller* is a háborúval hozza összefüggésbe a svájci operabilis rákok számának a csökkenését, habár az ország maga nem is vett részt benne. Minthogy sok férfi családjától mégis távol volt (részleges mozgósítás, határvédelem stb.), az asszonyok nehezebbé vált életviszonyai folytán ez a körülmény egészségi állapotukban is nyomot hagyott.

Véleményünk szerint a kérdés eldöntéséhez amellett, hogy kutadjuk, hogyan történtek a tényleg mulasztások, amelyek a méhrák felismerését s korai diagnózisát gátolták volna, vagy hogy van-e eltolódás a méhrákok operabilitásának megítélésében, még azt is vizsgálnunk kell, hogy a háborúnak lehet-e egyáltalában közvetlen hatást tulajdonítanunk a rákbetegségre. Mi is csatlakozunk *Winter* véleményéhez, ki főleg az asszonyok hanyagságában találja fel a rosszabbodás okát, mert a nehéz gazdasági viszonyok közepette az élet is nehezebbé válik, s a létért való küzdelem meg a súlyosabb gondok csökkentik az asszonyok eddigi gondosságát, mert úgyszólván nem érnek rá törődni egészségükkel. Ugyanezen nehezebb megélhetési viszonyok terelik a bábákat is a kuruzslás felé, mellyel a már rákos asszonynál a műtetre legalkalmasabb időt elvesztesztetik. A nagyobb számú orvosi mulasztások egyik oka gyanánt a háborús doktori intézményt jelölhetjük meg. A hadserég nagyobb fokú orvosszükségét ugyanis a multban a tanulmányi idő megrövidítésével és sietős avatásokkal igyekeztek pótolni, miáltal hiányosabb képzettségű orvosok kerültek ki az életbe, kik a kötelező egyévi gyakorlatukat sem töltötték le. A megfelelő ismeretekkel nem rendelkező orvos diagnostikai tévedései természetesen a rák gyógyítása terén is éreztetik hatásukat s hozzájárulnak a rák operabilitási arányának csökkenéséhez. Ezen gátló körülményeket még az sem tudja ellensúlyozni, ha a szakszerű vezetés alatt álló gyógyintézetek fejtenek ki nagyobb figyelmet a rák kezdődő vagy rejtettebb eseteinek a felderítésére, mert mint látjuk, a mi anyagunk is rosszabbodott, annak ellenére, hogy mind nagyobb számmal végeztünk szövettani vizsgálatokat a rákra gyanús tünetekkel jelentkező asszonyoknál, és pedig a háború előtti évben 104, a háborús években átlag évi 142, a háború utáni szakaszban pedig évenként 253 betegnél vettük górcső vizsgálat alá a kikapart s kimetszett szövetrészeket a malignitás megállapítása céljából.

Az operabilis rákok arányszámának csökkenésére befolyással volt azon felfogásunk is, mely a folyamat műtetre való alkalmaságának megítélésében érvényre jutott. Ezt főleg a rendelkezésünkre álló rádium elem s Röntgen-készülék, valamint a hatásukba vetett bizalomnak tulajdoníthatjuk. Már a *Wertheim*-műtétnek szűkebb térre való szorítása is ezt az irányzatot szolgálja, ami a vaginalis műtétéknél is kifejezésre jutott, amennyiben az exstirpatiót bevezető műtétek (kaporás, excochleatio) folyamán néha felfedett beszűrődésekre eredeti tervünkön változtattunk s a radicalis kiirtás helyett conservatívabb beavatkozással elégedtünk meg (intrauterin rádiumbehelyezés, magas collumamputatio stb.).

A háború közvetlen hatása a megváltozott s szűkös táplálkozásban kereshető. Már a régebbi orvosok közül is többen a hiányos táplálkozást vették fel egyik okul a rák keletkezésében, az újabbak közül pedig *Versé* és *Theilhaber* tulajdonitanak nagyobb szerepet ennek a körülménynek, *Jaworsky* is megállapította a háborús táplálkozás rontó befolyását a rák gyors növekedésére s a metastasisok keletkezésére. A rosszabbodás ilyenkor a szervezetnek a rákkal szemben fennálló, de megfogyatkozott ellenállóképességére vezethető vissza. Habár a védőanyagok mibenlétét nem ismerjük, létezésük nem vonható kétségbe, mert a tény a kísérletek s a klinikai megfigyelések is igazolják. Ezt bizonyítják többi közt *Apolant* állatkísérletei, melyekkel ő kimutatta, hogy a szervezetnek a rákos állapotban észlelhető gyöngülését a mesterséges immunizálással ismét meg lehet szüntetni, miáltal a korlát nélkül növekvő carcinomat szabályos adenomává sikerült visszatéríteni. *Caspari* is utal arra a harcra, mely egy tumor és a gazdaorganismus között állandóan fennáll, de a védekezés módját nem nevezi meg. A klinikai megfigyelések is a rák spontán gyógyulásának a lehetőségét mutatják s *Lubarsch* és *Czerny* nyelmeztettek elsokkent arra a módra, amellyel valamely elsodleges rák kiirtása után a nyirokesomaattételek gyógyulnak. *Opitznak* a sugaras kezeles hatasarol legujabban hangoztatott velemene is azt szandekozik bizonyítani, hogy vederokek leteznek, amelyeket a Röntgen-sugarak oly módon activálnak, hogy a rákos szöveteket körülvevő lymphocyták (a histocytáknak nevezi) a sugarak hatására leoldódnak s az így szabadra vált nevek carcinolytikus hatása révén esik szét a tumor. Mindezen tapasztalatok és velemenyek a szervezetnek a rákkal szemben tanusított ellenállóképességére vallanak, vagyis a hiányos táplálkozásnak a szervezetet gyongito befolyasaval is magyarázható a rákos materia rosszabbodása.

A háború hatásának a megítélésére *Frankl* azt ajánlja, hogy inkább a korai stadiumban levő rákosok után iteljünk meg az anyagot, mert ezeknek a legnagyobb az esélyei a gyógyulásra. Tekintve azt, hogy ez sem elege objectiv nezpont, azért, egyéb mértékesség híján, a minőség jelzésére megelegszünk egyelőre az operabilitás megállapításával, habár a módszer szintén nem mentes a subjectivismustól. Mégis fokmérőnek vehetjük, ha mindig ugyanazon személy ítéli meg azt s a műtét is ugyanazon irányelvek szerint történik. Ez alapon az anyagban mutatkozó abszolút s relatív romlás okát sem annyira felfogásunk megváltozásában, mint inkább a háborús körülmények hatásában kell keresnünk. Bármire is vezessük vissza ezek közül rákos statisztikánk rosszabbodását, a rák elleni küzdelem eredményessége érdekében az anyagunk javítására kell törekednünk. Tartós gyógyulásra ugyanis, akár az operatív, akár a sugaras therapia hívei vagyunk, csak úgy számíthatunk, ha idejekorán kezelésünk alá vesszük a méhrákos beteget, kinek kilátásai is annál jobbak, minél hamarább kerül elének. Ezért csatlakozunk mi is *Winter* álláspontjához, ki újabb felhívásában a rákkérdés megoldására ugyancsak az 1904-ben kijelölt utat ajánlja s amelyen haladva lassan ugyan, de kitartással mégis célhoz érhetünk.

Irodalom: *Winter:* Zentralblatt f. Gyn. 1921, 48. és 1922, 9. — *Naujoks:* u. o. 1922, 50. — *Mackenrodt:* u. o. 1919, 8. 153. old. — *Strassmann:* u. o. 1919, 8. 153. old. — *Frankl:* u. o. 1921, 37. és 1922, 32. — *Wolff:* u. o. 1922, 29. és 33. — *Mattmüller:* Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 85. k., 1. f. — *Opitz:* Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 61. k. — *Jaworsky:* Wiener klin. Woch. 1916, 52. — *Hälsen:* Deutsche med. Woch. 1917, 35. — *Apolant:* Münch. med. Woch. 1907, 35. — *Caspari:* Biol. Grundlagen etc. Steinkopf, 1922. — *Rau:* Zeitschrift f. Krebsforschung 1921, 18. kötet, 3. füzet.

A budapesti kir. m. Pázmány Péter tudományegyetem II. számú sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Kuzmik Pál dr., egyet. ny. r. tanár).

A veleszületett nyaki sipolyokról.

Írta: Landgraf Jenő dr. egyetemi tanársegéd.

Az orvosi tudományos irodalmat már kb. egy évszázad óta foglalkoztatja a veleszületett nyaki sipolyok problémája, ami csodálatosképen a hazai kutatókat alig érdekelte. E körülmény, valamint a II. sz. sebészeti klinikán észlelt, bizonyos tekintetben unicum számba menő eset adta meg az elhatározást arra, hogy a kérdéssel bővebben foglalkozzam.

A nyakon általában nagyon különböző okokból jöhetnek létre sipolyok. E nézőpontból két nagy csoportot különböztetünk meg: veleszületett, helyesebben veleszületett okokból keletkezett (*Härtel*) és szerzett sipolyok csoportját, melyek egymástól differentially diagnosztikailag is jól elkülöníthetők. Ennek a therapiában való fontosságát szükségtelen hangsúlyoznom; ezt igazolja esetünk is.

B. J. 23 éves hajadon, háztartási alkalmazott nyakán, a jugulumban, hosszú idő óta volt egy előtte ismeretlen okból keletkezett, filléresnyi fekély, melyet tbc.-nak tartva, az utolsó félév alatt különböző helyeken négyszer excochleáltak — minden eredmény nélkül. Az alávájt szélű, renyhe sarjakkal kitöltött, kevés híg, fehéres genyert termelő fekély első megtekintésre valóban érthetővé tette a tévedést, bár a bőrön a fekély szomszédságában az ilyenkor gyakran észlelhető gümös elváltozásoknak nyoma sem volt. Az addig folytatott kezelés eredménytelensége, továbbá, hogy a szervezetben egyéb tbc.-s elváltozás kimutatható nem volt, a fekély szokatlanul mély fekvése ellenére is veleszületett okok keresésére késztetett. Pontosabb kikérdezésre csakugyan kiderült, hogy a kezdetben egészen kicsi, nyúlós, átlátszó, vízszínű váladékot termelő nyílás már a beteg kisgyermek-korában megvolt, keletkezésének idejét megmondani nem is tudják. A nyílás azóta többször magától is záródott, majd környéke ismét megduzzadt és a keletkezett hólyag újból áttört. Ez a tipikus anamnesis és az evvel teljesen egybehangzó klinikai lelet — mely szerint: 1. a kissé alávájt szélű fekélyből a sonda a nyak középvonalában kb. 1½ cm-nyire tolható felfelé egy vakon végződő sipolyjáratban (ugyanilyen fekvésű és lefutású sipoly volt látható *Beck-pasta-injectio* után Röntgen-átvilágítással is); 2. a váladékban görsővel néhány levált, nagy, hólyagos magvú hámsajt tűnik fel, ezenkívül aránylag kevés leukocytá és igen kevés streptococcus található; 3. a sipolyjárat szomszédságában a bőr ment minden megbetegedéstől — kétségtelenné tették a veleszületett nyaki sipoly diagnózisát, amit azután műtéti és szövettani lelet is igazolt.

Műtétnél (1922. IX. 30.) a sipolyvírást az épen körülülvágvá, a sipolyjáratot, illetve az ennek folytatását tevő, mindjobban elvékonyodott köteget a nyak középvonalában majdnem a nyelvcsontig követhetjük, itt azonban, kb. egy ujjnyira a nyelvcsont alatt, az alig 1 mm vastag, finom köteg elszakadt és folytatása feljebb megtalálható nem volt, mire a hosszanti műtéti sebet egy biztosító jodoformgaze-csik felett zártuk. A zavartalan gyógyulás után eltelt egy esztendő alatt recidiva nem fejlődött.

A sipoly több részletéből vett metszet egyformán a következő jellemző histologiai képet adta (*Krüger dr.*): A metszet közepén csillagalakú lumen látszik, melyet többretegű csillósörös hengerhám bélel. A lumen falát azonkívül erős kötőszöveti réteg alkotja, amelynek a hám felé eső részén erős gömbsajt-felhalmozódás látható. A praeparatumnak felső, lumen nélküli, kötegszerű részében mikroszkoposan hámelemeket felfedezni nem sikerült.

A veleszületett nyaki sipolyokat felosztjuk középsőkre és oldalsókra. Az előbbieket keletkezésében a tractus thyreoglossus maradványainak, utóbbiakéban főleg a ductus thymopharyngeus és esetleg az oldalsó thyreoidea-járatok maradványainak van része. Hogy e sipolyok keletkezését megérthessük, ismernünk kell a nyaki szervek fejlődéstanát.

A pajzsmirigy főleg egy középső páratlan, kisebb részben két oldalsó páros embryonalis csirából fejlődik.

A középső rész a szájfének epitheléből fejlődik, mint merev, lumen nélküli sejtköteg (*Wenglowski*). Ez az ú. n. *tractus thyreoglossus*, mely a nyelv foramen coecumánál kezdődik és lefelé haladtában két ágra oszlik. A köteg felső része visszafejlődik és teljesen eltűnik, vagy csak töredékei maradnak meg. Ágainak caudalis részéből fejlődik ki a pajzsmirigy nagyrésze: középen, a két ág érintkezéséből keletkezik az isthmus, oldalt pedig az oldalsó csirákból fejlődő pajzsmirigy-részekkel egyesülnek a középsőkől fejlődtek. A középső csira gyors növekedése közben a szájfének epithelsejtjeit magával ragadja. Ezek a sejtek megőrzik embryonalis jellegüket és hajlandóságukat a továbbfejlődésre, a szájfének sejtekhez hasonlóan, és ezáltal különböző cysták kifejlődésére adhatnak alkalmat. *Wenglowski*, kitől ez elmélet származik, hullákon végzett vizsgálatainál az egész középső pajzsmirigyköteg hosszában az esetek 30%-ában látott ilyen epithelsoportokból keletkezett cystákat. A szájfének igen fiatal embryonál többrétegű laphámmal van borítva, melyet helyenként, különösen a nyelvbazison, a furculán, amely mellett a pajzsmirigycsira kiindul, csillószőrös hengerhám-szigetek tarkítanak. Ezért látunk hol ilyen, hol olyan epithellel bélelt cystát. A cysta falában éppúgy, mint a szájfában, acinosus nyálkamirigyek és nyiroktüszők keletkeznek. Ha a cysta fertőződik, hirtelen növekedik, majd elgenyed, kifelé tör és létrejön a spontán nem gyógyuló sipoly. A sipolyok rendszeren nem veleszületettek, de már kora gyermekkorban felléphetnek; előfordulnak 50 év felett is, leggyakrabban azonban 15–30 év között. A *tractus* maradványai, a magával ragadott szájfének epithelrészekkel együtt, a foramen coecum és a középső pajzsmirigylebeny közt található, legtöbbször a nyelvgyökön és a nyelvcsont teste körül; az isthmushoz közelebb mindig ritkábbakká válnak. A 2. és 3. garatívből fejlődő nyelvcsont csak a 4–5. héten fejlődik ki és szoros összeköttetésbe kerül a részben már visszafejlődő *tractus thyreoglossus*-sal, abba belemo-¹⁰¹⁷tonosságát megszaktítja és irányát megváltoztatja. Kóros körülmények következtében a visszamaradt pajzsmirigy-részekből abnormis elhelyeződésű strumák (nyelvgyolyva) fejlődhetnek. *Wenglowski* szerint tehát a median cysták és a belőlük gyulladással alapon keletkező sipolyok nem az ú. n. *ductus thyreoglossus*-ból származnak, mint azt régebbi szerzők állították (*His*, *Strecker*, *Kadyi*), hanem a lumen nélküli *tractus* által elszakított szájfének epitheléből. Ezért nem látunk complett median nyaki sipolyt. Az elmondottakból következtethetően a sipoly nyílás az állkapocstól a sternumig terjedő területen fordulhat elő, a nyak közepén, legtöbbször valamivel a nyelvcsont alatt van.

Míg a median sipolyoknál az aetiológia már kb. három évtized óta tisztázódott, legfeljebb csak az a kérdés vitatott még, hogy vajjon *ductus* vagy *tractus thyreoglossus*-ról szóljunk (*Matti* egy esete, midőn complett volt a sipoly, *Wenglowski*-val szemben azt látszik bizonyítani, hogy a median sipolyok a mégis létező *ductus* részleges vagy teljes fennmaradásából származnak), addig a lateralis sipolyok eredete a legutóbbi időkig vitás volt. Már *Ascherson* 1832-ben *Rathke* vizsgálatai alapján a második kopolyúhasadék nyitvamadásában kereste a sipoly keletkezésének okát. *Heusinger*, *Bland-Sutton*, *Cusset*, majd *His*, *Rabl* tanulmányai után *Kostanecki* és *Milecki* alapvető munkájukban a második belső garattasaknak a sinus cervicalisba való áttöréséből származtatják a lateralis sipolyt, amelynek külső nyílása szerintük igen különböző helyen lehet, attól függően, hogy a lobos folyamat hol eredményez genyes áttörést. Annál fontosabb és állandóbb a belső nyílás helye, mely a tonsilla palatina táján van. A néhány, ezekkel határozottan össze nem egyeztethető lelet arra bírta *Hammar* és *Lenzit*, hogy a harmadik és negyedik garattasaknak, ill. a *ductus thymopharyngeus*-nak is tulajdonítsanak jelentőséget a sipoly keletkezésében. A sipolyok branchiogen eredetét *Wenglowski* 42 embryon és 75 nagyrészt gyermekhullán végzett igen

gondos vizsgálataival cáfolta meg. Főleg neki köszönhető az alábbiakban összefoglalt ismereteink.

Embernél öt-hat kopolyúív és ugyanennyi nem nyitott kopolyúbarázda fejlődik ki. A kopolyúrendszer nem felülről lefelé, hanem elülről hátrafelé helyezkedik el, alsó határa a nyelvcsont alsó széle. *His* kissé sémásan úgy vette fel, hogy a kopolyúbarázda a garattasakokkal egyező lefutásúak és egy magasságban fekszenek, miáltal egész hosszúságukban csak egy vékony záró membrana választaná el őket egymástól, amelynek nyitvamarádása vagy perforációja és e révén a veleszületett sipoly keletkezése könnyen feltehető volt. *Wenglowski* bebizonyította, hogy a garattasakok és kopolyúhasadékok lefutása egymást keresztel és csak igen kis darabon, a lateralis részen található kis zárófal köztük, de ennek perforációját ő egyszer sem látta. A második hónap elején az egész kopolyúkészülék eltűnik, a szövetek közt szabadon fekvő, többrétegű epithelrészeccék, porcerészek stb. maradhatnak belőle vissza, de természetesen csak a nyelvcsont felett és tőle dorsalisán.

A lateralis sipolyok eredetét ma a *ductus thymopharyngeus*-ból származtatjuk. A thymus a harmadik garattasak lateralis részéből, hátul, egy kis zacskószzerű kiboltosulásból fejlődik ki. Egy hosszú csatorna, a *ductus thymopharyngeus* indul innen ki, mely a lateralis garatfaltól, az arcus palatopharyngeus táján — előtte, vagy gyakrabban mögötte — indulva ki, a vagina vasorum cervicalium-ig érő ívet ír le és onnan a sternocleido-mastoideus elülső széle mentén húzódik le a szegycsonthoz, ahol a tulajdonképeni thymus kiképződik a két oldalról jövő járat egyesüléséből. A *ductus thymopharyngeus* lefutása tipikus, állandó. A *ductus* rendszeren egészen vagy részben visszafejlődik, de kivételesen egész hosszában is persistálhat. (Ilyenkor jön létre a complett sipoly.) Leggyakrabban az alsó részek maradnak meg. Ezekből a járatrészekből fejlődnek ki a lateralis cysták, illetőleg sipolyok, melyek helyzete teljesen megfelel a *ductus thymopharyngeus* lefutásának. A sipoly fala többször többrétegű laphámmal fedett, de lehet csillószőrös hengerhám-béles is és keverten mind a két hámfajta is. A thymustelep a harmadik garattasakból ott indul ki, ahol ez a sinus cervicalis epitheljéhez szorosan odafekszik. Kétségtelenül ez epithel is résztvesz a thymustelep kiképzésében innen magyarázható a *ductus* csillószőrös és többrétegű laphámmal bélelt volta. A *ductus* is magával ragadhat epithelialis részeket a garatfalból, ebből magyarázható a nyálkamirigyek a *ductus* maradványok falában. Nagyon jellemző a falban a lymphoid elem, mely vagy mint finom hálózat, tele kerek sejtekkel, vagy nyiroktüszőkhöz hasonló alakban található. Ez a nyirokelemben gazdag volta a lateralis nyaki sipolyoknak szintén bizonyítja a thymussal való közeli rokonságukat. A nyak alsó felében előforduló sipolyok falában néha a Hassal-testekhez hasonló epithelsoportok is láthatók.

A lateralis pajzsmirigy-lebenyek keletkezésére *Born*, a reconstitúciós eljárás kiépítője vetett fényt, kimutatva, hogy ezek a negyedik garattasakból fejlődnek mint rövid, hamar eltűnő csatornák (*ductus thymopharyngeus*). A *ductus thymopharyngeus* analogiájára felvehető, hogy ezekből is keletkezhetnek lateralis sipolyok, bár *Wenglowski* 150 esetben állapította meg nyomtalan eltűnésüket. A sipoly belső nyílása ilyenkor a gégebemenettől lateralisán volna keresendő. A lateralis sipoly bármely életkorban keletkezhet, gyakrabban fordul elő az első életévekben, sokszor veleszületetten, különösen a complett sipoly.

Az elmondottakból látható, hogy a középső és oldalsó sipolyok közt mikroszkoppal sokszor lehetetlen határozott különbséget tenni, miként azt *Härtel* is hangsúlyozza. A mi esetünkben is, bár a lymphoid elem feltűnően nagy száma lateralis sipolyra engedne következtetni, ez alapon a diagnosis mégsem tehető meg, mert tagadhatatlanul megtaláljuk e szöveti képet középső sipolynál is, annyira, hogy pl. *Fredet* és *Chevassu*

a gömbsejtes beszűrődést minden veleszületett nyaki sipolyra jellemzőnek mondja. A sipolynak és a vele összefüggő kötegnak pontosan median fekvése és majdnem a nyelvcsontig követhető volta alapján azt mégis középsőnek kell tehát tartanunk. Ez esetben feltűnő a sipolynyílás szokatlanul mély, majdnem praesternalis fekvése. Az irodalomból alig néhány hasonló eset ismeretes (*Fredet és Chevassu, Launay, Marshall*), de ezek egyikében sem találták a sipolynyílást ennyire mélyen. A praesternalis nyílás ellentmond Chevassu azon állításának, hogy a középső cysták a sternum mögé süllyednek. Esetünkben a sipoly keletkezésére és mély fekvésére elfogadható a szerző feltevése, hogy az a hamar elágazódott tractus egyik ágával állhat összefüggésben, mely ág a rendesnél mélyebbre fejlődve, az isthmus előtt lehaladt.

A veleszületett nyaki sipolyok minden esetben csak radicalis mütéti úton gyógyíthatók sikeresen, ami középső sipolyoknál gyakran a nyelvcsont resectióját is szükségessé teszi (*Schlange*). Ezzel ellentétben a szerzett sipolyoknál conservatív kezeléssel is célt érünk. Ez az elvi különbség a kezelésben, magyarázza esetünkben az előző kezelések sikertelenségét.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület november 10-i ülése.

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

Bemutatók:

1. **Gál Félix:** a) *Két testvér pseudohermaphroditismusa.* Két testvér megjelenése, hangja férfias volt, a clitoris helyén 5–6 cm hosszú penis, alatta kicsiny nyílás jelezte a hüvelybemenetet, a hüvely 6 cm hosszú volt. Zsírszegény, nagy ajkak, diónyi méh, csökevényes, petefészkeknek megfelelő képletek. Egyik testvér menstruált, a másik nem. Psyche, nemi érzelmek nőiesek. Nemzőszerveik anomáliája miatt súlyos lelki depressiók. A két szeméremajak közti raphe felhasításával és a bőrnek a hüvelynyálkahártyához való öltésével vulvaképzés történt, a penist amputálták. Mindkét testvér bőven ujjnyi, funkcióképes hüvelyt nyert, az egyik később teherbe is esett.

b) *Termékenyítés alig felfedezhető hymenalis nyíláson át.* Két esetről referál, melyben alig felfedezhető hymennyílás mellett történt fogamzás s a hymen bemetszése után spontán szülés. Törvényszéki orvosi szempontból fontos, hogy immisio penis nélkül, rendkívül kicsiny nyíláson keresztül is jöhet létre fogamzás.

Bochkor Ádám: A szüzesség fogalmát az erkölcsi motívum figyelembevételével tartja kiegészítendőnek. A törvényszéki orvosnak kellő körültekintéssel és óvatossággal kell eljárnia a közösülés kérdésének a fórum előtt való felmerülésénél éppen a szűzhártya és a hüvelybemenet különböző viselkedése folytán.

Szili Jenő: Egy esetében a 29 éves primiparánál a vagina annyira el volt záródva, hogy az összenőtt kis- és nagyajkak között csak a sondával átjárható nyílás maradt és ez is az urethrába vezetett; a hüvelyt magát sondázni sehogysen sikerült, úgyhogy a már húsz órája folyamatban levő szülést kiviselt terhesség és élő magzat mellett sectio caesareával oldotta meg. Minthogy a lochia lefolyása nem lett volna biztosítva, totalexstirpációt végzett magzatostul. Élő magzat, síma reconvaletentia. Mütétnél a medence felől sem lehetett sondázni, úgyhogy teljes volt az elzáródás.

Másik esetben szülés közben látta a beteget, a koponya a gátat és a kicsiny nyílást feltűntető hyment erősen kidomborította. A hymen incisójára spontán szülés folyt le. Mindkét esetben bizonyos, hogy immisio penis nem történt, de nem is történhetett s a termékenyítés mégis bekövetkezett.

Tauffer Vilmos: Szili tagtárs első esetére vonatkozólag, hol hymen- és hüvely-stenosis miatt sectio caesareát, sőt a méh teljes kiirtását is végezte, megnyugtatót kíván, hogy miért nem használta fel második esetének elmondott tanulságát, melyet gyakornok korában a klinikán szerzett, amikor bevárva a szülés előrehaladását és az akadály ledomborítását, talán egyetlen késvágással utat nyithatott volna az élő magzat spontán megszületésének és az asszony megtartotta volna genitáliáit. Kéri a felvilágosítást, nehogy

azon látszat keletkezhessék, hogy a legsúlyosabb és életjelentőségű beavatkozások az Orvosegyesület színe előtt megjegyzés nélkül maradhatnak, ha azoknak javallata tudományos módon kellőleg megindokoltnak nem látszik.

Szili Jenő: Kiemeli, hogy a két eset már csak azért sem volt egyformán kezelhető, mert hiszen az egyikben teljesen normalis genitáliák és csak intact hymen volt jelen, tehát a szülés természetesen spontán bekövetkezhetett. Az először említett esetben azonban lobos eredésű hüvelyhegyesedés volt az elzáródás oka, amit a genitáliák körüli indurált oedema is bizonyított. Ez esetben majdnem 24 órai szülőtevékenység után a koponya még csak be sem illeszkedett a bemenetbe és a szülés magáraahagyatása esetén kiszámíthatatlan melléksérülések keletkezhettek volna a szülőcsatorna lágyrészeiben. Ezt a felelősséget vállalni nem merte és ezért oldotta meg az esetet fent leírt módon.

2. **Tóth István:** a) *Közel kiviselt méhenküüli terhesség.* „A pete, amikor a kürtben letelepszik, nemcsak ágyát veti meg, hanem saját sírját is megássá” — mondja Werth. — Ritkaság, hogy elérje az életképeség határát, még ha átesett is a petezsák megszakadásának veszélyén, s akkor is kivétel, ha idejében jut szakavatott kézbe, amelyik koporsójából kimentené. De vajjon érdemes-e az anya kockázatásával megvárni ezt az időt? A 2. sz. női klinika 42 esztendő nagy anyagából csak két esetben sikerült az érettséget elért, élő méhenküüli magzatot a világra hozni, az egyik összelapított koponyájával, hűdésekkel három hónapot élt, a másik, pes varusát kivéve, épen került ki s ma már 18 éves hajadon. A legtöbb méhenküüli magzat nyomorék, mert szabad fejlődésben akadályozott. Ennek illusztrálására mutat be előadó két példát:

37 éves uriasszony 16 éven át magtalan, egyszerre elmarad a hőszáma, ami után két hónappal súlyos beteg lesz s hashártyagyulladással, izzadmánnyal kezelik egyik intézetben. 4½ hónapra magzatmozgást érez s 7 hónapos terhes korában előadót keresi fel, aki méhenküüli terhességet ismer fel s mütétet ajánl. Az asszony mindenáron élő, életképes gyermeket kíván, bármi áron is. Előadó beleegyezik a várakozásba, azon feltétellel, ha a terhes nő klinikáján állandó felügyelet alatt marad. 3 heti teljes jólét után erős magzatmozgással kísért, különös fájdalmas érzés lepi meg az asszonyt s e megrázkódtatás ismétlődik. Előadó tartva a magzat elhalásától, a közel 8 hónapos terhesség mellett hasmetszést végez s az elég jól fejlett magzatot kiemelve, szörnyködve látja, hogy a leánymagzat mindkét alsó végtagja tőből hiányzik. Szerencsére 1 órával a mütét után meghal, előadó a magzat fokozott gondozását, élesztését nem engedte meg. Mily tragédia lett volna 16 évi házasság után fogamzani, s azután lábatlan magzatot nevelni fel! Az 1540 g súlyú, 33 cm fekerületű magzatnál rendellenesség is van, fejletlen az áll s a száj a legerélyesebb feszítésre sem nyílik meg jobban, csak kisujjnyira. A petezsákot a bal intraligamentum képezte, a lepény a méhfalon s főként a széles szalag elülső lemezén tapadt. A mütét kényes feladat volt, jobbról kiindulva esonkolták a meg nem tartható méhet s ezután kerültek az intraligamentumban tapadó lepény alá.

Epikrisis: Eredetileg isthmusos tubaris terhesség volt, a 3. hónap elején átrepedt a kürt s a pete az intraligamentumba jutva, ott fejlődött tovább, amniotikus kötegek fűzték le a lábakat s fejlődési zavar okozta az áll hiányos képződését.

Második esete: 33 éves egyszer szült nő terhes lesz; a 3. hónapban rosszul létek gyötrik, 3 hónapon át vérzik, 4½ hónapra magzatmozgást érez, később szülőfájásokhoz hasonló göresök kínozzák, orvosa méhenküüli terhességet állapít meg, ismételt szondázással különítve el az üres méhet. A klinikára 37° hőmérsékkel kerül a beteg, a has igen érzékeny, a jobbra helyezett méh mellett köldökig érő petezsákot találnak élő magzattal. Másnap hidegrázás, láz, a harmadik napon magas pulsus mellett láztalan, a negyedik napon heves görcsök, T: 39.4°, P: 136, puffadt has, collapsus, száraz nyelv. Hasmetszéskor hasürben vörhenyes, szennyes, hullabűzű savó, jobb oldalon nagy méh, balra az összenőtt belek határolta, köldökig érő petezsák. A méh s a környező belek hashártyája zöldes-barna lepedékekkel fedett. A petezsákból bő bűzös magzatvízben fekvő, 35 cm hosszú, sovány élő magzatot emelnek ki, fején a promontoriumtól eredő mély benyomat, rövidesen elhal.

A hasüri savóban a mikroszkop rendkívül sok

streptococculáncot mutat ki. Nyilvánvaló a méh felől jövő fertőzés, ezért a petezsákkal együtt kiirtják a méhet is s a hüvely felé drainezik a hasiürt. A lepény a Douglasban, a széles szalag hátsó lemezén s részben a mesenterium gyökén tapadt tubaris abortus után. A nagy méh belseje az endometritis diphtheritica képét mutatta, telve streptococculussal. A beteg 24 órával a műtét után meghal. Boncolásnál: septicus peritonitis.

Epikrisis: Ampullaris terhesség, abortus folytán a Douglas-ürbe jut a pete, hol tovább fejlődik s a magzat a 7. hóba jut, az ismételt sondázás folytán inficiálódik a méhür streptococculussal, innen terjed tovább. A septicus peritonitis közepette operált beteg megmenthető nem volt. A magzat tovább viselve nem lett volna életképes, a fejen levő mély horpadás okozta agy-nyomás folytán.

b) **Submucosus myoma műtete.** Amilyen egyszerű a myomás méh amputációja, avagy a kisebb-nagyobb submucosus myoma kihámozása a hüvelyen át, egyik-másik nagyobb myoma anatómiai kifejlődése nehéz helyzetet teremthet a műtőnek. A sok közül egy ilyet ír le: a méh nyaki részéből fejlődött, nagy gyermekfejnyi, homokóraalakú myoma lefelé teljesen kifejtette az elülső ajkát s részben kitágította a méhszájat, melynek csak hátulsó, sarlóalakú széle tapintható, kisebbik felével kitöltötte a kismenedecét, nagyobbik fele kinőtt a medencéből s magán hordva a nagy ökölnyi myomás méhtestet, a köldököt is meghaladta.

Alulról a medencét kitöltő tömeg darabolás után eltávolítható volna, de nem tudnák behúzni a medence fölött levő nagyobb részét s ezért hasmetszést végeznek; nehéz az előrejutás, mert a myoma úgy elöl, mint két oldalon magasán felemeli a hashártyát s teljesen szétfejt a széles szalag lemezeit; lekötik a lig. inf. pelvicumot, rotundumot, de az art. uterinához hozzáférni nem lehet, míg a nagy submucosus myoma nincs kihámozva, ezért hátul az egész daganaton át nyírányú metszést ejtve bejutnak a méhürbe, ennek elülső falát is bemetszve a nagy myomagóc tokjába jutnak s iparkodnak ebből kihámozni. A mélyből csak úgy tudják kiemelni a medencébe ékelte részt, hogy előbb sagittalis cikkeket vágtak ki a daganatból, azután a hüvely felől is segítve, enucleálható az egész, több mint 2 kg súlyú submucosus myoma. A két vérző art. uterinát sikerül a méhnyak összeesésével lezorítani. Még mindig komplikált a helyzet, az elülfekvő, mélyen a medencébe lenyúló myoma ágját a hátrább fekvő méhürtől a daganat vastag tokja választja el, ezt nyírányban mélyen kettészelik, majd lemetszik s a daganat ágját elvarrják s miután a kitárt méhfalat csonkolták, a szeleket a hüvely felé befördítve harántirányban összevarrják, felette egyesítik a hashártyát. Zavartalan gyógyulás.

Bárony János: Véleménye szerint primaer abdominalis terhesség nincs. Az abdominalis terhességek rendszerint secundaer tubaris terhességből, a tubafal repedése útján jönnek létre. Ez történhetik úgy, hogy a fallal együtt megreped a magzatburok is s akkor, ha a foetus életben marad és tovább fejlődik, a tokját a környezete, a belek, a hashártya, a cseplesz fogja alkotni, vagy pedig úgy, hogy a repedt tuba falán át burkaival együtt lassankint nő ki a foetus, ekkor, mint normalis terhességnél, magzatvízben fekszik. Az első esetben a magzat nyomorék lesz, az utóbbiban ép. Az első esetben a magzatmozgások fájdalmasak lesznek. A terhesség zavartalan vagy fájdalom voltából lehet következtetni az extrauterin hasi terhesség minőségére. A nyomorékul fejlődő magzattért nincs értelme a várakozással bizonytalan sorsban hagyni az asszonyt, helyén van a minél előbb való operatio. A vízben növekedő magzattért lehet várni a műtéttel, míg a magzat a méhen kívüli életre alkalmasává válik.

A másik megjegyzése bemutatón az azon kijelentésére vonatkozik, hogy nem engedte éleszteni a kiooperált, hibás fejlődésű magzatot. Kérdés, hogy ilyen ítéltetésre van-e nekünk jogunk. Ősmert nyomorékot, akinek mindkét karja hiányzott s a lábaival írt és zongorázott. A háborúból többen kerültek ki karok vagy lábak hiányával. Évek előtt egy oligohydramnióból származott magzat született a felügyelete alatt a magángyakorlatban, kinek úgy a felső, mint az alsó végtagjai nyomorékok voltak, ő bizony, bár észrevette, hogy nem találkozik a család tetszésével, mégis élesztette. Kényes dolog a magzat élete felett való ilyen ítéltetés, melyre a különböző orvos subjectiv judiciumának különböző módon határozó befolyása lehet. A

bemutató az élesztést beszüntető tilalmat bizonyára a legjobb meggyőződéséből merített socialis indicatióból adta ki.

Taufer Vilmos: Azon kérdésre, hogy mennyiben használható fel a fájdalomosság arra, hogy a magzat érdekében várakozhatunk-e a műtét beavatkozással, két anatómiai körülményt tart figyelembe veendőnek, melyeknek jelenlétében a fájdalmak aránylag kisebbek. Az egyik az intraligamentás kifejlődés, amikor a pete jól kiképzett ágyban fekszik és a hasi szerveket kevésbé insultálja; a másik az az eset, mikor a hasürben fejlődő petének burkai épek maradtak, vagy legalább az amnion épen maradt. Ilyenkor még többkevesebb magzatvíz veszi körül a magzatot és a hasi szervek védve vannak. Más kérdés az, vajjon a magzat teste is védve van-e kellőleg a difformáló nyomás ellen; saját tapasztalata ellene szól, mert még az élve világrahozott magzatok koponyája is legtöbbször elferdült.

Földes Miklós: Két hó óta férjes asszonynál coitus után apró görcsök, hányás lépnek fel. Nőgyógyász hátrafixált méhet talál és a panaszokat appendicitisre vonatkoztatja; a reggeli hányások, más, appendicitisre jellemző tünetek hiánya extrauterin grav. gyanuját kelti. Kórházban a beteg belső genitális vizsgálat után belső elvörösés tüneteit köztexitál. — *Multipara* mensese elmaradása miatt nőgyógyászhoz fordul, aki 10 nap alatt 3 jód-injectiót ad. Az injectio után görcsök lépnek fel, de vérzés nem indul meg; méhkaparás. Vérzés most sem indul meg, görcsök, két hét után ájulás, szívgyengeség, erős darabos vérzés. Még ekkor sem ismerik fel az extrauterin grav.-t és enteralis infectiónak tartják. Műtét tubaris abortust derít ki. Az extrauterin graviditást gyakorisága dacára azért nem diagnostizálják idejében, mert nem gondolnak rá.

Scipiades Elemér: Bemutató első esetének pendantját operálta; a myoma három ujjal a köldök alá ért, intravaginalis kifejlődéssel a portio hátsó ajkából és a cervix hátsó falából indult ki subperitonealisan. Az eset megoldására a hüvelyi utat választotta s a daganatot splanchnicus, parasacral anaesthesiában, morcellement útján enucleálta. A kihámozás után óriási tasak maradt, a méhet benthagyni nem lehetett. Mint-hogy a cervix mellső falát a daganat papírvékonyra ellapította, ott a hólyag megközelítése veszélyesnek látszott, azért sagittalis metszést végzett a daganat ágjának hátsó falán, kibuktatta a méhet és exstirpálta. A beteg zavartalanul gyógyult.

A kiviselt méhen kívüli terhességnél rámutat Lichtenstein elméletére, amely alkalmas eldönteni azt, hogy mikor viseltessük ki az élő magzattal előrehaladott méhen kívüli terhességet. Lichtenstein arra keresett feleletet, hogy miért szakad a méhen kívüli terhesség egyszer kürtrepedéssel, máskor tubaris abortussal félbe s mi az oka annak, hogy egyes esetekben a méhen kívüli terhesség kiviseltetik. Az ilyen terhességek sorsa elsősorban attól függ, hogy a tubának, illetőleg ovariumnak csúcsa, aequatorum vagy alapja felé telepszik-e le a pete s hogy a chorion frondosum centripetalisan vagy centrifugalisan növekszik-e. A centripetalis placentaifejlődés tubaris abortushoz vezet, a centrifugalisnál az akotrop és az aequatoriotrop tapadás esetén tubaruptura következik be. A tovább-, illetőleg kivisel-tetés csak a pete basiotrop tapadása, a lepény centripetalis fejlődése esetén lehetséges.

Azon méhen kívüli terhességek kiviselését, melyek túl jutottak a terhesség második felén, meg lehet kíséreni, mert basiotrop tapadván a lepény, a terhesség félbeszakadása nem fenyeget.

Az esetek nagy részében azonban eltorzult magzatok születnek. Sérteflen intraligamentaris terhesség esetében ez elkerülhető. Az intraligamentaris terhesség felismerésére szóló 12 év előtt egy hármastünet-complexumot ajánlott, mely három esetben kitünően bevált, s amelynek értékeségét az irodalom is elismerte.

Azt ajánlja, hogy azon méhen kívüli terhességeket, amelyek az anyának minden panaszja és katasztrófája nélkül a terhesség második felébe átjutottak s amelyeknél az általa jártott tünetek alapján szabad intraligamentaris terhességet állapítunk meg élő magzattal, kivisel-tethetők.

Tóth István: A Lichtenstein-féle elméletet nem fogadja el, szerinte minél közelebb tapad a pete a kürt hasi végéhez, annál alkalmasabb tubaris abortusra, minél távolabb, annál valószínűbb a kürt megrepedése: interstitialis — isthmus — terhesség repedéssel végződik,

az ampullaris, tubaris abortussal. A repedésnél nem a falzat feszítettése, hanem a chorionbolyhok okozta usuratio játssza a főszerepet, így látni lencsényi usuratióból is halálos elvérzést.

A méhen kívül fészkelő pete tovább fejlődhetik mint tubaris terhesség a széles szalag lemezei között, ugyancsak ide juthat, mint Tauffer elmondta, ha a kürtnek az intraligamentum felé eső fala szakadt át s itt fejlődik tovább. De tubaris abortus folytán a továbbodott trophoblasttal is megtapadhat a pete a Douglasban, a beleken, sőt még a lépen is és mint secundaer abdominalis terhesség elérheti az érettség határát. Biztosabban fejlődik ki a magzat ampullaris implantationál, amikor is minden előző attaque nélkül az ampullában s környékén fejlődő lepény mellett a magzat burkaiban szabadon nő a hasür felé s magasabb érettségi fokot érhet el. Ezek ép burookban fejlődve szenvednek legkevésbé.

Általában nem lehet számítani a magzat életére, épségére s miután még a terhesség 6–7-ik hónapjában is megrepedhet a petezsák, okosabb azt előbb megoperálni. Kivételes volt esetében is a várakozás s nem is érte el célját. Bársony tanár helyesnek találja még a nyomorék magzat élesztését is, bemutatott nem tudott e különben orvosilag realis álláspontra helyezkedni. Nem pusztítja el a nyomorék gyermeket, erre nincs joga, de nem is segíti életbenmaradásában. Úgy véli, az orvos néha lehet olyan helyzetben, amikor törvényt túltéve magát, legjobb belátása szerint cselekszik, e cselekedete nem elítélésre, hanem embertársainak hálijára méltó.

3. Kovács Ferenc: a) *Petefészkek strumás daganata:* 33 éves nőnél öröklött kiscokú struma van jelen, 10 év előtt Basedow. Felvételre vérzéses panaszok miatt kerül. Nagyobb méh mellett baloldali, lúdtójásnyi petefészkek-daganat. Laparotomia. A myomás méhet a daganattal együtt eltávolítják, mely úgy makroszkopice, mint szöveti szerkezetében typosos colloid strumának felel meg. Pajzsmirigyszöveten kívül csupán kevés ovariumsövetmaradvány van a képletben. Malignitás nincs. A diagnosishoz a vegyi reakciókat is felhasználják. A colloid összes makro- és mikrochemiai reakciói pajzsmirigy mellett és kystoma ellen szóltak. Jódot biztosan kimutatni nem sikerült, de ez a pajzsmirigy jód tartalmának állandótlansága miatt nem lényeges. Pseudomucin-reactio negativ. Érdekes, hogy a műtét óta a betegnek Basedow-tünetei nincsenek. Az eset értelmezhető 1. mint áttétel, 2. mint oly teratoma, melyben a pajzsmirigyszövet elnyomta a többi csirlevezsármazékot, 3. mint oly teratoma, melyben csak a pajzsmirigy telepe volt meg.

Érdekes az eset még a kidomborodó daganatos dispositio szempontjából is: hyperplasia van jelen a strumában és a méh metritikus túltengésében, valódi daganat a méh myomogócaiban és a petefészkek-daganatban; végül a méhben ülő, mandulányi nyálkahártya-polypus a szöveti vizsgálatnál sarcomának bizonyul. Lehetséges, hogy e daganatos dispositiót a szervezet sejtjeinek a pajzsmirigy dysfunctioja folytán fennálló tartós toxikus izgalma teremtette meg.

b) *Áttételes petefészkek.* (Két eset.) Egyik egy Krukenberg-féle carcinoma a petefészkekben, peritonealis és nyirokmirigy-disseminációval, 26 éves nőnél; a másik kétoldali, mobilis, síma felszínű, szabad fibrocarcinoma, mely esetben négy hónap előtt hasonló szöveti szerkezetű gyomorcarcinoma miatt gyomorresecció történt. Jelen műtétnél a méhet az adnexumokkal együtt távolítják el: a méhizomzat, tubák és a parametriumok nyirokutai tele vannak a Frankl-féle endolymphaticus carcinomagóccokkal. A tápasatorna rákjainál a műtét indicatio mindig a petefészkek vizsgálati leletének egybevetésével állíttassék fel s viszont, malignitásra gyanús petefészkek-daganatnál a gynaekologiai leletet ki kell egészíteni a tápasatorna gondos vizsgálatával. Az endolymphaticus góccok jelenléte minél kiterjesztettebb méhkiirtást tesz szükségessé. (Vetítés.)

Scipiades Elemér: Szintén távolított el ovarialis strumát egy 62 éves, sok év óta amenorrhoeás egyénből, akinél óriási ascites mellett végzett próbapaparotomiát. A daganattal összetapadt bél mesenteriumában is talált egy mandulányi áttételt, melyet radicalisan tudott kiirtani. Sokat lehetne ezen érdekes daganatról beszélni, csak annyit emel ki, hogy e képződmények a teratoid daganatok dermoid és teratoma csoportjai között a közepén állanak. Egyszer jó, máskor rossz természetűek. Esete a rossz természetűek közé tartozott.

Mert e daganatok rossz természetűek is lehetnek, felismerésük műtét alatt is nehéz, kérdés, nem követünk-e el hibát, ha operálásuk kapcsán a méhet s a másik oldali petefészket nem vesszük ki, mint az a rossz természetű petefészkek-daganatok kapcsán elő van írva. Nem követünk el hibát, mert az ilyen daganatok két ovariumban párosan sohasem képződnek.

Előadás:

Haba Antal: *A saját vér visszaömlésztésének eredményei.* A II. sz. női klinikán méhen kívüli terhességnél, tubarupturánál, súlyos belső vérzéssel a hasürből kimert vér reinfusiójával elért eredményekről számol be. 1920 január 1-től a mai napig 100 esetben nyitották meg a hasat méhen kívüli terhesség miatt. Ezek közül 58 abortus tubaris és 42 tubaruptura volt. Tizenhat esetben végezték el a vér visszaömlésztést. Három beteget moribund állapotban, ötöt pulsus nélkül szállítottak a klinikára. A hasürből kimert és visszaömlésztett tiszta vér több esetben 300–800, négy esetben 900, két esetben 1100 és három esetben 1200 cm³-t tett ki. A betegek, egynek kivételével, kit in ultimis, hűvös vétagokkal szállították az intézetbe, mind meggyógyultak. A vér visszaömlésztést az operált betegek jól tűrték. Káros mellékhatásokat, láz, hidegrázás, haemoglobinuria, icterus, mint amilyenekről Bröse, Opitz, Zweifel, Amin tettek említést, nem látott. Bár esetei egy részében talán elegendő lett volna az eddig is szokásban volt konyhasós infusio, nem szabadulhat attól az érzéstől, hogy a betegek egy része életét a vér visszaömlésztésének köszönhette. A hatás csak úgy magyarázható, mint azt a vizsgálatok is mutatják, s amit a klinikai észleletek csak megerősítenek, hogy a visszaömlésztett vérben élő, tehát gázcsere lebonyolítására alkalmas erythrociták vannak.

A vért előadó is natriumcitratral keveri és nyolcszoros gazerőtegen szűri át, mielőtt visszaömlésztene. A natriumcitrat mennyisége oly kevés, hogy mint ártalom szóba sem jöhet. Akkor is elegendő volt 2%-os natriumcitrat-oldatból 100 cm³ hozzáadása, amikor a kimert vér 1000–1200 cm³-t tett ki. A vért kellőleg temperálja és 3:1 arányban physiologiás konyhasó-oldattal hígítja és a kikészített kar gyűjtőerébe ömlészteti vissza 100 cm³-es fémdugattyús fecskendővel. A műtét végére a visszaömlésztéssel is elkészül.

Eredményei alapján, nem régi és nem fertőzött esetekben (láz) végezve a vér visszaömlésztést, ártalmatlannak és súlyosan kivérzett esetekben egyenesen életmentő hatásúnak tartja.

Lovrich József: Nem látja minden veszedelem nélkül valónak a saját vér visszaömlésztését a vizserekbe. A vér a legjobb táptalaja a bakteriumoknak, gyorsan bomlik, hamar fertőzik. Az egyszerű szűrés gázszűrőn át nem elegendő. Erre a célra kitünően lenne alkalmazható a porcellánszűrő, ha az maga is hibátlan és steril (Pasteur-gyertya). Ezért más módszerhez, a haemoklysmához folyamodott nagy és acut vérszegénységű. A hasból felfogott vért, vagy a placentából, köldökzsinórból nyert vért alkalmazza 1:3 arányban Locke-oldatban, melyhez adrenalin is ad. Ha a kivérzés, melynek foka egyenként változik, még nem ért el halálos magaslato, a Katzenstein-eljárást használja meglepő jó eredménnyel, a friss tubaris rupturáknál akár naponta többször is 1–1 liter haemoklysmát adva.

Bársony János: A vérinfúziókat a gyermekágyi láz és a pubertásos vérzések ellene már évtizedek óta alkalmazza. Az előadó szépen összeállított előadása tulajdonképpen nagyban és egészben a dícsérete a sajátvér-reinfúziókat. A hátrányait vagy veszélyeit alig hogy felemlítette. A vértransfusio a sebészeknél s a reinfusio a gynaekologusoknál nagyon emlegetett therapiás tétel. Felszólaló figyelemmel kíséri a vértherapiá mindkét módjának az irodalmát. A transfúziót például a sebészek naponta csinálják és jóformán naponta dícsérik, pedig annak a *Zimmermann*-féle 576 esetre vonatkozó statisztika szerint közel 5% a halálozása. A transfúzióra nézve megoszlanak a vélemények. A reinfúziót *Thiess* ajánlotta 1914-ben. Három követelményt állított fel, hogy t. i. a vér csiramentes legyen, alvadék ne legyen benne és hogy a vérésejtek épek legyenek. Az infusio módja: Kikanalizása a vérnek a hasból, 8-szoros, szükségűzésű gaze-n való átszűrése, 2:3-hoz arányban való felhígítása physiologiás konyhasó-oldattal s azután a beömlésztés a kar vagy a cseplés egyik venájába. Szóló nem tudja elhinni, hogy ennyi manipulatio után a vörösvérsejt még az oxyd-

lás eszközlésére épségben maradjon. A vörösvérsejt igen sérülékeny és a nem isotonias oldat is bénítja. *Stich* szerint a teljes értékű vér kell, hogy lélegezzék (muss athmen). Az erekből kifolyt vér már a saját organismusra is valamennyire idegen. *Zimmermann* egy reinfusió hirtelen és egy 42 órára bekövetkezett halált közölt, *Schweitzer* nyole napra az infusio után vesztett el egy beteget haemoglobinuriával. Több haláleset is van leírva az irodalomban. A leírt tünetei az infusiónak: cyanosis, dyspnoë, görcsök a mellkasban, hányás, haemoglobinuria, oliguria, icterus, somnolentia. Ezek fellépnek az alvadás ellen natriumcitratral bebiztosított vér infusiójára is. Ma a natriumcitrat használata általános. *Thiess* szerint minden haláleset a citratos vérre következett be. Annyi bizonyos, hogy aki gyakran csinálja a reinfusiót, annak sokkal jobbak lesznek az eredményei, mint aki megválogatja jól a nehéz eseteket. A legerősebbnek látszó belső vérzés ellenére is az edények lekötésére igen hamar szokott a pulsus emelkedni. Csak az a kérdés, hogy az oxydatio eszközlésére maradt-e vörösvérsejt elég. A vérkeringés fenntartására t. i. a szív munkaképességén kívül kell egy bizonyos mennyiségű folyadék, amely az edényfalakat kitöltse, mintegy megfeszítse és elengedhetetlenül szükségesek az élelytkötő vörösvérsejtek. Szóla a klinikáján adrenalinus Locke-oldattal szűkíti az edények lumenét a szív munkájának a megkönnyítésére. A vér visszajuttatására pedig *Lovrich* tanárral tart. A haemoklysis nem veszedelmes s a folyadékszaporitáson kívül, mint az erőkötő fejlesztő tápcsőre is, a beteg segítségére van. A vele szemben hirtelen halált is provokáló reinfusio iránt eddig legalább még nincsen áthangolva, hiszen az extrauterin graviditások statisztikáját tekintve, a tisztán elvérzéses halál a klinikai gyakorlatban tulajdonképpen ritka.

Borszék Károly: Nem vonja kétségbe súlyos acut anaemiák esetében a sajátvér-átömlesztés életmentő hatását, de előadó által felemlített azon sebészeti indicatio ellen emel szót, amely szerint gyomor-átfűródás okozta vérzéseknél is alkalmazható lenne. A sebészeti gyakorlatban csak a hasüri szervek nyílt vagy fedett sérülései esetében fellépő heveny vérszegénység eseteiben kerülhet szóba; a nyílt sérülések, legyenek azok akár szúrásai, akár lövései sérülések, nem olyanok, amelyeknél a hasürben meggyülemlett vér biztosan steril; ilyenek csak a bőr alatti máj- és lép-sérülések utáni vért lehet tartani, ezeknél a sajátvér-átömlesztést meg lehet csinálni. Óva int a gyomor- vagy bélátfűródások következtében a hasürben meggyülemlett vér befecskendezésétől.

Frigyesi József: A haemotherapiát visszaömlésztés, átömlesztés, izomzatba való befecskendezés és haemoklysis alakjában alkalmazza.

A hasürből kimerített vért méhenkivüli terhesség legsúlyosabb eseteiben ömlészteti a beteg viszerébe vissza; hatása ez esetekben életmentő volt. Csak friss és nem fertőzött vért használ fel. A leírt káros mellékhatások miatt csak a legsúlyosabb esetekben, 93 méhenkivüli terhesség közül hat esetben végezte a visszaömlésztést.

Más okból fenyegető vérzés esetén más egyén vért ömlésztí át. Lehetőleg közeli vérrokon vért veszi igénybe, de gyakran vesz idegen terhes vért is. Ha van idő, meg kell a vért vizsgálni haemolysin és agglutininekre, így elkerülhető az esetleges haemolizáló hatás veszedelme. Ezt a *Nürnberg*-féle „három csepp”, vagy az amerikai módszerrel néhány perc alatt meg lehet állapítani. Ha ilyen vizsgálat nem végezhető, úgy az első 10–15 cm³ vért lassan kell átömlesztetni és előbb figyelni kell, nem jelentkeznék-e az ismert kellemetlen tünetek. Az átömlesztett vér nemesak mint folyadék, vagy mint vérnyomást fokozó tényező szerepel, hanem mint a vércépző szervek hatalmas ingere. Ezért ad néha kis mennyiségű vért többször, vérszegény nők valamely elkerülhetetlen műtéthez való előkészítésére, erősítésére. Jó eredményt lát ez adagolástól fiatal leányok menorrhagiája esetében is. A haemoklysmát a reconvalescenceknél alkalmazza. A vörösvértettek egyike a szervezet legellenállóbb sejtjeinek, megfelelően conservált vörösvértettek még négy hét múlva is tudnak oxygént felvenni.

Johan Béla: Megemlíti, hogy a vér, illetve vérsavó önmagában nem a legjobb táptalaj minden bakterium számára, sőt egyes bakteriumok tisztá vérsavóban nem is fejlődnek. Megemlíti észleleteit, melyek arra vonatkoznak, hogy vörösvérsejtek 24 óra múlva még lélegzenek és szől észleleteiről, amelyek lovakba

visszainfundált vér sorsára vonatkoznak. A kiömlött vér egy része folyékony állapotban marad. Úgy gondolja, hogy veszély nem származik abból, ha ezt a folyékonyan maradt vért citrát nélkül feecskendezi vissza a betegbe.

Bálint Rezső: A reinfusióra észlelt jó hatást inkább a vérnyomás fokozódásának, mint a vérnek tulajdonítja. Kipróbálásra ajánlja colloidalis folyadékoknak (gummioldat) Locke-oldatban való adagolását.

Tóth István: Felesleges, hogy reflectáljon azon aggályokra, amit a hozzászólók egy része az idegen vér transfusióját illetően tett, mert a beteg tulajdon véreinek átömlesztéséről van szó.

35 évi tapasztalat alapján mondja, hogy hasonlíthatatlanul jobb a beteg állapota a vér reinfusiója után, mint azoké, akik csak konyhasóoldatot kaptak. Ez több, mint minden elméleti okoskodás. Jól tudja, hogy a petezsák repedése okozta belső vérzésnél nemcsak a vérvesztés, hanem a peritonealis shock is szerepet játszik s a súlyos attaque vérpótlás nélkül is javulhat, ahol azonban 500–1200 g híg vért mernek ki a hasüregről — nem is szólva az alvadt vérről —, ott az elvesztett vérték pótlása nagyon kívánatos. *Lovrich* azt mondja, nem bakteriummentes a felfogott vér. Miért? Nem pár napos vérről van szó, hanem a tiszta hasürbe jutott pár órás friss vérről, ez csak sterilis! Hogy ezek nem lennének „légző” vérsejtek többé! Miért? Kísérleti adatok bizonyítják, amint azt *Johan* is megemlíti, hogy a vérsejtek megfelelő környezetben 24 és több óra múlva is még képesek az élely felvételére. A vérnek a végbélbe öntése egyszerű tápcsőre s ez sem a javából, mivel a vastagbél alig képes fehérje felszívására, pláne, ha még adrenalinál is szűkítik a capillariseket.

Tessék megnézni, milyen állapotban van pár órával a vérátömlesztés után a már halálra vált asszony: aca kipirul, előbb halvány ajkai színesnek, légzése nyugodt, pulsusa 100 alatt, erőteljes, a beteg élénk, teste melegen párolog. Hozzászóló nem egy ilyen kivértett beteget látott 5–6 órával a reinfusio után, aki bepezségőzt ember benyomását tette, amíg a konyhasós infusióval életbentartott beteg nem ritkán még a 2–3-ik napon is élet és halál között lebeg, küszködik a szívgyöngössel, légszomjjal.

Klinikáján 16 esetben a sajátvér-átömlesztések káros hatását nem észlelték, alkalmazását az acut anaemia leküzdésében nagy nyereségnek, nem egyszer életmentőnek látja.

Haba Antal: Előadó köszöni a hozzászólásokat, melyekre *Tóth* tanár már felelt. Az előfordulható ártalmaknak tudatában volt, ezért újból csak azt hangsúlyozza, hogy csak friss és nem fertőzött esetekben szabad azt elvégezni. Régi folyamatoknál nincs is szükség reá, mert a beteg nincs közvetlen életveszedelemben.

A Közkórházi Orvostársulatnak nov. 7-i ülése.

Elnök: **Boytha József.**

Jegyző: **Torday Árpád.**

Bemutatók: 1. **Wolff Károly:** Különösebb aorta-aneurysma átfűródása folytán bekövetkezett hirtelen halál esete. Egy 39 éves, erőteljes férfi hirtelen rosszul lett és meghalt. Boncolásnál a jobb és bal aortabilentyúk találkozási helye felett 2 cm-rel egy szőlőbogyónyi, még intrapericardialis elhelyezett aneurysma találtatott, ami 3 mm hosszúságban megrepedt és a szívburokba beszívargó $\frac{3}{4}$ liter vér tamponálta a szívet. Az aorta lueses elváltozást mutatott.

2. **Fratrits Jenő:** Kétoldali torsió cista graviditás mellett. A mozgatható petefészekdaganatok 10–20%-ában lép fel kocsányesavarodás. A 23 éves nullipara, 3 hónapos gravidánál a baloldali újszülöttfőnyi tuboovariális cista $\frac{3}{2}$ -szer, a jobboldali tyúktőjánsyi ovarialis cista $\frac{1}{2}$ -szer volt kocsány körül megasavarodva. Műtét utáni 12-ik napon megmaradt terhességgel, gyógyultan távozott. Terhesség és petefészekdaganat esetén műtét után csak 10%-ban szakad meg a terhesség. Mindenképen operálni kell.

Molnár István: *Frigyesy* osztályán három év alatt hét ízben végeztek laparotomiát cista + graviditással diagnosissal, kétszer kocsányesavarodott cystát, ötször kocsányos cystát találtak. A terhességet mindenkor sikerült megőrizni. Ha lehet, pararectalis incisóval hatolnak be, a tumor kiindulási oldalának meg-

felelően. Az utókezelés folyamán, a bemutatótól eltérőleg, novatropint nem adnak.

3. **Chrapek Edgar:** *Subcutan bélrüptura gyógyult esete.* A férfibeteg öt órával beszállítása előtt súlyos sérülést szenvedett oly módon, hogy kocsiirúd baloldali hasfalának ütődött, miközben törzse egy másik kocsi oldalához nyomódott. A „puffer“-sérüléstől eszméletét veszítette. Műtétkor a bal rectushüvely megnyitásakor myorrhaxisból származó haematoma, peritoneumszakadás nélkül. Peritoneum megnyitásakor hamar megtalálja a jejunum alsó szakaszában üllő sérülést, mely bélmelletti mesoszakadás, ehhez közel fillérnyi perforatio és u. e. segmentumban serosa-repedés volt, a fél bélkörletre kiterjedőleg. *Doyen* módszere szerint bélresectio történt, oldal-oldal-anastomossal helyreállítva a passage.

4. **Ilk Viktor:** *Trauma folytán megrepedt ovarialis cysta esete.* M. E. 24 éves nőbeteg, ki ovarialis cystájának létezéséről nem tudott, okt. 10-én a Gellért-hegyen emeletnyi magasságról lezuhant. A baleset után 3 $\frac{1}{2}$ órával megejtett laparotomiánál zsigeri sérülés nem találtatott, csak egy jó liternyi barnás-vöröses folyadék, melynek eredési helyéül jobboldali gyermekfejnyi intraligamentosus ovarialis cysta találtatott, amely a méh felé eső oldalán öt ujjat befogadó terjedelemben megrepedt. Szabályos cystektomia után gyógyulás. A biztos diagnosis felállításának nehézségét hangsúlyozza hiányzó anamnestikus adatok mellett.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A lecithin alkalmazása bizonyos serum-elváltozások kimutatására, különös tekintettel a tuberculosisra. *Sachs és Klopstock.* (D. m. W. 1923, 41. sz.)

A serum fehérjéinek kicsapódásra való készsége sok betegségben kórosan fokozódik; luesnél fennálló eme labilitásra van alapozva a Sachs-Georgi-féle reactio. Ennek példáján a szerzők most tuberculosisnál próbálkoznak a labilitási készség kihasználásával egy új reactióval.

A gyanus vérsavót lecithin-emulsióval hozzák össze, melyhez calciumchlorid híg oldatának lecsökkenő mennyiségét adják. Ez utóbbi só már régebbi tapasztalatok szerint elősegíti a serum-fehérjék kicsapódását. A kísérleti eredmények azt mutatják, hogy míg Wassermann-positív, nem tuberculosisos kontroll-savók csakis nagyobb mennyiségű CaCl₂ jelenlétében adnak pozitív reactiót, addig tbc-savó, amely Wassermann-negatív, minimális CaCl₂ jelenlétében is pozitív reactiót ad. CaCl₂ hiánya esetén a tbc-s savó reactiója is negatív.

Az új reactiót eddig 875 esetben próbálták ki. Tbc-s egyének 48-90%-ban adott pozitív reactiót. Hogy e százalék nem nagyobb, azt a szerzők abban keresik, hogy activ és inactiv tbc-t külön nem választva végezték el a reactiót, holott fokozott kicsapódási készségeit activ esetben várhatunk csak.

Kiss József dr.

Kenyér mint tápszer. *Neumann.* (Klin. Wochenschr. 1923, 40. sz.)

A kenyérral a szükséges napi fehérje 40%-át, a szükséges caloria-mennyiség 54%-át fedezhetjük. A kenyérjében gazdagabb, jobban kiőrölt liszték tápértéke voltaképpen mégsem nagyobb, mert a fehérjetöbblet oly sejtkebe van bezárva, amelyek az emberi emésztés számára nem hozzáférhetők. A fekete kenyér nagyobb mennyiségű titrálható savat tartalmaz, ami érzékeny egyéneknek gyomorégést, gyomornyomást, felbőgést stb. okozhat. A durvább lisztből készült kenyér kihasználása meglehetősen tökéletlen. A nagyobb vitamintartalom, amit ezen kenyérfajták javára írnak, nincs meg a valóságban, helyesebben ezen liszt-fajta vitamintartalma nem nagyobb a fehérliszténél, mert a vitamint tartalmazó részek legtöbbször a fehér lisztbe is bele van örölve. Hogy a többi táplálékok vitaminja fontosabb, mint a kenyéré, azt a franciák, olaszok és svájciak példája mutatja, akik csak „vitaminban szegény“ fehér kenyeret esznek, minden ártalom nélkül.

Kiss József dr.

A reggeli hatása az emésztőszervekre. *Kestner és Warburg.* (Klin. Woch. 1923, 39. sz.)

A három legközönségesebb reggeli: a tea, a kávé és a kakaó alkaloidtartalma oly csekély, hogy ez nem okozhatja azon üdítő érzést, ami ezen cikkek elfogyasztásával jelentkezik. Mindhárom anyag azonban erőlyes gyomorredvelválasztást indít meg s így a vér reactiójában eltolódást hozva létre, felrívülést okoz és a kifáradás ellen hat. Legkevesebb gyomorredvet secernál a tea, legtöbbet a kakaó. A hatóanyag nem a coffein és a theobromin, mert a tea, kávé, illetőleg kakaó alkaloida-concentrációjának megfelelő coffein- és theobromin-oldat jóval kevesebb

gyomorredvet produkál, mint az illető tea-, kávé- vagy kakaó-főzet. Valószínűleg bizonyos pörköldési anyagok tartják fenn a savválasztást. Erre utal az is, hogy a pótkávé is ki tud üdítő hatást fejteni. A gyomorbanmaradási ideje is leghosszabb a kakaónak, legrövidebb a teának. Megfelel ennek az a régi észlelet, hogy egy csésze kakaó hosszú időre elveheti valakinek étvágyát. Minél zsírosabb a kakaó, annál tovább időzik a gyomorban.

Kiss József dr.

Professionista véradozók utóvizsgálata. *Giffin és Haines.* (Journ. of Am. Med. Ass. 1923, 7. sz.)

A Mayo-klinikán 1000 professionista véradozó van anyakönyvezve, akik közül 200, mint activ adakozó, hívásra azonnal rendelkezésre áll. Ezek közül 84-et figyeltek meg hosszabb időn keresztül azon célból, hogy ismételt vérvesztéseknek hatását tanulmányozzák. A transfúzióra vett vér mennyisége minden esetben 500 cm³ volt. Az adakozók egyike 32 ízben adott vért, átlag hatheti időközben; egy másik egy év alatt tizenegyszer, sőt van olyan, aki nyolc hó alatt 11 ízben adakozott, tehát átlag háromheti időközben. Az adakozók közül 84-et pontos utóvizsgálathoz vetették alá. Ezek közül 36 az adakozás alatt gyarapodott súlyában, 32 súlyban változatlan, 5 soványabb lett. Azon csoport egyedei, kik súlyban gyarapodtak, átlag 11 ízben adtak vért, átlagban a nők 19 fontot, a férfiak 16 fontot gyarapodtak. Ebből a számításból kihagytak egy embert, aki 24 adagolás után 60 fontot hízott. Csak két esetben észleltek tíz fontnál nagyobb súlyvesztést. Az adakozók étvágya bemonásuk szerint javult. Általános állapota egyiknek sem rosszabbodott, sőt 23 spontán ügy nyilatkozott, hogy amióta vért ad, sokkal jobban érzi magát, 49 nem velt észre semmi változást egészségi állapotán. Meglepő, hogy egyik sem panaszkodott egészségi állapotának gyengüléséről. A vérszétszámlálás, haemoglobinindex az adakozás előtt és után mutatja, hogy a vérképben semmiféle jelentős változás nem áll be a vérvesztés után, csupán a nők egy részében figyeltek meg enyhébb anaemiát. A plasma-volumen viszonyítva a vérszétszámlához (Keith szerint meghatározva) sem mutatott lényegesebb változást. Hét adakozónak a vérvesztések előtt hypertensiója volt és ez egyiknél sem csökkent többszöri adakozás után, sőt nemcsak ezeknél, hanem több normáltensiójú egyénnél is a vérnyomásnak kiskökű emelkedését tapasztalták.

Mészáros Károly dr.

A duodenum-fekély Röntgen-diagnostikája a helyi „direct“ Röntgen-tünetek alapján. *Akerlund, Stockholm.* (Mittellungen aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 36. kötet, 5. füzet.)

Vizsgálati methodusa: a bulbust lehetőséghez képest tökéletesen kitölti, kedvező, szabad helyzetbe vezeti, több felvételt készít róla. Kontrastanyag: keverőgéppel egyenletesen suspendált, nem ülepedő, iható, tejfölsűrűségű barium-créme. A spontán nem telődő bulbust esetenként kézzel tölti, vagy a beteget egy időre jobb oldalra vagy hason fekteti. Olykor a duodenum alsó részletének leszorítása (luffaspongyával, erős sérvköfővel) vezet célhoz, néha pedig a bulbustájék enyhe direct luffacompressiója. Vizsgálásra az álló helyzetet tartja legalkalmasabbnak.

A fekély a bulbusárnyék következő alakváltozásait hozhatja létre: nischszerű kiöblösödés, hiány- (defect) retractio, diverticulum. Ezen változások pontos elemzése segítségével a műtéttel igazolt esetek 60%-ában biztos, 20%-ban pedig helyes valószínűségi diagnosist állíthatott fel. Kevesebb mint 20%-ban volt diagnosisa bizonytalan vagy helytelen. Téves 56%-ban (4 eset). Az említett direct tüneteket több mint 60 felvételen mutatja be. A therapiás eredmény ellenőrzése szempontjából is fontosnak tartja a direct tünetek változásának megfigyelését.

Erdélyi József dr.

Embernél előforduló vestibularis testreflexek és mozgási reakciók. *Wodak és Fischer.* (Klin. Wochenschrift 1923, 39. szám.)

Ha a jobb fület kifecskendezzük hidegvízzel, úgy a kísérleti egyén, aki egymáshoz zárt lábfejjel, behúnyt szemmel áll és karjait előrenyújtja, állásában a következő változások mutatja: 1. A fej és felsőtest lassan jobbra fordul 60–90° terjedelemben (Körperdrehreflex). 2. A kinyújtott karok szintén elfordulnak jobbra, még pedig a törzsnél és fejnél nagyobb mértékben. 3. A jobb testfél lefelé hajlik, a bal felfelé (Körperneigungsreflex). Néhány perc múlva mindezen elmozdulások az ellenkező oldal felé is létrejönnek, mint a többi vestibularis reakciónál is tapasztalhattuk.

A fej elfordítása jobbfelé a jobb fül befecskendezése után beállt elmozdulásokat erősíti, balra való elfordítás ezen elmozdulásokat csökkenti. E reflexek a Bárány által leírt reakciós mozgásoktól élesen megkülönböztetendők.

Kiss József dr.

A haemoklasiás krízis (Widal) klinikai használhatóságáról. *Lauda és Schmid.* (Wiener klinische Wochenschrift 1923, 26. szám.)

Szerzők vizsgálataikban a leukocyták számának változását ellenőrizték a haemoklasiás krízis alatt; a vérnyomás változását nem tartják megbízható kísérő tünetnek, minthogy egyes vérnyomásmérések között — pszichikai ingerekre — normalisan is

kimutathatók hasonló ingadozások, az alvadási időben és a vérsav refractiójában beálló változások pedig szerintük annyira ingadozó, hogy sem a növekedés, sem a csökkenés bizonyító értékkel nem bír. Vizsgálataik szerint a haemoklasziás krízis a máj funkció vizsgálatára klinikailag alkalmatlan, minthogy sok esetben biztos májkárosodás dacára negatív. viszont egészséges májúknál pozitív reakciót mutat. A máj megbetegedése ellenére is mutatkozó negatív reakciót valószínűleg peptonimmunitás okozza, mely a leukocyta-rendszerben várható eltolódás elmaradásában nyilvánul.

Cserna dr.
Hallgatódzása lelet a has felett. Roesebeck C. (Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1923, 36. kötet, 4. füzet.)

A has felett bizonyos körülmények között hallani lehet a szívhangokat és a légzést, illetve a légzési zörejeiket. Legjobb hely a hallgatódzásra a köldök és a spinák között levő terület jobb és baloldalt. A szívhangokat úgy gyermekben, mint felnőttön normális körülmények között is hallhatjuk, a légzést azonban physiologiás viszonyok mellett csak gyermekben, és pedig a 13—14 éves korig bezárólag. Ha a légzési zörej felnőtten egyénen a has felett megjelenik, annak már diagnostikus jelentősége van, mert csak abban az esetben hallható, ha a bél, illetve valamely bélrészlet a peristaltica gyengülése vagy megszűnése miatt felfúvódott. E körülmény a bélfelfúvódással kísérletileg is beigazolható. Kategóriákba sorolva az egyes eseteket, a légzést hallani lehet: 1. A hasüreg gyulladásos folyamataiban, tehát appendicitis, cholangitis, salpingitis, pyosalpinx, pyovarium etc. eseteiben. 2. A bél passage-zavarai, ileusban. 3. Abnormális folyadékknak a hasüregben való megjelenése alkalmával, amidőn előbb-utóbb peritonitis következik be: gyomorperforatio, bélperforatio, epehólyag-ruptura, lép-, májruptura, tubaris graviditas megrepedése etc. eseteiben. 4. Intraperitonealis, retroperitonealis műtétek után mindaddig az ideig, amíg a bélperistaltica korlátozott,

Vitéz Csik László dr.

Bőr- és nemikórtan.

Syphilitis és anaemia perniciososa. Winterfeld. (Arch. f. Derm. u. Syphilis. 143. köt., 1—2. füzet.)

A praxisban a syphilitis és az anaemia gyakran előfordul együtt, ebből azonban még nem következik az, hogy az anaemia perniciosának a syphilitis lenne az oka. W. szerint ez a betegség colitoxicosis, mely haemolysist és másodlagos csontvelő-elváltozást okoz. A syphilitisnek csupán keltő és a betegség lefolyását súlyosbító szerepe van. Neosalvarsan gyenge adagokban jól hatott az egyik betegnél, míg a másiknál már az első salvarsan-oltás után rohamos rosszabbodás, exitus lépett fel, a harmadiknál a neosalvarsanra rosszabbodás, de a colivaccinaterápiára javulás indult meg, ami a kiindulási feltevést támogatja.

Czibor.

Pemphigus foliaceus és trauma. Bockholt. (Arch. f. Derm. u. Syphilis. 142. köt., 1. füzet.)

A pemphigus aetiologiája ismeretlen. A mai theoriák szerint anyagcserezavarok, tropho-, angioneurosis vagy infectio lennének az okai.

B. egyik esetében ütési trauma után hat héttel, a másikban lövés sérülés után egy évvel, előbb a trauma környékén, majd az egész testen elszórvva hólyagképződés lépett fel, melyből később a pemphigus foliaceus typusos képe fejlődött ki. Exitus.

Szerző egy harmadik esetében férfinál makacs erosio volt az egyik kezujjon. Amputatio. Csonkon újabb erosio, localis terjedés. A beteg kart valaki ismeretlen okból galvanizálta, mire rövidesen előbb localisan, majd az egész testen hólyagképződés, később hámlás, majd pemphigus foliaceus lépett fel. Exitus. Ezen esetről szerző a galvanizálásnak provocatív szerepet tulajdonít. Gondolván, hogy a galvanisatio valamely, a pemphigus eruptióját gátló biológiai momentumokat küszöbölt ki az idegrendszerből.

Régebbi kiváló szerzők ismertették pemphigus traumaticust. Kaposi szerint a trauma helyén fellépő peripheriás ideg- és vasomotor-izgalom átveddők reflektorikusan az egész testre. Folyománya hólyagképződés. Joseph a trauma helyét ismeretlen infectio behatolási kapujának tartja.

Czibor.

Adatok az intracutan ojtások után bekövetkezett leukocyta-esés kérdéséhez, különösképp az általános bőrbetegségek eseteiben. Werner Müller. (Münch. med. Wochenschrift. 1923, 36. sz.)

Mint E. F. Müller közölte, intracutan aolan-, konyhasópilocarpin- stb. injectiók után 2—10 perc múlva a leukocyták száma negyedére, felére csökkent. Legerősebb hatást (15.400-ról 3400-ra esés) picrotoxin (0'01) alkalmazásánál látta; ez a leukopenia 95 percig tartott. Néhány generalizált bőrbetegségnél (ekzema, dermatitis Duhring, salvarsandermatitis) a leukocyta-fogyás elmaradt. E kísérletek a bőr szerepét mutatják külső

behatásokkal szemben. A keletkező leukopenia ugyanis valószínűleg reflex-folyamat eredménye, mely a splanchnicus által beidegezett terület véreirei kitágulását és a leukocytáknak a peripheriás helyekről a központi vérekre való ideiglenes átvándorlását eredményezi.

Kudlich.

Klinikai tapasztalatok a gonargin intravenás alkalmazásánál húgycsökkenő eseteiben. Fritz Sachwrech. Münch. med. Wochenschrift. 1923, 33. sz.)

E kísérletek semmi újat nem hoznak. Heveny folyásnál a szer hatástalan; complicatióknál (arthritis, prostatitis, epididymitis és posterior) mutatkozik eredmény néhány injectio után. (5—500 millió pro dosi.) (A gonargin a Merck-gyár gonococcus-vaccin-készítménye és mint az arthigon (Schehring), nem jobb, csak drágább, mint a hazai készítmények.

Kudlich.

Kimutathatók-e klinikai vizsgálatok segítségével elváltozások a centralis idegrendszerben korai, liquorpositiv syphiliseseknél? A. Memesheimer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1923, 36. sz.)

Az utóbbi években mind gyakrabban kimutatták, hogy a syphilis már korán elváltozásokat létesít a központi idegrendszerben és az érzékszervekben. M. 46 korai syphilis-esetel megvizsgálva már háromhetes fertőzésnél, amikor az aránysol kivételével minden egyéb reactio negativ volt, talált a szemben elváltozásokat, úgymint a papilla vérbőségét, Haemel-tünetet (a bulbusra gyakorolt nyomás nem fájdalmas a betegnek), végre a pupillometriás értékek csökkenését, mely finom vizsgálat a Hess-féle differential-pupilloskoppal vihető keresztül.

Hat esetben teljesen negativ liquor-lelet mellett positiv szemtüneteket talált. Egyébként fél-, egy- és két éves eseteket vizsgálva 71, 80 illetőleg 62% -ban volt positiv a szemlelet. (Klinikánkról Sörös Miklós dr. már 1902-ben közölt igen korai anisokoria-eseteket.)

György.

A pellagra angol gyermekek körében. Hutchinson és Paterson. (Brit. Med. Journ. 1923 okt. 13.)

H. és P. két typusos pellagra-esetel közül; a két gyermek sohasem volt Anglia határain kívül és egészséges vegyes táplálékra nőtt fel. Az egyiknél az első tünet az ekzemaszerű kiütés volt a test ruhától fedetlen részein; azután jelentkeztek az ideges kimerülés tünetei (eleseltség, tremor stb.) és comán keresztül a halál. A betegség tartama két és fél év volt. A másik gyermeknél a folyamat öt évvel ezelőtt kezdődött, a kiütéssel egyidejűleg eleseltség, szellemi gyengeség, később diarrhoea lépett fel.

Mindkét eset azért nevezetes, mert egyiknél sem találni az anamnesisban a pellagra okául tulajdonított táplálékosi ártalmat (romlott kukoricaliszt), továbbá, mert az ideges tünetek nagyon kifejezettek voltak. H. és P. figyelmeztet arra, hogy nemcsak pellagrás vidékeken, hanem bárhol pellagrára kell gondolnunk a napnak kitett helyek ekzemaszerű megbetegedésénél, különösen ha az bél- vagy idegrendszeri zavarokkal van kapcsolatban.

Herczeg.

Gyermekorvostan.

Insulinhatás egy két és háromnegyed éves gyermek coma diabeticumánál. Simon M. (D. m. W. 35. sz.)

Szerző a comás betegnek 36 óra alatt 20 egységnyi insulin-t adott subcutan, továbbá óránként felváltva coffeint és camphort, mire annak sensoriuma teljesen feltisztult, vércukor 0'33 mg % -ról 0'05 mg % -ra, a vizelet cukortartalma 5% -ról 2'8% -ra súlyadt, acetone és acetecetsav alig kimutatható, légzés és pulzus rendes. A szigorú diabeteses diatétát 10 g nádcukorral bővítették ki. A következő két napon 5, illetve 2 1/2 egységnyi insulin adagoltak. Egy insulin-mentes nap után praecomás tünetek jelentkeztek, melyek tíz egységnyi insulin hatására eltűntek. Ettől kezdve napi öt egységet adagoltak. A közlés nyolcnapi megfigyelés eredménye.

Véli dr.

Köszénkátrány alkalmazása gyermekkori ekzema gyógykezelésénél. E. Feer. (Klinische Wochenschrift 1923, 39. szám, szept, 24.)

A rendes diatétás tejszegény étrend mellett mint kitűnően bevált szert ajánlja a köszénkátránnak alkalmazását, mely a svájci gyógyszerkönyvben Pix lithanthracis-coaltar néven szerepel. Ezt különösen csecsemőknél és kisgyermekknél próbálta sok esetben s mint maga is mondja, oly szép eredménnyel, hogy biztos benne, hogy ha valaki egyszer alkalmazta ezt az olcsó szert, az többé nem fogja elhagyni. Nagyon nedvedző, gyulladós ekzematé előzetesen ólomvízzel kezel, míg az kissé megnyugszik, azután az ekzematé területet ecsettel vagy vattával vékony réteg coaltarral ecseteli be. Amikor a kátrány kissé beszáradt, az egészet vastagon behint zinktalcumos hintőporral. Ha akarjuk, úgy fehérenemű-kímélés szempontjából, míg a bekenet terület be nem száradt, porosus kötést alkalmazunk reá. 12—24 óra múlva a bekenet területen egy vastag, fekete réteg keletkezik, amelyet szükség szerint, ott, ahol nem eléggé vastag, 1—4 nap múlva újra bekenjük. Sohasem izgat, nem veszelés, a viszketést

megszünteti, lobellenes hatása igen jó s az epidermis képződését hathatósan elősegíti. Rendesen már pár nap múlva ez a fekete réteg magától leválk s alatta látjuk az ujdokképződött egészséges epidermist; esetleg még tapadó részeket olajjal moshatjuk le. Különösen a csecsemők és kisgyermekek fejekzémája, a hajás fejbőr igen hálás terrenumai a kúrának. Nagyon kiterjedt ekzémánál kisebb területeket eseteljünk be s ne az egészet egyszerre.
Bókay Zoltán dr.

Súlyos gyermek-tbc. kezelése marhavérsavóval. Czerny és Eliasberg. (Jahrb. für Kinderhk. 102. kötet, 52. füzet, 6. lap.)

Régebbi vizsgálataik alapján, melyek szerint normal vérsavó, mint fajidegen fehérje, a tbc.-nek általános állapotát kedvezően befolyásolja, szerzők megpróbálták az emelkedő bovin tbc.-bacillussal kezelt marhának vérsavóját direct terapia céljára használni. E serumból naponta subcutan adtak 0,5—2,0 ccm³-t, és pedig addig, míg a tünetek kívánták. (Egy esetben 280 injectio!) A befecskendést az 1—13 éves gyermekek, kisebb bőr-infiltrációktól eltekintve, jól tűrték, nagyobb helyi vagy súlyos, általános gócreactiót egy esetben sem tapasztaltak. A serumot Uhlenhuth initialívája szerint a marburgi serumintézettől kapták. Kísérleteiket általában súlyos tūdőtbc.-seken végezték 1922 tavasza óta. Eredményeik nagyjában kielégítőek. Összesen 20 gyermeknél végezték fenti injectiókat, egyenként 30—280 ízben. Legtöbb esetben a láz, köhögés, köpelmennyiség lényegesen csökkent, Koch-negativok lettek az azelőtt Koch-positivok, az erőbeli állapot javult, sok esetben a tūdó-status klinice és Röntgenen is lényeges javulást mutatott. Legjobb az eredményeik a fiatal, egy-két év körüli gyermekeknél, kevésbé jók a 10—13 éveseknél. Két esetben eredménytelen volt a kezelés.

Mindenesetre kísérleteik, melyeket szerzők tovább folytatnak, megfontolás tárgyává teendők.

Rohrböck Ferenc dr.

Csecsemők hedonalnarcosisa. P. Devermann. (M. m. W. 1923, 36. sz.)

A szerző az inhalációs narcosis helyett a csecsemők műtéteinél, főleg az első hónapokban levő gyermekeknél hedonalnarcosist ajánl, melyet úgy alkalmaz, hogy a műtét előtt másfél órával 30 g zabnyákban háromnapos korig 0,75—1,0 g, nagyobb gyermekeknél 1,0—1,5 g hedonalt ad klizmában, előzetes tisztító beöntés után. A klizmát a gyermekek jól tűrik s így narcosisban még hasi műtétek is fájdalom nélkül végezhetők. Egy éven felüli gyermekeknél már nem válik be, itt hedonalon kívül még helyi érzéstelenítést is alkalmaz.
Farnos Ilona dr.

Vezületett duodenalstenosis egy esete. Ostertag. (W. kl. W. 1923, 37. sz.)

Négy kg súlyú újszülött élete első napjától minden táplálkozás után sugárban hány; a hányadék zöldes-barnás színű. Hathetes korában a testsúlya 2500 g. Súlyos atrophia. Bélcontractio nem látható. Röntgen-vizsgálattal duodenalstenosis állapított meg. A műtétnél kitért, hogy több, könnyen oldható összenövésen kívül van egy vastag, csak ollóval szétválasztható köteg, amely a felső jejunumot teljesen lezárja. 20 óra múlva exitus. Sectiónál kiderült, hogy a congenitalis duodenalstenosis körképét foetalis peritonitis utánozta.
Tüdös dr.

A tūdótuberculosis intensív napfénykezelése. J. Schürer. (D. med. Woch. 1923, 22. sz.)

A szerző a csonttuberculosisnál oly jó eredménnyel alkalmazott napfénytherapiát a tūdótuberculosisnál is éppoly jóhatásúnak és sokak véleményével szemben teljesen ártalmatlannak tartja. Csak be kell tartani a pontos dosierozást, és pedig olyképen, hogy kezdetben az egész testet öt percig tesszük ki a napfénynek s azután naponként emeljük az exponálás tartamát öt perccel, úgyhogy 12 nap múltán már napi egyórás besugárzást is jól tűr a beteg. Elérve a napi háromórás napfényfűdőt, azon megmarad. Fontos, hogy ne szakítsuk félbe ezen idő alatt a kezelést s épp ezért borús napokon kvarcfény-besugárzást ajánl.

Ily óvatos kezelés mellett előremet haemoptoé sem képez contraindicatiót, a szerző egy esetben sem látott ily terapia mellett újabb vérzést. A besugárzás a vérnyomást kissé súlyeszi, de sohasem emeli, tapasztalatai szerint. Minden esetben nagyon jó eredményeket látott ezen kezelési mód mellett.

Farnos Ilona dr.

Orr- és gégeorvostan.

Adatok a vezületett bárzsingelzáródás kórisméjéhez. Muck O. (Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, 4. köt, 2. füzet, 167. old.)

Egy ötnapos csecsemőnél, mely sem tejet, sem vizet nem nyel, sikerült Brünings-féle oesophagoskopnak csecsemők számára készült tubusával a trachea bifurcatiójának magaslatán síma hártás elzáródást láthatóvá tenni. Ennek átfűrése sondával sikerre nem vezetett. Boncolásnál kitért, hogy a bárzsing száji része vakon végződik. A gyomor felé eső bárzsingrész 10 cm-rel a cardia fölött szintén vakon végződik, de végződése alatt ovális nyílással

szájadzik a trachea alsó részébe. A sondával készített mesterséges nyílás a jobb pleuraürbe vezet, mely vérrrel és nyállal van tele.

Egy második esetben háromnapos csecsemőnél, melynek gyomrába táplálékot bevinni nem sikerült, a gummicső a Röntgenkép szerint a harmadik bordaporc magasságában akad fenn. A vezületelt elzáródás diagnosist a boncolat csak a 19. napon igazolta be. Bonclelet egyezik az előbbi esettel és azonos Aschoff kórbonctanának IV. kiadásában a 789. oldalon látható ábrával mindkét esetben.
T. E. dr.

Új módszer a garat alsó részének megtekintésére. Brügge-mann A. (Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde 4. köt., 2. füzet, 169. old.)

Ha a garat alsó részét, mely a gége mögött fekszik, meg akarjuk tekinteni, úgy a gégét el kell távolítanunk a gerincoszloptól. Rendesen e célra szolgáló emelő vagy lapocszerű műszerekkel szokás ezt belülről kifelé gyakorolt nyomással eszközölni. Ez azonban sokszor nehézségbe ütközik, mert pl. nincs alkalmas műszer rendelkezésünkre, vagy más okból. Szerző ilyen esetre a pajzsporc és gyűrűporc közt levő ligamentum conicumba erős selyemfonalat ölt, melynek szabad végeit csipőbe szorítva marokra fogja és kívülről húzza előre a gégét. Az sem baj, ha a fonállal a gégeének a hangszalagok alatti részét, a pajzsporcot szúrjuk át és esetleg a gége lumenén hatol keresztül a fonál. Azt, hogy a fonál a gégét tényleg rögzíti, abból lehet megítélni, hogy a fonál követi a nyelési mozgásokat. A jelentéktelen műtét előtt jodtincturát alkalmazunk a bőrre és néhány köbcentiméter felszázalékos novocainoldattal érzéstelenítjük a beszúrás helyét. A garat érzéstelenítése csak érzékeny betegeknek szükséges. Kevésbé érzékeny betegek maguk képesek gégéjüket a fonálnál fogva előrehúzni és a bárzsingnak a gége mögötti részét tükörrel láthatóvá tenni, miáltal az orvos mindkét keze felszabadul egyéb célra, pl. idegentest eltávolítására és a tükör rögzítésére. A művelet legkönnyebben vihéd keresztül, ha a vizsgálóoldó egyenesen áll és fejét kissé előrenyújtja. Az eljárás a közvetlen hypopharyngoskopiánál is igénybe vehető, valamint az oesophaguscső bevezetését is megkönnyítheti. Jelentékeny vérzéstől nem kell tartani; ez csak akkor fordulhat elő, bőralatti vérzés formájában, ha a pajzsmirigy magasan nyúlik fel a gégeporcok elé. A betegek a művelet befejeztével csak a szúrás helyének jelentéktelen érzékenységről szoktak panaszkodni, de ez is gyorsan elmúlik.
T. E. dr.

A bárzsingnak idegentestek által okozott sérülése után fellépő mediastinitis korai kórismézésére szolgáló új eljárásról. Minnigerode W. (Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, 4. köt., 2. füzet, 171. old.)

Szerző négy eset kapcsán azt tapasztalta, hogy a bárzsing sérülése után a Röntgen-kép a bárzsing hátsó falának megvastagodását, illetve árnyékának elszélesedését mutatja. Ezen elszélesedett árnyékképpen világos sáv jelenik meg a gerincoszlop képe és a bárzsing ürtere közt az esetben, ha az idegentest, avagy extractio-kísérletek által ejtett bárzsing-sérüléseken keresztül levegő jut a bárzsing mögötti kötőszövetbe. A fellépő világos sávot fenyegető mediastinitis előjelenek tartja és azt ajánlja, hogy minden oly esetben, midőn a bárzsing sérült, a nyakat az első naptól kezdve Röntgen-felvételekkel ellenőrizzük és ha a gerincoszlop és a bárzsing között világos sáv jelentkezik és azt akár csak subfebrilis hőemelkedés is kíséri, úgy ne késlekedjünk kívülről megnyitni a bárzsing körüli kötőszövetet, tekintetbe véve természetesen minden egyéb tünetet is, minő pl. a nyelési és nyomási fájdalom, a lágyrészek duzzanata, esetleges subcutan emphysemáre valló crepitatio amely azonban gyakran hiányzik, amidőn már a Röntgen-kép azt elárulja. A széles feltárással a genysülyedést és mediastinitis fellépését megakadályozhatjuk.
T. E. dr.

Urologia.

Mictiospathologia. Oswald Schwarz. (Klinische Wochenschrift, II. évf., 7.)

Bevezetésképen áttekintést nyújt a hólyag physiologiás működéséről. Itt különös fontosságot tulajdonít az ú. n. praemictiós nyomásnak, mely nélkül szerinte mictio nem is jöhet létre. Manometriás vizsgálatokkal graphikus görbéket állított össze a hólyagban lefolyó nyomásváltozásokról s analogiát lát a hólyag izomműködése és a szív túlterhelési rángása (Überlastungszuckung) között.

Vizsgálatai alapján a hólyag kiürülésének mechanizmusánál három egymásután lefolyó reflexet különböztet meg: 1. a hólyag telődése detrusor feszülést okoz (Ausgangsspannung = I. reflex), 2. ha ez bizonyos fokot elért, bekövetkezik a praemictiós nyomás (II. reflex), 3. a sphincter megnyílása (III. reflex).

E három reflex zavartalan lefolyása eredményezi az automatikus mictiót. Cerebrális izgalomra vagy gátlásra akaratlagos mictióvá alakul át az primitívnek is nevezhető mictiós forma.

Pathologiai szempontból, eltekintve a peripherikus akadá-

lyoktól, négy lehetőség van: detrusor és sphincter hyper- vagy hypotonia. Ezek közül csupán a hypertoniákat tárgyalja.

Detrusor-hypertoniánál az idegapparatus már kis vizelet-mennyiségnél is kiváltja a reflexek játékát. Mint ennek alfaját megkülönbözteti a hypertoniás és hypertensió alakot. Az előbbinél a hólyagfal feszülését vizeletinger követi, motorikusan azonban a hólyag nyugalomban marad. A hypertensió alaknál az ingerre egyúttal contractiók is jelentkeznek.

A sphincter-hypertoniánál a hólyag záróizomkészüléke a nyílási reflexre elégtelenül reagál s ennek eredménye az incomplet retentio, constans vagy növekedő residualis vizelettel. A residualis vizelettel a hólyagfal kezdőfeszülése (Ausgangsspannung) növekedik s ez váltja ki a fokozott contractiót. A residualis vizelet tehát nem akadályozza, hanem elősegíti a hólyag kiürülését.

E szempontok figyelembevételével tárgyalja: a pollakisuriát, a retentiót, a tabes retentiót és a gerincvelősérüléssel kapcsolatos hólyagzavarokat.

A pollakisuriánál szerinte detrusor-túlingerlékenység forog fenn s ez nyomási görbével igazolható.

A retentio a sphincter-hypertonia következménye. A klinikai kórképek sokféleségét a detrusor különböző viselkedése magyarázza meg. Ily módon a retentiós vizelet nyomása 3–70 cm között ingadozhat. A retentiós hólyagnál három stadium különböztethető meg: 1. a detrusor, hogy a növekedő ellentállást legyőzhesse, hypertrophizál, 2. a feszülési erő növelése céljából residuum marad vissza, 3. a hólyag végül magasabb vagy alacsonyabb tonusban ellazul. Definitive a hólyag azonban sohasem veszíti el a munkaképességét s épp ezért a prostatektomia eredményét detrusor-insufficiencia nem veszélyeztetheti.

Tabes retentióknál a viszonyok nem tisztázottak ennyire. Valószínű, hogy itt az ok sphincter-hypertoniában keresendő, de tagadhatatlan, hogy sok esetben detrusor-paresis van jelen.

Még homályosabb a gerincvelő sérülése után beálló hólyagfunktions zavarok kérdése. Háborúban szerzett tapasztalatok alapján ismeretes, hogy közvetlenül a sérülés után complet retentio áll be, mely rövidebb vagy hosszabb idő múlva automatikus mictióknak ad helyet s ez az állapot vagy állandósul, vagy pedig normális működésű lesz. Az állandó retentio és valódi incontinentia egyelőre még nem tisztázott eltérések az előbbi alaptypustól.

Összefoglalásként megállapítja, hogy a hólyagműködési zavaroknál a kérdéseknek még egész sora megoldásra vár s ezek tisztázása klinikai szempontból még complicáltabb, ha a modern biologia álláspontja szerint a „beteg” és a „betegség” fogalmát összevonjuk a „beteg individuum” fogalmába.

Csukás dr.

HETI KRÓNKA

Október elején Londonban öt napig tartó egészségügyi kiállítás volt, amelyet sok külföldi is meglátogatott. Tudtommal Magyarországból nem volt ott senki és így csak közvetve, az angol orvosi lapok révén számolhatunk be a kiállításról. A therapia legújabb anyagai és eszközei foglaltak itt helyet: a legújabb orvosságok, tejtermékek, gyógyító lápszerek, sebészeti eszközök és berendezések, fürdők és gyógyvizek, végül tudományos orvosi könyvek.

A therapia terén a legújabb és legnagyobb jelentőségű az insulin nevű szer.* Ez az utóbbi évek mélyreható endocrinologiai kutatásainak eredménye. Az insulin a pankreas Langerhans-szigeteinek belsősecretiós terméke, mely a vér glikogentartalmát szabályozza. Vele súlyos comatosus glykosuriát lehet lenyomni. Természetes, hogy a kiállításon ennek úgy a marhapancreasból való kivonása, mint előállítás, fractionált tisztítása stb. mind be volt mutatva: vele kapcsolatban egy Maclean-féle vércukormeghatározó készülék is. A kiállított diabetyl nevű készítménnyel állítólag a szénhidrátok restringálása nélkül is lehet a diabetest sikeresen kezelni.

A kiállítás egy másik fontos része a lepra modern gyógyítóeszközei voltak. A lepra Angliát különösen érdekli, mert garmataiban a betegség igen elterjedt: egyedül Angol-Indiában 500.000 leprás beteg van. Itt állítólag már ösödik óta használják a chaulmoogra-olajat; biztosan azonban csak 1877 óta. Újabban a chaulmoogra-olajból előállított savak származékait alkalmazzák. A leprabacillus tudvaleg *U. n. saválló bacillus*. Rogero szerint a chaulmoogratok és morrhualok a vér lipasetartalmát fokozzák, ezek a bacillus saválló, lipoidszerű hártáját feloldják és ezáltal a bacillus virulentiáját gyengítik. A leprával

* Prof. Macleod és Banting dr. (mindkettő a torontói egyetemen dolgozik), az idei Nobel-díj nyertesei állították elő először az insulint

kapcsolatban ki volt állítva a George Dreyer-féle készülék is. Dreyer vaccin- és antigenkészítés céljából a szintén saválló tuberculos-bacillusokat formalinnal fixálja és aztán acetonnal kezeli. Így készülnek a Dreyer-féle „diaphyl”-készítmények. A kiállított szerves antimon-készítményekkel a tropusi Leishmania-megbetegedéseket (kala-azar, bouton d'orient stb.) kezelik.

Az életvegytanban és a gyógyszerzetben is mind nagyobb szerephez jutnak a colloid-anyagok. A gyógyszerek közül az ezüst után sikerült a jódnak, kénnek, calciumnak, legújabban pedig a caolinak és más silicium-vegyületnek colloid-olatát előállítani. Mindezek igen activ hatást fejtenek ki. A colloid-caolin fekélyes bélbántalmaknál mint bevonószer jól bevált. Az érdeklődést az angolok azzal fokozták, hogy a colloid-anyagok Brown-féle mozgását mikroskoppal demonstrálták.

Míg azelőtt azt hitték, hogy a szervezetnek csak a fehérjék, zsírok és szénhidrátok (víz és sók) a nélkülözhetetlen táplálékai, addig ma tudjuk, hogy éppen olyan nélkülözhetetlenek a ma még ismeretlen összetételű vitaminok is; tudjuk azonban hogy ezek az ételek szokásos elkészítésénél, a főzésnél és sütésnél nagyrészt tönkremennek. Így azután nyers ételek hiánya esetében vitaminhiány keletkezik; némelyek a rachitist is a vitamin hiányának tulajdonítják. Ilyen vitaminhiány a beriberi nevű betegség és a scorbut is. A kiállításon bemutatottak nemcsak a tejnek conserválás céljából való besűrítésekor használatos módok befolyását a szárított tej vitamin-tartalmára, hanem bemutatott vitaminokban különösen gazdag állati zsírokat, maltozt, fehérje-anyagokat stb. is.

A sebészeti része a kiállításnak szintén nagyon tanulságos lehetett. A cholecystektomiánál, peritonitis tuberculosánál, óriási hydrokelenél, ovarialis cystánál stb. végzendő műtéteknél olyan complicatiók jöhetnek közbe, hogy a kiömlő váladék eltávolítására előnyösen alkalmazható a bemutatott Reavell-Moseley-féle villamos szívó készülék. A kolostomiáknál használatos hasköztöknék és tartályoknak az a hátrányuk, hogy nem illeszthetők légmentesen a kolostomiás nyíláshoz. Ezen a hátrányon viszont a kiállított új szerkezetű hasköztő segít.

Ezekon kívül még csak a magasfeszültségű árammal gyógyító és a Röntgen-készülékekről, továbbá a Marconi-távíró elvén alapuló, hallást javító készülékekről óhajtok említést tenni, hogy röviden megemlékezzek arról, hogy még a távol Keleten is, Bangkokban (Siam) volt több hónappal egészségügyi kiállítás. Az egyik amerikai lap csak most tesz erről említést. Több mint 250 kínai, siami és angol látogatta ezt a kiállítást, amelyen az egészséget veszélyeztető állati élősdiek stb. kívül egy kórház-repülőgép volt látható. A Siamban is igen elterjedt leprák egy 20 láb hosszú képen érzékítették: 10.000 személy volt ezen a képen, a siami leprások száma, 600 egy külön csoportban a kórházakban elhelyezettek számát jelképezte.

Herczeg Árpád dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Dolgozatok a debreceni ideg- és elmeorvószati klinikáról. Igazgató: Benedek László egyetemi tanár, 1923.

Huszonhat dolgozat és azoknak rövid, franciayelvű kivonata ad számot a klinika munkásságáról. Az epilepsiás rohamokat már 1917-ben adrenalin-injectióval váltotta ki Benedek prof., ezt 1918-ban le is írta s így a hormon-szervek jelentőségének felismerésében megelőzte Fischert, kinek gondolataira Brüning a maga műtétét alapítja, melyet Benedek nem tart helyesnek. Egy családnak 180 évre visszamenő genealogiai kutatása alapján kimutatja, hogy a Huntington-kór és az epilepsia egymás mellé rendezve öröklődhetik. Csörsz-szel együtt az *extrapyramidalis mozgászavar* kérdéséről írnak, hat generációra visszamenő genealogiai tanulmányuk a Huntington-kór domináns mendelezését bizonyítja. E betegség mozgászavarának lényegét az antagonisták együttes beidegzésében látják, feltűnik a mozgáskezdet meglás-subbodása és a mozgásvég túlzása és a mozgás-perseveratio, míg a látszólagos adiadochokinesis csak mozgásinterferentia és superpositio. Írnak a veleszületett általános athetosisról, a parkinsonizmusról, a chorea chronicáról és chorea mollisról s a choreás mozgás és a kifejező mozgások között párhuzamot vonnak. Porsche-val együtt az *influenzá elmezavarokról* értekeznek, hangsúlyozzák a katatonias tünetcsoport előfordulását. Goldenberggel együtt a Huntington-kór és a migrain összefüggésére szolgálnak adatokkal egy újabb Huntington-család köréből. Ugyan-ezek *essentialis tremor* és *thyreotoxikus alkat* címen egy beteget írnak le, kinek gyermekkorá óta tartó reszketése familiaris jellegű s emellett basedowoid jelenségek mutatkoztak. A *Negri-féle testek keletkezéséről* írott és gyönyörűen illusztrált szövettani dolgozat (Benedek és Porsche) az évekkal ezelőtt megjelent német munkának magyar szövege, amely a szerzőknek erythrosinnal, Mallory-haematoxylinnal, thioninnal és lichtgrünnel végzett morphologiai

vizsgálatairól számol be. A patellaris reflexek kialakása és fokozott idiomuscularis jelenség a kimerülésnél cím alatt a címben jelzett észleletet rögzíti Benedek és a reflexcollateralisok laesiójára gondol. *Atlátszállan colloid-oidatok intracarotidaleis injectiójának technikájáról* Benedek és Thurzó írtak. Knauer szerint a carotisba adnak e szerzők Linser-oidatot (neosalvarsan + novasurol) 1—2 cm, vagy cyarsal, vagy neosalvarsalvan + novasurol). Technikai újítás, hogy a végén görbe canult használnak s egy kis toldaléksövet iktatnak közbe, hogy az odat színe dacára is lássák a véroszlop színét, jeléül, hogy az ér lumenben van-e a fecskendő. *Koponyahegek localisatióját* nyeles plessimeterre való kopogtatással és a transsonantiának phonendoskóppal való hallgatása útján állapítja meg Benedek és ez a pneumoencephaliás befúvásokkal kapcsolatban meninx-letapadások lokálizására is alkalmas lehet. Csörszszel együtt egy négy generációjában átkutatott család *heredofamiliaris Parkinson-kórját* ismerteti. A kifáradást tanulmányozta Máday egészséges embereken a villamos ingerlésre bekövetkező tetanusgörbe viselkedésében és már 15 percig tartó akarlatlagos contractio után kimutathatta a kifáradást. Csörsz állami támogatással tett útjáról a *holland elmebeteg-ügyet* ismerteti. Thurzó és Széky a *festett normomastix-reactiót* végezte 219 liquorban és jobbnak találta, mint az arany-sol-reactiót, melynél az elkészítése is könnyebb. Thurzó és Nagy azt tapasztalták, hogy *endolumbalis levegőbefúvás* után 6—7, vagy 24 óra múlva a liquor sejtszáma lényegesen emelkedik s ez eltart 10—12 napig is, megszaporodik a liquor-fehérje, a colloid-reactiók pedig meningitiszes görbét adnak, jeléül, hogy a meninxek áteresztőképessége megnövekedett. *Bicolorált mastixreactio* néven Thurzó és Kulcsár leírják, hogy a mastixreactióhoz hasonló érzékenységű, de színes reactiót kapnak, ha a mastixsuspensiót brillant-fuchsinnal és Naphtholgrün β -val megfestik. Follmann paranooidszerű *indukált elmebajt* és ikreknél előforduló psychosinfectiót ír le, másik cikkében pedig az *agyvelő cisticercosának* két esetét ismerteti. Egyik status epilepticusban került a klinikára, a másikban pedig a III. gyomorban az aqueductus előtt elhelyezkedett cisticercus rohamszerű főfájást és epileptiformis jelenségeket okozott, melyek a test helyzetétől függtek. Salánki a *kriminalis suggestiót* tartja lehetségesnek egy defloratio áldozatát esett és hypnosiban kikerdeztet betegén. Benedeknek a *pathologiás fascia cruralis reflexről* (1923, 1. szám) és *új lumbaltúrót* az encephalographiás vizsgálatokhoz (1922, 49. sz.), a *primitív motilitás* kétoldali tevékenységéről (1923, 15. sz.), neki és Thurzónak a *permanens izomfeszülésnek megszűnéséről intralumbalis levegőbefúvás után* (1923, 34. sz.), Thurzónak a pneumoencephaliás *levegőbefúvások* technikai módosításáról (1922, 49. sz.) és az *endolumbalis salvarsan-gyógykezeléséről* (1923, 19. sz.), majd az ideglues *salvarsantherapiájának hatásosabbá tételéről* (1923, 26. sz.) írott és az Orvosi Hetilap olvasói előtt eredetiben ismert munkái vannak még a pompás munkában. „Három év előtt a mi ezeréves templomunk is rombadőlt. Épen maradt egy sziklafal: a magyar öserő, rajta egy oltárkép: a magyar kultúra.” Ennek ékes bizonyossága ez a könyv. Kluge.

Kosmetik. Prof. Max Joseph, Leipzig. (Verlag von Johann Ambrosius Barth.)

A kozmetika a dermatológiának legősibb része. Amikor még szó sem lehetett tudományos gondolkozásról, már a *prae-historikus* korban és ma is Polynéziának kőkorszakot élő lakosai között divik a bőrnek „szépítése” vagy ijesztővé tétele kenések, festés, hegek bevágása, tatuálás stb. útján. A tudományos kozmetika ma már csupán a dermatologiai terapiának alkalmazása. Ezért a kozmetikában éppen olyan nehéz egy kielégítő rendszert követni, mint a dermatológiában. E nehézségen Joseph úgy igyekszik segíteni, hogy nem a bántalmak szerint osztja be leírását, hanem az ellenük alkalmazott *szerek chemiai minősége* szerint csoportosította a terapiát.

Szerző az anyagot víz, szappanok, zsírok, glicerin alkáliák, savak stb. című fejezetekre osztja. Mikor azután rátér egy folyamatra, elősorolja a szöbajjvő többi kezelésmódot is; így az alkáliáknál említi meg a szepplőt, ennél azután rátér a legkülönbözőbb kezelési módokra: a praecipitatos, barbolos hámozásra, az aesculinre stb.; így kerül az emulsiók fejezetébe a seborrhoea gyógykezelésével kapcsolatban az adrenalin- stb. kezelés is. Nem jutott hely a kis könyvben az *ultraviolettsugaras*, továbbá a napfénykezelésnek, amely pedig az alopeciáknál, aknenál stb. el nem hanyagolandó. A röntgenezésről csak egyszer tesz említést. A *rosaceának* is helyt lehetne adni (még egy kis kozmetikai repetitoriumban is, mint amilyen mű Joseph-é) és ennek kapcsán a scarificatióról, kisebb operatív kezeléssről is megemlékezhetnének. Értékes része azonban a kis füzetnek a sok recept, ami lehetővé teszi a műszerekkel és gépekkel fel nem szerelt nem szakorvos részére is a könnyen kivihető gyógyszeres eljárások alkalmazását. E tekintetben egymást kiegészítik Kromayer és Joseph kozmetikai: Kromayer inkább a műszeres gyógymódokat alkalmazza, míg Joseph főleg *chemiai szerekkel* távolítja el a bőr kóros elváltozásait.

Herczeg.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 17-i ülése: **Bemutatás:** 1. *Bosányi Andor:* a) Exanthema subitum esete, b) Adams-Stokes syndromával társult veleszületett szívbaj esete. 2. *Kopits Jenő:* Világrahozott úszóhátyaképződés által okozott mindkétoldali térdzsugorodás. 3. *Ketty László báró:* Coma diabeticum „Insulin”-nal kezelt esete. — **Előadás:** 1. *Berecz János:* A Kjelland-fogóról. (Mult ülésről lemaradt tárgy.) 2. *Waldmann Iván:* A salvarsannak tabeses látóidegsorvadásnál észlelt hatásáról. *Johan Béla* hirdetett előadása a következő ülésre: november 24-ére halasztatott.

A **Markusovszky-előadások** nov. 19-én este 7 órakor folytatja *Liebermann Leó* egy. ny. r. tanár az élettani intézetben „Félreértések, tévedések és határozatlanságok néhány hygieni kérdésben” címmel.

A **Charité poliklinika** november 19-i ülése: 1. *Gál Hugó:* Polymastia esete. 2. *Körmöczy Emil:* Polycythaemia rubra esete. 3. *Gellért Elemér:* 22 cm hosszú üvegpálca eltávolítása a szabad hasüregből. 4. *Haller Ödön:* A vérszegénységről thrombopenia kapcsán. **Előadás:** *Szemző György:* Az ulcus duodeni gyógyulásának megítéléséről.

A **Leonard-díjak** első kiosztása alkalmával a Kolloid-társaság jeni ülésén hirdették ki az eredményt. A kolloid-chemia területéről való legjobb munkák jutalmazásául a díjak *Zsigmondy Richard* hazánkfia, göttingeni tanárnak, az ultramikroszkop feltalálójának és *Wolfgang Pauli* bécsi tanárnak fehértanulmányaiért íteltettek meg.

Meghalt Strosz Ernő dr., Torontál vármegye „Erzsébet” közpórházának igazgató főorvosa, 86 éves korában. Áldásos és fáradhatatlan életének bizonyossága 56 évi megyei szolgálat.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint nov. 4-től nov. 10-ig előfordult hasihagymáz 24 (7), kanyaró 6 (0), vörheny 70 (0), szamárhurut 16 (2), roncsló torok- és gégelob 13 (1), influenza 7 (1), bányahimlő 49 (0), gyermekági láz 1 (1), járványos fültömírgylob 2 (0), vérhas 40 (6), lépfenő 2 (0). Küteges hagymáz, hólyagos himlő, ázsiai kolera, járványos agygerincagyhártyalob, trachoma, veszettség és takonykór nem fordult elő. A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadó óráját kedden és pénteken 11—12-ig tartja.

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

Kéziratokat fél iv papiros csupán egyik oldalára 15 cm sorszélességben, kétszeres sorközökben hibátlan gépirással kérjük beküldeni, hogy a bíráló és szerkesztő munkája megkönnyíthessék. Táblázatok és klisék költsége a szerzőt terheli.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

TÁTRA-SANATORIUM

ÓTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m.

Az ideális tátrai magaslati klímának előnyei egyesítve modernül berendezett physikai-dietetikus sanatorium gyógyító tényezőivel.

Remek, napsütéses, őszi időjárás. Kiváló őszi kúrák. Elsőrangúdiéta konyha. fekvőcsarnokok, szénsavas, fenyő-, forróleg-, fényfürdők, vizgyógyintézet, Zander-quarz-, Sollux-, diathermia-, villanyos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratórium. **Indicatiók:** Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas, asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalens, centia. — Tuberculosisok, fertőző- és elmebajok kizárva. **Sanatoriumi nap-pausálár 50 Kc-től felfelé.** — **Főorvos: dr. Rutich Jenő.** Menetjegyirodában, egész évben nyitva. — Felvilágosítást nyújt, fürdővizumot szerez dr. Adorján László. Vigadó.

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
Kórházi főorvos
IV, Ferencz József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

Dr. Pajor Sanatorium

Budapest VIII, Vas-utca 17.

Sebészeti, szülészeti, urológia, orthopádia és Zander-osztályok

Orvosi bőrgyógyászati és kozmetikai intézet

Dr. KESZLER—Dr. LANGFELDER, IV, VÁCLUTCA 11/B,
Röntgen, quartz, diathermia, kozmetikai eljárások és műtétek.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

TARTALOM:

EREDETI KÖZLESEK:

Khoór Ödön: A vértransfusio hatásáról acut és chronikus vérzések esetén. (595—598. oldal.)

Török Gábor: Plasmalabilitási vizsgálatok beteg csecsemőknél. (598—602. oldal.)

Klinikai előadások. Id. Imre József: A trachoma lefolyása. (602—604. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 17-i ülése. (604—606. oldal.)

A Debreceni Orvosegyesület november 15-i ülése. (607. oldal.)
Lapszemle. *Belorvosok.* — *Szülészet és nőgyógyászat.* — *Urologia.* (606—609. oldal.)

Therapia. Hajós Károly: Az asthma bronchiale Röntgen-kezeléséről. (609—610. oldal.)

Heti krónika. (610. oldal.) Vegyes hírek. (611. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti Új Szt. János kórház szülő- és nőbetegosztályának közleménye (főorvos: Bäcker József egyet. magántanár).

A vértransfusio hatásáról acut és chronikus vérzések esetén.

Írta: Khoór Ödön dr. v. segédorvos.

(Jelenleg a soproni Erzsébet-kórház tb. főorvosa.)

A budapesti Új Szent János-kórház nőbeteg-osztályán a vér regenerálódására vonatkozó vizsgálatokat végeztünk súlyos acut és chronikus anaemiáknál, különös tekintettel a vértransfusióra. Vizsgálataink nem olyan számosak, amint azt eredetileg terveztük, mert kevés számú esetünk is arra a megállapításra juttatott, hogy a transfusio veszélye és kellemetlen mellékünetei nem állanak arányban a transfusiótól várt eredménnyel, másfelől méhenkívüli terhesség eseteiben — melyek a gynaekologusnak a transfusióra legalkalmasabb anyagot adják — követett és később említendő eljárásunknál sohasem éreztük a vértransfusiónak okvetlen és életmentő szükségét és így a további vizsgálatokat beszüntettük. Eredményeink közzétételét mégis érdemesnek tartjuk, mert adatokat szolgáltatnak a vértransfusiónak még ma is sok eldöntetlen kérdéséhez s mert minduntalan, legutóbb *Burghardt* (Zentralbl. f. Gynäk. 1923, 20. sz.) hivatkozik *Vágó Árpád* (Zentralbl. f. Gynäk. 1920, 39. sz.) kitünő vizsgálati eredményeire, amelyeket a mi eredményeink nem erősítettek meg, sőt vizsgálataink alapján azok pontosságát kétségbe kell vonnunk.

Pontos és eredményes vérvizsgálatok kriteriuma a sokszori kontrollvizsgálatok mellett a tökéletes és minden esetben egyformán végzett vizsgálat, ezért szükségesnek tartom vizsgálati módszerünket röviden ismertetni. A vért minden esetünkben egy és ugyanazon órában (rendesen — mert legjobban megfelelt munkabeosztásunknak — este 8 órakor) vettük. A beteg kezét a vérvétel megelőzőleg minden esetben 10 percig melegvízfürdőbe tettük, utána erősen és szárazra dörzsöltük, hogy minden nyomás nélkül, spontán kibugyogó vérseppet használhassunk fel s elkerülhessük a nyomás folytán szöveti nedvekkel kevert vér vizsgálatát, illetőleg hibás vörösvértestszámot és haemoglobint értéket adó eredményeket. (Kivételt csak az a néhány vizsgálat képez, hol műtét, laparotomia után közvetlenül vettünk vért. Ilyenkor a fülcimpából vettük azt.)

Vértransfusiót megelőzőleg egyszerre két helyről (pl. bal és jobb kézről) vett vér vizsgálatával igyekeztünk a pontosságot megközelíteni. Transfusio után azonnal, 1, 2, 4, 6 óra után, azután naponként, később másodnaponként végeztünk vizsgálatot. Olyan anaemiás betegetől, kik a műtét vagy kórházi kezelés befejezése után már csak ambuláner jártak be vérvételre s naponta nem voltak vizsgálhatók, sőt legtöbbször hetenként csak egyszer, azoknál szintén minden alkalommal két vizsgálatot ellenőriztük eredményeink megbízhatóságát. A vért rendszeren az ujjhegyből vettük, Francké-tüvel. Különös figyelmet fordítottunk a vizsgálatok kivételére is: a Mischpipetták pontos megtöltésére, a vér hígítására és összerázására; a rázást 5 percig végeztük, a Bürker-kamarában való számolás előtt meggyőződünk a vérszámok egyenletes elosztódása felől, minden alkalommal a vörösvértesteknél 40 kis kvadráns, fehérvérszámoknál 25 nagy kvadránsban levő sejteket számoltunk össze, úgy, hogy a kvadránsok felét a számoló-kamara közepéről, másik felét a széléről vettük. Fontosnak tartom annak megjegyzését is, hogy mindenkor, de különösen ellenőrzés céljából egyidejűleg vett vérszámoláskor az összegezést, hogy az ismeretes eredmény a másik számlálásban ne befolyásoljon, csak mindkét vérszámolás után csináltuk meg. A haemoglobint meghatározását a Sahli-féle haemometerrel végeztük. Ez a kolorimetriás meghatározás, mivel a színnek oly finom árnyalatának felismerése az ember tévedő szemére van bízva, nem teljesen pontos, de hogy megközelítőleg pontosak lehessünk, a haemoglobint mindig egyforma erősségű villanyfényt borító tejűveg előtt olvastuk le s mindig úgy, hogy az üvegcsovecske beosztása a vér hígítása közben nem volt látható. Mindenkor készítettünk két-három tárgylemez-készítményt s azokat a combinált Giemsa-festéssel festettük meg. A leírt eljárással és azzal, hogy az összes vizsgálatot magam végeztem, gondoltam megbízható eredményeket kapni. Eredményeim ugyan a vizsgálati eljárásban magában rejlő hibák s a vizsgáló hibái miatt nem abszolút pontosak, de minden vizsgálatnál egyforma hibával dolgozva, relative pontosak és így következtetésekre alkalmasak.

11 esetben alkalmaztunk vértransfusiót, és pedig 6 acut esetben (5 esetben saját, egy esetben Spender vért adtunk) és 5 chronikus esetben (mindannyiszor Spender vért). 16 esetben (10 acut és 6 chronikus) minden vérkezelés nélkül ellenőriztük az anaemia javulását. Anyagomat is eszerint osztottam be:

1. acut anaemiás és
2. chronikus csoportra.

(A mai súlyos gazdasági viszonyok között lehe-

tetlen eseteimet és az összes vizsgálatokat teljes egészében leközölni, mert ez csak tabellaris alakban volna lehetséges, így csak azok rövidített kivonatával vagyok kénytelen megelégedni.)

I. Acut anaemiás csoport.

a) Sajátvértransfúzióval kezelt eseteink a következők:

1. S. E. Seb. oszt. 527/921. 23 éves, I. P. Vékony, gracilis asszony. Felvétel gravid. tub. rupta miatt. Műtét felvétel után azonnal. Bejövetelkor pulzus 140–150, igen kicsiny, könnyen elnyomható. Beteg erősen kivérzett, anaemiás. A hasból kiürülő folyékony vért a következő összeállításban reinfundáljuk: 650 g vér + 150 g natr. citr. + 300 g konyhasódat. Műtét és transfúzió befejezése után feltűnő a beteg anaemiás külsejének megváltozása, ajka, arca kipirosodik (aethernarcosis, igen erős Trendelenburg), már műtétet követő delután azonban, sőt továbbra is visszakapja anaemiás külsejét. Transfúzió után 1 órával 20 percig tartó erős hidegrázás, utána hőmérsék 38.6, P. 144, teltebb. Műtét után két napig hőmérsék 38.6–39° között, azontúl lassú leláztalanodás csak a hatodik napon következik be. Egyébként a hasat illetőleg teljesen síma lefolyás.

Vérképe kivonatolva a következő: Transfúzió előtt: Hb. 31, V. 1970, F. I. 0.8. Transfúzió után (vízfürdő nélkül): Hb. 40, V. 2360, F. I. 0.85. Transfúzió után 4 órával: Hb. 46, V. 2270, F. I. 1.02 (vízfürdő nélkül). A beteg igen erősen izzad. 24 óra múlva: Hb. 41, V. 2480, F. I. 0.84. Ikterus a sclerán. Vizeletben haemoglobinuria. Kevés urobilin. Kiszökü anisocytosis, igen sok poluchromatikus, basophil szemcsézetségű vörösvértest. Makrociták. — 3 nap múlva: Hb. 41, V. 2650, F. I. 0.77. — 1 hét múlva: Hb. 48, V. 2950, F. I. 0.81. Anisocytosis. — 11 nap múlva: Hb. 48, V. 2930, F. I. 0.83. Vörösvértestek között alig észrevehető alakbeli eltérés. — 15 nap múlva: Hb. 54, V. 3410, F. I. 0.8. Normalis alakú vörösvértestek.

2. Sch. Gy. Nőgyógy. fjlisz. 482/921. 25 éves, erőteljes II. P. Tub. ab. Első roham IX. 13. Utolsó roham és műtét IX. 19. Belek közt, Douglasban nagyrészt folyékony vér. Reinfundálunk: 450 g vér + 200 g natr. citr. oldatot (1.5%). Pulzus 120, kicsiny. Infúzió után 120, de teltebb. Síma, láztalan lefolyás.

Vérképe transfúzió előtt: Hb. 28, V. 2020, F. I. 0.7. — Transfúzió után: Hb. 26, V. 2150, F. I. 0.6. — 6 óra múlva: Hb. 28, V. 2100, F. I. 0.67. — 7 nap múlva: Hb. 37, V. 2540, F. I. 0.74. — 2 hét múlva: Hb. 50, V. 3750, F. I. 0.67. — 1 hónap múlva: Hb. 62, V. 4100, F. I. 0.77. A vörösvértestek alakbeli eltérést nem mutattak egyszer sem.

3. K. B.-né Seb. oszt. 253/922. 27 éves II. P. Kis, vékony asszony. Grav. tub. rupta. Felvétel után műtét. Műtét közben 600 g vér + 200 g natr. citr. + 200 g NaCl-oldatot reinfundálunk. Transfúzió után 40 perccel 25 percig tartó hidegrázás, utána 39.2 temp. Azontúl subfebrilis lefolyás. Műtét aethernarcosisban. Beteg arcszínje a műtét idejére megélnkül, kipirosodik.

Vérképe transfúzió előtt: Hb. 39, V. 2780, F. I. 0.71. Szabályos V. Transfúzió után: Hb. 38, V. 2620, F. I. 0.73. — 6 óra múlva: Hb. 39, V. 2730, F. I. 0.71. — 24 óra múlva: Hb. 39, V. 2570, F. I. 0.76. — 3 nap múlva: Hb. 39, V. 2850, F. I. 0.68. — 8 nap múlva: Hb. 45, V. 3110, F. I. 0.72. — 12 nap múlva: Hb. 49, V. 3190, F. I. 0.78. Anisocytosis. — 4 hét múlva: Hb. 55, V. 3410, F. I. 0.81.

4. M. I.-né (615/921) 27 éves III. P. Erőteljes, de acut anaemiás asszony. Grav. tub. miatt felvétel VII. 29-én. Vérkép: Hb. 44, V. 3120, F. I. 0.71. Többször megismétlődő erős görcsök. VII. 30. Vérkép: Hb. 42, V. 2690, F. I. 0.79. A megismétlődő görcsök miatt VIII. 1-én műtét. Vérkép ekkor: Hb. 37, V. 2280, F. I. 0.82. Reinfundálunk 480 g vér + 200 g natr. citr. oldatot. Utána 1 órával hidegrázás. Hőmérsék: 39.9, P. 132. Láz csak a harmadik napon száll 38.0 alá s csak az ötödik napon szűnik meg teljesen.

Vérkép transfúzió után 1–4 óra múlva átlagos értékben: Hb. 37, V. 2290, F. I. 0.82. — 2 nap múlva: Hb. 43, V. 2940, F. I. 0.74. — 5 nap múlva: Hb. 47, V. 3050, F. I. 0.77. — 20 nap múlva: Hb. 54, V. 3400, F. I. 0.76. Vörösvértestek alakbeli eltérést egyszer sem mutattak.

5. Özv. Sz. I.-né (196/921) 40 éves, földműves neje. Grav. tub. rupta miatt felvétel 1921. IV. 4. Műtét IV. 8. Hasüregben sok alvadé, de jórészt folyékony vér. Jobboldali tubán repedés. Műtét közben reinfundálunk 380 g vér + 150 g natr. citr. oldatot. Műtét után hidegrázás. Hőmérséke az első négy napon 39.1–38.5 között, azon-

túl fokozatos leláztalanodás. Műtét után 24 óra múlva vizeletben haemoglobinuria és kevés urobilin, mely másnapra eltűnik.

Vérkép műtét előtt: Hb. 32, V. 1740, F. I. 0.92. Transfúzió után 1 órával: Hb. 36, V. 1970, F. I. 0.90. — 24 óra múlva: Hb. 34, V. 1800, F. I. 0.93. — 2 nap múlva: Hb. 39, V. 2370, F. I. 0.85. — 1 hét múlva: Hb. 44, V. 2570, F. I. 0.85. — 1 hó múlva: Hb. 72, V. 4120, F. I. 0.8. Mindig szabályos, egyforma vörösvértestek.

6. Sv. I. (86/922) 37 éves III. P. Abort. II. incip. Tíz nap óta igen erősen vérzik. Curettage. II. 14–20-ig semmi pótlás. Vérkép: Hb. 26, V. 1800, F. I. 0.73 (kiszökü anisocytosis) és Hb. 25, V. 1810, F. I. 0.70 között van. II. 22-én leánytestvérétől vért veszünk. (Vérképe: Hb. 78, V. 4900, F. I. 0.8. Vére sem active, sem passive nem agglutinál. Wa.—) 250 g vért belebocsátunk 250 cm³ Ringer-oldatba, melyben 0.5%-nyi natr. citr. van (tehát defibrinálás nélkül). Transfúzió után 1 óra múlva hidegrázás, utána 40.2 C° láz. Pulzus 138. Erős fejfájás, cyanosis. Hidegrázás alatt coffeint, digalent, cognacos meleg teát, meleg bepakolást alkalmazunk.

Vérképe hidegrázás alatt: Hb. 29, V. 2050, F. I. 0.72. Anisocytosis. Hidegrázás után: Hb. 29, V. 1895, F. I. 0.76. — 6 és 10 óra múlva: Hb. 32, V. 1860, F. I. 0.80. Transfúziót követő másnapon háromszor vizsgálva, vérképe minimalis differentiálkával a következő: Hb. 30, V. 1890, F. I. 0.80. Anisocytosis, poikilocytosis. Poluchromasia. Temp. 37.8, P. 108. — 2 nap múlva: Hb. 26, V. 1845, F. I. 0.7. — 10 nap múlva: Hb. 36, V. 2410, F. I. 0.75. Anisocytosis, poikilocytosis. Egymagvas vörösvértestek. — 4 hét múlva: Hb. 46, V. 3640, F. I. 0.63. Halványan festődő vörösvértestek, nagy koronggal.

Tíz acut anaemia esetében minden kezelés nélkül vizsgáltuk a vér regenerálódását, ezek közül csak két esetet akarok itt felsorolni összehasonlítás végett:

1. K. A.-né (113/921) 43 éves III. P. Erős, jól fejlett, hentes felesége. Grav. tub. rupta (a baloldali tuba distalis része diónyira tágult, felső részén kb. 3 cm hosszú repedés). Sok véralvadékon kívül 450 g folyékony vért merítünk ki a hasüregből.

Vérképe VIII. 3-án: Hb. 33, V. 2350, F. I. 0.76. — VIII. 6-án: Hb. 48, V. 3070, F. I. 0.78. — VIII. 8-án: Hb. 55, V. 3460, F. I. 0.8. — VIII. 10-én: Hb. 67, V. 4300, F. I. 0.78. — VIII. 15-én: Hb. 68, V. 4295, F. I. 0.8. Minden vizsgálatkor kiszökü anisocytosis. Poluchromasia. Megaloblastok.

2. M. I.-né (966/921) 36 éves V. P. Grav. extraut. l. sin. Beteget műtét nélkül, conservative kezeljük. Douglas-punctio: meggyipiros vér.

Vérképe II. 6-án: Hb. 38, V. 2500, F. I. 0.76. — II. 10-én: Hb. 42, V. 2540, F. I. 0.8. — II. 13-án: Hb. 50, V. 3150, F. I. 0.8. — II. 27-én: Hb. 68, V. 3800, F. I. 0.89. — III. 5-én: Hb. 74, V. 4350, F. I. 0.85.

Többi esetünkben lassúbb tempóban ugyan, de teljesen kiheverték az asszonyok az elszenvedett vérvesztéséget, feltéve, hogy a vérzés akár spontán, akár művi beavatkozásra megszűnt.

Számos kérdés vetődik fel a vértransfúzió használhatóságának elbírálásánál, melyekre egyenként igyekeznünk vizsgálatainkból levont tapasztalatok alapján felelni. Egyike a legvitatottabb kérdéseknek, vajjon a transfúzióval a szervezetbe vitt vér teljesen funkcióképes-e? Számos észlelő azon megfigyelése alapján, hogy vértransfúziókor már műtét közben kipirul az arc, az ajkak, a fülek, hogy a pulzus rhytmikus és teltebb lesz, a légvételek száma csökken: bebizonyítottak veszi, hogy az átömlesztett vér oxygent szállít s megfigyelésében megerősíti a vér haemoglobin-tartalmának lényeges (20%-ról 50–60%-ra) emelkedése és a vörösvértestek számbeli gyarapodása. Vizsgálati eredményeink nem igazolják ezen megfigyelést. Mi az előbb felsorolt hat esetünk közül két ízben, de transfúziótól függetlenül is észleltük a beteg arcszínének feltűnő megélnkülését, de oly rövid ideig tartó volt ez — rendesen a műtétet követő pár óra múlva újra az előbbi anaemiás arczínra tért vissza —, hogy ezt inkább az erős Trendelenburg-fektetéssel és aethernarcosisal magyarázzuk. Megerősít eme megállapításunkban a méhen kívüli terhesség eseteiben követett therapiánk is, mely szerint műtét előtt mindig megvárjuk a shok elmúlását, amikor minden esetben észlelhető a beteg elesettségeknek, pulzusának lényeges javulása, amit tehát szerintünk a shok, nem pedig az elvesztett vérmennyiség okoz. (Lásd:

Khoór: Zur Therapie der Extrauteringravidität. Monatschrift f. Geb. u. Gynäk. 1922, 58. köt., 3—4. füz.) A haemoglobin-tartalom és vörösvértestszám feltűnő emelkedését sem találtuk vizsgálatainknál, mint azt számos szerzőn kívül Hotz és Vágó is leírják. Vágó vizsgálatai iránti bizalmunkat különben megingatja az, hogy hiányzanak eseteiben a transfusiót megelőző vérképletek s így egyáltalán nem mutatják a vértransfusio befolyását, másfelől eredményei sem megbízhatók. Minden vérvizsgálat alapja ugyanis a festődési index, vagyis egy vörösvértest átlagos Hb.-tartalmának meghatározása, mely a legfontosabb útmutató sorozatos vérvizsgálatok pontosságához. Tudjuk, hogy a festődési index minden vérszes anaemiánál 1.0 alatt van és felnőttél 1.0 felett csak perniciosus anaemiánál fordul elő. Kiszámítottam Vágó vérképleteiből a festődési indexet s ilyen eredményeket kaptam akut anaemiánál: 1.02, 1.04, 1.19 (Zentrbl. f. Gynäk. 1920, 39. sz., 1089. oldal és 1.25 (1091. oldal). Az összes haematológiák és vizsgálataim alapján e helyről kell megállapítanom, hogy Vágó eredményeinek tudományos értéke nincsen. A haemoglobin-tartalom és vörösvértestszám több szerzőnél észlelt emelkedése a műtét (laparotomia) befolyása lehet. Egy laparotómias esetünkben, hol a beteg nem kapott transfusiót, a műtétet követő második és harmadik napon vett és kontrollált vérkép aránylagosan magas Hb.-és vörösvértestszámot adott, de az előző vizsgálatokkal megegyező festődési index-számot. Ennek magyarázatát mi a műtét alatti és utáni nedvesítésben gondoljuk. Hat esetünk közül három esetben egyáltalán nem, háromnál csak kis mértékben emelkedett a Hb.-tartalom (31-ről 40—46-ra; 32-ről 36-ra; 25-ről 29-re) és vörösvértestszám (1970-ről 2360-ra, 1740-ről 1970-re; 1810-ről 2050-re), közvetlenül a transfusio után és 24—48 órán belül újabb visszaesést találtunk. Vizsgálataink alapján nem hisszük, hogy a transfundált vér még teljes physiologiai tulajdonságával bír, de hajlandók vagyunk elismerni, hogy pillanatnyi életveszélynél a transfundált vér a vérserum bevitele miatt a physiol. konyhasóoldatnál értékesebb pótlása a szervezetnek. Mikor következik azonban be ez a momentán életveszedelem és vajjon egy feltételezett életveszedelemnél az alkalmazott transfusiónak tulajdonítható-e tényleg az életmentés? — olyan kérdések, melyekre mindenkor igen nehéz lesz feleletet adni. Ismét hivatkozom a mi tapasztalatainkra, hogy 215 méhen kívüli terhes esetünkben csak egy betegünk vérzett el az első rohamnál, a többinél, köztük 45 shokban beszállítottánál a shok elmúlásának nyugodt megvárásával mindig megjavult a beteg állapota és sohasem láttuk momentán életveszedelemből szükségét az azonnali műtétnek vagy vértransfusiónak.

A szervezetbe vitt vér további sorsára vonatkozólag vizsgálataink megerősítik számos szerző véleményét, hogy legkésőbb 24—48 óra múlva tönkremennek a vörösvértestek. Erre vall a Hb.-tartalom és vörösvértestszám újbóli csökkenése, az 1. és 5. esetben észlelt ikterus a sclerán, vizeletben haemoglobinuria, kevés urobilin, a 6. esetben észlelt poikilocytosis.

Minden transfusióval kezelt betegünk — különösen a Spender vér átömlesztése után, dacára, hogy agglutinációs próbát végeztünk — kellemetlen mellék-tünetként a transfusiót követő rövid időn belül igen erős hidegrázást kapott, úgyhogy több esetben coffeint, digalent, cognacos meleg teát, meleg pakkolást kellett adnunk. A hidegrázás után a beteg hőmérséke felszökött 38.6—39.2—40.2 C°-ig. Pulzus 120—140 között volt. A láz ugyan a következő napokon leesett, de két esetünkben a teljesen síma műtéti lefolyás dacára csak a hatodik napon mult el a láz. Ezekkel a kellemetlen mellék-tünetekkel szemben — az irodalomban (Schweitzer) már halálozást is felmutató haemoglobinuria veszélyét is ideszámítva — az akut anaemiánál észlelt csekély és csak igen rövid ideg tartó hatás miatt a vértransfusio alkalmazását csak igen kivételes esetben tartjuk indokoltnak.

A vértransfusio hatásai közül legelfogadhatóbb-

nak tartjuk, hogy a bevitt véralakelemek valamilyen módon fokozott vörösvértestképezésre ingerlik a csontvelőt. A mi vizsgálataink szerint acut vérveszteségnél ez a regeneratio a kezelésben nem részesült esetekkel összehasonlítva alig észrevehetően volt fokozott. Ennek okát abban a természetes folyamatban látjuk, hogy egy bizonyos fokú vérveszteség után az alakelemek fokozott productióját a vérserum pótlása előzi meg. Barmely acut vérveszteségnél meggyőződhetünk sorozatos vérvizsgálatokkal, hogy a legalacsonyabb Hb.-értéket, és vörösvértestszámot nem a vérvesztesékor, de napokkal azután kapjuk. A vér alakelemeinek későbbi és nagyobb számú regeneratióját bizonyítják a vérképekben csak később fellépő alakbeli eltérések (anisocytosis, mikrocyták, basophil szemcsézettesség vagy magvas vörösvértestek), bár egészséges szervezetnél legfőbbképpen normális alakú és nagyságú, de halványabban színezett, tehát Hb.-szegény vörösvértesteket találunk. Kontrollvizsgálataink alapján, melyek közül két igen kifejezett esetet közöltem le, valamint ezek és vértransfusióval kezelt eseteink összehasonlításából azt a régi megállapítást látjuk megerősítve, hogy a vér regeneratiójára vonatkozó sémát vagy szabályt csak a legnagyobb általánoságban lehet felállítani s hogy különösen a nők igen ellenállóak még igen nagyfokú vérveszteséggel szemben is (lásd abortusok után), azt acut esetben igen hamar kiheverik. Minden a vérzés nagyságától függ, illetőleg attól, hogy mennyire esik le az erythrocyta-szám, függ a beteg testalkatától, constitutiójától, socialis viszonyaitól. Fentebb közölt kontrollesetemben az erőteljes hentesasszony vérsejtjeinek oly gyors regeneratiója következett be transfusio nélkül is (12 nap alatt Hb.-tartalma kétszeresénél is magasabbra emelkedett: 33-ről 68-ra, a vörösvértestek 2350-ről 4295-re), hogy itt bármiféle beavatkozással sem kaphattunk volna jobb eredményt. Maga a vérveszteség a csontvelőnek legerőteljesebb ingere a vér alakelemeinek újjáképzéséhez, ami egészséges egyénnél bekövetkezik, ha a vérzés nem lépte túl az életet veszélyeztető határt (testsúly 3%-a), transfusio nélkül is, és eseteink igazolják eme állításunkat.

II. A második csoportba a chronikus anaemiánál végzett vizsgálataink tartoznak; 5 esetben Spender vért adtunk betegeinknek, 6 esetben nem részesültek semmiféle kezelésben. Hangsúlyoznom kell, hogy a transfusiót minden esetünkben a vérzés megszűnése után adtuk.

Transfusiók eseteink a következők.

I. G. I.-né (755/922), 37 éves, földműves neje. Myoma uteri.

Vérképe transfusio előtt: Hb. 22, V. 2310, F. I. 0.48. Aniso-, poikilocytosis. Spender (édes leánytestvére) vérképe: Hb. 82, V. 4720, F. I. 0.87.

Betegünk 500 g vért + 500 g natr. citr. oldatot kap. Transfusio után hidegrázás, utána hőmérséke 39.6, P. 132. Másnap délután láztalan.

Vérképe transfusio után: Hb. 22, V. 2560, F. I. 0.44. — 2 nap múlva: Hb. 22, V. 2290, F. I. 0.48.

Vérképe továbbra sem változik, ezért egy hónap múlva újabb 500 g vér + 500 g natr. citr. oldat bevitele. Spender: fiútestvér. Vérkép: Hb. 93, V. 5400, F. I. 0.9. Transfusio után, mint első ízben, 24 óráig magas láz, hidegrázással kezdődve.

Vérképlelet transfusio előtt: Hb. 22, V. 2110, F. I. 0.52. — Transfusio után: Hb. 31, V. 2820, F. I. 0.55. — 5 nap múlva: Hb. 34, V. 2920, F. I. 0.58. Aniso-, poikilocytosis, oligochromasia.

2. W. D. 25 éves kályhás. Ulcus ventriculi. Spender (a beteg öccse [agglut. próba: —]) vérképe: Hb. 73, V. 5013, F. I. 0.73. Transfusio (IV. 20.) után félóra múlva igen erős, 25 percig tartó hidegrázás, cyanosis, légszomj, fejfájás. Utána 39.9 C° láz. Reggelre láztalan.

Vérkép transfusio előtt: Hb. 22, V. 2287, F. I. 0.48. — Transfusio után: Hb. 21, V. 2160, F. I. 0.5. — V. 9-ig: Hb. 26, V. 2400, F. I. 0.54.

Újabb 300 g vér + 300 g natr. citr. oldat. Újra hidegrázás. Hőmérsék 38.9, P. 138. Reggelre láztalan.

Transfusio után: Hb. 26, V. 2390, F. I. 0.55. Anisocytosis. — 2 nap múlva: Hb. 24, V. 2525, F. I. 0.48. — 10 nap után: Hb. 24, V. 2500, F. I. 0.48. — Egy hónap múlva: Hb. 38, V. 3200, F. I. 0.6.

3. B. H. (98/922), 18 éves leány. Ulcera tbc. intestini. Vért kap: *apjától 300 g, anyjától 500 g + 400 g natr. citr. oldat.* Transfusio után hidegrázás. 39·8 C° láz. Másnap délután láztalan.

Vérképe transfusio előtt: Hb. 28, V. 2200, F. I. 0·63. — Transfusio után: Hb. 34, V. 2300, F. I. 0·71. — 2 nap mulva: Hb. 39, V. 2780, F. I. 0·71. — Egy hónap mulva: Hb. 56, V. 3770, F. I. 0·74.

4. D. I. (572/923), 50 éves. Adenocarcinoma a vastagbélben. Spender (23 éves leánya) vérképe: Hb. 72, V. 4100, F. I. 0·88. Betegünk 500 g vért + 400 g natr. citr. oldatot kap. Transfusio után 30 percig tartó hidegrázás. Hőmérsék 39·8. Pulzus 136. Másnap subfebrilis.

Vérkép transfusio előtt: Hb. 14, V. 1460, F. I. 0·5. Aniso-, poikilocytosis. — Transfusio után: Hb. 14, V. 1770, F. I. 0·4. — Másnap: Hb. 14, V. 1740, F. I. 0·4. Igen kifejezett anisocytosis, poikilocytosis. Magvas vörösvérsejt. — Egy hét mulva: Hb. 14, V. 1780, F. I. 0·4.

Ekkor másik, 22 éves leánya (Hb. 76, V. 4500, F. I. 0·84) ad 420 g vért. Transfusio után igen erős hidegrázás. Hőmérsék 39·7, P. 146 (coffein, digalen), erős fejfájás napokon át, cyanosis. A láz két napig 38·5°-on felül.

Vérkép transfusio után: Hb. 14, V. 1790, F. I. 0·4. Egy hónap mulva: Hb. 14, V. 1730, F. I. 0·4. Aniso-, poikilocytosis. Magvas vörösvérsejt.

Ekkor újra, harmadízben, vértransfusio. Spender nem rokon. Polycythaemia rubra miatt vesszük tőle a vért. Vérképe: Hb. 114, V. 6040, F. I. 0·95. Betegünk 500 g vért + 400 g natr. citr. oldatot kap. Újra 25 percig tartó hidegrázás. Temp. 39·1, P. 136. Másnap láztalan.

Transfusio után: Hb. 23, V. 2600, F. I. 0·43. — Másnap: Hb. 22, V. 2430, F. I. 0·46. — 2 nap mulva: Hb. 20, V. 2190, F. I. 0·46. — 5 nap mulva: Hb. 16, V. 1980, F. I. 0·44. — Egy hét mulva: Hb. 14, V. 1720, F. I. 0·4.

5. P. I. (43/922), 49 éves. Másfél hónapja erősen vérzik. Metropathia. Climax. Curettage (benignus kaparék). Transfundálunk 500 g testvérvért + 400 g natr. citr. oldatot. Transfusio után 15 perc mulva erős hidegrázás. Hőmérsék 39·9, P. 120. Reggel láztalan.

Vérkép transfusio előtt: Hb. 25, V. 2290, F. I. 0·55. Anisocytosis (mikrocyták), kisleukocytosis. Polychromasia basophil szemcsézettéssel. Igen halványan festődő vörösvértestek, nagy koronggal. — Transfusio után: Hb. 25, V. 2280, F. I. 0·55. — 24 óra mulva: Hb. 25, V. 2290, F. I. 0·55. — 4 nap mulva: Hb. 19, V. 1900, F. I. 0·5. — 2 hét mulva: Hb. 24, V. 2700, F. I. 0·44. — 3 hét mulva: Hb. 50, V. 4220, F. I. 0·6. — 5 hét mulva: Hb. 74, V. 5320, F. I. 0·7.

Közleményem terjedelmét nagyon emelné hat kontrollesetünk közlése, ezért elegendőnek gondolom az azokra való hivatkozást a szükségnek megfelelőleg.

A chronikus anaemiáknál végzett vizsgálataink még jobban meggyőznek bennünket arról, hogy a szervezetbe vitt idegen vér nem funkcióképes és hogy igen rövid időn belül a szervezet kiküszöböli. Félliternyi vér bevitele után, sőt többszöri megismétléssel sem mutatott a hosszú időn át egy nívón stagnáló súlyos anaemia változást. Nem befolyásolta még momentán sem a vérképletet — legalább is nem számottevő mértékben — s később is hatástan maradt a csontvelőre gyakorlati ingere, 3. számú esetünket kivéve. Pedig csak egy esetünkben volt a vérzés oka egy carcinomás béltumor, a többi esetünkben jóindulatú volt a vérzés okozója. Mi ennek magyarázatát ismét csak a vérképletekben találjuk. Összes esetünkben látjuk a csontvelő igekezetét a regenerálódásra az aniso-, poikilocytosisban, a polychromasiában, a vörösvértestek basophil szemcsézettésgében, halvány festődésében, — nem az inger hiányzik tehát, de a csontvelő insufficienciája miatt nem tudja a szükségletet pótolni. Időre van szüksége és ha a vérzés foka nem lépte túl a határt, ha a vérzés oka nem malignus elfajulástól van, a regenerálódás lassan be is következik. Igaz, hogy sok chronikus esetben nagyon hosszú időről lehet szó. Csak emlékeztetek arra, hogy egy nyomás beteg karakterisztikus arcszíne milyen sokáig elárulja a fennálló betegséget az ok eltávolítása után is. Kisebbszámú chronikus anaemiáknál, amikor a vérpótlás nem terheli túl a csontvelőt, a transfundált vér ingere minden bizonnyal gyorsítja a regenerációt, de érdemes-e ilyen bizonytalan és kis eredményért a beteget annyi veszélynek és kellemetlenség-

nek kitenni, mint amennyit a vértransfusio magában rejt? Mert ezek a súlyos és kellemetlen tünetek minden chronikus esetünkben is, az agglutinációs próbák dacára felléptek. Fellépett a súlyos hidegrázás és utána a 40 C°-ig emelkedő láz, több esetben cyanosis, légszomj, nagy fejfájás. A lázak sajátságosan rendszeren már a következő napon elmúltak és nem tartottak 4—6 napon át, mint az acut eseteknél a szervezetbe vitt saját vértől láttuk. Ennek okát, szigorú assepsist feltételezve, egyfelől a hasúri szabad vér megváltozott jellegében gondoljuk s abban, hogy chronikus esetekben a legyengült szervezet reakcióképessége csökkent. Kezelésben nem részesült eseteinkben láttuk, hogy sokszor jelentéktelen kis, de hosszú időn át fennálló vérzések milyen nagyfokú anaemiát okozhatnak. A vérzés megszűnése után hetek telnek el, míg a vérképletet a megindult regenerációt mutatja, ilyenkor eme stagnálási idő letelte után adott kismennyiségű vérinjectio (ezzel az elnevezéssel különböztetem meg a nagy mennyiségben adott transfusiótól) jótékony hatását mi is észleltük és elismerjük. A chronikus esetekben talán még inkább, mint az acutaknál, a vér regenerálódása függ a vérzés nagyságától és tartamától, az októl, a szervezet ellenálló- és teherbíróképességétől, a táplálkozástól. A vérzés megszüntetésével, a jó táplálkozással, pihenéssel, levegővel mindenkor jobb eredményeket fogunk kapni, mint a vértransfusióval. Elismerem, hogy a chronikus anaemiák vizsgálatánál a legsúlyosabb eseteket választottam ki, de hiszen éppen ezeknél az eseteknél állunk sokszor tanácstalanul — sajnos —, vizsgálataim alapján a vértransfusio ismerete után is.

A transfusióról szerzett tapasztalatainkat acut és chronikus vérzések után a következőkben összegezhetjük: Nem látjuk bizonyítottan a bevitt vér funkcióképességét; az alakelemek, főként a vörösvértestek mindenesetre 24—48 óra mulva tönkremennek. A bevitt vér kellemetlen, néha igen súlyos hidegrázásokat, napokig elhúzódó magas lázakat okoz, haemolysis veszélyével járhat, nem említve a technikai hibáktól feltételezett thrombus, légembolia veszélyét. Mindezekkel szemben összehasonlító vizsgálataink alapján egyáltalán nem találtuk a vérkép számottevő és tartós javulását sem acut, sem chronikus vérzések után. Az elvesztett vérmennyiségnek nem tökéletes pótlója. Hatását egyedül az erythropoetikus apparatus izgatásában látjuk s hogy az eddig alkalmazott physiol. konyhasóoldat helyett fajrokon serumot juttatunk a szervezetbe. Mindezt az előbb felsorolt veszélyek és kellemetlen tünetek árán, ezért alkalmazása szerintünk mindenképpen csak nagyon szigorú elbírálás után volna megengedhető. Mi föltétlenül szükségét sohasem éreztük.

A szegedi m. kir. Ferenc József tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Hainiss Elemér dr. egyet. m. tanár).

Plasmalabilitási vizsgálatok beteg csecsemőknél.

Írta: Török Gábor dr. egyet. tanársegéd.

A vérplasma és serum colloid-természetű volta indította a kutatókat arra, hogy colloidchemiai methodusoknak alkalmazásával is megkíséreljék a szervezetben végbemenő kóros folyamatok nyomonkövetését. A vérplasma, illetőleg serumcolloid colloidális állapotában beálló változáson alapszik a vörösvérsejtek sülyedési reakciója, a Sachs-Oettingen-, Darányi-, Fritsch-Starlinger-, Gerlóczy- és Mátéffy-féle colloidlabilitási reactio. Ezen reakciónak legáltalánosabban elfogadott magyarázata az, hogy a vérben bizonyos körülmények között megszaporodott globulin, illetve fibrinogen külső behatásokkal szemben kevésbé tudja colloidális elosztottságát fenntartani, mint a stabilisabb albumin. A vörösvérsejtek sülyedési reakciójánál a véresejt plasmahártyájához adsorbeált globulin a vörösvérsejtek gyorsabb sülyedését okozza, a kicsapódási reakciónál pedig, mint labilisabb fehérjefractio, kicsapódik. Míg

a felnőttek betegségeinek csaknem minden csoportjában foglalkoztak e reakciók viselkedésével, addig a csecsemő- és gyermekbetegségeknél végzett colloidalabilitási reakciókról az irodalomban csak kevés adat található. *Gertrud Nadolny* az újszülötteknél és csecsemők-nél végzett sülyedési reactio eredményeiről oly értelemben számol be, hogy az újszülöttek vérsajtjei jóval lassabban sülyednek a felnőttekéinél; a második hóban a sülyedés a leglassúbb, innen kezdve ismét gyorsul. *György* éppen az ellenkező viszonyokat találta. *Duzár* serumlabilitási vizsgálatai ugyanazt igazolják, amit *Gertrud Nadolny* a vörösvérsejtek sülyedésénél talált. Ő újszülötteknél a *Darányi*-féle reactióval a második hó közepéig folyton csökkenő nagy serumlabilitást tudott kimutatni és ennek megfelelőleg legalacsonyabb globulin-értéket a második hó közepén. *Sachs-Oettingen* újszülötteknek a terheseknél stabilisabb plasmájára hívta fel a figyelmet. A csecsemő- és gyermekkori megbetegedések közül leginkább a tuberculosinál végzett kísérletek ismeretesek, ahol *Rókay* a gyermekkor bronchialmirigy-tuberculosisánál a vörösvérsejtek sülyedésének vizsgálatával azt találta, hogy 6 mm-nél kisebb érték inactiv folyamat mellett szól, 13 mm-nél magasabb a folyamat aktivitását bizonyítja és rossz prognoszt jelent; a folyamat kiterjedésére vonatkozólag azonban a reactióból következtetést vonni nem lehet. *Duzár* csecsemő-tuberculosis 26 esetében a *Darányi*-féle reactiót végezte el és eredményeit abban foglalja össze, hogy kicsiny physikalís eltérést, csekély Röntgen-leletet, kicsiny temperatura-emelkedést mutató tüdő-tbc. könnyebb eseteiben is positiv a *Darányi*-reactio, de nem olyan erős mértékben, mint physikalisan és röntgenologice kiterjedt folyamatot mutató, magas lázzal járó esetekben. A legsúlyosabb, reménytelen folyamatoknál a *Darányi*-féle reactio mindig igen erős, de a végső stadiumban negativ lehet, a szervezet teljes reactio-képtelenségének kifejezőjeként. Ugyancsak *Duzár*, *Rusznay*akkal együtt, magas fibrinogen-értéket talált ikterus neonatorumnál és alimentaris intoxicationál, az utóbbinál magas albumin-tartalom mellett. Tuberculosisra szerintük az összfehérje mérsékelt gyarapodása mellett erős globulin-szaporulat jellemző, melyhez a folyamat előrehaladásával a fibrinogen lassú szaporodása is csatlakozik. Lues congenitanál, acut pneumoniánál, *Leiner*-dermatitisnél magas globulin-értéket találtak, szemben az exsudativ diathesissel, hol alacsony a globulin-tartalom. Szerintük a *Gerlőczy*-, *Fritsch-Starlinger*-reactiók szigorúan párhuzamosan haladnak a fibrinogen-tartalommal, a *Darányi*-féle reactio pedig csak nagyjában követi a globulin-tartalmat.

A vérplasma colloidalis állapotában beállott esetleges változás felismerése végett 18 újszülöttnél és 83 csecsemőnél végeztem el a *Gerlőczy*-féle plasmalabilitási reactiót. Azért választottam ezt a methodust, mert egyrészt keresztülvitele igen egyszerű, másrészt az eredmény leolvasása mentes minden subjectiv megítéléstől. *Gerlőczy* vizsgálatai alapján egészséges felnőtt egyének plasmája egyáltalán nem ad pelyhesedést, míg kiterjedt tuberculosiban szenvedők, rosszindulatú, szét-eső daganatokkal bírók, súlyos vesebeteggek plasmájánál már 52—53°-on az összes csövekben durva pehelyképződés mutatkozik, éppúgy, mint mellhártya-, tüdő- és sokizületi gyulladással. Terhesek, activ tüdőcsúcsfolyamatok, luesesek és előrehaladott arteriosclerosisban szenvedők plasmája magasabb temperaturán (53—54°) és csak az első négy csöben ad pehelyképződést. Ezek tehát az előbbiekhöz képest már kisebb szövetdestrucióval járó folyamatok. Még kevésbé sóérzékeny a cirrhotikus, jóindulatú tüdőfolyamatok plasmája; ezeknél a pelyhesedés még magasabb temperaturán és csak az első csövekben mutatkozik. A reactio kivitele a következő:

Centrifugacsöbe 1.5 cm³ 5%-os natriumcitrat-oldathoz 7.5 cm³ vért teszünk. Centrifugálás után a plasmát leszívjuk és a csövecskék mindegyikébe a plasmából 0.3 cm³-t teszünk, majd ehhez csövenként más-más isotoniás sóoldatot adunk, ugyancsak 0.3 cm³-nyi mennyi-

ségben. Az elsőbe K₂SO₄-t (isotoniás oldata 2.54%-os), a másodikba KCl-t (1.08%), majd folytatólagosan KBr (1.73%), KNO₃ (1.47%), KJ (2.42%), KSCN (1.41%) kerül. A csövecskéket összerázás után 50°-os vízfürdőbe tesszük, melynek temperaturáját hárompercenként 1°-kal emelve, a kicsapódást ismételt megtekintéssel ellenőrizzük. Positívnak csak pehelyképződés veendő, zavarodás, opalescentia nem számítandó a positiv reactiohoz. Az eredmény jól leolvasható akkor is, ha kevesebb plasmát és sóoldatot használunk, mint *Gerlőczy* ajánlja. Én — tekintettel a csecsemők vérvételénél kényeszerű takarékosagra — 1 cm³ citráthoz 5 cm³ (sinuspunctio útján nyert) vért használtam és minden csöbe csak 0.2 cm³ plasmát és sóoldatot tettem. A lecentrifugált citrátplasma a controllreactiohoz is elégséges.

Vizsgálataim első csoportja 1—9 napos egészséges újszülöttekre vonatkozik. Az első táblázat részletes kimutatásából látható, hogy egykeresztes reactio a kilencedik napig előfordul. Feltűnő, hogy három háromnapos újszülött közül kettő plasmájának reactioja +++-es és hogy egy négynaposé +++-es, más ugyanilyen idős újszülöttek negativ reactioja mellett. Hogyan volna magyarázható a teljesen egészséges újszülöttek egy részénél található gyenge és középerős reactio? *Duzár* 12 újszülött köldökvérében a *Fritsch-Starlinger*-féle reactiókat negativnak találta, bár *Rusznay*akkal együtt újszülöttek ikterusainál 4—5-szörös fibrinogenszaporulatról számol be. Ezen fibrinogenszaporulat, úgy látszik, nem elegendő a *Gerlőczy*-féle reactio positivvá tételéhez, minthogy az első táblázat 4-ik, 7-ik, 11-ik, 15-ik és 17-ik eseteiben, ahol látható ikterus volt, a *Gerlőczy*-féle reactio negativnak mutatkozott. Ezek szerint tehát egyes újszülöttek *Gerlőczy*-reactiójának positiv volta nem tulajdonítható az ikterus neonatorumnak. Valószínűbb, hogy egyes esetekben, leginkább 3—4 napos újszülötteknél található plasmalabilitás a fehérvérsejtek szétesésével áll összefüggésben. *Hainiss-Heller* újszülöttek haemoklasiás krízisével kapcsolatban végzett sorozatos vérsajtyszámolásnál azt találták, hogy újszülöttek fehérvérsejtjeinek száma a 3—4-ik napra éri el legalacsonyabb értékét, s az első napi átlagos 17.970 fehérvérsejtszám a harmadik napra átlagosan 8130-ra esik. Vizsgálataik közben olyan eset is előfordult, ahol a születés utáni 22.900 fehérvérsejtszám harmadnapra 7450-re, negyednapra 6950-re csökkent. A fehérvérsejtek ily nagyfokú szétesésénél globulinok, nucleoproteidek kerülnek a plasmába. A nucleoproteidekről annál is inkább feltehető, hogy sóoldatokkal szemben éppoly labilisan viselkednek, mint a globulin, mert a leukocytákból sikerült olyan nucleoproteidekből álló anyagot kivonni, melyet a globulinhoz hasonló tulajdonságai miatt *Alex. Schmiedt* praeglobulinnak nevezett el. Nem szabad azonban a crystalloidok befolyását sem figyelmen kívül hagyni a colloidalis állapotra, annál is inkább, mert az erősebben positiv *Gerlőczy*-féle reactio egyes újszülötteknél a 3—4-ik napon található, amikor az újszülött-szervezet sótartalma éppen a legnagyobb ingadozásoknak van alávetve. Hogy mennyire van befolyással a vízleadás és ezzel kapcsolatban az újszülött-szervezet sóconcentrációjának változása a plasmalabilitásra, erre vonatkozólag további megfigyelések szükségesek.

Hogy a *Gerlőczy*-féle plasmalabilitási reactio viselkedését kóros állapotoknál megítélhessük, szükséges volt előbb egészséges csecsemők plasmájának viselkedését megfigyelni.

12 egészséges (1—8 hóig) csecsemő plasmájával, 1 egyhónapos egykeresztes reactiójától eltekintve, minden esetben negativ eredményt kaptam. Az egyik egyhónapos, klinikailag teljesen egészségesnek látszó csecsemőnél talált SO₄-os reactiót egy rejtett folyamatnak kellett tulajdonítani, mert egyrészt ugyanennél az egy hét múlva megismételt, másrészt egy másik egyhónapos csecsemőnél controllkép végzett vizsgálat negativ eredményt adott.

Ha a felnőtt-szervezet acut lázas betegségeknél és egyes chronikus fertőző betegségeknél a vérplasma

colloidalis állapotában beálló változással reagál, annál inkább várható ez a labilisabb csecsemőkorban, de még inkább az újszülöttkorban. Míg a gyermekkori fertőző betegségekkel szemben az újszülöttet a veleszületett immunitás védi, acut parenteralis infectiókkal szemben annál érzékenyebb. Köztudomású tény, hogy minél fiatalabb a csecsemő, annál veszélyesebb reá nézve a parenteralis infectio és hogy a mesterségesen táplált csecsemők parenteralis eredetű megbetegedései rosszabb prognoszt nyújtanak, mint a természetesen tápláltaknál. Ez a két tény kifejezésre jut a vér colloidalis állapotának megváltozásában is.

Ugyanaz a parenteralis infectio mesterségesen táplált csecsemőnél erősebb kicsapási reactiót ad, mint anyatejen tápláltnál s annál erősebben jelentkezik, minél fiatalabb a csecsemő. Emellett azonban a reactio

I. táblázat. Egészséges újszülöttek.

Sor-szám	Kor	SO ₄	Cl	Br	NO ₃	J	SCN	Ikterus
1.	1 nap							
2.	1 "	+						
3.	2 "	+						+
4.	2 "							+
5.	3 "	+	+	+	+			
6.	3 "	+	+	+	+			+
7.	3 "							+
8.	4 "	+	+	+				
9.	4 "							
10.	5 "	+						
11.	5 "							+
12.	6 "	+						+
13.	6 "	+						
14.	7 "							
15.	8 "							+
16.	8 "	+						
17.	9 "							+
18.	9 "							

eredményét illetőleg főleg abban van különbség, hogy milyen parenteralis infectio érte a csecsemőt. Míg egy lázas anginánál, rhinitisnél nem változik meg a vérplasma labilitási reactiója, magasabb hőemelkedéssel járó bronchitisnél, különösen mesterségesen táplált csecsemőknél + -es és ++ -es Gerlóczy-féle reactio előfordul. A bronchiolitisek, pneumoniák + + + + + -es és + + + + -es reactiót adnak. A legkifejezettebb pehelyképződést adják a genyedéssel járó folyamatok, nemcsak olyan értelemben véve, hogy a sószorozatnak legalább négy tagja kicsapódik, hanem a pelyhek ezen folyamatoknál a legdurvábbak. Így pyodermia, otitis media, osteomyelitis és súlyos pyelocystitis eseteiben az öt- és négykeresztes reactio a leggyakoribb. Enyhébb pyelocystitis, sepsis és lymphadenitis vizsgált eseteiben a reactio + + + -es volt. A bőr betegségei közül pemphigus neonatorum, dermatitis exfoliativa és erythrodermia desquamativa (Leiner) igen erős reactiót ad. Ha tudjuk, hogy vannak egyes lappangva fennálló parenteralis infectiók (pyelocystitis), melyek a vérplasma colloidalitási reactióját megváltoztatják, akkor meg leszünk óva attól a tévedéstől, hogy példának okáért egy pneumoniánál az acut lázas állapot elmúlása után eltűnni nem akaró pozitív reactióból egy chronikus (tbc.) folyamatba való átmenetelt vegyünk fel.

Chronikus fertőző betegségek közül a csecsemők tbc.-jénél Duzár a Darányi-féle reactio viselkedését vizsgálta. Amint már Duzár is említi, az activitás kérdése csecsemők tüdőtuberculosisánál nem jöhet figyelembe, mert a csecsemőkori tüdőtbc.-ok mind activ fo-

lyamatok. A progrediálás ellenőrzése szempontjából gondolja Duzár a colloidalitási reactiót értékesítőnek. Erre vonatkozólag az alább ismertetett csecsemőnél tett észleletem kapcsán egy körülményre kívánom felhívni a figyelmet. R. A. öthónapos csecsemőnél a jobb felső lebeny felett klinikailag is kimutatható tompulat, az apróhólyagú zörejek, positiv Pirquet-reactio és Röntgen-lelet a tbc.-s folyamat diagnosist bizonyossá tette. A Gerlóczy-féle colloidalitási reactio 38·9° temperatura mellett + + + + -es volt. A következő nap 37·4° hőmérséklet mellett + + -es és öt nap mulva a megismételt reactio 37·5°-nál ismét + + -es. Ez esetben a colloidalitási reactio erőssége és a magasabb hőmérséklet közötti összefüggés kétségtelen. A csecsemőkori tbc.-nél pedig a folyamat súlyosságát nem mindig jelzi a magas láz; vannak súlyos előrehaladt tüdőfolyama-

II. táblázat. Parenteralis infectiók.

Sor-szám	Kor	Táplálék	Diagnosis	SO ₄	Cl	Br	NO ₃	J	SCN
1.	6 hó	anyatej	Bronchitis ...						
2.	2 "	mesters.	Rhinitis, bronch.	+					
3.	4 "	anyatej	" "						
4.	3 hét	"	Bronchitis ...	+					
5.	2 hó	mesters.	" "	+	+				
6.	2 "	anyatej	Angina ...						
7.	3 "	mesters.	" "						
8.	3 hét	"	Bronchiolitis ...	+	+	+	+		
9.	6 hó	anyatej	Bronchopneum.	+	+	+	+		
10.	3 "	mesters.	" "	+	+	+	+	+	
11.	3 "	"	" "	+	+	+	+	+	
12.	4 "	"	Pyodermia ...	+	+	+	+	+	
13.	4 "	anyatej	" "	+	+	+	+	+	
14.	3 "	mesters.	" "	+	+	+	+	+	+
15.	5 "	"	Sepsis ...	+	+	+			
16.	6 "	"	U. a. eset javult	+					
17.	7 "	"	Pyelocyst., otitis	+	+	+	+		
18.	2 "	anyatej	Exsud. diath. otitis pyelocyst.	+	+	+	+	+	
19.	6 "	"	Exsud. diath. pyelocystitis	+	+	+	+		
20.	5 "	mesters.	Pyelocystitis ...	+	+	+	+		
21.	6 "	anyatej	Otitis m. ...	+	+	+	+		
22.	3 hét	mesters.	Osteomyelitis ...	+	+	+	+	+	
23.	3 "	anyatej	Pemphigus ...	+	+	+	+	+	
24.	2 "	"	Dermatitis exfol.	+	+	+	+	+	
25.	8 hó	mesters.	Lymphadenitis ...	+	+	+			
26.	1 "	anyatej	Leiner ...	+	+	+	+	+	
27.	3 "	"	Angina, dyspepsia						

tok láztalan, subfebrilis temperaturájú napokkal. Ha tehát a progrediálásra akarunk a colloidalitási reactio erősödéséből következtetni, akkor figyelembe kell venni a láz okozta reactiót is, mert különben a többszöri vizsgálatnál talált váltakozó erősségű reactiók egyszer a progrediálás, máskor pedig a javulás képét nyújthatnak.

A harmadik táblázat mutatja a chronikus fertőzéseknél és a constitutionalis megbetegedéseknél kapott eredményeket.

Peribronchialis mirigy-tuberculosis három esetében + + -es, kiterjedt tüdő-tbc. minhárom esetében magas láz mellett vizsgálva + + + + -es, ez utóbbiak közül egyiknél subfebrilis temperaturánál + + -es, lues congenita tüneteit mutató 4 csecsemő plasmájával + + + + -es és + + + + -es reactiót kaptam. A III.

tablázat még 5 exsudativ diathesis, 3 rachitis, 1 kiscokú hydrocephalusnál talált eredményeket szemlélteti. Exsudativ diathesisnél *Rusznjak* és *Duzár* kicsiny globulin-tartalmat talált, ennek megfelelőleg a *Gerlóczy*-féle plasmalabilitási reactio is negativ eredményt ad. Még kiterjedt ekzematosus jelenséget mutató exsudativ diathesis is negativ eredményt ad, míg secundaer infectio folytán hozzá genyedés nem társul. A secundaer genyedés éppúgy pozitívra teheti az exsudativ diathesis negativ reactióját, mint a mellette fennálló tbc. vagy pyelocystitis. Rachitis összes vizsgált eseteiben a reactio negativ volt. Hydrocephalus egy vizsgált esetében egy + -es reactio volt észlelhető. Minthogy *Gerlóczy* exsudatióval járó processusoknál kicsapódást észlelt, e reactióval talán a gyulladáshoz hydrocephalusok el lesznek különíthetők a pangásos eredetűektől.

III. táblázat. Chronikus fertőzések és constitutionalis megbetegedések.

Sor-szám	Diagnosis	SO ₄	Cl	Br	NO ₃	J	SCN
1.	Exsud. diath. ---						
2.	" " ---						
3.	Exsud. diathesis, infiltr. gland. peribronch. ---	+	+				
4.	Hydrocephalus ---	+					
5.	Exsud. diath. Pyelocyst. Pyodermia ---	+	+				
6.	Rachitis ---						
7.	Exsud. diath. Pyelocyst. ---	+	+	+			
8.	Rachitis ---						
9.	Lues cong. ---	+	+	+	+	+	
10.	Tbc. pulm. ---	+	+	+	+		
11.	Lues cong. ---	+	+	+	+		
12.	" " ---	+	+	+	+		
13.	" " ---	+	+	+	+	+	
14.	Infiltr. gland. peribr. ---	+	+				
15.	" " " ---	+	+				
16.	Tbc. pulm. ---	+	+	+	+		
17.	" " ---	+	+				
18.	Rachitis ---						
19.	Tbc. pulm. ---	+	+	+	+		

Vizsgálataim utolsó csoportja a táplálkozási zavarokban szenvedő csecsemőknél talált eredményeket foglalja össze. Vizsgálat alá kerültek táplálkozási zavarok okozta atrophia, decompositio, acut és chronikus dyspepsia, enteritis follicularis, alimentaris intoxicatio, illetve toxicosis esetei. Táplálkozási zavarok okozta atrophianál a többnyire negativ reactio mellett egy + -es reactio található, ami összeegyeztethető volna azzal a felfogással, mely az atrophiat a vénüléssel állítja párhuzamba, minthogy a vér globulintartalmának a korral való növekedése a vénülésnek egyik tünete. Acut és chronikus dyspepsianál, enteritis follicularis nem nagyon súlyos eseteiben negativ eredményt kaptam. Egy enteritis follicularisban megbetegedett csecsemő egy-keresztes reactiót adott s pár nap mulva toxikus állapotba került. Lehet, hogy a positiv reactiót a fejlődőben levő toxicosis okozta, mint ahogy két intoxicationál a toxikus tünetek kifejlődése előtt, amikor még csak a cukorvétel sejtette az intoxicatio bekövetkezését, már positiv reactiót láttam. Decompositio és intoxicatio, illetve toxicosis vizsgált eseteiben a reactio positiv. Az előbbieknél egykeresztesen, az utóbbiaknál erősebben, egykeresztestől háromkeresztesig. Minthogy enyhe és közepesúlyos táplálkozási zavarok (dyspepsia, chronikus dyspepsia) stabil plasmájával szemben súlyos természetű hasonló megbetegedéseknél: súlyos decompositio és intoxicationál, illetve toxicosisnál positiv reactiót

kaptam, e reactióval megítélhetőnek gondolom az állapot súlyosságának fokát.

Vizsgálataim eredményeit és következtetéseimet a következőkben foglalhatom össze:

1. Egyes újszülötteknél positiv a *Gerlóczy*-féle plasmalabilitási reactio, még pedig legkifejezettebben a harmadik napon.

2. Minthogy egyes újszülötteknél a fehérvérsejtpusztulás igen nagymérvű, mely szintén a harmadik napra éri el a legnagyobb fokát, lehetséges, hogy ezt a labilitást a fehérvérsejtek pusztulásánál kiszabaduló, globulinokhoz sokban hasonló tulajdonságú nucleoproteidek okozzák.

3. Egészséges csecsemők *Gerlóczy*-féle plasmalabilitási reactiója negativ.

IV. táblázat. Táplálkozási zavarok és következményes atrophia.

Sor-szám	Diagnosis	SO ₄	Cl	Br	NO ₃	J	SCN	Megjegyzés
1.	Chr. dysp. Atroph.							
2.	Dysp. Exsud. diath.							
3.	Atrophia ---							
4.	Decompositio ---	+						Exitus
5.	" ---	+						
6.	" ---	+						Exitus
7.	Atrophia ---							
8.	Dyspepsia ---							
9.	" ---							
10.	Atrophia ---							
11.	" ---	+						
12.	" ---							
13.	Dyspeps. Atroph.							
14.	Atrophia. Rachitis	+						
15.	Atrophia ---							
16.	Dyspepsia ---							
17.	" ---							
18.	Intox. aliment. ---	+						Exitus
19.	Atroph. Intox. alim.	+	+					Exitus
20.	Toxicosis ---	+	+	+				Exitus
21.	" ---	+	+	+				Exitus
22.	" ---	+	+					Exitus
23.	Enteritis follic. ---	+						
24.	" " ---							
25.	" " ---							
26.	Ent. foll. Toxicosis	+						
27.	" " "	+	+					Exitus

4. Parenteralis infectiók anyatejen táplált csecsemőknél a plasma colloidalis állapotában kevésbé okoznak változást, mint mesterségesen tápláltaknál; kevésbé idősebb, mint fiatalabb csecsemőknél.

5. Parenteralis infectiók közül angina, rhinitis nem, lázas bronchitis alig, pneumonia, genyedések, pemphigus neonatorum, *Ritter*- és *Leiner*-kór igen nagy mértékben változtatják meg a vérplasma labilitási reactióját.

6. Tuberculosisnál és luesnél a reactio positiv.

7. Rachitisnél és exsudativ diathesisnél negativ.

8. Enyhébb természetű táplálkozási zavaroknál negativ, míg súlyosaknál positiv a *Gerlóczy*-féle reactio; ezáltal prognostikai értékkel bír a táplálkozási zavarok súlyosságát illetően.

Irodalom: G. v. *Gerlóczy*: Klin. Wochenschr. 1922, 43. sz. — A. *Schmiedt*: Zur Blutlehre. Leipzig, 1892. — *Hammersten*: Lehrbuch d. physiolog. Chemie. 1922. —

Duzár: Jahrbuch f. Kinderheilk. 1923, 100. köt. — *Sachs* u. v. *Oettingen*: M. med. Wochenschr. 1921, 12. — *G. Nadolny*: B. klin. Wschr. 1921, 34. — *György*: M. med. Wschr. 1921, 68. — *Frisch* u. *Starlinger*: Med. Klin. 1922, S. 8. — *Darányi*: D. med. Wschr. 1922, S. 17. — *Rókay*: Klin. Wschr. 1922, 46. sz. — *Duzár*: Jahrbuch f. Kinderheilk. 102. köt. — *Duzár-Barát-Rusznay-Kürthy*: Orv. Hetilap 23. sz., 274. — *Mátéffy*: Orv. Hetilap 32. sz., 388. — *Duzár*: Orv. Hetilap 32. sz., 390. — *Hainiss-Heller*: Orv. Hetilap 43. sz.

KLINIKAI ELŐADÁS.

A trachoma lefolyása.

Írta: id. Imre József dr. egyet. tanár, Szeged.

A trachoma többféle alakban mutatkozik, de ezek éles határok nélkül mennek át egymásba. Az alakbeli eltérések okozták a sok ideig folyt vitát a dualisták és unitariusok közt afelől, vajjon ezek az eltérő formák *mindnyájan* trachomások-e? Nem szólva most ehhez az aetiológiai kérdéshez, lássuk a *formai lehetőségeket*. A tökéletesen kifejlődött baj („Volltrachom“; *Axenfeld*) fő jelenségei: a folliculusok, a papillaris túltengés, a kötőhártya általános megvastagodása, a pillaváz vastagsága és — ha megjelent — a pannus. Ezek többféle arányban való csoportosulása, meg néha valamelyiknek elmaradása, továbbá a lényegében idült bajhoz osatlakozó másféle fertőzés (*Koch-Weeks* vagy *Morax-Axenfeld* bakteriumai, pneumococcusok stb.) okozzák aztán, hogy a trachomás szem képe olyan megtévesztően változatossá lesz, hogy elkülönítése néha gyakorlott embernek is nehéz. Sőt egyes esetekben a legkiválóbb szakemberek is határozatlanok, még hosszabb megfigyelés után is: alkalmazhatják-e arra, amit látnak, a trachoma nevére? Régebben három csoportot választottunk külön: a „tüszöst“ (ezt a rossz szót szívesen cserélném fel a „folliculus“ szabad fordításában *rögös*-sel vagy *göröngyös*-sel), a papillaris és a vegyest. De beláttuk, hogy ez nem elég; az eltérések több irányúak és nemcsak ebben vannak. Sőt nem is annyira a formában, mint inkább a lefolyásban. A trachomás szemek sorsa olyan nagyon különböző, hogy nem lehet függésben attól, hogy az eset e három csoport melyikébe tartozik, hanem más mozzanatoktól. Ezért nagyon nehéz az először látott trachomásnak határozott prognosist mondani. Igaz, hogy a granularis, vagyis főképp göröngyös esetek hamarabb gyógyulhatnak, mint a főképpen papillarisok, mert a baj felszínebb és könnyebben kezelhető, de azért nem szabad azt hinnünk, hogy ezek *mindig* jobbindulatúak, hamarabb gyógyulnak meg véglegesen.

Mi okozhatja a trachoma formáinak ezeket az eltéréseit? Lehet, hogy a *fertőzés* oka különböző; vagy hogy a foglalkozásnak, a lakóhely klímájának, levegőjének, az egyén szöveti védekezőképességének, a szem és környéke anatómiai viszonyainak különbségei vannak rá hatással. Nem sokat tudunk még ebben a kérdésben. A fertőzés tekintetében (nem szólva a másodlagos fertőzésekről) egy bizonyos: hogy bármelyik alakból származó fertőzés bármilyen alakot hozhat létre másik egyénen. Ugyanazon család több trachomás tagján vagy ugyanazon műhelyben, gyárban mindenféle alak lehet egymás mellett, valószínűleg egymástól szereve. Ezt bizonyítják némely kísérleti eredmények mesterséges fertőzéssel. Igaz, hogy mikor *Axenfeld* (1896) abban a hiszemben, hogy a tisztán rögös conj. follicularis vagy „Körnertrachom“ nem okozhat *igazi* trachomát, egy rögöt saját kötőhártyájára téve, az ott tisztán csak granulomokat okozott, melyektől mintegy 1½ év alatt gyógyult meg a szeme (ezalatt az ő baját kiváló szakemberek igazi trachomának tartották), de

nekem meg másféle tapasztalatom van, szintén *magamon*. Nálam (1892-ben) a vegyes trachomával való fertőzés hevesen kezdődő, göröngyös (follic.) kötőhártyabajt okozott, mely teljesen nyomtalanul múlt el.

Ezekből úgy látszik, hogy valami *egyéni*, az egyén szervezetében vagy környezetében levő ok szabja meg a trachoma minőségét. A környezet legfőbb tényezője azon befolyások hatása vagy hiánya, melyek a szemet izgatják. A tiszta, nem is forró levegő magas fekvésű helyeken köztudomás szerint magában is jót tesz a kötőhártyának; tudjuk, hogy ily tájakon nem uralkodik, bár előfordul, a trachoma. A nem izgatott kötőhártya jobban védekezik, gyorsabban múlik el a baj, nem is lesz olyan súlyos. De hogyan magyarázzuk meg azonos klímájú és egyként poros levegőjű tájak azonos foglalkozású lakosai közt a trachoma képeinek oly rendkívüli eltéréseit?

Ennek az igen hosszas bajnak képét nemcsak egyes vonásai, az egyes kóros változások, hanem a *lefolyás módja*, az eközben mutakozó következtetések és ezek maradványai szabják meg. Tulajdonképp az eltérő trachomás képek előre megmutatják a lefolyás módját és irányát.

Vajjon lehetne-e a trachomás állapot történetében, a lefolyás módjában, tartamában, bonyodalmaiban bizonyos *typusokat* elkülöníteni? Majdnem félszázad óta, trachomában mindig igen dús szemorvosi gyakorlatomban állandóan az volt az érzésem, hogy a baj valóban bizonyos fő típusok szerint folyik és végződik. De ezeket erőszak nélkül nem választhatjuk szét, egymásba átmennek. Mégis azt gondolom, hogy következő lefolyás-módokat jelölhetünk meg:

1. *A felszíni trachoma*. Van abban valami rejtett ok, ha ilyen idült baj állandóan egyik szemre szorítkozik. Hogy még a *genyedő* acut kötőhártyagyulladásal is megeshet az, hogy minden védelem nélkül is megmenekül a fertőzéstől az egyik szem: elég könnyen érthető; a beteg néhány napig vigyáz ép szemére, nem viszi át rá a váladékot s aztán a gonococcus kipusztul a beteg szem váladékából. De a trachomásnak hol váladékos, hol tiszta kötőhártyáján mindig lehet vagy sokszor van fertőző anyag; miért nincs ennek hatása a *másik* szemre? Itt helyi oknak kell hatni; lehet a szöveti védekezés is (a helyi immunitás) eltérő, lehet a szem *anatómiai dispositiója* más.

2. *A magától meggyógyuló trachoma*. Ritkán, de minden tájékon előfordul (én az Alföldön is, Erdélyben is láttam), hogy mellékesen, másféle panaszokkal jövő emberen végleg lefolyt trachoma nyomait: a kötőhártya jellegzetes forradásait találjuk. Minden ilyen esetben *hiányzik* a trichiasis és entropium, majdnem rendes, vékony, síma a pillaváz. Tehát a spontán gyógyulás feltétele: a folyamat felszínebb volta, a pillavázba be nem hatolása. Ha ez vastag, görbe, görcsös lett volna: a baj orvos elé került volna. Ebből az következik, hogy a tarsus vastagsága az egyik legfőbb akadály a tr. gyógyulásának és hogy a lefolyásban döntő szerepe van a szembaj és szemgolyó közötti viszonyoknak (térbeli viszony, feszülés stb.). Magától értődik, hogy ilyen helyzetben a kedvező térviszony miatt nem volt a betegnek pannusa; tehát hiányzott a fő ok a kezeltetésre. Gondoljunk erre a pannus létrejöttének magyarázásakor!

3. *A mindvégig komplikálatlan trachoma*. Az előbbihez hasonló, valami kedvező tényezők hatása alatt álló esetek ezek; de a kedvező befolyás nem a társadalmi helyzetből ered, mert elhanyagolt szegény emberek közt is előfordul ilyen eset s tiszta, előkelő, állandóan jól kezelt egyéneken is látunk néha pannusos bonyodalmaikat. Mi okozza a jóindulatúságot? Sok

ideje azt tartom, hogy ezeknek kedvező mozzanata a szemhéjak és könnyszervek kifogástalan működésében van.

4. Sokszor fellángoló, gyakran pannussal és fekélyekkel szövődő, alig mérsékelhetően *bő váladékkal járó esetek*, igen vastag pillavázzal; a legrosszabb indulatú lefolyás, némely tájékon a leggyakoribb. Többféle kedvezőtlen befolyást találunk: apró szemrés, mélyen fekvő szem, tisztátlan szokások, rossz lakás, sőt néha skrofulás állapot is. De néha a legpontosabb, legengedelmesebb követése az orvosi tanácsoknak! És a baj évtizedekig tart gyakorta.

5. A *váladéktalan*, jobb indulatú, csak külső sérelmekre (füst, por, idegen test, maró cseppek) gyulladó trachoma sem ritka. Az ilyenek legtöbbször halikraszerűen, csoportosan göröngyös vagy összeolvadtan infiltrált, halvány kötőhártyával, többé-kevésbé vastag tarsussal, de alig valami papillaris túltengéssel járnak. Mintha valami összefüggés volna a bő váladék és a conj. tarsi rögzősége közt; minél nagyobb ez, annál több amaz.

6. *Tisztán papillaris* alakban folyó, minden kezeléssel makacsul dacoló trachoma. Granulumok nincsenek, cornea gyakran beteg, váladék nehezen apasztható. Rendesen renitens, alig kezelt, félreeső falvakban vagy igen rossz viszonyok közt élő emberek.

7. *Idült hurutként* folyó, szemhéjszél-gyulladás, néha éppen görvélyes pörsenésekkel, dagadt orral, ekzemával, szemrés-szűkülettel stb. komplikált esetek, hol alig vannak göröngyök, alig van papillaris túltengés, fődolog az általános kötőhártyavastagodás. Többnyire fiatal egyének, néha idősebb asszonyok; nyilvánvaló, hogy a trachomás fertőzés, a kóros alany meg az egyéni szemhéjszerkezet összetételalkozása miatt igen nehéz lefolyás. Bizonyos, hogy legtöbb ilyen esetben szűk a szemrés, kicsinyek a szempillák.

8. *Az örökösen kiújuló trachoma*. Az utolsó, hegesedő korszak maga is igen sokféleképpen folyik le. Némely esetben, ha a kötőhártya síma, vékony, többé-kevésbé heges, a felső tarsus széle vékony, az egész síma, nem görbe: a baj kellően óvatos magaviselet közben befejezettnek mondható, bár némely ártalmak újabb izgalmat és pannust okozhatnak évek múlva is: valahonnan a conj. mélyéből előtörhet a lappangó fertőzés. De máskor a trachoma utolsó szaka nagyon változatos; egészen jó úton levő folyamat minden látható ok nélkül ismét rosszra fordul, újabb szaruszéli gyulladás és pannus támad, a váladék felszaporodik, az egész — már elhalványodott — kötőhártya megvörösödik stb. Az ilyen minduntalan kiújuló esetek lefolyása három körülményből magyarázható: a szemhéjszél kóros változásából, a pillaváz vastagságából és görbülségéből meg a kötőhártya nagyobb fokú zsugorodásából. És hogy ezek ismét valamely *egyéni* saját-ságból erednek, bizonyítja az, hogy mindkét szemem egyforma szokott lenni a helyzet. Hogy ez a három körülmény kifejlődik-e s milyen mértékben: ez szinte bizonyosan megmondhatnók a baj korai szakában, ha kezelésünkkel magunk meg nem előznénk. Mert az illető egyéni tényezőknek, én úgy látom, már nyomában vagyunk.

Erős meggyőződésem, hogy első helyen *anatomiai viszonyok* határoznak a trachoma formájáról és lefolyása módjáról. A kötőhártyai gyulladások, főleg fertőzések meggyógyulásához feltétlenül szükséges egy bizonyos *megfelelő helyzeti viszony a szemgolyó és szemhéjak között*, hogy a kötőhártya és szaruhártya felszínének rendszeres, automatikus tisztántartása hiánytalan legyen. Ez a viszony nem minden emberen

azonos, a szem „öntisztítása“ nem mindenkinél egyformán pontos.

A koponya arci részének rendkívül eltérő fejlődése szerint igen különböző a szemgolyó helyzete, a szemgödör alakja, terjedelme s a szemhéjak méretei, fekvése, a szemrés nagysága, a kötőhártya terjedelme, a pillaváz szélessége (= magassága) és hossza (vízszintesen) és végül a szemgolyó felszíne és a szemhéj belső oldala közötti érintkezés módja. Mindezek részletes felsorolásától tartózkodom, bár nemesak embertani, hanem szemkörtani érdekessége is nyilvánvaló. Csak a kötőhártyai bajok szempontjából kívánok rámutatni e viszonyok fontosságára.

Állítsunk két embert egymás mellé s vizsgáljuk szemük efféle sajátosságait. Egyiknek hosszú és magas szemrése van, a szemgolyó nagy része szabadon látható, a szemhéjak területe nagy, felszíne erősen domború, mert a szemgolyó előreáll, pillantáskor a szemhéjszél nagy kilendülést tesz; a szemhéjszél csukott állapotban vízszintesen is előredomborodnak; a külső szemzug jó távol van az orbita külső csontszélétől. Ilyenkor a kötőhártya zsákja terjedelmes, az átmeneti redő mély, pillantáskor a szemgolyó felszínének nagyrészt súrolja a szemhéjszél s a szemkörizma a kötőhártyának legnagyobb részét vagy az egészet megnyomja, felszínéről minden, esetleg ott lappangó idegen testet, nyálkát stb. a szemrés felé súrol. Kétségtelen, hogy ilyen szemem az „öntisztítás“ pontos, hogy a kötőhártya öbleiben sokáig nem lappanghat semmi, ami kisodorható. Most nézzük a másik szempárt. A szemrés szűk, rövid és alacsony, a szemhéjak rövidek és keskenyek, a szemgolyó mélyen fekszik, ezért a szemhéjak is laposak s majdnem domborodás nélkül egy síkban fekszenek, aminek következtése az, hogy a szemgolyó felszínének csak egy részére fekszik a szemhéj pontosabban, a kötőhártya öble a majdnem egy síkban fekvő szemhéjzom nyomásának nincsen úgy alávetve, a szemgolyó felszínének pillantáskor (valószínűleg) csak egy része súrolódik s néha közvetlenül látható, hogy — ha a szem mélyen fekszik, a szemrés mégis hosszabb — a külső és belső zug közelében oldalranézéskor a kötőhártya két lemeze nem érintkezik. Ilyen helyzetben a tisztogató hatás pislogáskor tökéletlen, ettől minden gyulladásos változás fokozódik, tehát a szokott circulus vitiosus igen nehezen szakítható meg, még a kötőhártya hajlásának kiöblítése is nehezebb. Hogy ennek a baj fokozódására és makacsosságára milyen hatása van, minden kórtanilag gondolkozó orvos belátja; (kivált ha csak egy esetet is látott, mikor a friss pannus 2–3 napi alapos öblögetésre, minden más kezelés nélkül, elenyészett).

E két szélső eset között a szemek alkatának igen sokféle átmenetét látjuk. Állítom, hogy minél közelebb áll valamely trachomás szem az előbbi képhez, annál jobb s minél hasonlóbb a másodikhoz, annál rosszabb indulatú a lefolyása. Természetesen: ceteris paribus; mert kedvező szemalkattal is lehet valaki másként rossz helyzetben. De úgy tapasztalom, hogy a kedvezőtlen anatómiai viszonyok előmozdíják a kötőhártya súlyos változásait.

Ezek az összefüggések és a látószerv alkatának a determináló mozzanatait részletesebb kutatást érdemelnek. Evégett megkezdjük a szegedi szemklinikán, minden egyes trachomás szemem végzett *mérésekkel*, az anatómiai helyzet képének megrögzítését. Pontosan megmérjük és feljegyezzük 1. az orbita külső széle és a külső zug közti távolságot; 2. a cornea teteje távolságát a külső zugtól; 3. a szemrés hosszát; 4. a tarsus szélességét; 5. a szemgödör nyílásának magasságát. Ezek a számok elég jól fogják jelezni a különbségeket egyes

kóros esetek és az egészséges szemek között. Az eddigi adatok (mintegy 100 egyénről) nem elég számosak, de benyomásunk az, hogy a fent mondottakat meg fogják erősíteni. (Természetes, hogy emellett a könnytömlő és -vezeték állapotát is mindig figyelniük kell.)

Nem tudom még, hogy az anatómiai helyzetkép melyik vonása lesz az, mely a trachoma súlyosabb lefolyásában főszerepet visz; talán az a nyomás, feszülés, mely szemhéjak és szemgolyó között igen különböző mértékben áll fenn. Ezt *Birch-Hirschfeld* königsbergi tanár utóbbi időben e célra szerkesztett feszülésmérővel vizsgálja, azonban még most van a vizsgálatok kezdetén. Én azt gondolom, hogy a mi méréseink körülbelül tájékozódást adnak erről a feszülésről s a szemgolyó és szemhéjak közötti viszony egyéb részleteiről is, melyek a feszülésnél még fontosabbak lehetnek. Ehhez még azonban idő kell. Lehet, hogy a trachoma lefolyására ható tényezők közül másoknak is (foglalkozás, diathesisek, az orr bajai, a körleg tisztátalansága stb.) van irányító jelentősége; ezeket is tanulmányozni kell. De eddigi tapasztalások szerint a lefolyásbeli eltérések igazi alapokát első helyen a látószerv alkatának sajátosságában kell keresnünk.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület november 17-i ülése.

Elnök: Bókay János.

Jegyző: Fekete Sándor

Bemutató:

1. **Bossányi Andor:** a) *Exanthema subitum* esete. Újabb jellegzetes eset lázgörcbójét demonstrálja. 4 napig 38,0–38,8° láz, semmiféle physikalikus elváltozás. 5. napon kritikus hőesés, morbilliszerű kütég. Ezentúl a hőmérséklet 37°. A kütég 30 óra alatt elhalványodik. Fontos, hogy hurutos jelenségek, Koplik-foltok hiányoztak. A gyermek testvérével együtt maradt, s ez nem betegedett meg, ami, miután utóbbi sem állott még ki morbillit, szintén azt bizonyítja, hogy a betegség a morbillitől különválasztandó.

b) *Morgagni-Adams-Stokes-syndromával társult veleszületett szívbaj esete.* 3 esztendősi fiún kifejezett morbus coeruleus, a körömpercek dobverőszerűek, 2 év óta naponta, néha több ízben is rohamok, állítólag olykor eszméletlenséggel; hirtelen jactatio, inarticulált kiáltások, fokozódó dyspnoé és cyanosis, majd teljes elsápadás, bradycardia, végül 1/2–1 percig tartó synkope, utána tachycardia. Némelykor csak a pulsus marad ki a roham tetőfokán, halk szívhangok még hallhatók. A szív kissé nagyobb, haránttengelye eltolódott (röntgenogramm). Inkább musicalis jellegű systolés zöreij, punctum maximum a basis felett. Az elektrokardiogramm nem mutat dissociációt, időnkint a rohammentes időben pulsusdeficit konstatalható. Az eset a cardiogen typusú syndroma-csoporthoz tartozik, temporaer ventriculussystole-kiesésekkel, melyeknek oka a His-köteg veleszületett rendellenes lefutása, illetve részleges laesiója. Ez viszont legtöbb valószínűség szerint egy defectus septi ventriculorum következménye.

Rohrböck Ferenc: Két exanthema subitumot észlelt. Egy 5 hónapos csecsemőn 2 napi láz után a 3. napon tonsillitis follic., ekkor a láz végleg megszűnt. Az 5. napon jó közérzet mellett a mellen, hason, háton helyenként szigetesen, halvány rózsaszínű, morbillosus kütég, mely 1 nap után elhalványodott. Egy másik, 10 hónapos gyermekben 3 napi magas lázak s kisfokú angina után egy láztalan nap közbeiktatásával az 5. napon az előbbihez hasonló exanthema jelentkezett, mely a nyakra, arcra, részben a hajás fejbőrre s a combok felső harmadára is ráterjedt s csak a 8. napon halványodott el. Mindkét esetben a hiányzó Koplik-foltok s hurutos tünetek és a Klaatsch-mirigyek hiánya a morbillit és rubeolát kizárta.

2. **Kopits Jenő:** *Világhozott úszóhártyaképződés által okozott mindkétoldali térdzsugorodás* esetét mutatja be. A legtöbb leírt csekélyszámú, hasonló torzképződéssel született gyermek egyéb torzképződés, fejletlenség és gyengeség miatt születés után csakhamar

elpusztult. A bemutatott 3 éves gyermek tudomása szerint az egyetlen, aki járni is tud, de korához képest testileg és szellemileg visszamaradt. Behajlított térdekkel s csipőkkel áll és erősen hátravetett törzssel jár. A térdaljat áthidaló, úszó- vagy repülőhártya módjára kifeszülő széles lágyrészképlet köti össze a combot a lábszárral s akadályozza a térdet a kinyújtásban. E képlet felett a bőr normalis s észrevétlenül megy át a köztakaró többi részébe. Az izomtömeg feszülése akadályozza a kinyújtást, a combizomzat a hajlított oldalon nem tapad a normalis helyen, hanem direkt átmege a lábikra izomzatába. A térdizület különben hajlítható, a gyermek active is jól behajlítja és kb. 130°-ig kinyújtja a térdét. Farados árammal megállapítható, hogy a jelzett izomköteg a m. semitendinosus és semimembranosus. A torzképződés symmetriás. A csipő- és vállizület zsugorodott. Úszóhártya található a lábon a 2. és 3. ujj között s kisebb fokban a kéz ujjai között is. A szemzugban epicanthus; kryptorchismus. Pár év előtt ugyanilyen torzképződést észlelt, mit fotografiában mutat be.

A „repülőhártya-képződés” elnevezés nem megfelelő, mert itt a bőr alatti izom displasiájáról van szó, mely feszülésével tágította ki a bőrt. Esetében jogos a műtét, mert a térdizület, valamint a combfeszítő izomzat kifogástalan.

3. **Báró Kétly László:** *Coma diabeticum „Insulin”-nal kezelt esete.* Az insulin történetét ismerteti. Kívánatos volna, ha az orvosegylet insulinbizottsága gyógyítás és tudományos kutatások céljára minél előbb megfelelő anyaggal rendelkezne.

Az insulin vegyi minősége és a hatás mechanizmusa még nincs tisztázva. A vércukrot, a glykosuriát és a ketonuriát csökkenti, az utóbbi kettőt meg is szüntetheti; ép szervezetben is leszállítja a vér cukortartalmát. Ismerteti ezután az insulin-hatás cardinalis tünetének, a hypoglykaemiának létrejöttét magyarázó elméleteket. Plausibilisnek tartja (Geelmuysden), hogy insulin hatására diabetesnél a cukorképződés zsíról és fehérjéből szünetel, sőt talán cukornak és glykogénnek zsírrá való visszaalakulása is bekövetkezik.

Az insulin a cukorbetegek vérének zsirtartalmát csökkenti. Valószínűleg a nyirok útján jut a vérbe. Be van bizonyítva, hogy az adrenalin, pituitrin, tyrotoxin az insulin antagonistái.

Előadó nézete szerint az insulin megismerése még nem döntötte el végleg azt, hogy vajjon minden diabetes pankreas-diabetes-e? Ez ellen szól, hogy egyes súlyos esetekben az insulin hatástalan.

A csökkent pankreas-functio hosszabb insulinkezelésre sem fokozódik és nem javul állandóan. Klemperer szerint diabeteses vagy nem diabeteses, nem renalis eredetű hypertoniás egyéneknél körülbelül 10 egység insulinra a vérnyomás körülbelül 2 óra alatt 33–62 Hg.-nyomással esett, míg normalis vérnyomásnál e hatás elmaradt. E tünet adrenalin egyidejű befeccskendezése mellett is beáll.

Felhívja az orvosok figyelmét az embernél is bekövetkező hypoglykaemiás reactióra és annak tüneteire és ezért az insulin alkalmazását gyógycélből csak pontos vércukor-ellenőrzés mellett tartja megengedhetőnek. Így tünetek kellő mennyiségű glukose adagolásával is megszüntethetők, míg lactose, laevulose stb. nem ily hatásosak.

Hangsúlyozza, hogy az insulin nem gyógyítja meg a cukorbetegséget, hanem hatalmas factor annak gyógyításában, a diéta eljárást nem teszi nélkülözhetővé. Könnyű diabeteses betegek insulinkezelésre nem szorulnak.

Súlyosabb, vagy acidosis mutató esetekben az insulin állandó alkalmazása mellett az acidosis megszűnik és a szénhidrát-tolerantia erősen emelkedhetik. A kezelést csak előzetes diéta kezelés, a szénhidrát-tolerantia megállapítása után, több heti intézeti megfigyelés mellett szabad megindítani.

Életmentő az insulin kezdődő, sőt már kitört coma eseteiben. Ily esetben 2–3 napig — szükség esetén a vércukor vizsgálata nélkül is — napi 40–80 egység adható. De ekkor is alkalmaznunk kell az eddigi alkalmazó és diéta therapiát is. Sajnos, saját esete és az irodalmi adatok is azt mutatják, hogy ha sikerül is a beteget a comából felébreszteni, sokszor a beteg rövid vagy hosszabb idő múlva hirtelen szívhűtésben vagy lassú szívgyengeségben pusztul el; évek óta acidosisos betegeknél az insulin a szívizom zsíros elfajulása miatt csak időleges eredményeket adhat.

A hypoglykaemiás reactio elkerülése végett az insulinadagolás után a betegnek 1–2 órán belül kellő mennyiségű szénhidrát-táplálék adandó. Hogy súlyos acidosisoknál, esetleg éveken át folyó kezelésnél elkerülhető lesz-e a coma kifejlődése, annak eldöntése a jövő feladata.

Nagy előnye lesz az insulin-kezelésnek cukorbetegnek műtéteinél, heveny, lázas betegségek, útszkösödés stb. fellépésénél.

Ezek után bemutató insulinnal kezelt betegének kórtörténetét ismerteti.

Előadás:

1. Berecz János: *A Kjelland-fogóról.* A fejevégű fekvésben megakadt szülés befejezésénél a magzat életvédelme a fogóval kezdődik. A Naegele-féle fogóval a kimenetben és üregben levő fejet jól tudjuk kifejtetni, ez a fogó azonban a bemenetben megakadt fej kiszabadítására nem igen alkalmas. Ezen utóbbi célra a Tarnier-féle fogó használható jól, amint azt ezelőtt 26 évvel Tóth tanár már ismertette.

Kjelland fogója több előnnyel bír a Naegele-féle fogóval szemben: 1. a medence görbülete igen csekély, a fogó csaknem egyenes eszköz, azért a medence bármelyik átmérőjében alkalmazható, úgy hogy a fejet idealisan, a biparietalis átmérőjében fogja s a fogóval rotatiót is végezhetünk, 2. fejjöbülete úgy van alakotva, hogy a fogókanál szélesen simul a magzati fejre, átkarolja, nem összeszorítja a fejet, ezért és 3. gracilitása miatt nem nagyobbítja számbajövően a szülési objectumot s így az anya lágyrészeit is kíméli, 4. a zárja megengedi a fogó zárását akkor is, ha a két kanál nincs egyenlő magasságban, 5. a nyelek gyengébb volta megóvjá a mütöt attól, hogy túlságos erőt fejtsen ki.

A II. számú női klinika 5 évi anyagában 63 esetben alkalmazták a Kjelland-fogót.

A fej állása és tartása:

Kpf. (magasan), nyílvarrat harántul	45
Kpf. + Naegele obliquitás	2
Kpf. + Litzmann obliquitás	1
Homloktartás a bemenetben	1
Hátsó koponyatartás, illetőleg fejtetőtartás	3
Mély harántállás	9
A nyílvarrat ferde állása	2

Az elülső fogókanál felvezetését Kjelland előírása szerint nem tartja veszélytelennek, ajánlja, hogy a felvezetés a régi mód szerint, a csipő keresztvájulataiban történjék s onnan vándoroljon a kanál a symphysis alá.

Néhány eset elmondása után a Kjelland-fogóval elért eredményekről számol be az anyákat és magzatokat illetőleg.

A Kjelland-fogót jól bevált, használható eszköznek tartja, mely a Tarnier-féle fogóval szemben több előnnyel bír, forgási és tartási rendellenességek kezelésében jól bevált. A szülészeti diagnosztikát illetően azonban követelményeket támaszt a mütövel szemben. Ha pontos diagnosis után megállapítjuk a mütéti tervet, a technikai kivétel már nem nehéz; a mütét nem nagy erő kifejtése mellett könnyebb, finomultabb, mint a más fogó alkalmazása esetén. A szülés szakorvos a gyakorlatban jó sikerrel használhatja a Kjelland-fogót s vele meg tud menteni olyan magzati életet is, amely különben a perforációnak esett volna áldozatul.

Lovrich József: Nagyon nehezen határozta el magát egy új típusú fogó alkalmazására, mert a régi Naegele-féle fogó annyira bevált 30 évi praxisában, hogy az majdnem semmi kívánni valót nem hagyott. Ezt a fogót csak akkor vette használatba, amidőn a tavalyi innsbrucki gynaekologiai kongresszuson meggyőződött arról, hogy a könnyű, elegáns műszer még azokban az esetekben is jól alkalmazható, ahol a Naegele-fogóval complicatiókat látott. A fogóval meg kell tanulni bánni. Be kell gyakorolni az alkalmazását, s mint a régi fogónál, ennél is pontos diagnosis-ra van szükség. Nem elég minden esetben az ujjhegyvel vagy két ujjal való vizsgálat, hanem négy ujjal gummikesztyűben végezve a vizsgálatot, bajt a részletesebb vizsgálatnál nem okozunk. Nagyon jó hasznát látja a fogót megelőző eljárásoknak: az expressiónak és az episiotomiának. Ha a fej mélyen van és a gátat feszíti, de a szülés nem halad előre, csakis akkor és nem hamarabb

ad egy-két hypoglandin-injectiót; relative ritkán szorulnak a fogóra. 3700 szülés mellett 31-szer volt szükség fogóra, ezek közül 12-szer Kjelland-fogóra. Mély harántállásnál 8-szor s kimeneti fogóra, előreforgott kiskutacsal 4-szer. A mély harántállásoknál ötlük szembe a Kjelland-fogó óriási előnye a Naegele-fogó felett. A könnyű, jól alkalmazható és a fejhez hozzásimuló Kjelland-fogóval megfogva a fejet, a fej forgatásánál, annak kihúzása után nincsenek azok a borzalmak, akár a hüvelyboltozatig terjedő repedések s utána vérzések, úgy mint a Naegele-fogónál. Halva született ezen fogóval 1. egy érett homloktartásos magzat, illetve egyetlen egyet látott egész gyakorlatában. Továbbá 2. egy nyolcórás kitolásnál, struma congenitával született magzat s végül 3. nyolcórás kitolás után egy négykilós újszülött, ennek fejkerülete 38 cm volt. Ez a magzat sem volt feléleszthető. Felszólaló is csatlakozik előadó véleményéhez, hogy ezen fogóban megbízható, jól bevált és főleg kevesebb sérülést okozó műszert nyertünk szülészeti gyakorlatunkban.

Temesváry Rezső: Intézetében 3 év alatt 26 esetben alkalmazták a Kjelland-fogót, 18 esetben a bemenetben lévő fejre (köztük egyszer arctartásnál, kétszer homloktartásnál) és 8 esetben mély harántállásban lévő fejre. Mind a 26 anya nagyobb sérülés nélkül felépült, a 26 magzat közül egy született halva, akinél fogót kísérelt meg, de a homloktartásban lévő fejet perforálni kellett. Ő is a mellő kanalat vándoroltatta. Ajánlja a fogó alkalmazását s annak a tanítási és vizsgaanyagba való felvételét.

Lehoczky-Semmelweis Kálmán: Az I. sz. női klinikán végzett 33 Kjelland-fogó-mütétről számol be. A Kjelland-fogót alkalmazták: a medencebemenetben 10-szer (2-szer mozgatható fejre); az üregben 15-ször (kf. haránt-, ferde állás, arctartás harántállás, arctartás hátraforgott állásúcs, fejtetőtartás, farfekvés); kimenetben homloktartásnál 1-szer. 6 fogókísérelt eredménytelen volt, 5-ször a bemenetben, 1-szer az üregben, úgy hogy négy magzatot végül perforálni kellett; 2-szer a Naegele-fogó célhoz vezetett. Egy anya részben a fogóval okozott sérülés következtében meghalt. A kórböncnek szerint a halált anaemia, shock és a narcosis összehatása okozta. Eleinte tartózkodtak a K.-fogótól, ma már értékes eszköznek tartják. A vele való operálást nemcsak intézetek, de a gyakorlat számára is kell tanítani. Főelőnye a bemenetben való alkalmazása; el nem tűnt méhszáj esetén méhszáj-bemetszés. Jól beváltak a magasan álló fej rendellenes tartásainál, a vézérpont forgatásánál, rögzített farnál a far lehozatalára a kimenetbe, amint azt először Váro Béla alkalmazta. Az elülső fogókanalat az eredeti előírással ellentétben, vándoroltatni kell. Hüvelyszakadások episiotomia dacára előfordulnak. A Kjelland-fogó a megfelelő szülészeti képzettségű és tapasztalattal bíró gyakorlóorvosnak jó szolgálatot tesz, ellenkező esetben bajt okozhat.

Schmidlechner Károly: A Gyöngyösi-úti kórházban a fogófrequentia kisebb, két év alatt körülbelül 3000 szülésnél csak 10 esetben alkalmazta a Kjelland-fogót, hol a klasszikus vagy Tarnier-műszer alkalmazása lehetetlen, vagy nehéz lett volna. Alkalmazta 2 esetben medencebemenet felett mozgó nagy fejre, 6 esetben a medencében magasan álló fejre, 1 esetben mély harántállásnál és egy esetben arctartásnál. Mind a 10 előszörszülő és 6 közülök 35 évnél idősebb volt. Az elülső kanalat vándoroltatással a régi módon helyezte el. Sem anya, sem gyermek nem esett áldozatul a mütétnek. Feltűnő a műszer bevitelének és elhelyezésének könnyű volta minden esetben. A fej rotatiója és kihúzása feltűnő könnyedséggel történik. Azt hiszi, hogy idővel a Kjelland-fogó helyettesíteni fogja a többi fogót.

Bársony János: Álláspontját előadta Lehoczky, mégis felszólal, mert a dicséret szavaira egy kis sorditót akar tenni. A klinika Kjelland-fogó-mütéteinek mérsékelt számára az a körülmény is hatott, hogy első ilyen műtéte alkalmából nagy hüvelyszakadás keletkezett. Két, a boltozatig terjedő hüvelyrepedésről a tünbingeri Mayer prof. is tesz említést. És az új fogót mások is kifogásolták. *Sellheim* prof. például előnyét nem ismeri el, a Henkel-klinikának meg hat esetben annyira rosszak voltak a tapasztalásai, három esetben annyira mozgogtak a fogó szárai, hogy le kellett venni és Naegele-fogót kellett feltűnő. Az általánosan tisztelt és mindenben hitelt érdemlő *Winter*-klinikának jelentése szerint a klinika lemond az eszközről, mert a fogónak tulajdonítható halálesetük is volt, pedig a mütétet a

klinika leggyakorlottabb assistense hajtotta végre. Szóló akképen formulázza a feltett kérdésre a feleletet, hogy a Kjelland-fogó mindenestre nyereség, általa t. i. helyettesíthető a Tarnier-eszköz, melyet ő mindig respectussal kezelt, annyira, hogy inkább nagyobb hüvely-metszés után a kis Naegelevel dolgozott a magasán álló fején is, mellyel az alkalmazható erő meghatározása minden percben a hatalmában volt. Szűk medencében pedig a Tarnier-fogót már alig alkalmazták. A medencebemenetben fekvő fejre tehát határozott nyereség a Kjelland. Az üregben s kimenetben azonban nincs reá szükség, a gát egyik vagy másik oldalán való bemetszésével a fej forgatása is minden további sérülés elkerülésével könnyen megejthető. Minden magasfogó nehéz műtét s azért ez a műtét inkább csak szülészeti műtétek terén gyakorlottabb kezekbe való. Arra kell tehát törekednünk, hogy ilyen gyakorlott mesterekkel lássuk el legalább is a nagyobb központokat, ezzel kezdődjék a sokat emlegetett anya- és csecsemővédelem. Addig pedig, ha a kevésbé járatos gyakorlóorvos azt kérdezné tőle, hogy a szülészeti táskáját melyik fogóval lássa el, a maga részéről a Naegele-fogót hozná javaslatba. Egyébként megjegyzi, hogy a Kjellandot a mondott értelemben is tanítják és a szigorlatokon kérdezni is szokták.

Wolf (kézirát nem érkezett be).

Tauffer Vilmos: A Kjelland-fogó mellett megnyilvánuló lelkesedés dacára még jogosultnak látja a mérséklő ellenvéleményt is, mert a medence üregébe már lejutott fej esetén a régi jó fogó sem hagyott cserben; legfeljebb a mély harántállásnál láttuk a gracilis eszköz előnyét, hol lényegileg csak a hibás forgás correctiójáról van szó. A vívmány főként abban áll, hogy megszabadultak attól a dogmától, hogy a medencebemenetben, vagy az a felett álló fejre nem szabad az egyenes átmériben fogót alkalmazni, pedig ezáltal épp a legnehezebb asynklitikus, harántul beilleszkedésű fejfel szemben állottunk jóformán tehetetlenül. Kérdés, hogy az ilyen esetekben is be fog-e válni az új műszer és a megbízhatatlan zárás miatt nem fog-e még a legjáratosabb műtő kezeiben is a fejről gyakran lecsúszni. Különösen jogosult ez aggodalom az elsőfokban szűkült medencénél, ahol az akadály leküzdésére a fejnek kiadós megragadására van szükség. Ilyen esetekben a Tarnier-féle fogót a jövőben sem véli nélkülözhetőnek, mert e műszernek minden hátránya dacára nagy előnye, hogy a tractio a medencebemenet tengelyirányában hat és a kifejtett húzás káros componense (t. i. a symphysis irányában) el van hátrítva. Az egyenes tengelyű Kjelland-fogó alkalmazása esetén a szükséges mély súlyesztést pedig csak nagyon kiadós mély Schuchard-metszéssel lehetne megközelítőleg elérni. A Kjelland-fogóhoz kötött nagy remények csak akkor lesznek beigazolvva, ha vele az elsőfokban szűkült medencebemenetben megakadt, asynklitikusan beilleszkedett fejet tényleg jobban át tudjuk hozni, mint eddig, a műszer veszélyes lecsúszása nélkül.

Scipiades Elemér: Tapasztalásai a Kjelland-fogóval 30 esetre vonatkoznak. 2 esetben alkalmazta a műszert a bemenetben levő fejre. Anyagában a magasfogó az összes fogóműtéteknek csak 7%-át teszi ki, mert intézetében a szülés befejezésére a magasfogó alkalmazási körét a sebészi műtétek javára nagyon megszorította, így jobban szolgálják az anya és a magzat érdekeit. A magasfogót csak akkor választják, mikor annak minden ideális feltétele jelen van. Hat év alatt csak hat magasfogót végzett. Ebből kettőnél a Kjelland-fogót alkalmazta. Ezek közül egyiknél a Kjelland kétszer lecsúszott, a Tarnier ellenben erősebb tractióra áthozta a fejet. A Kjelland a Tarnierrel még nem mindenben állja ki a versenyt s előbbi kivált erő kifejtésre nem alkalmas.

21 esetben az üregben lévő fejre alkalmazta Kjelland műszerét, 4 esetben a fogó lecsúszott, 3 esetben újra visszatéve áthozta a fejet, a 4-ik esetben a Naegele-fogó vezetett sikerre. A Kjelland-fogó az üregben levő fej forgási rendellenességeinél kedvezően tudta a szülést befejezni. A kimenetben a Kjelland- és a Naegele-féle eszközök közt különbséget nem talált. Universalis műszernek nem tartja Kjelland fogóját. A műszert csak verbeli szülés kezébe adná, kitűnő diagnosztikus tudást feltételez, csorbát üt a fogóműtét cardinalis szabályain. Előadásai kapcsán a Kjelland-fogót mindig ismerteti, a kellő felvilágosítások mellett.

Frigyesi József: A Kjelland-fogó gyengébb volta nem hátrány, hanem előny. A magasfogó nem a téraránytalanság leküzdésére való s ezért nem alkalmas a túlhorodott magzatok világrahozatalára sem. A Tarnier-fogónál a húzóerő előnyösebb irányban érvényesül, mint a Kjelland-fogónál, ez utóbbi előnyösebben használja ki a teret, előnyösebben szorítja össze a koponyát. A gyakorlóorvos — ha nem szülész — úgy nem végezte sem a magas, sem az atipikus fogót; mivel a Kjelland-fogóval mindenféle fogóműtétet el lehet végezni, azt ajánlja, hogy ezt szerezze be és használja mint universalis fogót.

Fekete Sándor: Egy theoretikus megjegyzést tenne. A Kjelland-fogóval sokszor oly könnyen sikerül a fejet rotálni, hogy felmerült a gondolat: átterjed-e ez a rotatio a magzati törzsre is? Ennek az elmaradása a nyak torsióját hozná létre. Erre irányuló megfigyelésekből kitűnt, hogy jelentősebb torsio nem keletkezik. Egyes esetekben sikerült a vállöv mechanizmusát is figyelemmel kísérni, s kitűnt, hogy a fej rotációja alatt a vállöv is rotálódik, ha nem is teljes mértékben. Végül elméleti megfontolás is arra mutat, hogy torsio nem keletkezik; ugyanis a fej rotációja a medence tengelye körül megy végbe, a torsiónak ettől excentrikusan fekvő nyakizületi tengely körül kellene történnie. A szűk szülőcsatornában ilyen excentrikus tengely körül való forgás nem lehetséges.

Mansfeld Ottó: Ugyancsak észlelt esetet, melyben a Kjelland-fogó a bemenetben álló fejről kétszer lecsúszott, míg a Naegele ugyanazt a fejet könnyen áthozta. A Kjelland-fogónál gyakran mély gátmetszésre van szükség. Felhívja a figyelmet arra, hogy lázas szülők mily rosszul gyógyulnak ily lágyrészi sérülések után. 414 lázas szülés alapján szólna: lágyrészi sérülés nélkül az anyai mortalitás 0-6%, sérülések után 3-5%. Ezért lázas vajúdónál a Kjellandot veszélyesnek tartja.

Tóth István: 26 éve hozta az orvosegyesület elé a magasfogó kérdését, amikor a szűkmedencés szülés terápiájában csak a prophylacticus eljárásokat gyakorolták: a fordítást s a mesterséges koraszülést, a szülőintézetekben a klasszikus császármetszést. A magasfogóval a conservativizmus, a várakozás elve vonult ide be, ami alkalmas ad a spontán szülésre s ha ez nem következik be, perforatio helyett a magzati élet megmentésére. A gyermekvédelem a szülésnél kezdődik s a fogó elsősorban ezt szolgálja. A lázas állapot nemcsak az anya érdekében indokolja a szülés befejezését s éppén fogóval, hanem az elhúzó szülés folytán veszedelemben jutott magzati élet megmentése érdekében is. 26 év alatt a sebészi eljárások, amelyek legbiztosabban mentik meg a magzatot, annyira tökéletesedtek, hogy az anyára nézve elvesztvén veszélyességüket, nagyobb tért nyertek, megszűkítvén így a magasfogó alkalmazási körét, de csak szülőintézetekben; a nagy gyakorlatban a megakadt fejevégű szülésnél csak a fogó menti meg a magzatot. A cél elérésére tökéletesedést látott Kjelland fogójában s ezért megbízta az előadót az eszköz kipróbálásával. Lehetőleg együtt állították fel a műtét indicatóját, sok műtétet együtt végeztek. Előadó a lehető tökéletes észlelés alapján ismertette tapasztalatait. Örül, hogy a szaktársak véleménye csaknem egybehangzó. A Kjelland-fogót tökéletesebbnek tartja, mint a Tarniert, jobban kíméli a magzat épségét. Hogy nem lehet vele nagy erőt kifejteni, az csak előnye. A Tarnier-fogó nem egyszer tett kárt a magzat fejében, sőt az erős húzás a symphysist szétnyitotta; erre a Kjelland-fogó nem képes; de nem is kell hozzá túlnagy erő, mert a fej természetes forgatásával jobban kihasználja a medence ürterét, míg a Tarnier harántul húzza az üregbe a fejet, ami a térviszonyoknak nem felel meg, tehát nagyobb erőt is követel. A medence olyan viszonyban van a magzat testéhez, mint az anyacsavar a csavarhoz, a fej csak forogva tud símán keresztülhaladni a medencén, amihez nem kell nagy erő, míg a csavart forgatás nélkül előretolni csak erőszakkal lehet. Megérettnek tartja a Kjelland-fogót a tanításra, s mert ma nem minden gyakorlóorvos képzett szülész, a színvonalat nem ezekhez súlyesztetni, hanem ezeket arra felemelni kívánja.

Berecz János: Köszöni a hozzászólásokat, amelyekből látja, hogy a Kjelland-fogót csaknem kivétel nélkül jól használható eszköznek találták.

A debreceni orvosegyesület november 15-i ülése.

Elnök: Tüdös Kálmán.

Jegyző: Molnár Elek.

Bemutatók:

Csiky József: *Insulinnal kezelt cukorbeteg.* Szembeállítva a diéta, a substitúció és a gyógyszeres kezelés eredményeit, három eset kapcsán beszámol a belklinikának eredeti amerikai insulinnal elért eredményéről. Két súlyos acidosis és egy könnyebb természetű cukorbetegnél sikerült kb. napi 30–60 egységgel a vér cukortartalmát megközelítőleg a rendes értékre leszállítani, amivel párosult a napi cukorkiürítésnek lényeges csökkenése és az acidosis teljes megszűnése. Hangsúlyozza az individualizálás szükségességét. Injectio után bradycardiát, hypothermiát és mérsékelt múltó végtagoedemát észlelt. A szer úgylátszik emeli a toleranciát és késlelteti az acetonmentessé tett beteg acidosisának újabb megjelenését. Ismerteti a teoriákat, melyek felhasználásával előállították az insulin s megemlékezik a hypoglykaemiás tünetsoportról.

Ambrus József: *Az Adam-féle savanyútej.* Ismerteti a bakteriológiai vizsgálatokat, amelyek azt eredményezték, hogy Adam mint tételt állította fel: dyspepsia esetében antibakterialis terápiát kell végezni. A coli A és E törzs gyorsabban degenerál keményítő, casein, caseinotok és Ca-szappan jelenlétében. E tejkészítmény megfelel ezen követelményeknek. Az eddigi terápiás eredmények jók. (Részletes beszámolás közlemény alakjában fog megjelenni.)

Előadás:

Szontagh Félix: *Laryngitis croup. pathogenesisének és operatív kezelésének néhány kérdéséről.* (Megjelenik egész terjedelmében az Orvosi Hetilapban.)

Szenes Zsigmond: A serumkezelés fontosságát hangsúlyozza.

Hüttl Tivadar és Bögel József (hozzászólásuk referatuma nem érkezett be).

Ambrus Matild: A diphtheriaantitoxinnal elért kedvező eredmények egyik oka az lehet, hogy nem diphtheriás esetben is alkalmazzák. A gyermekklinikán, ahol csak biztos, klinikailag pozitív bakteriológiai lelet alapján nyer alkalmazást, sokkal kedvezőtlenebbek a statisztikai adatok. A diphtheriaként beküldött, de nem annak bizonyult esetek mind, serum nélkül is, símán gyógyultak. Az intubálásnak legfőbb előnyét abban látja, hogy általa időt nyerünk a műtéthez való előkészületre. Megfelelő ügyességgel végezve nem jelent különös kellemetlenséget a betegnek.

Szontagh Félix: Zárószavában nyomatékosan kell hogy hangsúlyozza, miszerint előadásában nem foglalkozott érdemlegesen a diphtheria serumterápiájának kérdésével, de minthogy ez is a megbeszélés körébe vonatott, csak arra figyelmeztet, hogy a hatás módja távolról sem olyan egyszerű kérdés, hogy rövidesen schemába volna foglalható. Újból arra figyelmeztet, hogy az általa vázolt croupus eseteknek semmi közük a sepsishez, nem tartoznak tehát ebbe a kategóriába, hanem jellemző rájuk a klinice pregnánsan előtérbe lépő intoxiciációs tünetsoport, mely mint ilyen sem a boncolatnál, sem a helybeli (gyakran úgyszólván teljesen negatív) leletben, sem az általános elváltozásokban (parenchymás elfajulás) nem találja magyarázatát. A probléma tehát megoldatlan. A tracheotomia fölényét elismerve, mégis el kell fogadnunk azt a tapasztalati tényt, hogy igen sok esetben az intubatio is teljes eredményre vezet.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A központi idegrendszer korai syphilises betegségeiről. Pette. (Med. Klinik 1923, 33. sz., 1135. oldal.)

A salvarsan-kezelés elterjedése óta ritkább lett a gummás idegrendszeri lues s így ritkábbak a lueses eredetű agyi vagy gerincvelői végtagpareisisek, agyidegbénulások, de különösen az agytumor tüneteivel jelentkező gumma. Sokkal gyakoribb ezzel szemben az idegrendszeri luesnek többé-kevésbé acut meningitises alakja, melynek klinikai tünetei többnyire már az infectio korai szakában jelentkeznek, így szerző utóbb észlelt eseteinek felében az injectiót követő felében belül. A betegség gyakran hirtelen, elvéve láz kíséretében jelentkezik és sokszor tűrhetetlen

főfájással jár; utóbbira szerző szerint nem jellemző az éjszakai exacerbatio. A meningitis általában diffus, de néha egyes területek súlyosabb megbetegedésére utaló kortikális vagy bazális kísérő tünetek is jelentkezhetnek. A gerincvelő-burkok megbetegedésére erős hát- és keresztifájás, valamint az alsó végtagokba is kisugárzó fájdalom jellemző. Fontos a liquor Verbermann-vizsgálata, amely úgyszólván mindig pozitív, míg a vérben a próbát az esetek 42%-ában negatívnak találta. Egyes szerzők a syphilises korai szakában 60–80%-ban találtak liquor-elváltozásokat, szerző azt hiszi, hogy a másodlagos stádiumot elért luesesek 100%-a átesik a meningitisen, noha az legtöbbnyire olyan enyhe, hogy alig okoz a betegnek panaszt. A liquor-elváltozás mindamellett az idegrendszer egyidejű beteg volta is jelenti és így helytelennek tartja a liquor-lues kifejezést. A központi idegrendszer oly gyakori korai syphilises megbetegedésének oka a helytelen kezelés, illetőleg a salvarsan elégtelen adagolása; az elégtelen kezelés a spirochaeták egy részének elpusztításával együtt csökkenti a szervezeti immunanyagképzését is, míg az elég intenzív korai kezelés az esetek túlnyomó többségében elkerüli az infectio elterjedésének.

A fehérvérsejtszám spontán ingadozásának jelentősége, különös tekintettel a haemoklasztás krisisére és az emésztési leukocytosisra. Glaser és Buschmann. (Med. Klinik. 1923, 33. sz., 1132. old.)

Húszperces időközökben négyszer egymásután számolták meg 338 beteg hajszálérleukocytáit reggel éhgyomorral, teljes ágynyugalom mellett. Az egy napon át megszámolt eseteknek 53, a két napon át észlelteknek 76,5, míg a három napra terjedő vizsgálatoknak 90%-ában a leukocytaszám tetemes, 2000-et meghaladó spontán ingadozását észlelték; spontán leukocytosis és leukopenia egyaránt előfordul, nem egyszer 100, illetve 50%-ot is meghaladó arányban. 36 esetben egyidejűleg a vénás vér leukocytáit is megszámlálták, itt azonban csak 25%-ban találtak 2000-et meghaladó véresejtszámváltozást, szemben a hajszálérleukocyták 70%-ban észlelt változásaival. A hajszálerek már régen tapasztalt nagyobb leukocytaszámának oka az, hogy utóbbiak vissza tudják tartani a fehérvérsejteket, míg a leukocytaszám oly gyakori ingadozását a vérkeringésnek a tonus ingadozásával összefüggő állandó változása okozza. Szerző észleletei megdöntik az ú. n. emésztési leukocytosis, a haemoklasztás krisisé és rectalis tejbevitelre létrejövő leukopenia (Meyer-Estorf) értékét.

Pákozdy dr.

A vérhas pathogenesiséről. Doz. Semerau, Warschau. (Wiener Archiv für klin. Med. VI. köt., 2. füzet.)

Az irodalmi és kísérleti adatok beható tanulmányozása alapján a következő hypothesis állítja fel: A dysenteria-bacillusok általában a száj felől, a táplálékkal jutnak a szervezetbe. Ha a gyomorban secretiószavarok vannak (pl. heveny gastritis), vagy az infectio egy esetleges nagyobb táplálékfelvétellel kapcsolatosan következik be, amidőn a gyomorsósav azt nem hatja át kellőképpen, akkor a sósav iránt különben rendkívül érzékeny bacillusok életképes állapotban jutnak a vékonybelek legfelső részleteibe. Itt a lúgos közegben (növényisavas alkali — gyümölcs) kedvező szaporodási bázisra találván, vékonybélhurutot hoznak létre és a fellazult nyálkahártyán át a *vérpályába jutnak*. Ennek következtében általános fertőzéses tünetek (láz, hidegrázás stb.) észlelhetők ilyenkor. A dysenteria-bacillusok a bélcsatorna legalsó részének nyálkahártyájával elementaris chemiai affinitásban állanak és függetlenül a behatolási kaputól és vitalitásuktól oda választódván ki, így hozzák létre a súlyos és többé-kevésbé karakterisztikus elváltozásokat. Ebből a szempontból hasonlítanak a vashoz és más nehézfémekhez. Ismeretlen okok következményeképpen a bacillusok a vérből nem a bélbe, hanem a májon át az epeutak felé választódhatnak ki és így inficiálják a különben bacillusmentes széklet. Ugyanígy a vesék útján a vizeletben is megjelenhetnek. E theoria szerint a vérhas pathogenesis nagy hasonlatosságot mutat a typhus abdominalissal. Emellett szól a betegség legelején a bacillus gyakori kitenyészthetősége a vérből, valamint az a körülmény is, hogy boncoláskor a kórokozó a lépből, epeutakból akárhányszor kitenyészthető.

Sümegei dr.

A „Röntgen-kater“ pathogenesiséről. Bernhardt. (Klin. Woch. 1923, 38. sz.)

Röntgen-besugárzás hatására a vér átmenetileg hígabb lesz és konyhasótartalma csökken főleg azokban az esetekben, amikor a „katerjelenségek“ is kifejezettek. A hypochloroemia oka folyadékban a vérpályába áramlása. Ezt bizonyítja, hogy megfelelő mértékben csökken a vörösvérsejtek száma és a vér szárazanyagának mennyisége is. Ezen változásokkal kapcsolatban azonban nem következik be mindig a serumfehérjék értékének arányos csökkenése is. Szerző ennek okát keresve úgy találta, hogy azon esetekben, melyekben Röntgen-besugárzás után az elsődleges sejtpusztulás, mit a húgysav- és phosphorsavanyagsere változásának nagyságával mért, kifejezett volt, dacára a vér felhígulásának a serum refractometeres értéke

változatlan maradt, vagy inkább növekedett. A katecholaminok éppen ezekben az esetekben voltak a legkifejezettebbek. A serum-fehérje szaporodása a vér felhígulása mellett csak abnormalis fehérjegyagzag folyadék a vérpályába áramlása útján érhető. Vizsgálatai erősítik azt a felfogást, hogy a Röntgen-kater létrehozásában a szervezet fehérjéinek változása különös jelentőséggel bír.

Pákozdy dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Vese és terhesség. *Zondek*. (Klin. Wochenschrift. 1923. 41. szám.)

Az albuminuria csak egyik jele a terhességi elváltozásoknak, éppen úgy, mint a terhesség hajlamossága acetoniuriára, valamint a lipaemia, a lipoidaemia, a vesék fokozott szénhidrátáteresztőképessége is jelei a terhesség okozta szerveleváltozásoknak. A hydrops gravidarum sem nephrogen eredetű, hanem ez is sui generis symptoma. Az összes elnevezések közül még a régi Leyden-féle „terhességi vese” felel meg legjobban, de ez sem fejezi ki helyesen a lényegét, t. i. azt, hogy a terhességben nincs is specifikus vesemegbetegedés. Az albuminuriát kirérheti hydrops, hypertonia, látási zavar, de felléphet ezen tünetek mindegyike a másik nélkül is, amennyiben ezek nem tartoznak szorosan egy csoportba, hanem mindegyikük egyik önálló megnyilvánulása a terhességi toxicosis kórképének éppen úgy, mint a hyperemesis, dermatosis és az eklampsia. A terhesek felénél, főképpen az utolsó hónapokban albuminuria észlelhető; primiparáknál, ikerterhességnél gyakrabban. A terhességi fehérjevizelésre jellemző a szülés utáni gyors megszűnés.

Majdnem minden terhes a terhesség végén vizet tart vissza; hydropssal csak az erősebb oedemákat jelezzük. A vízretentióval súlyemelkedés jár együtt, úgyhogy a terhesek hetenként átlag 400 g-ot gyarapodnak. A vérben megfelelőleg rendszeren hypalbuminosis és oligocythaemia észlelhető, míg a víz csak átmenetileg van a vérben, a szövetekből a vesékbe való útjában. A hypertonia is sui generis tünet. Nem kell semmiféle vesemegbetegedésnek jelen lenni és a vérnyomás mégis időnként igen magasra emelkedhetik; a szülés utáni 3–4 napon azután ez a normalisra esik vissza. Jellemző a vérnyomás ingadozása, esetleg a nap egyes szakáiban is; állandó magas érték inkább igazi vesemegbetegedés mellett szól. A hypertoniát kísérheti albuminuria, de lehet természetesen egyik a másik nélkül is.

A látási zavar oka sem a vesében keresendő, bár járhat ez is együtt albuminuriával. A szemetünet rossz jel, gyakran követi eklampsia. A szülés után először az oedemák szűnnek meg, majd a fehérje tűnik el a vizeletből, a vérnyomásemelkedés marad meg legtovább, csak néhány nap múlva súlyed a normalisra. A működésvizsgálat azt mutatja, hogy a vizet a szövetek tartják vissza, nem a vese, ez utóbbi működése a concentratiót és hígítást illetően normalis. Terhességi albuminuriánál konyhasó-retentiót találunk, ennek oka is valószínűleg a szövetekben van. A terhesség végén nitrogen-retentio észlelhető, de csak olyan mértékben, amiben az anyának és magzatnak erre szüksége van; a vér nitrogen-töltettségének nem következik be, még eklampsiánál sem. Erre, valamint az egyes nitrogen-fractionok mennyiségbeli viselkedésére vonatkozólag még igen eltérők a nézetek. Az elsődleges vesesérülés nem vehető fel tehát ezen symptomák fellépésének okaként, szintűgy a hydrops fellépése, a vízretentio és következményei sem tekinthetők kiváltó momentumnak s így nem a víz a keresett eklampsia-méreg (Zangemeister); ez utóbbit egyébként a háborús tömegkísérlet is bizonyítja.

A terhességi toxicosis általános szöveti megbetegedés. A toxikus ártalom kapcsán a környéki szövetek vizet vonnak magukba, majd véredényzavarok lépnek fel: érösszehúzódások, capillaris spasmusok, az ezek által létrejött ellenállásnövekedés váltja ki azután a hypertoniát. Hasonló okból léphet fel vesedénygörcs is és ennek kapcsán albuminuria és cylindruria. A veselváltozásokért a toxikus veseszövetbántalmazottság teendő felelőssé. A terhességi mérget nem ismerjük, elsődleges támadási helye a szövet. A terhességi toxicosis csak kifejezője a fokozott szövetbántalmazottságnak, amely azután egymásután váltja ki az egyes tüneteket. E szövettani bántalmazottságokat valószínűleg oly anyagok csinálják, amelyek az anya és magzat anyagcsereciklusában közben keletkeznek. A differentialis diagnózis terhességben igazi vesebajjal szemben nehéz, a vér fagyáspontcsökkenése, maradéknitrogén-tartalma, a vesék koncentrálóképessége, a szívhypertrophia adhatnak útbaigazítást. Szó lehet természetesen kevert formákról is. Csak nehezebb esetek szorulnak kezelésre, aminek lényege ágynyugalom s megszorított víz- és konyhasóbevitel. Rossz prognózisúak az acute fellépő esetek, ezek hajlamosak eklampsiára. Ilyenkor, főképpen előszűrőülők-nél, szóba jöhet a terhesség megszakítása; mindenképpen javallt ez utóbbi szemfenéki tünet s látási zavar fellépésénél.

Liebmann dr.

Késői Röntgen-ártalmakról. *Heimann*. (Breslauer női-klinika. Klin. Wochenschrift. 1923. 44. sz.)

Késői ártalomnak csak azon esetek tekinthetők, amelyekben a kezelés után ismételt vizsgálat dacára a bőrön, pigmentáció kivül semmiféle elváltozás nem észlelhető s később, néhány hónap, esetleg év múlva, a besugárzásnak megfelelően valamely súlyosabb bántalmazottság lép fel. Négy ilyen esetet közöl, melyekben természetesen minden műhiba (túladozolás, filterhiány stb.) kizárható. 1. Myoma, hat hó alatt négyszeri besugárzás Apex-apparaturával. Hat évvel az utolsó besugárzás után ötkoronásnyi fekély keletkezett. 2. Cervixcarcinoma. Abdominalis totalextirpatio előtt és után több besugárzás. Az utolsó után vizenyős duzzanat, majd további félév múlva fekélyesedés lépett fel. 3. Vaginalis totalextirpatio után prophylacticus besugárzás. Tíz hóval az utolsó után Röntgen-fekély. 4. Totalextirpatio után recidiva, emiatt négy besugárzás; az utolsó után két évre bélsipoly. Valószínűleg véredénybántalmazottság okozza az első elváltozásokat. Ha azután további kezeléseknél kapcsán az ártalmak cumulálnak, előbb-utóbb fellép valamelyes bántalmazottság. Ennek elkerülésére sorozatos kezelésnél nagyobb időközöket kell venni az egyes kezeléseknél, legalább 10–12 hetet.

Liebmann dr.

A corpus luteum pathológiája. Prof. *Mathes*, Innsbruck. (Archiv f. Gynäk. 119. köt., 2. füzet.)

Gyakran találjuk gynaekologiai műtételnél a már V. Oettingen által leírt következő képet: az ovarium vastag kérggallyal borított, részben szalagos, részben lapszerű összenövés közé beágyazva található. Számos cystát tartalmaz, melyek majd világos, majd pedig sötét-barnás, sűrű bennet tartalmaznak. Az összenövés, kérgék éppen ezen cysták körül a legvastagabbak. A tubák is többé-kevésbé résztvesznek a folyamatban, de jellemző az, hogy bakteriumok okozta gyulladásra mutató tüneteket nem találunk, geny soha sincs. Egy kiválóan jellegzetes esete kapcsán a következő magyarázatát adja e megbetegedésnek: A corpus luteum általában a szövetekre, különösen a méhnyálkahártyára nem szövetszaporodást előmozdító, hanem ellenkezőleg szövetromboló hatást fejt ki. Így amint a corpus luteum a fejlődés bizonyos fokát eléri, romboló hatású a méhnyálkahártyára a menstruatióval; a terhességnél pedig gyengíti a szövetek, a méhnyálkahártya ellenállását úgy, hogy az a pete beágyazódásának alkalmas talajává válik. Ha fokozottabb a roncsoló hatása a terhesség alatt, beáll az abortus. Ezen, már normalis körülmények között is romboló hatású körülmények közt még csak fokozódik. A corpus luteum-cysták felhalmozódó váladéka a környező szövetekben kérges kötegeket, súlyos összenövéseket, a környező szövetek sklerotizálódását hozza létre, sőt teljes nekrosishoz is vezethet. Tanulmányok abból az, hogy conservatív műtételnél ne hagyjunk ovarium-részleteket vissza, mert ezekből ilyen nehezen gyógyuló kérges összenövés s exsudatumok keletkezhetnek.

Felletár dr.

Urologia.

A hólyagdiverticulum Röntgen-képe. *F. Kraft*. (Fortschritte am Geb. d. Röntgenstrahlen, 1923, I.)

A hólyagdiverticulumok jelenlétét rendszeren a cystoskopiai kép árulja el; kimutatásukhoz csak ritkább esetben (strictura) van szükség a Röntgen-vizsgálatra. A Röntgen-kép inkább a diverticulum helyének s nagyságának megállapításánál fontos, s így a követendő kezelés szempontjából kiegészítője a cystoskopiai vizsgálatnak. A diverticulum képe annyira jellemző, hogy felismerése nem nagy feladat; a nehézséget inkább az okozza, hogy rendszeren a hólyag hátsó falán foglal helyet s ezért a Röntgen-felvételen a hólyag árnyéka gyakran elfedi. *Tilden Brown*, *Forsell*, *Sgalitzer*, *Hryntschak* módszerei egyikeznek a hólyag hátsó falát, illetve magát a diverticulum izolált képét előállítani. A szerző e kérdést akként oldja meg, hogy a hólyag normalis töltése után a contrastfolyadékot részben kivizelteti a beteggel; ezáltal a diverticulum megtelik s maga a hólyagárnyék annyira megkisebbedik, hogy az a diverticulum képét már nem fedi el; a lámpát pedig a felvétel alkalmával a medence tengelyébe igyekszik beállítani. Ezzel a módszerrel a lemezen nemcsak a diverticulum izolált képét nyeri, hanem bevezetett ureterkatheter vagy utólagos levegőtöltés segítségével az egymást részben fedő többszörös diverticulumok nagyságát is külön-külön meg tudja határozni.

Herman J. dr.

Vesekövek és vesemedencebetegségek megállapítása pyelographia segítségével. *H. Hohlweg*. (Klinische Wochenschrift. 1923. 31. szám.)

A szerző cikkében a pyelographia mai ismereteit röviden és áttekinthetően foglalja össze. A röntgenologia előtti időben sok nehézségbe ütközött a vesekövek differentialisdiagnosisa, mert jellemző tünetei: a vesekőlika és haematuria más veselváltozásoknál is előfordul. A Röntgen-vizsgálat segítségével a vesekövek 97%-a nemcsak kimutatható, hanem pyelographia segítségével pontosan lokalizálható is, ami a műtét beavatkozásának szab irányt. A szerző a pyelographia veszélyeit chemiai és fizikai okokra vezeti vissza. Az előbbieket a contrast-anyag chemiai

összetétele folytán mérgezést okozhatnak; a fizikai okokban rejlt veszélyek a pyelographia kivételének technikájában vannak. Ezek elkerülésére mint legmegfelelőbb módszert ajánlja a vékony ureter-katheter használatát; kerüli a nagy nyomás alkalmazását, mind a pyelum töltésénél, mind a compressiónál; a felvétel végeztével a pyelumból visszaszívja a contrast-anyagot, vagy negyedóráiig fekvő hagyja a cathetert. A pyelographiához 10% JK-, vagy 10–15% BrNa-oldatot használ (a collargolt károsnak tartja) a felvétel közben a távozó contrast-oldatot állandóan pótolja. A pyelographia a vesemedence nagyságának s helyzetének pontos meghatározására is szolgál s a hydro- vagy pyonephrosis diagnózisánál igen értékes adatokat ad. Az ureter-kövek lokalizálásánál a téves diagnosist mandrinok catheter felvezetésének segítségével sem kerülhetjük el s ezért a szerző az ureterbe is contrast-anyagot visz be, amely vagy megakad a kőnél, vagy ha az nem okoz teljes elzáródást, a contrast-anyag a kő felületére rakódva azt jobban láthatóvá teszi. Ezen eljárást oly esetben is sikerrel alkalmazta, amikor alapos gyanu alapján az egész uropoetikuss rendszer átvizsgálásával sem tudta a követ a felvételen megtalálni. Műtét előtt a másik vese röntgenezését is okvetlenül szükségesnek tartja.

Herman J. dr.

Prostata-hypertrophiák gyógyítása röntgennel és rádiummal. Hermann Philipps. (New-York Medical Journal. 1923, szeptember.)

Szerző Bang, Haret, Oppenheimer stb. röntgenező eljárását kiegészítvén, biztató eredményeket közöl a prostata-túltengések sugárzó visszafejlesztéséről. Eljárásában a röntgent rádiumos besugárzással kombinálta.

Eseteiben részben duzzadt, puha, glandularis, máskor zsugorodott, fibrosus prostata forgott fenn. Legtöbb esete az operabilitás határán állott: cystitis és koronkint erős szűkület miatti gyakori catheterizmus volt szükséges, ami a betegek állapotát elviselhetetlenné tette.

A sugárzás hatása attól függ, hogy mennyivel előztük meg a fenyegető elzáródási tüneteket; de még ha ezek be is következtek, beállott a javulás, a prostata visszafejlődése. Ilyenkor három év alatt sem látott recidivát. Nem vált be az eljárás, ha a túltengést rák okozta.

Cikkében a szerző egyrészt az uterus és prostata, másrészt a herék és ovariumok közt fennálló histogenetikai analogiára is kitér. A Harrison és Steinach által a prostata-hypertrophia gyógyítására ajánlott vasketonia, illetőleg castratio helyett a szerző sorvasztó R.-dosist alkalmazott a herékre; a várt hatás kimaradt, amiből a szerző azt következteti, hogy — mint azt a francia iskola állítja — a Röntgen-gyógyhatás úgy a fibromyomás uterusok, mint a prostata-hypertrophiák esetén direct hatás, nem pedig — mint azt a németek gondolják — az ivarmirigyek elsorvasztását követő másodlagos endokrin kiesés eredménye.

Brüll dr.

THERAPIA

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem III. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. ny. r. tanár).

Az asthma bronchiale Röntgenkezeléséről.

Írta: Hajós Károly dr.

Az asthma bronchiale aetiologiájára vonatkozó újabb vizsgálatokból tudjuk, hogy az asthmásoknak körülbelül a fele bizonyos tápanyagokkal, fehérjékkel, állati kigőzőlőgésekkel, szőrökkel stb. szemben túlérzékenységet mutat. Ezen fehérjetúlérzékenységet, melynek elsősorban az amerikai vizsgálatok tulajdonítottak nagy szerepet, cutan vagy percutan próbákkal sikerül kimutatnunk. Miután így megismerjük azon anyagokat vagy tápszereket, melyekkel szemben az asthmás egyén túlérzékeny, illetőleg megtaláljuk azon antigenszerű anyagot, mely az anaphylaxiás asthma eseteiben a rohamot kiváltja, akkor terapiánk a következő szempontok figyelembevételével alakulhat:

a) a káros fehérjéket kiküszöböljük a táplálkozásból, illetőleg vigyázunk, hogy a beteg ilyen anyagokkal érintkezésbe ne jöjjön;

b) az asthmás rohamot kiváltó anyagokkal a szervezetet active immunizáljuk;

c) végül egy desensibilizáláshoz folyamodunk, a szervezetben antianaphylaxiát idézünk elő nemspecifikus úton, más fehérjenemű anyagokkal, úgy, hogy egy crise colloidoclasique kiváltására törekszünk.

A nemspecifikus desensibilizálás nemcsak fehér-

jéssel történhetik, a gyógyszerek egész sorát ismerjük, melyek részint a vér colloidalis egyensúlyát megváltoztatva, részint a vegetatív idegrendszerre hatva megakadályozzák az anaphylaxiás tünetek felléptét.

Ezek előrebocsátása után térjünk át az asthma bronchiale régebben is alkalmazott terapiájának, a Röntgen-besugárzásnak ismertetésére.

Még a háború előtti időben Schilling, Eckstein, Immelmann, Stefan és mások kezdték az asthmások therapiás besugárzását. Az akkori közlemények szerint kb. 25–50%-ban értek el jó és kielégítő gyógyító eredményeket. Klewitz közli, hogy 24 besugárzott esetből 17 meggyógyult. Klinikánk akkori feljegyzéseiből kitűnik, hogy asthmások besugárzása néhány esetben hatásos volt.

Ami a besugárzás helyét illeti egyesek a tüdők, a hilusmirigyek, mások a lép besugárzását ajánlották.

Pritzel szerint fontos szerepe van a thyreoideák besugárzásának, mert szerinte a Röntgen-therapia két célt szolgál: egyrészt a hurutos tünetek csökkentését, másrészt közvetve a thyreoideákon keresztül a vegetatív idegrendszert befolyásolja. A belsősecretiós hatásoknak nagy szerepet tulajdonítottak a Röntgen-therapiát illetőleg Epifanio, Ascoli, Fagioli, kik egyrészt a hypophysis, másrészt a mellékvesék besugárzását ajánlják.

Saját vizsgálatok alapján, melyeket a Röntgen-sugaraknak az anaphylaxiás állapotra való hatására vonatkozólag végeztem, arra a meggyőződésre jutottam, hogy a Röntgen-sugarak hatásának elsősorban a fehérjetúlérzékenységi asthmánál kell megnyilvánulni, az ú. n. reflectorikus asthmánál hatások nincsen, vagy legalább is kétséges. Más helyen¹ részletesen közölt vizsgálatok azt mutatták Heinrich régebbi adatait kiegészítőleg, hogy állatkísérletekben a sensibilizálás után és reinjectio előtt történt Röntgen-besugárzás az anaphylaxiás shock kifejlődését megakadályozza, illetőleg az anaphylaxiás tünetek hevességét lényegesen enyhíti. Ennek magyarázatául felvettem, hogy a Röntgen-sugarak átmenetileg egy májlaesiót okoznak, mely laesio folytán megszűnik egy időre a máj proteopectikus functiója és ennek következtében fajidegen fehérjék igen kicsiny mennyiségben keringenek ahhoz, hogy anaphylaxiás tüneteket kiválthassanak, azonban elegendők, hogy desensibilizálják a szervezetet, illetőleg a crise anticolloidoclasique-ot előidézzék.

A Röntgen-besugárzás okozta átmeneti májlaesiót már mások is leírták, így Czepa és Höglér, ezen kérdésre vonatkozó vélemények azonban még nem egy-egysek.

Therapiás Röntgen-besugárzásoknál, elsősorban az asthmások májtájéki besugárzása után, továbbá leukaemiánál, peritonitis tbc.-nál, lymphogranulomatosisnál nagyobb számú esetben vizsgáltuk Kürthyvel, vajjon fellépnek-e tényleg a máj insufficienciájára valló tünetek, és gyakran észleltük, hogy a vizeletben urobilinogen jelenik meg, a haemoklasziás krízis pozitívá válik.

Ezen megfigyelések alapján gondoltunk arra, hogy anaphylaxiás asthmáknál, melyek közé soroljuk elsősorban azokat, melyeknél a cutan próba positiv valamely fehérjével szemben, a májtáji besugárzást megkíséréljük. Miután a cutan próbák megejtésére csak csekély számú próbaanyag állott rendelkezésünkre, úgy-hogy sok esetben nem tudtuk a túlérzékenységet kimutatni, anaphylaxiás megbetegedésnek vettünk minden asthmát, mely kifejezett eosinophiliával járt. Klinkert ugyanis az anaphylaxiás betegségek legfontosabb és legállandóbb tünetének az eosinophiliát tartja. Reflektorikus asthmánál vagy bronchitisek asthma szerű rohamainál eosinophiliával nem találkozunk.

A Röntgen-therapiát pepton adagolásával támasztjuk alá, a pepton adása így hatásosabbnak látszik.

Meg kell jegyezni, hogy a Röntgen-hatás múló is lehet, kettőnél többször azonban eddig nem ismételtük meg.

A besugárzásokat Ratkóczy dr. végezte; az egyszeri besugárzás átlag 6 perc, 35 cm fociatávolság, 3 mm-es aluminiumfilter, $\frac{1}{3}$ H. E. D. a májtájékre és néha a hilusmirigyekre is.

Az elért eredmények megvilágítására néhány eset rövid leírását közlöm.

¹ Zeitschr. f. die ges. exp. Medizin 1923.

V. J. gyermekkori pertussisa óta asthmás, az utóbbi hetekben naponkénti rohamok. Cutanpróbák negatívak; 10% eosinophil. Th.: Besugárzás és utána $3 \times \frac{1}{2}$ g pepton naponta. — Besugárzás után haemoklasiás krízis pozitív, eosinophilok 4%-ra csökkennek. Három heti észlelés alatt egyetlen roham sincs, hurotos tünetek elmúltak.

K. J.-né. Hetenként 2–3 roham. Marha- és borjúhússal szemben érzékeny. 9% eosinophil. Besugárzás után pozitív urobilinogenpróba a vizeletben, pozitív haemoklasiás krízis, 4% eosinophil. Négy hét után még teljesen rohammentes, azóta nem jelentkezett a klinikán.

P. J.-né. Naponta több súlyos asthmaroham. Cutanpróba tojással szemben pozitív. Minden therapiával szemben refractaer viselkedik (többek között tuberkulin-kezelés, autoserum-kezelés Achard szerint stb.), a Röntgen-besugárzás után három napig rohammentes.

W. J. Naponta több súlyos roham. Morphinista. Besugárzás után négy napig rohammentes.

K.-né. Marhahússal szemben túlérzékenységet mutat. Eddigi therapiás beavatkozások naponkénti rohamait nem csökkentik. Nagyfokú emphysema. Kétszeri májtáji besugárzás után hat hétig (észlelésünk tovább nem terjed) rohammentes.

Az eddig említettek alapján felvehetjük tehát bizonyos esetekben a Röntgen-therapiának hatékonyságát. Mindenesetre addig is, míg a specifikus diagnosztikai és therapiai eljárások tökéletesítve nincsenek, a többi nem aetiologiai gyógyítási eljárás mellett a májtáji Röntgen-besugárzást is ajánlhatjuk. Annál is inkább fontos a nemspecifikus eljárások alkalmazása therapiánkban, mert csak igen kicsi azon esetek száma, melyeket a pozitív cutanpróbát adó fehérjék kihagyásával gyógyítani sikerült.

HETI KRÓNIKA

Legtöbb háború fojtogatta korának kultúráját. Voltak azonban háborúk, amelyeket legalább részben kulturális fellendülés követett. Nagy Sándor hadjáratai nyomán városok, főiskolák, könyvtárak létesültek; Alexandriában pl. Nagy Sándor korai halála után a tudomány és a művészet aranykora keletkezett; ismeretes, hogy itt volt az ó-kor legnagyobb könyvtára és orvosi iskolája. Az arabok is bár tüzzel-vérrel hódítottak, mégis egyúttal virágzó tudományos centrumokat teremtettek Bagdadban, Cairóban, Cordovában, Salamancában stb. Gyönyörű mecsetek, kórházak és paloták nyomai még ma is láthatók. Otium cum dignitate várta ilyen helyeken a tudósokat, akiket az isteni, a magnificus, ornatissimus, illustrissimus stb. jelzőkkel díszítettek és fényben és bőségben éltek.

A lefolyt világháború, sajnos, a kultúra gyilkosai közé tartozott. Még a győzőkre sem vált gyümölcsözővé a béke. Hatalmuktól túlkapott franciák orvosai és tanulói is panaszkodnak. Az externe-k szövetsége szerint a megélhetési költségek elviselhetetlenné válnak; az orvostan-hallgatók közül egyesek éhen halnak, vagy a nélkülözések folytán tuberculosishoz pusztultak el. A francia kórházi segéd-orvosok most beadványban kérik az Assistance Publique-t, hogy legalább annyi fizetést adjon nekik, mint amennyit az ápolóknak, a napi 3 franc helyett 10-et. (Mit szóljanak a mi 5–10 éves diplomájú klinikai ingyenes gyakornokaink, akik azt is csak nagy küzdelem árán csikarhatták ki az államtól, hogy az élelmezésükért mérsékelt díjat fizethessenek.)

Tudományos productióhoz ma már nem elég a tehetség és szorgalom, mint ahogyan az ó-korban volt, amikor egy Galenussal a kezében iskolát alapíthatott az orvos. A kedvező környezet is fontos. Ezért látjuk, hogy Németország rettenetes helyzete megfojtja e nagyszerű népek kultúráját. Mindennap letöredeznek egy-egy elszáradt ág ottan a művelődésnek azelőtt viruló fájáról. Most Schreiber panaszkodik arról, hogy a 10 (egyetemektől független) biológiai intézet válságba jutott és segély híján el fog pusztulni. Szinte hihetetlen, hogy Németország, amely hajdan a világnak első iparállama és könyv-producense volt, intézeteit nem bírja technikai berendezésekkel ellátni, könyvtárait pedig külföldi segítség nélkül fenntartani.

A német természet azonban nem olyan, hogy ölbetett kézzel, fásultan megadja magát a sorsnak. A haldokló kultúra megmentésére egy Notgemeinschaft der deutschen Wissenschaft nevével intézményt létesítettek; ez kitűnően organizálta az intézetek megmentésének emberfeletti harcát. A német birodalom is felismerte ennek fontosságát és az év elején egyhangú lelkesedéssel szavazott meg a Notgemeinschaft javára 4, augusztusban pedig 900 milliárd márkát. Amint Grósz Emil professzor úrnak referatumból olvashatjuk, a német könyvkiadó vállalatok és magánosok közül többet támogatják e népszerű intézményt. 446 tudományos munka megjelenését tették lehetővé, 197 búvárnak adtak vizsgálatihoz támogatást; 1300 külföldi folyóiratot szereztek be azon több százon kívül, amelyet a Rockefeller Foundation egy jól szervezett elosztó központ útján juttat nekik. A Notgemeinschaftnak, amely a volt császári palotában van elhelyezve, billiókat érő valóságos árúraktárai, tartalékai és felszerelési vannak, amelyekkel, ha nem is állíthatják talpra a nyomorban lévő intézeteket, de elődázhatják azoknak végleges megsemmisülését. Segítségükre vannak a külföldiek is. Nemcsak a közeli Hollandiában és Svédországban, de még a súlyos csapáson átment Japánban is vannak olyanok, akik megemlékeznek Németország iránt tartozó hálájukról és jelentős adományokat küldenek. Egy japán nagyiparos például havi 2000 yent, (azaz 40 millió magyar koronát) küld a Notgemeinschaftnak. A japán orvosok közül sokan Németországban tanultak; ezek most hálából gyűjtést rendeztek és tetemes pénzüsszeggel megajándékozták volt tanáraikat.

Persze mindez nem elegendő. Kant, a nagyírú bölcsész, soha nem lépte át Königsberg határát. Éppúgy Gauss göttingeni matematikus és csillagász alig mozdult ki a városból és csak 1855-ben, 77 éves korában látott először vasutat és mégis a tudomány úttörői közé tartozott. Az orvosnak azonban, hogy haladhason, szükséges, hogy mások munkahelyét is felkeresse és ott személyesen egészítse ki tapasztalatait. Már pedig nemcsak beutazni nem lehet Németországba, de még a belföldi utazás is olyan nehéz és költséges ott, hogy egymásután szüntetik be a kongresszusokat; a külföldiek is csak akkor vehetnek részt, ha a meghíváson kívül útiköltséget is kapnak, amint ez az edinburghi élettani kongresszusra vonatkozólag ismeretes: a német fiziológusok Einthoven leydeni és Magnus utrechti tanárok kollegiális adománya útján utazhattak oda. Az oroszok Lubarschot és Aschofot hívták meg a szeptérvári orosz kórtani kongresszusra.

A német viszonyokra jellemző, hogy a nyomdai papiros ára a békebeli értékre átszámítva kétszeres. A régebben jelentékeny pályadíjak értéke megszűnt. Dr. Lang például 20.000 márka pályadíjat nyert „A sejt-összlás élettana” című munkájáért, e díj ma 0.014 fillért ér. Pompecky a Tendagusu-nak fossilis maradványairól írt könyvéért 80.000 márkát kapott (0.0592 fillér), Guthnick a csillagok thermoelektromos méréséről szóló dolgozatával 100.000 márkát, azaz 0.074 fillért keresett. A legnagyobb pályadíj egy aegyptologiai munkáért szerzőjének 500.000 márkát, azaz 0.37 fillért hozott. (Ezzel szemben a Kansasban, Egyesült Államokban dolgozó Eduard Keller egy echinococcusokról szóló dolgozatáért 300 dollárt kapott.)

Hasonló a helyzet az orvosi munka díjazásának terén is; a napokban olvashattuk egy német ideg-specialistának feljajdulását, aki a betegpénztári honoráriumokat ismertette. Egy súlyosan beteg pénztári tagnak félesztendő szakkezeléséért például 1 millió márkát kapott, ami abban az időben 1 béke-pfennignek felel meg. Mi is szegyenkeztünk, amikor az egyetemi pályadíjak kiosztásánál a szorgalmas hallgatóknak csupán 200, sőt 80 koronás pályadíjak jutottak. De legalább nem sülyedtünk odáig, hogy a tudománynak erkölcsi elismerése megcsorbult volna. Németország már anyira jutott, hogy a thüringiai szociáldemokrata kormány érdemes tanárokat állásukból elmozdított és egy Klein nevű „Naturheilkundiger”-t a belgyógyászat tanárává nevezett ki, régebben pedig egy Otto nevű masször-nek professzori címet adott.

Németországban orvosfelesleg van, mert az elleneséges államokból kiűzték az évtizedek óta ott praktizáló német orvosokat (a londoni Deutsches Spitalnak főorvosa most Németországban van ismét megfelelő állás nélkül stb.). Így azután kénytelenek szellemi munkások sokszor fáradságos testi munka révén tengetni életüket.

Herczeg Árpád dr.