

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 KÖZLEMÉNYEK:

Buday Kálmán: A hypophysis-eredetű cachexiáról. (611—615. o.)

Hedri Endre: A Payr-féle Pregl-pepsinoldat alkalmazása helyi genyesztő fertőzéseknel. (615—616. oldal.)

Joós Ilona: A tuberculosus köpet desinfiálása alkalsollal. (616—617. oldal.)

Tüdős Endre: A legújabb olasz gyermekklinikák. (617—619. o.)

Liebermann Tódor: „Nemspecifikus mandulamegbetegedések.” (619—620. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 24-i ülése. (620—621. oldal.)

A XXIX. olasz belorvosi kongresszusról. (621—622. oldal.)

A Közkórházi Orvostársulat november 21-i ülése. (622—623. o.)

A Debreceni Orvosegyesület november 22-i ülése. (623. oldal.)

A Charité Poliklinika november 19-i szakülése. (623—624. o.)

Lapszemle. *Belorvostan.* — Szülészet és nőgyógyászat. — Bőr- és nemikórtan. (624—625. oldal.)

Heti krónika. (625—626. oldal.) Vegyes hírek. (626. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A hypophysis-eredetű cachexiáról.*

Írta: Buday Kálmán dr.

Köztudomású, hogy a belsőelválasztásos mirigyek igen mélyen beavatkoznak a legkülönbözőbb testi és szellemi működésekbe; kölcsönhatásuk is oly sokféle, hogy szinte resignatióval fogadjuk az erre vonatkozó újabb és újabb felfedezéseket, amelyek tág teret nyitnak a legkülönbözőbb önkényes elméleteknek. Különösen mi kórboncolók, akik mesterségünkkel fogva inkább a kézzelfoghatót keressük, egy bizonyos kétséget nem fojthatunk el, amikor lépten-nyomon ezeknek a mirigyeknek a mindenhatóságáról olvasunk. De mi sem hűnyhatjuk be szemünket a saját hivatásunk gyakorlása közben elének táruló tények előtt, sőt kötelességünk azokat feljegyezni, mert a boncolási eredmények a belső elválasztásokat illetőleg is már sok megszívlelni valót nyújtottak a klinikai megfigyelés és kísérletezés számára.

Az összes endokrin mirigyek között, különösen kicsinységéhez képest, a hypophysis működése jóformán a legsokoldalúbb, legváltozatosabb. Szerepe van a fejlődő szervezet növekedésében, a zsíryanagyszerében, a vizelet elválasztásában, a vérnyomásnak és a sima izomzat működésének a szabályozásában. A kórfolyamatok közül a hypophysis megváltozott működésével függ össze az akromegalia, azután a törpeség egyik alakja (nanosomia pituitaria), továbbá a diabetes insipidus és a dystrophia adiposa genitalis. Ezen betegségekre vonatkozólag azonban még sok a tisztázni való; nevezetesen nehézséget okoz az, hogy nem tudjuk még bizonyosan, milyen működést fejt ki a hypophysis mellső mirigyes és hátsó idegeredetű lebenye, miféle kölcsönhatás van ezen két lebeny között, milyen úton szívódik fel a hypophysis váladéka s milyen összefüggés van a hypophysis elválasztása és az agy regio subthalamica-jában lévő idegközpontok működése közt. Hogy ezen nehézségek dacára is a felemlített betegségekre nézve bizonyos kérdések tisztáztak, ebben a kórboncolásoknak már azért is fontos szerep jutott, mert egyébként a hypophysis működésének kutatását nagyon bajossá teszi az, hogy sebészileg nehezen közelíthető meg, hogy váladékai vegyileg még nem eléggé ismeretesek s hogy a hypophysis-átültetések is eddig kevés eredménnyel jártak.

Ugyancsak a kórboncolások révén mintegy nyolc év előtt egy új kórkép vetődött felszínre, amelyet első leírója, *Simmonds*, *cachexia pituitariának* nevezett el, mivel eseteiben a halállal végződő leromlás egyedüli oka gyanánt a hypophysis állományának tönkremenését lehetett fölvenni. *Simmonds* maga öt ily esetet észlelt. (D. med. Woch. 1914., 1916. és 1918. évf.) Az ő első esetét pár szóval ismertetem, mert ebből a hypophysis-eredetű cachexiának minden lényeges tulajdonsága kiviláglik. Egy 42 éves nőt vettek fel a kórházba, aki korához képest nagyon megöregedettnek látszott; arca ráncos volt, fogai nagyrészt hiányoztak, tehát a *senectus praecox* képét nyújtotta. Emellett sápadt, sovány, erőtlenség is volt, de a klinikai vizsgálat mindezen tünetekre semmi magyarázatot nem adott. Az előzmények szerint a nőnek nyolc év előtt, utolsó gyermekének születésekor gyermekágyi fertőzése volt; azóta havivérzése kimaradt, táplálkozása leromlott, emellett gyakran szenvedett görcsökben, öntudatlanságban. Két évvel ezen első felvétele után, tehát 44 éves korában a nő újból a kórházba került, most már comával, s meghalt anélkül, hogy eszméletét visszanyerte volna.

Boncolásakor az agyban semmi kórosat nem lehetett látni, egyébként szervei közül a szíven májon, lépen, petefészeken is csak sorvadás jelei mutatkoztak, úgyhogy a halálok tekintetében a boncolás eredménye meddő lett volna, ha *Simmonds*, aki mindig különös előszeretettel foglalkozott a hypophysis-sel, nem teszi a hypophysist is gondos vizsgálat tárgyává. Ezt megtekintve feltűntek neki annak szokatlan kicsiny méretei; szöveti metszetekben pedig a hypophysis mirigyes állománya majdnem teljesen hiányzott s annak helyét rugalmas rostokban szegény kötőszövet foglalta el. Mivel a többi szervben nagyjával is csak egyszerű sorvadást lehetett látni, *Simmonds* arra a következtetésre jutott, hogy esetében a gyermekágyi fertőzés valószínűleg embolia útján kiterjedt elhalást okozhatott a hypophysisben s ezen életfontos szervnek a működési hiányossága hozta létre a fokozódó erőtlenedést, halványságot, lesóványodást, a petefészkek korai sorvadását és a *senectus praecox* jelenségeit.

Simmonds-nak pár év alatt még négy hasonló esete volt, amelyekről két újabb közleményben számolt be. Ezen esetek közül kettőben a hypophysis mellső lebenyét egy basophil adenoma pusztította el; egy harmadik eset megint gyermekágyi fertőzés kapcsán fejlődött ki s úgy ezen esetben, mint a negyedikben a hypophysis mellső lebenyének nagyfokú sorvadását tudta megállapítani. Ezen észleletek újból megerősítették őt azon vélekedésében, hogy van a cachexiának egy olyan alakja, amely a hypophysis mellső lebenyének a tönkre-

* Előadatott a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1923 február 24-i ülésén.

menéséből ered s ennek a cachexiának a főtünetei a korai előregedés, a hónalji, fantáji szőrzet kihullása, a nemiszervek nagyfokú sorvadása és a fokozódó lesóványodás, erőtlenedés. Boncoláskor a hypophysis mirigyes szövetének pusztulása mellett legállandóbb jelenség az, hogy a parenchymás szervek sorvadtak, tehát úgynevezett splanchnomikria van jelen, vagyis éppen ellentéte a zsigerek szokatlan megnagyobbodásának, a splanchnomegaliának, amelyet a hypophysis nagyobbdásból származó akromegalia eseteiben szoktunk találni.

Simmonds észleleteit már többen megerősítették; így *Fraenkel* a Simmondséhoz hasonló, korai öregedéssel járó cachexia esetében a hypophysisen erős sorvadást talált, mely valószínűleg szintén gyermekágyi fertőzés következménye volt. *Fahr* kiterjedt hegesevést állapított meg a hypophysisen egy cachexia jelenségei közt meghalt egyénnél; *Schlagenhauser* esetében a cachexiát a hypophysis magános gümöje okozta, míg *Budde* egy hypophysisrák-esetet közöl, amely szintén szőrzetkihullással és egyéb olyan cachexiás tünetekkel járt, amelyeket a hypophysis hiányos működésének kellett felróni. *Reinhardt* koponyaalapi repedés után látta a hypophysis-cachexiát kifejlődni, a trauma a hypophysist is ronesolta, úgyhogy az lassankint teljesen elsovadt. A közölt esetekben a klinikai észlelés többnyire nem tudta kideríteni a cachexia okát, úgyhogy a klinikai kórjelzés carcinoma occultum vagy tuberculosis occulta volt, sőt a boncolóknak is eleinte az a kényelmetlen rossz érzésük volt, hogy a halálos cachexia okát nem tudták feltalálni s a hypophysis megvizsgálása nélkül a cachexia eredete homályban is maradt volna.

Nekünk két olyan esetünk volt, amelyeket hypophysis-cachexia gyanánt kellett felfognunk; az első még 1918 decemberében került boncolásra. Ezen első esetünk klinikai tüneteiről, sajnos, nem számolhatok be részletesen, mert a kórtörténet az akkori idők zűrzavarában elkallódott s ugyanezek a zavaros viszonyok mentsék, hogy a mi vizsgálataink is több tekintetben hiányosak maradtak.

Egy 31 éves főhadnagyot nagyon elgyengült állapotban vettek fel a diagnosztikai klinikára, s az ott két nap múlva meg is halt. A kórelőzmény szerint a beteg félév óta fokozatosan gyengül és halványodik. Felvételnél is feltűnt a sápadtsága és arcának sajátságos öreges kinézése. Bajusza, szakálla kissé gyér volt. A vizeletben semmi rendellenes nem mutatkozott. Vérvizsgálatkor 3,300.000 vörösvérsejtet, 60% haemoglobint és 8000 fehérvérsejtet találtak, de magtartalmú vörösvérsejtek vagy szokatlan alakok a vérben nem voltak. Ez a vérlelet nem magyarázta a betegnek nagyon is felöltő kimerültségét; a halál elég váratlanul következett be s a hulla „anaemia, cachexia“ klinikai diagnossissal került az I. számú kórbonctani intézetbe. Boncoláskor feltűnik a bőr erős halványsága, a belső szervek azonban kevésbé vérszegények, sőt a vesék inkább kissé vérbővek, a máj is szederjes, aminek oka az lehetne, hogy a szíven a bal vénás szájadék mérsékelt szűkült s a kőhegyű billentyű vitorlái valamivel vastagabbak voltak. Egyébként azonban hiányoztak nemcsak a tartós vérpangás tünetei, hanem a szívtúltengés is, sőt a szív súlya csak 180 g volt, mindenestre meglepően kevés egy közepes termetű férfinál, aki nem is volt túlságosan lesóványodva, a zsírpárna ugyanis a hasfalon 1 cm vastag volt. A többi belső szervek, így a máj, lép, vesék, pankreas szintén a rendesnél jóval kisebbeknek mutatkoztak, egyedül a pajzsmirigy volt colloid-felszaporodás által megnagyobbodva. A gyomorban és belekben mérsékelt hurut jelei voltak, a nyálkahártya folliculusai duzzadtak. A mellékvesék kicsinyek, a csontvelő a combcsontban valamivel halványabb, de a szegycsontban elég kifejezetten vörösszínű. Ha még megemlítjük, hogy a máj a vasreactiót meglehetősen gyengén adta, úgy megérthető, hogy a boncolás eredményével nem voltunk meglegedve, mert az anaemia, cachexia természetét nem tudtuk kideríteni. Vészes vérszegénység ellen szolt a vörös csontvelő csekély kiter-

jedése, továbbá az is, hogy a szív nem volt zsíros, s ahelyett, hogy megnagyobbodott volna, mint az anaemia perniciososa legtöbb esetében, inkább jóval kisebb volt. A májon, mint említettük, hiányzott a kifejezettebb siderosis. Erősebb anaemia aplasticára mint halálokra szintén nem gondolhattunk, mert a belső szervek nem voltak különösen vérszegények, a szegycsont velője elég vörös színű volt s általában a csontvelő normalisnak látszott. Bevezetőleg említettük is, hogy a vérlelet szerint a vörösvérsejtek fogyása nem volt különösen nagymérvű. Az essentialis anaemiának valamely típusos alakját tehát nem tudtuk felismerni, még kevésbé lehetett egy elsődleges anaemiával összeegyeztetni a belső szervek feltűnően egyforma sorvadását, hiszen az essentialis anaemiák eseteiben a máj és vesék is többnyire nem sorvadtak, hanem még valamivel nagyobbak a rendesnél, nem is szólva a lépről, amely az anaemia perniciososa esetek többségében megnagyobbodik. Mikor a boncoláson jelenlevő klinikai tanársegéd úr is azt erősítette, hogy az eset rájuk nem egy önálló anaemiának, hanem egy gyorsan fokozódó cachexiának benyomását tette, a boncolás addigi eredményében nem látva magyarázatot a cachexiára, megnéztük a koponyaüreget is, ámbár a klinikai észlelés alatt semmi agytünet nem merült fel.

Az agyon magán nevezetesebb elváltozás nem volt, így sorvadás sem, súlya 1320 g; az agyhártyák azonban kissé meg voltak vastagodva. Az agy kiemelésekor nagy meglepetésünkre a hypophysis jóval nagyobbnak látszott s a töröknyeregéből kiemelkedett. Közelebbi megtekintéskor a hypophysist egy közepes gesztenye nagyságú daganattá látjuk átalakultnak, amelynek felső része az infundibulum felé fokozatosan elvékonyodott. A daganat tömött tapintatú, átmetszve tömör, tömlők, üregek nincsenek benne, a metszslapon a szürkés alapállományban fakósárga, csíkszerű elhalásokat szabad szemmel is ki lehetett venni. A töröknyereg csontos alapját a megnövekedett hypophysis elvékonyította, sőt több helyen usurálta.

Szöveti vizsgálatkor a többi szervekben egyszerű sorvadást találtunk kötőszövetzaporodás jelei nélkül, míg a hypophysis-daganat az infectióos granulomák szerkezeti tulajdonságaival bírt. A hypophysis mirigyes állományát ugyanis majdnem teljesen tönkretette egy lymphocytákban gazdag sarjadzás-szövet, amelyben apró, keskeny-hosszú elsajtosodások vannak, széleiken Langhans-typusú óriássejtekkel; epitheloid sejtek gömbölyded csoportjai itt-ott szintén előfordulnak. Sem a gümöbacillus-festés, sem a syphilis-spirochaktákra való kezelés nem adott eredményt. Mivel Wassermann-vizsgálat a vérrel nem történt, az elkülönítés syphiloma és tuberculum között nem volt könnyű; számbavéve azonban azt, hogy az elsajtosodott részekben vérrel telt erecskék is vannak, a lágyburkokon pedig rostos megvastagodást találtunk, inkább syphilomára kellett gondolnunk, gümőkórnak egyébként is semmi jele nem volt feltalálható. Lues mellett értékesíthető még a hypophysis mirigyes állományának igen nagyfokú pusztulása a sarjadzásos daganat szélein; hogy a hypophysisben fejlődő gummák Langhans-typusú óriássejteket is tartalmazhatnak, azt több irodalmi közlés bizonyítja.

Mindent összevetve, esetünket tehát a *Schlagenhauser* mellé lehet állítani, aki a hypophysis-cachexia okát a hypophysis magános gümöjében, tehát szintén fertőző granulomában találta fel. Az öreges kinézés, a fokozódó kimerülés, leromlás s a belső szervek sorvadása is magyarázatot lelnek a hypophysis-cachexia főlévételében, amelyet eszerint itt a hypophysis mellősebe nyét majdnem teljesen elroncsoló gümma váltott ki.

A vérszegénység jelentőségéről ez esetben még alább szólnunk. Egyedül a hypotrichosis és a nemiszervek sorvadása tekintetében nem egyeznek esetünk adatai a Simmonds-féle tünetekkel, a boncolási jegyzőkönyvben meg van említve, hogy a mellkas szőrzettel borított s a nemiszervek rendesek. A herék szöveti vizsgálata, sajnos, nem történt meg s így arról sem számol-

hatok be, hogy a spermatogenesisben volt-e számbavehető eltérés; maga a beteg nemi képességének fogyatkozását illetőleg panaszokat nem nyilvánítt. Meg kell itt jegyeznünk, hogy *Schlagenhauser* sem talált esetében szórzetkihullást s a petefészkekről sem említ különös sorvadást, mindössze annyit jegyez meg, hogy a 27 éves nő havivérzése az utolsó hónapokban kimaradt. Nem lehetetlen, hogy a fertőző granulomák által okozott, tehát aránylag gyorsan fejlődő hypophysis-roncások a cachexia egyéb tüneteit inkább előtérbe állítják, mint a nemi sorvadást és a szórzethiányt.

Egy másik, ehhez közelálló esetet *Baló József dr.* boncolt a Szent István-kórházban. Az 52 éves férfit a mentők szállították be a kórházba, oly állapotban, hogy kihallgatható már nem volt. A beteg nagyon nyugtalan, a hozzá intézett kérdésekre nem ad összefüggő feleletet. Felesége elmondja, hogy az utóbbi hat hónap alatt igen sok vizet ivott s éjjel sokszor leszállt vizelni; azóta lefogyott, sápadt lett. A klinikai vizsgálat semmi határozottat nem derített ki. A beteg csak félig van öntudatánál, az ágyban hadonászik; fokozódó nyugtalan-ság mellett szív működése egyre gyengült s másnap délután meghalt.

A boncoláskor a mellkas és a hasüreg vizsgálata úgyszólván semmi eredményt nem adott s a felhágó aorta csekély sclerosisán kívül mindössze az tűnt fel, hogy az összes belső szervek a rendesnél jóval kisebbek voltak; a mellékvese is feltűnően kicsiny, míg a pajzsmirigy kolloidban dús. A koponyaüreg felnyitván, az agy burkain tejszerű elhomályosodás mutatkozott. Az agy oldalkamrái erősen tágultak. Az agy infundibulumán egy borsónyi daganatocska látszik, amely folytatódik a hypophysisbe. Az utóbbi mintegy háromszorosára megnagyobbodott, tokján kölesnyi göbök tűnnek fel, melyek heges udvarral vannak körülveve. Maga az ép hypophysis-állomány csak helyenként ismerhető fel, a hátsó lebenyt nem lehetett föltalálni.

Mivel ezen jelenségekből szintén hypophysis-cachexiára kellett gondolni, pontos vizsgálat történt a szórzetre és a nemiszervek állapotára vonatkozólag. Hypotrichosist nem lehetett megállapítani, a szórzet a hónaljban és a fantájon elég dús volt; a herék közül azonban az egyikben nagyobb fokú fibrosis volt, a másiknak pedig a kötőszöve szaporodott fel mérsékeltén.

Szöveti vizsgálatkor a hypophysis teljesen azt a képet adta, mint az első esetben, t. i. sarjadzásszövet közt elhintett, apró, zeg-zúgos elsajtosodások látszóttak, óriássejtekkel a széleiken. Gümöbacillust és syphilis-spirochaetát nem lehetett kimutatni. A hypophysis mirigyese állománya itt is nagy fokban tönkrement, de mégsem olyan erősen, mint az első esetben. A többi szerveken egyszerű sorvadás szöveti jeleit találtuk, a herék közül pedig még a szabad szemmel épebbnek lát-szóban is a heresövek hámja erősen sorvadt, a membrana propria pótlólag hynalinosan megvastagodott; a herékben spermatogenesisnek semmi nyoma nem volt. A herék szöveti lelete teljesen megegyezett azzal, amit akromegaliások heresorvadásában látni szoktunk.

Azt hiszem, nem tévedünk, ha ezt az esetet is a hypophysis-cachexiák közé sorozzuk, amelyet a hypophysist elroncsoló sarjadzások daganat, valószínűleg szintén egy gümma váltott ki. Ez esetben is megvolt a fokozódó leromlás, boncoláskor a belső szervek kiterjedt sorvadás, tehát a splanchnomikria, anélkül hogy egyébként, a hypophysistól eltekintve, más életfontos szervekben valami különösebb elváltozás lett volna. A hydrocephalust is legalább részben a hypophysis-daganat rovására írhatjuk, mert egyéb hypophysis-daganatok esetében is elégszer látunk hydrocephalust, ha azok az infundibulum felé növekedtek; az öntudatzavarral járó izgalmi jelenségeket is, amelyek a halál előtt észleltettek, gyakran találtak hypophysis-daganatban szenvedőknél. Említettük, hogy a körelőzményben fokozott szomjúság és bővebb vizeletelválasztás szerepel; a diabetes insipidusról tudvalevő, hogy az olyan hypophysis-daganatokhoz szeret különösen csatlakozni, amelyek a hátsó lebenyt is tönkretéve, az agyalap felé

terjednek. Figyelemreméltó, hogy ez esetben hypotrichosis ugyan nem volt, de az ivarmirigyek sorvadására már bekövetkezett.

A belső szervek sorvadásáról két esetünkben az alábbi táblázat nyújt képet, amely grammokban adja az egyes szervek súlyát, összehasonlítva az illető szervek átlagos súlyával s egy akromegalia-esetünkkel:

	Máj	Egyik vese	Lép	Szív	Pancreas
Normalis egyén	1600	150	200	300	90
Hypoph. cach I. eset ...	1060	100	130	180	60
" " II. " ...	950	100	120	200	70
Akromegalia	2690	306	840	455	117

Fel lehetne vetni azt a kérdést, hogy nem tulajdoníthatók-e pusztán syphillises cachexiának az eseteinkben észlelt belső szervi sorvadások. Erre nézve azt válaszolhatjuk, hogy sem a gümőkóros, sem a syphillises cachexiák nem szoktak ilyen általános, minden szervre egyenletesen kiterjedő egyszerű sorvadásal jární, hanem a sorvadás többnyire csak egyes szervekre szorítkozik s inkább elfajulásos jellegű. Számbajó az is, hogy a generalizált súlyos gümőkórnak vagy syphillisenek egyébként semmi jele nem volt, a fajlagos elváltozások tisztán csak a hypophysisre korlátozódtak.

Az esetek rövid ismertetése után legyen szabad néhány analízáló megjegyzést fűznöm a hypophysis-cachexia kórképéhez, bár az az érzésem, hogy ezzel meglehetősen ingatag talajra lépek. A saját eseteink és az irodalmi közlések alapján a hypophysis-cachexia jelei közt legfontosabbnak tartom az általános marasmust, amely az agyat kivéve az összes belső szerveknek majdnem egyenletes megkisebbedésében nyilvánul meg, s amelyre egyébként a boncolás során más magyarázatot nem találunk, mint a hypophysis mirigyese állományának majdnem teljes pusztulását. Igazat kell adnunk *Schlagenhauser*nek, hogy oly esetben, amikor súlyos, általános gümőkór (s hozzátehetjük: súlyos, általános syphillis) jelei mellett a hypophysisben granulatiós daganatot találunk, akkor meglehetősen nehéz annak az elbírálása, mennyi esik az általános leromlásból a többi életfontos szervek súlyosabb, közvetlen megtámadtatására a gümőkór vagy syphillis által és mennyi a hypophysis mellső lebenyének pusztulására. Az az egyszerű, elfajulás nélküli, általános atrophia, amely a hypophysis-eredetű splanchnomikriát jellemzi, több vonásában hasonlít az öregkorban jelentkező általános atrophiahoz, bár hiányzik belőle az agy sorvadás s az öregkori sorvadásokra jellemző pigmentzaporo-dás. Ha hozzászámítjuk ezekhez még a külső megjelenésben is szembeötlő korai öregedést, felvetődik előtünk az öregedés problémája, amelyről idők folytán igen sok nézetet nyilvánítottak; újabban különösen a korai abnormis öregedés keletkezésében nagy fontosságot tulajdonítanak a belső secretio kóros megváltozásának. Így *Lorand*, *Chvostek*, *Lévi* és *Rothschild* a pajzsmirigy csökken működésével hozzák összefüggésbe a korai öregedést, *Hanseman* és *Tandler* a nemi mirigyek belső elválasztásának megszűnését tartják az öregedés megindítójának.

Azok a szöveti változások, amelyeket különösen első esetünk sorvadt szerveiben megállapíthattunk, arra vallanak, hogy ezen cachexiákban a sejtek élő protoplasma anyaga csökken fokozatosan, kétségkívül azért, mert a dissimilatio túlsúlyra jut. A pajzsmirigyre nézve tudjuk, hogy annak a fehérje-anyagcserében nagy szerepe van s ezt állatkísérletek is bizonyítják, de a hypophysis jelentőségéről a fehérje-anyagcserében állatkísérletek útján még nem sokat sikerült kideríteni, amennyiben hypophysis-kiirtás után vagy gyorsan bekövetkezett a halál, vagy pedig elhúzódó lefolyás mellett a dystrophia adiposo-genitalis tünetei állottak elő s csak újabban észlelték lassan fokozódó



marasmust. Érdekes, hogy *Leschke* és *Schneider* a hypophysissal oly szoros összefüggésben álló diencephalon izgatásával a fehérjeanyagforgalom gátlását, *Graefe* pedig a diencephalon kiiktatásával ezen anyagforgalom fokozódását tudta előidézni. Mivel azonban nem egyhamar remélhetjük, hogy az állatkísérletek a hypophysis befolyását a fehérje-nyagcserére nézve teljesen tisztázzák, annál inkább kívánatos, hogy a jövőben a hypophysis-cachexiának észlelésre kerülő esetei klinikailag, különösen anyagforgalmi szempontból pontosabban megvizsgáltsanak. Szükséges volna többek közt a hőmérséklet, a gyomor-bél-működést, a vérnyomást, a vérsavó és vizelet vegyi tulajdonságait is tüzetesebben megismerni s ezekből a betegség klinikai diagnosizására a tanulságokat levonni.

A közölt esetek szerint a hypophysis-cachexia elég állandó jelenségei közé tartozik a szörzet kisebb-nagyobbmértvű elvesztése és a nemi képesség csökkenése. Az még kérdéses, hogy ezen tünetek kiváltásához a hypophysis mely részének és milyen terjedelemben kell tönkremennie; mint említettem, éppen a második esetünk és a *Schlagenhauser* esete nyomán lehetségesnek tarthatjuk, hogy a nem nagyon elhúzó esetekben a hypotrichosis még kevésbé lesz kifejlődve. A *dystrophia adiposo-genitalis*ról már rég tudjuk, hogy annak a zsírszövet felszaporodásán kívül igen gyakori tünete a nemi képesség fokozatos megszűnése és a hypotrichosis, és mégis ezen betegségnek már eléggé gazdag casuistikájából az tűnik ki, hogy több esetben megvolt a kifejezett adipositas és a hypophysis-daganat, de teljesen hiányzott a hypotrichosis és a nemi szervek sorvadása. Miben rejlik az oka ezen eltérő klinikai viselkedésnek, azt nem tudjuk, úgyhogy ezen a téren is van még felderíteni való. Éppúgy homályos előttünk az is, hogy a *dystrophia adiposo-genitalis* és a hypophysis-cachexia, ez a két egymástól eléggé eltérő kórkép a hypophysis kórboncolási lelete tekintetében csakugyan élesen különbözik-e. Általában az irodalomból azt látjuk, hogy a *dystrophia adiposo-genitalis* leginkább a hypophysis hátsó részének és a hypophysis kocsányának megbetegedéseire csatlakozik, míg a hypophysis-cachexia inkább a hypophysis mellső lebenyének roncsolásához, mindazonáltal vannak a *dystrophia adiposo-genitalis*nak olyan esetei is feljegyezve, amelyekben a hypophysisnek csak a mellső lebenyét tette tönkre a daganat vagy sorvadás és mégsem hypophysis-cachexia, hanem nagyfokú adipositas fejlődött ki. Ezek mind megoldásra váró kérdések, amelyek annál nehezebben találják megfejtésüket, mert a *dystrophia adiposo-genitalis*ra nézve tett tapasztalatok azt bizonyítják, hogy a látszólag azonos kiterjedésű és természetű hypophysis-elváltozások is egyénileg nagyon változó működési eltéréseket hoznak létre. A mi eseteink közül egyikben sem voltak a betegség lefolyása alatt adipositas jelei, úgyhogy összetévesztés ezen kóralaknak azon eseteivel sem foroghatott fenn, amelyekben az adipositas utólag lesóványodás váltotta fel.

Első esetünkben a vérszegénység jelei is eltérően állottak, bár a vörösvérsejtszám csökkenése a bőr halványosságához képest nem volt különösen erős. Már fentebb kifejtettem az okokat, amelyek miatt itt egy essentialis, elsődleges vérszegénységet nem vehettünk fel s most csak arra akarok rámutatni, hogy az irodalomban közölt hypophysis-cachexiák egy jó részében, az eseteknek majdnem felében anaemia is volt jelen, sőt *Simmonds* már első közleményében is a halványtságot a hypophysis-cachexia tünetei között említi meg. Így az ő első esetében 50% volt a haemoglobin, a második esetében basophil hypophysis-adenoma mellett a betegnek 3,500.000 vörösvérsejtje volt 60% haemoglobinnal; ez esetben a máj ugyan haemosiderin-tartalmú volt, de egyébként „a szívizom és a csontvelő nem mutatták a vérszegénységre jellemző elváltozásokat”. Ezek *Simmonds* saját szavai s látszik belőlük, hogy az eset klinikailag is, kórboncoltanilag is hasonlított az elsődleges anaemiákhoz. *Fahr* esetében a hypophysis-sorvadás mellett 61% volt a haemoglobin, a

Schlagenhauser esetét is vérszegénység ellen kezelték, igaz, hogy itt kisfokú gümőkór is volt jelen. E szerint a hypophysis-cachexiák egyik, ha nem is állandó, de gyakori tünete a vérszegénység s hogy a hypophysis-változások és a vérszegénység közt valami összefüggés van, azt inkább lehetségesnek kell tartanunk, mert a *dystrophia adiposo-genitalis*nak is több esetében találtak csökkent haemoglobintartalmat és vörösvérsejtmegfogyást; a pluriglandularis sklerosis eseteiben is gyakori a súlyos anaemia. Miképpen befolyásolja a hypophysis a vérképzést, az megint egy olyan kérdés, amelyre az eddigi ismereteink nem adnak felvilágosítást. Azt tudjuk, hogy a nemiszervek s a pajzsmirigy a vérképzésre nagy hatással vannak, de a hypophysisről e tekintetben kevés határozott adat van. Lehetséges, hogy a hypophysis működési hiányossága a többi endokrin mirigyekre való hatás útján váltja ki a vérszegénységet. Mivel első esetünkben a csontvelő működése nem látszott erősebben zavartnak s a lép durvább haemosiderin-rögöket tartalmazott, ebből arra lehet gondolni, hogy nem annyira a fokozott haemolysis vagy magának a vörösvérsejteknek valamilyen nagyobb fogyatékosága idézte elő a vérszegénységet, mint inkább a vas körforgalmának a renyhessége, úgy, amint ezt a haemochromatosisban szenvedőkre nézve felveszik.

Végül még pár szót a hypophysis-cachexia felismeréséről. A pluriglandularis sklerosist elég határozottsággal kizárhattuk eseteinkben, mivel a pajzsmirigy mindkettőben a rendesnél valamivel nagyobb, colloidban dúsabb volt, kötőszöve nem szaporodott, holott a sklerosis pluriglandularisnak egyik legállandóbb jelensége a pajzsmirigy erős sorvadása, amely az acinusok kisebbedése mellett kötőszövet-szaporodással jár. Számos idevágó eset beható megvizsgálása dönthetné el, hogy a pajzsmirigy-nagyobbodást nem lehet-e pótló jellegűnek tekinteni. A mellékvesék ugyan kicsinyek voltak mindkét esetünkben, de csak egyszerű sorvadás látszott rajtuk, nem pedig hegesedés, s az első esetben a mellékvese kicsinyessége inkább a status lymphaticus-sal állhatott összefüggésben.

A hypophysis-cachexiát az élőben felismerni az elmondottak szerint nem lesz mindig könnyű. Gondolhatunk erre a betegségre, ha egyre fokozódó cachexia jelenségei párosulva vannak a nemiszervek időelőtti sorvadásával, szörzetkihullással, korai öregedéssel. Ha azonban a hypotrichosis és a nemi sorvadás nem kifejezett, akkor a betegség felismerése nehézségekbe ütközhetik. Olyan kórfolyamatok, amelyek a mirigyemek elroncsolása dacára a hypophysis térfogatát erősen megnagyobbítják, így daganatok, nagyobb granulomák Röntgen-vizsgálat alapján gyaníthatók lesznek a töröknyereg kiszélesedéséből. A hypophysisre hívja fel a figyelmet az is, ha diabetes insipidus tüneteinek vannak jelen, bár a diabetes insipidus inkább akkor várható, ha a mellső lebeny roncsolása nem nagyon erősfokú s a baj főleg a hátsó lebenyt teszi tönkre. Ha mindezek a jelenségek hiányoznak, akkor a diagnosis a beteg életében ma még alig remélhető s éppen azért kívánatos, mint fentebb hangsúlyoztuk, hogy az élőben felismert esetek pontos anyagcserevizsálatnak vetessenek alá, hogy így meg lehessen vonni az éleesebb körvonalait annak a kórképnek, amelyet most még egyelőre csak durvább vonásaiban ismerünk. A kórboncolókra pedig, mint *Simmonds* és mások is hangsúlyozzák, az a feladat vár, hogy minden olyan esetben, amidőn a boncoláskor a fokozódó erőhanyatlás okát nem bírják kideríteni, gondoljanak a hypophysisre s vegyék azt tüzetes vizsgálat alá. Ma még azt sem tudjuk, hogy ez a betegség milyen gyakorisággal fordul elő a valóságban s még kevésbé tudjuk, hogy a hypophysis működési hiánya mily módon okozza a cachexiát: azáltal-e, hogy a hypophysis-váladék nem gyakorolhatja közvetlen befolyását a szervezet különböző organumaira s ezek sejtjeire, vagy azáltal, hogy elmaradt a hypophysis-váladék hatása bizonyos életfontos agyi központokra, amelyek a harmadik agykamra fenekén vannak elhelyezve? Ha az akromegáliának és a *dystrophia adi-*

poso-genitalisnak irodalmát tanulmányozzuk, azt tapasztaljuk, hogy ezen betegségekre nézve is az ismeretek csak lassanként alakultak ki s csak fokozatosan ismertették el rájuk nézve a megváltozott hypophysis-működés nagy jelentősége. A hypophysis-cachexiát illetőleg is a jövőtől kell várunk még nagyon sokat s ezen soroknak is a főcélja az volt, hogy klinikusokat és boncolókat együttműködésre serkentsen, mert a hypophysis-cachexia bővebb megismerése egyúttal fényt vethet a szövetvisszafejlődésnek és a szervezet öregedésének olyan kérdéseire is, amelyeket most még sötétség borít.

A szegedi kir. magy. Ferenc József-tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Vidakovits Kamill dr. egyet. ny. r. tanár).

A Payr-féle Pregl-pepsinoldat alkalmazása helyi genyesztő fertőzéseknél.*

Irta: Hedri Endre dr.

A genyesztő csirákat azért nem sikerült eddig az általuk fertőzött szövetekben antisepticumokkal teljesen ártalmatlanná tenni, mert ez utóbbiak általános sejtmérgek lévén, ha a csirtalanításhoz szükséges töménységben alkalmazzuk őket, elpusztítják ugyan a baktériumokat, de tönkreteszik a szöveteket is, vagy legalább is csökkentik vitalitásukat és a fertőzés elleni természetes védőerejüket, kisebb koncentrációban pedig nem befolyásolják kellőképp a csirákat kórokozó hatásuk kifejtésében és szaporodásukban. A régóta ismertes, valamint az újabban használatos chemotherapiás antisepticumok között hibája ez — bár ez utóbbiak nagyobb kímélettel bántak a szövetekkel — és abban gyökeredik, hogy az *élő fehérjét kicsapják*. Minthogy pedig a csirákat a szövetekben és a vérsavóban ilyen fehérjecolloidokból álló burok veszi körül, az antisepticumok ennek kicsapásával tulajdonképpen még hozzáférhetlenebbé teszik a baktériumokat. Másrészt hatóerejük ebben a fehérjecoagulációban kimerül és nem marad elegendő a csirák elpusztításához. Hogy a vérsavó fehérje mennyire gátolja a desinfectiót, azt *Ehrlich* és *Bechhold* vizsgálataiból tudjuk. Ők azt találták, hogy míg a halogenes phenolok kémsőben 1:200.000, sőt 1:600.000 hígításban is megakadályozzák a baktériumok szaporodását, addig vérsavót tartalmazó közegben erre teljesen képtelenek.

A modern antisepticumok különböző csoportjaival:

1. a chlórozó,
2. a jódozó és oxydáló anyagokkal, vagyis azokkal, amelyekből a fertőzött szövetekben chlór, jód, illetve oxygen válik szabaddá,
3. a chininderivatummakkal, mint a vuzin és eucupin,
4. az anilinfestékek közül a methylviolettal és pyoktanninnal és
5. az újabb Morgenroth-féle accridin-készítményekkel, a trypaflavinnal és rivanollal a heveny helyi fertőzéseknél, és pedig úgy a fertőzött alkalmi sebeknél, mint a zárt és nyílt genyesedéseknél a szegedi sebészeti klinikán sokat kísérleteztünk.

Vidakovits tanár úr referatuma közölte velünk a különböző eljárásokkal elért eredményeket. A mi vizsgálataink, amelyekről itt most beszámolni bátorkodunk, csak a zárt gócook kezelésére vonatkoznak azzal a colloidális oldattal, amelyet a Payr-féle Pregl-pepsinoldat néven ismerünk és amelyet Payr 1922-ben ajánlott hegek oldására és puhítására, kóros összenövésék, összetapadások elkerülésére. Egyéb célra tudunkkal sem Payr, sem más eddigelé nem alkalmazta. Ennek az oldatnak pepsincomponense, az állati szervezet ezen fehérjebontó fermentje végzi el a szövetek oldását, míg a Pregl-oldat csak arra szolgál, hogy a fermentkészítményt csiramentessé, a szövetközötti használatra alkal-

massá tegye. Magas hőfokra való hevítéssel ugyanis ezt nem lehetett elérni, mert a ferment optimuma 45 és 50° között van, és jobban felhevítve hatását veszti. Olyan antisepticumot kellett találni, amelyben a pepsin oldható, amely a fermenthatást nem rontja, a hozzátapadt szennyező csirákat pedig elpusztítja. Erre a célra a *Pregl* gráci chemikusprofessor által előállított isotonias jódoldat mindenképpen alkalmasnak bizonyult, mert hatásának kifejtsése közben a fermentet nem befolyásolja és megvan az a nagy előnye, hogy igen tekintélyes mennyiségben vihető a szervezetbe anélkül, hogy mérgezést okozna, 50–100 cm³-t gyakran adtunk belőle intravenásan, 150–200 cm³-t a hasüregbe. Csiraölő hatását azáltal fejt ki, hogy a szövetekben jelenlévő gyenge szervi savak hatására — és e célnak már a szénsav is megfelel — állandóan jód válik belőle szabaddá. Ennek következtében nemcsak a csirákat pusztítja, hanem a szövetek sejtjeit működésre, savelválasztásra serkentvén, a szervezetnek a fertőzés elleni természetes védőerejét fokozza. Épp ezen tulajdonságánál fogva választotta Payr a pepsin csirtalanítására, mert ez utóbbinak is savi környezetre van szüksége *Oppenheimer* és *Abderhalden* szerint, hogy szövetoldó hatását kifejthesse. A szövetekben kimutatható tejsav, oxal-, vaj- és phosphorsav, továbbá a szénsav végzik el a ferment activálását.

Payr a hegek oldására 1 vagy 2%-os oldatot használ, ezek 6 órával elkészítésük után sterilisek. Előállításuk igen egyszerű: 100 cm³ Pregl-oldatban 1 vagy 2 g Merck-féle pepsinum purissimum absolutumot oldunk, attól függően, hogy hány százalékos oldatra van szükségünk. A colloidális oldódás felőre alatt melegítés és rázás nélkül könnyen végbemegy. Hogy milyen hatalmas fermentatív erőt rejt magában, azt *Schönbauer* állapította meg, kimutatván, hogy 1 liter Pregl-pepsinoldat 1 kg fehérjét képes megemészteni.

A pepsint *Unna* és *Friboes* alkalmazták először a bőrgyógyászati terapiában, sebkezelésre sósavas oldatban *Freund* és *Gagstatter* használták az elhalt szövetek megemésztséje céljából. *Schnitzler* is emiatt vette igénybe és igen jó eredményeket ért el vele, *Jenckel* nehezen gyógyuló empyemák sipolyainak gyors záródását írja le pepsinkezelés után. A sósavas pepsin antiseptikus hatásának megállapítása végett *Schönbauer* végzett állatkísérleteket és peritonitiseknél jó eredménnyel alkalmazta. Abból indult ki, hogy az *Eiselsberg* klinikán a gyomorperforációs peritonitisek sokkal jobb indulatúknak bizonyultak, mint a duodenalis áttörések. Ez utóbbiaknál a klinika halandósága 70%-ot tett ki, az előbbieknél 19%-ot. A gyomorperforációk ezen viszonylagosan enyhe lefolyását a gyomornedv, a sósavas pepsin csiraölő hatásának tudja be, amely feltevésében állatkísérletei megerősítették.

A szegedi sebészeti klinikán Payr közleménye nyomán kiterjedten alkalmaztuk a Pregl-pepsinoldatot nyaki cystáknál, hydrokeléknél, cystikus strumáknál, hygromáknál, és a tömlök tartalmának kiszívása, majd az oldatnak befecskendezése után legtöbbször teljes gyógyulást értünk el. Hegek oldására caput obstipumnál, inhvüvelygyulladás utáni contracturáknál és keloidoknál, ízületi mobilizáció után az eredmény biztosítása vagy megjavítása végett sikerrel használtuk.

Félélvvel ezelőtt kezdtünk vele kísérletezni heveny helyi fertőzéseknél, miután előzőleg a tiszta Pregl-oldatot sok esetben, kiváltképp peritonitiseknél jó eredménnyel alkalmaztuk. A Pregl-pepsint ideális antisepticumnak tartottuk, mert hatását olyképp képzeltük el, hogy a csirákat körülvevő fehérjeburkot az oldat pepsincomponense megemészti, amidtál a baktériumok a lehasadó jód számára hozzáférhetőkké válnak. Minthogy a modern antisepticumoknál azt láttuk, amire Payr és *Kleinschmidt* hívták fel először a figyelmet, hogy zárt genyesedéseknél fejtik ki legjobban hatásukat, a Pregl-pepsint is zárt gócoknál kezdtük alkalmazni. Nem kívülről, a sebek felől támadtuk meg a baktériumokat, hanem belülről, a szövetek felől. *Láng* ennek a

* A Magyar Sebésztsársaság 10. nagygyűlésén tartott előadás.

belső desinfectiónak (*szöveti antisepsis*) négyféle útját jelöli meg:

1. elhatárolt tályogokba a geny lebecsátása után befecskendezzük az antisepticumot;
2. phlegmonés folyamatoknál a fertőzött szövetek infiltrációjával hatunk a csirákra;
3. a viszerek és
4. a verőerek felől visszük a csiraölő anyagot a fertőzés helyére.

Mi csak az első két eljárást alkalmaztuk és mindjárt kezdettől fogva lehetőleg előrehaladott eseteket valogattunk ki, hogy az oldat hatékonyságát épp ezeknél tegyük próbára. Körülírt tályogoknál úgy jártunk el, mint *Manninger* a vuzinnal, vagyis tartalmuk lebecsátása után a tályogüreget 1%-os oldattal addig mos-tuk, míg az oldat tisztán jött vissza, majd 2%-os oldattal felenyire, harmadára, illetve negyedére töltöttük meg, attól függően, hogy mennyi genyt tartalmazott. 50–60 cm³ tartalom mellett 25–30 cm³-t nyugodtan befecskendezhettünk, ha több volt a geny, harmadnyi oldatot vittünk be; 60 cm³-nél többet nemigen használtunk. Ebbe az első csoportba 11 esetünk tartozik, amelyek közül az első egy mandibula periostitisből eredő, tyúktójasnyi tályog volt, a nyak és az egész arcfél kiterjedt beszűrődésével; szemhéjak oedemasak, szem bedagadt. Punctio, 40 cm³ geny lebecsátása, a genyből staphylococcus aureust sikerült kitenyészteni. Pregl-pepsinnel való kimosás után 20 cm³-nyi oldatot hagytunk vissza a tályogüregben. Másnapra láztalan, infiltratum erősen visszafejlődött, harmadnap ismételt punctio, zavaros savós váladék, 5 cm³ Pregl-pepsin. Negyednapra a collateralis oedema teljesen visszament, a tályog helyén diónyi beszűrődés. Hat nappal az első injectio után a tályognak nyoma sincs, a beszűrés helyén babnyi keményedés. Az eredmény tehát mindjárt az első esetben szinte felülmúlta várakozásunkat. A tályog alapos feltárással teljesen érett volt, ezzel az egyszerű eljárással a hosszadalmas nyitott kezeléstől és a nyaki hegtől szabadítottuk meg betegünket. A többi eset, amelyet nem részletezünk, hanem csak felsorolunk, hasonló lefolyású volt. Kéthónapos csecsemő hatalmas combtályogja, négy elgenyedt, vegyesen fertőzött nyaki lymphoma, két hónaljli hydradenitis, amelyek minden más kezeléssel dacoltak, egy elgenyedt bursitis olecrani, egy régi Pirogoff-cessonkon képződött tojasnyi tályog és egy gyermekököllyi, a tibiából kiinduló subperiostalis tályog tartoznak ide. Incisióra egy esetben sem került a sor, mindegyik a legcsekélyebb nyom hátrahagyása nélkül gyógyult.

A második csoporthoz tartozó kilenc esetben kiterjedt phlegmonosus folyamatról volt szó. Az első egy 42 éves férfi alkarján sérülés után kifejlődött súlyos tendovaginitis phlegmonosa. A hajlítók ínhüvelyéből streptococcus-genyt kaptunk punctióval, vastag lymphangitikus csíkok a hónaljig, hatalmas mirigyek. A lobos területet először körülírtáljuk, majd az ínhüvelybe és a szövetek közé fecskendezzük az oldatot, kb. 45 cm³-t. Másnapra a környéki lymphadenitis és a nyirokutak piros csíkja eltűnt, harmadnapra a punctio megismétlésekor kevés zavaros savót kaptunk az ínhüvelyből, amelybe ismételtén Pregl-pepsint fecskendeztünk. Hatodnapra alkar rendes terjedelmű, az ínhüvelygyulladás nyomtalanul visszafejlődött. Ha meggondoljuk, hogy itt feltétlenül hosszú incisiókat kellett volna alkalmazni és hogy utánuk az ínhüvely és inak között összenövés maradt volna vissza, nem vitathatjuk el ennek az eljárásnak nagy fontosságát. Ezen az eseten kívül két tarkó-carbunculus gyógyult Pregl-pepsinre, egy alajk-furunculus, egy comb-phlegmone, három panaritium tendineum és csak egy esetben kellett a Pregl-pepsin-infiltratio után incindálnunk előrehaladott nyaki phlegmononál, de itt is elértük a genyedés gyors elhatárolódását.

Intravenásan és intraarterialisan nem adtuk az oldatot, erre vonatkozó tapasztalataink tehát nincsenek. Amint azonban *Läng*nak az „Ergebnisse für Chirurgie und Orthopaedie“-ben megjelent referatuma-

ból látjuk, a vuzinnak és egyéb chemotherapiás antisepticumoknak ilyenmő alkalmazását helyi fertőzések-nél csaknem mindenütt elhagyták. Hogy rivanollal és Pregl-oldattal is szép eredményeket érhetünk el, azt *Berzsenyi* multévi előadásából tudjuk. *A Pregl-pepsin combinált alkalmazásával azonban egy lépéssel előbbre jutottunk, mert elértük azt, hogy az antisepticum a bakteriumokat a fehérjeburkon belül támadja meg.*

20 esetünkkel természetesen még mindig a kísérletezés szakában vagyunk, hiszen mindössze félévvel ezelőtt kezdtünk a kérdéssel foglalkozni. Az esetek egy részében nem is alkalmaztuk az eljárást, azért, mert egyrészt más módon is elérni véltük célunkat, másrészt mert bizonyos körülmények között nem tartjuk a pepsinhatást egészen veszélytelennek. Nem használtuk izületi genyedéseknél, ahol a phenolcamphort találtuk a legideálisabban ható antisepticumnak. Hasúri genyedéseknél pedig azért nem mertük segítségét igénybe venni, mert *Schönbauer* megnyugtató eredményei ellenére is féltünk attól, hogy a pepsin a gyomor-bélvarratokra emésztőleg hat és azok biztonságát veszélyezteti.

Mindent egybevetve, a Pregl-pepsinnek leginkább az arcon és nyakon fellépő genyedéseknél tulajdonítunk nagyobb jelentőséget, főleg kosmetikai szempontból. Mély phlegmonéknál, ínhüvelygyulladásoknál pedig a nyitott kezelés után fellépő összenövéseknek, contracturáknak veszi elejét.

Reméljük, hogy az eljárás nagyobb anyagon is be fog válni és ezért bátorítottunk rá a t. nagygyűlés figyelmét felhívni.

A székesfővárosi közegészségügyi és bakteriologiai intézet közleménye (igazgató: Vas Bernát dr. egyet. tanár).

A tuberculosus köpet desinfectiálása alkalsollal.

Írta: Joós Ilona dr.

A tuberculosus-bacillust a köpetben tökéletesen és gyorsan ártalmatlanná tenni — már régen foglalkoztatja a szakembereket. Számítalan a kémiai szerek sora, amelyekkel több-kevesebb sikerrel kísérleteztek. Eddig abszolút biztosan csiraölő és könnyen kezelhető anyag nem állt rendelkezésünkre. Legújabbban Uhlenhuth és dolgozóitársai ajánlatára az alkalsollal folynak beható kísérletek.

Az alkali-lysol (alkalsoll) a Schülke és Mayr hamburgi cég gyártmánya; tartalmaz 4% tiszta alkali és 65% kresolt. Barna, sűrű, elég intenzív kresolszagú folyadék.

A fővárosi közegészségügyi és bakteriologiai intézetben Uhlenhuth előírása szerint szintén kipróbáltuk az alkalsoll hatását. Kísérleteinkhez előbbi szerzők ajánlatára az 5%-os alkalsollt használtuk. 25–50 cm³ tuberculosus köpethez 50–100 cm³ alkalsollt, tehát kétszeres mennyiségű desinfectienst adtunk. A keveréket egy magasabb üveghengerbe öntve, négy óra hosszáig állani hagytuk, közben egypárszor üvegpálcával megkevertük, hogy a köpet a desinfectiással jól összevegyüljön. A négy óra leteltével egy szélesnyílású pipettával kivettünk 5 cm³-t s egy nagy centrifuga-csőben physiologiás konyhasóval 3–4-szer kimostuk. Ebből a mosott köpetemulsióból minden esetben két tengerimalacnak 2–2 cm³-t oltottunk subcutan az inguinalis hajlatba. Kontrollképen egy vagy két tengerimalacot a nem desinfectiált köpettel is beoltottunk, amelyet, hogy a kísérő bakteriumok zavart ne okozzanak, 10%-os anti-forminnal kezeltünk, éppen annyi ideig, mint az alkalsollt.

Részben Uhlenhuth és társainak igen számos és minden kétséget kizáró kísérleteire való tekintettel, részben állatállományunk kémelése szempontjából csak tíz tuberculosus köpettel végeztük vizsgálatainkat. Kísérleteink eredményeképpen azt találtuk, hogy amíg a kontrollállatok kivétel nélkül elpusztultak egypár hét vagy egy hónap leforgása alatt általános tuberculosusban, addig a desinfectiált köpettel oltott állatok a

négyhónapi megfigyelési idő alatt mind egészségesek maradtak, illetőleg a különböző időközökben leöltek boncolása alkalmával tuberculosisnak nyomát sem találtuk.

Négy esetben szintén Uhlenhuth és társai ajánlotta *felmelegített oldattal* is kísérleteztünk, egyrészt mert a felmelegítés által gyorsabban érünk el eredményt, másrészt a köpet jobban emulgeálódik. 50 cm³ köpethez 100 cm³ 80 C°-ra felmelegített 5%-os alkalisolt adtunk és egy óra hosszáig állott így a keverék befedve és néha megkeverve. Az ezzel beoltott négy tengerimalac egészséges maradt, míg a kontrollállatok, amelyek 5%-os alkalisollal hidegen és csak egy óráig kezelt köpetemulsióval oltottunk, általános tuberculosisban pusztultak el.

Tehát a mi kísérleteink is csak megerősítik a már előttünk kísérletezők tapasztalatait (Uhlenhuth, Jötter, Hailer, Messerschmiedt, Kirstein), hogy az alkalisol a tuberculosus köpetnek igen megbízható és könnyen kezelhető desinficiens, amennyiben nagy előnye, hogy bármilyen szívós gomolyagból is álljon a köpet, azt alkalitartalmánál fogva elég jól oldja, részben emulgeálva, úgyhogy a szívós nyálka belsejében is hozzáférhet a tuberculosus-bacillusokhoz. Ha pedig melegítve használjuk, akkor az az előnye is megvan, hogy gyorsan hat: egy óra leforgása alatt desinficiálja a köpetet vagy a belehelyezett fertőzött edényt. Fontos ezenkívül, hogy nem mérgező és olesó desinficiens. Hátrányaként lehet talán felhozni intenzív kresol-szagát.

A gyakorlati kivitelre vonatkozólag legegyszerűbb a köpöedénybe tenni az 5%-os alkalisol-oldatot s abba fogni fel az egész napi köpöemennyiséget, és hogy az utolsónak bekerült köpöedény is desinficiálva legyen, még két óra hosszat kitenni a desinficiens hatásának, vagy pedig a már köpöettel telt edénybe öntjük az oldatot és így álljon négy óra hosszáig.

Az eddigi kísérletek igen biztatóak és indokoltá teszik a további és nagyobb anyagon való kísérletezést, illetőleg a gyakorlatban alkalmazását. Legújabban Straus és Liese, valamint B. Lange az Uhlenhuth-féle eljárással nem nyertek mindig tökéletesen jó eredményeket. De ezek a szerzők is az eljárás megítélésénél gyakorlati szempontból indulva ki, azon a véleményen vannak, hogy ha egy sűrű gomolyagos köpet belsejében levő valamennyi tbc.-bacillus megsemmisítéséről le is kellene mondani, az a desinficiens gyakorlati értékéből alig von le valamit, mert elsősorban a felületi rétegekben levő kórokozók elpusztítása a legfontosabb, mint amelyek a betegség átvitelénél leginkább tekintetbe jönnek, és ez az alkalisollal tökéletesen sikerül. Bár eredményeink az alkalisol bakteriumölő hatását teljes mértékben igazolták, a gyakorlati szempontokat szem előtt tartva, ehhez a véleményhez csatlakozhatunk.

A legújabb olasz gyermekklinikák.

Írta: Tüdős Endre dr., a budapesti gyermekklinika tanársegéde.

Az olasz orvosok évenkénti gyűlésüket idén Rómában tartották meg, október havában. Olaszország minden részéből nagy számban jelentek meg az orvosok, hogy bizonyosságot adjanak az olasz orvostudomány haladásáról. A kongresszusra meghívást kaptak a magyar orvosok is s Magyarországból mintegy hetvenen jelentek meg, sokan családjukkal, hogy a hasznosat a kellemessel összekötve, megtekinthessék Rómát s egy-néhány útbaeső olasz várost. A kongresszusról röviden csak annyit, hogy megnyitójának az egyetem aulájában folyt le az igen nagy számban megjelent hallgatóság előtt, nekünk magyaroknak október végén szokatlan hőségben. A hivatalos üdvözlőbeszéd után *Scipiades* tanár felolvasta a magyar kultuszminiszter üdvözlését, amelyre az ősz, 92 éves *Maragliano* professzor válaszolt, melegen üdvözölve a megjelent magyarokat.

Az olaszországi úttal kapcsolatban a gyermekorvostani intézeteket néztem meg behatóbban s az ott

látottakról és tapasztaltakról érdemesnek tartom néhány szóban beszámolni. A gyermekorvostan Olaszországban, mint Európa több más államaiban is, a múlt század második felében kezdett önálló tudományszakká fejlődni. Addig a belorvostannak volt egyik mellékága, aminek nyomait több helyen még ma is láthatjuk, amennyiben a gyermekklinikák a belorvosi klinikák épületében vannak elhelyezve. Az olasz gyermekorvostan *Concetti*, *Fede* és *Mya* tanárok jeles vezetése alatt érte el azt a magas fejlődési fokot, amelyen a paediatría ma Itáliában áll.

Lassan elszakadnak a gyermekklinikák a belorvostantól s *L. Concetti* római hírneves tanárnak sikerült keresztülvinnie, hogy a gyermekklinikák fontosságuknak megfelelő külön hajlékot kapjanak. Ez az építési program még nincs mindenütt megvalósítva, amiben nagy része van a háborúnak. Egynéhány azonban már felépült s a már üzemben lévők közül a *romait* és a *bolognait* látogattam meg.

A *romai* gyermekklinika eddig a klinikai telepen levő belorvosi klinikán volt elhelyezve. A klinikai telep a város határában van, egy nagy katonai gyakorlóteremtől mögött, a város központjától, a *Piazza Colonnától* villamoson kb. 30 percre. Nincsen messze a klinika a Monte Pinción fekvő gyönyörű Borghese-parktól, ahonnan villamoson alig 15 perc alatt elérhető. A telep kertjét hatalmas pálmák díszítik s nyujtanak árnyéket a sétáló betegeknek. Hátránya azonban, hogy a kórteremtől és a folyosóktól teljesen elzárják a napot s így azok bizony eléggé sötétek.

A gyermekklinika új épülete is ezen a telepen épült fel, *L. Concetti* tanár tervei szerint. Ő már, fájdalom, nem érte meg, hogy új intézete tető alá jusson. Fiatal utódja, a 37 éves prof. *Caronia*, *Jemma* jól ismert nápolyi tanár jeles tanítványa lépett örökébe s most az ő irányítása mellett fejezik be a még hátralevő munkákat.

Az új épület egyemeletes, U-alakú, melyet egy évvel ezelőtt már átadtak a forgalomnak, noha az egyik szárny még nincsen készen. Beosztása a következő: A frontépület földszinti balszárnyában vannak a nyilvános beteg-rendelésre szolgáló helyiségek, ahol három szobában egyszerre folyik a megosztott rendelés d. e. 8-tól 11–12 óráig. A betegeket már a várószobában két részre osztják, és pedig két éven aluliakra és idősebbekre. Boxhelyiségek fertőző betegek számára most még nincsenek. A vörheny- és kanyaróbeteget felveszik a klinikára, míg más fertőző beteget a városi járványkórházba utalnak. A rendelők mellett van egy kis kézi laboratórium, ahol az ambulans vizsgálatokat végzik. Átlagos napi betegforgalom 100. Jelenleg csak belbetegek számára van rendelés, de ha elkészül az épület bal szárnya is, lesznek boxok s lesz külön rendelő fül-, orr-, torok- és szemészeti betegek részére is.

A földszint jobb szárnyában vannak a felvételi irodák és a kb. 200 hallgató befogadására alkalmas tanterem. Az előadáson a professzor bemutat néhány beteget s ezekről tart előadást heti négy órában. Rendezes, folytatódó előadást nem tart.

Az előadási terem mellett van a tanár szobája s közvetlenül mellette a könyvtárszoba, amely az összes olasz- és idegennyelvű szakfolyóiratok mellett igen sok heti folyóiratot is tartalmaz.

A frontépület két végéből vezetnek a szárnyfolyosók a kórtermekhez. A folyosóból nyílik négy kisebb kórterem, 3–4 ágyal súlyos betegek számára. Itt helyezik el a különbetegeket is. Szemben a kórtermekkel nyílnak a mellékhelyiségek, fürdőszobák, closetek, thea- és tejkonyha. A folyosó végéből nyílik egy nagy, 16 ágyas kórterem, ahol most a vörheny és kanyaró-

betegek vannak elhelyezve. Itt kell megemlítenem, hogy *Caronia* ez évben az olasz „*La Pediatria*” c. folyóiratban közölte,* hogy sikerült neki úgy a vörheny, mint a kanyaró kórokozóját felfedeznie és tenyésztene is. A kórokozó kis coccusokból vaccinát állít elő s ezzel nemcsak kezeli a betegeket, hanem prophylaktikus célokra is felhasználja. Szerinte biztossággal megvédi a beteget a vörheny- vagy kanyarófertőzéstől. Idevonatkozó vizsgálatait még Nápolyban kezdte meg a fiatal, végtelenül szerény tanár, aki most is úgyszólván egész napját a klinikán tölti, néha a késői éjjeli órákig is. *Caronia* maga volt olyan szíves, hogy megmutatta az általa összeállított táptalajt, melyben a kórokozó 2—3 nap alatt zavarodást okoz, 5—6 nap alatt benne a kórokozók nagyon megsaporodnak s egyszerű methylenkék festékkel festve, mikroszkop alatt jól láthatók.

Az első emelet szárnyépületének beosztása teljesen megfelel a földszinti résznek. Itt belbetegek fekszenek. Sok a typhus-beteg ott ebben az évszakban. A typhust saját előállítású vaccinnával kezeli s ezzel a therapiával a legszebb eredményeket éri el. Egy-két intravenás injectio után a betegek láztalanok, élénkebbek, közérzetük jobb. Nem tartja tisztán tejen a betegeket, hanem már a lázas időszakban is ad pépes ételeket.

A szárnyépület második emeletén helyezik majd el a tuberculotikusokat, ha készen lesz s ugyancsak ott van a már kész solarium. A tuberculosis ott is eléggé el van terjedve. Az újabb oltási methodusokat mind kipróbálták, de legjobbnak mégis a napfényt tartják. S ez van Olaszországban elég. Localtuberculosisnál nem alkalmazzák a kvarcfénykezelést, de annál kiterjedtebben rachitissnél, amellyel a legjobb eredményeket érik el.

A frontépület első emeletén van a teljesen modernül, therapiára is berendezett Röntgen-terem, mellék-helyiségekkel. Az emelet többi részét tisztán a laboratoriumi helyiségek foglalják el. Van külön chemiai, bakteriologiai, serologiai, historologiai szoba, egy külön kis szoba a hatalmas thermostat számára, egy mérlegszoba s két szoba az igazgató-tanár számára. Ha elkészül a bal szárny, úgy még néhány szobát esatolnak ehhez a hosszú dolgozó-sorhoz.

A souterrainben van a mosókonyha s itt vannak elhelyezve a kísérleti állatok is. Az ételt a klinikai telep központi konyhájából kapják.

A klinikán pedáns tisztaság mindenütt s a legnagyobb rend. A klinikán 20—22 orvos dolgozik, kik közül csak öt assistens kap fizetést s kettő lakik benn az intézetben.

Caronia professzor lekötelező szívességgel fogadott, maga vezetett végig a klinikán s megküldötte fényképét *Bókay* tanár szép gyűjteménye számára. *Caroniát* egész Olaszországban igen nagyra tartják, aminek kétségbevonhatatlan jele, hogy *Concetti* tan-székének betöltésekor őreá esett a választás.

Olaszország másik legújabb gyermekklinikája Bolognában épült s már 1916-ban kész volt. Rendeltetési céljának azonban csak a múlt év augusztusában adták át, mert addig a katonaság vette igénybe. A klinika a „*Gozzadini Ospedale*” területén épült, amely kórház többi osztályai szintén az egyetemi orvosi facultás céljaira szolgálnak. E kórház a város határában, kopár területen fekszik, villamoson 15 perenyire a központtól. A gyalogjáró ember azonban még esős időben is baj nélkül kijuthat oda, mert Bolognában majdnem minden ház árkádos s így a járdák tető alatt vezetnek.

A gyermekklinikának négy különálló épülete van, amelyek egymással földalatti folyosóval vannak összekötve. A klinika kb. 400 beteg befogadására alkalmas. A főépület egyemeletes, lapostetőjű. Ebben vannak a nyilvános rendelőhelyiségek. A rendelés itt is megsztott. Vannak boxok is. Csak belbetegeknek rendelkezik. Az átlagos napi betegforgalom 50—60 között ingadozik. A földszinten vannak még az irodák s a tanterem, kb. 150 hallgató számára. Az első emeleten van a professor szobája, míg a front többi részében vannak a laboratoriumi helyiségek. Itt van a szép, nagy könyvtárszoba is, minden olasz és külföldi szakfolyóirattal. A souterrainben vannak a kísérleti állatok számára a helyiségek.

Az ambulancia-helyiségekhez legközelebb fekszik az elkülönítő osztály, amelyet most — mivel alig van fertőző betegük — fertőző-osztálynak használnak. Itt vannak elhelyezve a diphtheria-, vörheny- és kanyaró-betegek, egymástól szigorúan elkülönítve. Diphtheriánál nagy dosis serumot adnak s a croupnál elsődleges intubatiót végeznek. Súlyos vörhenyesetekben polyvalens streptococcus-serumot adnak.

Közvetlenül ezen épület mögött van a tulajdonképeni fertőzőosztály egyemeletes épülete, amelyben a földszinten a vörheny- és kanyaró-betegek, az első emeleten a diphtheriások és szamárköhögésesek nyernek elhelyezést. Ez jelenleg zárva van.

A főépület jobb szárnya mögött, szemben a fertőzőosztállyal van az egyemeletes épület belbetegek és csecsemők részére. Úgy a földszinten, mint az első emeleten az épület egész hosszán végig egy széles folyosó vezet, amelynek a két vége egy-egy nagy teremben végződik s ebből nyílik jobbra és balra egy-egy betegszoba, 12—12 ágygal. A középső nagy terem az ebédlő és játszóterem. Mindkét játszóteremből nyílik egy nagy, félkör alakú, üvegezett tornác, a már fennjárázó gyermekek számára.

Typhusbeteg Bolognában is sok van. Itt azonban semmiféle specifikus therapiát nem alkalmaznak, csak hydrotherapiát s a lázas időszakban tisztán tejen tartják a betegeket.

A folyosókról nyílnak a kisebb kórtermek, 2—4 ágygal, a súlyos és a különbetegek részére. A rendkívül tisztán tartott mellék-helyiségek is a folyosóról nyílnak. A földszinti rész bal szárnyában kizárólag csecsemők vannak. Igen sok a táplálkozási zavarban szenvedő csecsemő. Kipróbálják az összes újabb tápszereket. Legjobban dícsérik a fehérjetejet. A *Czerny-Kleinschmidt*-féle vajlisztlevessel is értek el jó eredményeket. A csecsemőket benn a kórteremben fürdetik. A folyosóról nyílik a tejkonyha is.

A földszinti részben van a Röntgen-szoba s egy külön villanyozó helyiség, amelyek a legmodernebb német gyártmányú műszerekkel és lámpákkal vannak felszerelve, melyeket Németországtól a jóvátétel fejében csak nemrégén kaptak.

A souterrainben van a konyha. A konyha földalatti folyosókkal van összekötve a többi épületekkel. Ugyancsak a souterrainben van egy kézi laboratorium is.

Ápolási díj úgy Rómában, mint Bolognában közös osztályon fekvők után 29 lira, különszobában fekvők után 39 lira egy napra.

Az intézet igazgatója, *Francioni* tanár lekötelező szívességgel fogadott. Az épület tisztaságára elegendő, ha csak röviden úgy jellemzem, hogy minden helyisége csillog és ragyog.

A nápolyi gyermekklinikáról csak röviden néhány szót. A klinikai épületek nincsenek a legideálisabb helyen. A gyönyörű fekvésű város közepén, távol a ten-

* Lásd: Orvosi Hetilap 1923. 32. és 34. szám, lapszemle: Gyermekorvostan.

gerparttól, a „Corso Umberto“ egy szűk mellékutcájában, kocsis számára csak nehezen megközelíthető helyen vannak a klinikák elhelyezve egy régi kolostorban. Hosszas keresés után sikerült csak megtalálnom, ahová a szűk utca elég meredeken vezet fel. A kiváló Jemma tanár klinikáján mindössze 30 fekvőbeteg számára van hely. Leginkább csecsemőt és kisgyermeket vesznek fel. A 8–10 éves gyermek igen-igen ritka. Ezeket, ha csak lehet, ambulánsan kezelik. Sok a „Leishmaniasis“ Nápolyban. Ezen betegek kezelését Ka-, Na-tartar-injectiókkal ambulánsan kezeli Jemma, ki a „Leishmaniasis“ terén ma a legelső szaktekintélyek közé tartozik.

Róma és Bologna után a jövő évben Nápoly is megkapja az új modern klinikákat s így megkapja Jemma professor is a kívánatos modern gyermek-klinikát.

Sajnos, Jemma professzorral nem beszélhettem. Első assistense, Nasso docens, ki Triestből való, vezetett végig a klinikai helyiségeken.

Az olaszok, mint látjuk, nagy erővel és energiával fogtak a mulasztások helyreállításához, hogy gyermek-klinikáiknak megfelelő modern épületeket adjanak. Ennek hasznossága és fontossága nemsokára éreztetni is fogja hatását, amely náluk is igen nagy csecsemő- és gyermekhalandóság arányszámának csökkentését fogja kétségtelenül eredményezni.

„Nemspecifikus mandulamegbetegedések.“

Írta: sz. Liebermann Tódor dr.

(Megjegyzések Zimányi dr. cikkére.)

Anélkül, hogy Zimányi dr. ténybeli megállapításaiban valami kifogásolni valót találnék, a *Fein*-theoriához való állásfoglalásához legyen szabad néhány megjegyzést fűzöm. A helyszűke nem engedi meg, hogy *Fein* fejtegetéseit részletes kritika tárgyává tegyem, elég, ha e tárgyról a Budapesti Orvosi Újságban megjelent referatumaimra utalok, melyekben nem térhettem ki a *Fein* felfogásának kritikája elől. Álláspontomat úgyszólván az egész gégeészeti irodalom igazolja, mely kevés kivétellel a *Fein*-theoria mint discutabilis fölött napirendre tért már. Zimányi dr. úgy látszik hajlandó *Fein* felfogását sok tekintetben magáévá tenni, ezért nem tartom fölöslegesnek, hogy *Fein* állításai közül néhány különösen szembeszökőt ismerthessek, melyek, úgy gondolom, a nem szakember orvost is meg kell hogy győzzék arról, hogy *Fein* gondolatai, következtetései merő szöfizmák.

Abból, hogy orrműtétek után néha tonsillitis támad, *Fein* arra következtet, hogy az orr nyirokutain át jut be fertőző anyag a tonsillába, nem pedig arra, hogy a közeli szomszédság útján az orrban bomló anyagok (vér, lelöködő szövetcsfátok stb.) a tonsilla felületén át jutnak be a kryptákba, ott gyulladást okozva.

Abból, hogy többnyire az egész gyűrű, mindkét tonsilla, az esetleg jelenlevő adenoid vegetatio és a nyelvmandula együtt betegszenek meg, arra következtet, hogy endogen baj üt ki a garatgyűrűn, nem pedig arra, hogy a lymphatikusszervek egyformán hajlamosak az orron és szájon át behatoló kórok felfogására. Megjegyezzük itt, hogy ebben az esetben *Fein*nek még a kiinduláspontja is hibás, nemcsak a következtetései. Mert jól tudjuk, hogy igazán gondos vizsgálatnál, mely persze nem szorítkozhatik a *Fein*-féle betegségi kritériumokra, a tonsillák nagyságára, a krypták alakjára és esetleges detritus-csapok meglátására, igenis az esetek tekintélyes számában, ha nem többségében, felismerjük a két tonsilla közti különbséget, quo ad mor-

biditatem és chronikus esetekben meg tudjuk jelölni, hogy melyik mandula kivétele fontos. Az adenoiditis pedig ritka! Ha mégis mind a két mandulát kivesszük, a kórbontani vizsgálat igazolja in vivo felállított diagnosizunkat, ha nem vesszük ki, az eset lefolyása teszi ezt meg.

Abból, hogy tonsillektomia után sokszor meggyógyul a beteg sepsise, polyarthritise, nephritise, *Fein* nem azt következteti, hogy sikerült a primaer gócot megtalálni és kiiktatni, hanem azt, hogy az ily betegnek jót tesz, ha megkisebbitjük készletét a lymphaticus szövetből. Épp ily jogon mondhatnók, hogy „oral sepsis“ esetén a beteg nem azért gyógyult meg a beteg gyökerű fog eltávolítása után, mert a betegségét ez okozta, hanem azért, mert az ily betegnek jót tesz, ha 32 fog helyett csak 31 van a szájában!

Azon esetekből pedig, melyeken a tonsillektomia nem segített, nem azt következteti, hogy a sepsis, polyarthrititis már megtelepedett a szervezetben, mint pl. feertözött, nyílt csonttörés után, ha a végtag amputatioja elkésett, hanem azt, hogy nem is az előrement tonsillitis volt oka a sepsisnek.

Abból, hogy a polyarthrititis többnyire néhány héttel a tonsillitis után kezdődik (ez sem áll, mert akár hányszor közvetlenül esatlakozik hozzá), nem azt következteti, hogy a bejutott kórokozónak idő kell, amíg elszaporodnak és meg tudják támadni a synoviákat, sem pedig azt, hogy a tonsilla, amíg gyulladt, úgy dolgozhatik, mint a furunculus körül a gyulladássós zóna, vagy hogy a duzzadság folytán összenyomott nyirokutakon át nehezebben hatolnak be a bakteriümök és csak akkor jutnak be a szervezetbe, mikor az acut tonsillitis utáni szakban mi sem állja már útjukat, hanem azt, hogy a polyarthrititis voltaképpen az „anginosis“ nevű betegségnek egyik tünetcsoportja, melynek első megnyilvánulása az angina, a második a polyarthrititis. Réá kell mutatnom itt valamire, amit eddig figyelmen kívül hagytak. Ha valakinek osteomyelitis van, azt rögtön feltárjuk. Ha tályogja van, megnyitjuk, ha phlegmoneja van, felhasítjuk. Csak a tonsillitisnél várjuk meg úgyszólván *technikai* okokból, míg az magától lezajlik. Csodálkozunk-e azután, hogy ez az *utólagos* góckiirtás nem hat mindig oly jól, mint az egyéb sebészeti beavatkozások szoktak? Két esetben volt alkalmam eddig a tonsillektomiát az acut szakban sürgősen indikálni és elvégezni, mindkét esetben a hatás teljesen prompt volt.

Hogy visszatérjek a *Fein*-themához: ilyen és hasonló „okfejtések“ azok, tarkítva kórbontani részletekkel és mellékvágányokkal, melyekkel *Fein*nek sikerült elméletét egyáltalán a discussio szőnyegére hozni. Sőt sikerült nem egy, különbeni ellenfelét is hasonlóan illogikus gondolatmenetre csábítani. Ezek közül egyik pl. felhossa a következő esetet: A beteg ismételt anginákban szenvedett. A tonsillektomia után még egyszer megbetegedett, ezúttal adenoiditisben. Az adenotomia után végleg meggyógyult. Ebből világos, hogy a mandulák, az adenoidot hozzászámítva, voltak okai az anginákknak és a hiba csak ott történt, hogy az adenoidot nem irtották ki a mandulákkal együtt. A *Fein* által hibás vágányra terelt szerző azonban úgy értelmezi a dolgot, hogy az *endogen* angina ott tört ki, ahol még tudott, szinte kikereste magának a még rendelkezésre álló adenoidot!

Ami az *O. Fleischmann*-féle aranyreduciós vizsgálatokat illeti, ezek, úgy vélem, a *Fein*-theoriát sem nem támasztják, sem meg nem döntik. Ezek inkább a tonsilla esetleges *életteni* funkciójának felismerésére volna alkalmasak, de ott is igen hypothetikusak.

Mindent összevéve: Fein theoriája tarthatatlan. Az, hogy miről beszéljünk inkább: „chronikus tonsillitisről“-e, vagy „habitualis angináról“, az tisztán pathohistologiai szempontból lehet fontos. Klinikai szempontból azonban, tekintve, hogy egy részleteiben és egészében jól ismert, klinikailag zárt kórformának a nevérol van szó, mindegy.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület november 24-i ülése.

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

Bemutatók:

1. **Karoliny Lajos:** *A kis arteriák endothelének postmortalis desquamatiója* gyakori jelenség, mely tévedésekre adhat alkalmat. Ép arteriákban az intimaendothel desquamálódik és kisebb-nagyobb csoportokba összetapadva a lumenben foglal helyet. Nagyobb helyváltoztatás nincs; a jelenség postmortalis, vagy az agoniában állhat be. Az arteriák görcsös contractiója és az ezt követő szívó hatás okozza, mely az endothelsejteket alapjukról leválasztja. A kóros viszonyok közt fellépő desquamatio más természetű és nem azonosítható a postmortalitással, noha az elváltozás mechanizmusa előben is szerepelhet.

2. **Bókay János:** a) *Egy évig hordott canule végleges eltávolítása rövid tartamú intubációval.* Kétéves fiúskán egy év előtt croup miatt légesömetszés végeztetett s mivel felgyógyulása után a canule eltávolítani nem sikerült, egy évig hordotta azt. A decanulement október 30-án, secundaer intubációval, 94 óras tubusfekkéssel sikerült. A gyermek légzése szabad, kedélyizgalomnál kissé megnyúlt. A canule végleges eltávolítását részben granulatio-képződés, jórészt azonban a betegnek a decanulement-től való félelme akadályozta.

b) *Teljes transparentiát mutató hydrocephalusos agy bemutatása.* Egy év előtt nagy fokban makrocephal hydrocephalusos gyermeket mutatott be, hol a Strassburger-féle transparentia az egész koponyaboltozaton teljes volt. A 16 hónapos beteg elhalálozván, bemutató demonstrálja az agyat, mely feltevését teljesen igazolta, hogy az oldalgomrocokat fedő agyréteg 1 centiméterig vékonyodott. A demonstrált agyon az agyréteg helyenkint alig 1–2 milliméter vastagságú.

Schuster Gyula: Ha csecsemőknél a transparentia-vizsgálat a hydrocephalus internust felderíti akkor is, ha vastagabb agyréteg fedi az oldalgomrot, az nagy előny. Sokszor évekig rejtve marad a hydrocephalus, pedig műtéttel lehetne még a betegnek segíteni (*Balkenstich-trepanatio*), s a beteg megmenekül a vakságtól, későbbi bénulásoktól, elbutulástól.

Több encephalogrammat mutat be. Az encephalographia 14 éven felülieken nem okoz súlyosabb tüneteket, mint egy egyszerű lumbalunctio, mert a levegő felszívódásával párhuzamosan képződik a liquor. A hydrocephalus chron. internus bonyolódott betegség, sokféle dystrophiás tünetekkel jár együtt.

Bókay János: Az encephalographia diagnostikus értékét nem vonja kétségbe, de hangsúlyozza, hogy az eljárás kényes s nem veszély nélküli, míg a transparentia-vizsgálat veszélytelen. A transparentia-vizsgálato-
kat főképp veleszületett hydrocephalus internus esetén tartja értékeseknek.

Előadás:

1. **Waldmann Iván:** *A salvarsannak tabeses látóidegsorvadásnál észlelt hatásáról.* Az egyszerű látóidegsorvadás legtöbbször már a tabes legkorábbi szakában lép fel, ami annál szomorúbb, mert minden esetben a látás teljes elvesztésére vezet. Átlag 15–20%-ban fordul elő, míg a tabes juvenilisnél 50%-ban.

Fontos a baj korai felismerése; segítségünkre van a színes és tárgylátóterek vizsgálata, mely már akkor mutat funkciókiesést, amidőn a látás még teljes s a szemfenék ép. Egy másik értékes diagnostikai eszközünk a retina adaptációjának vizsgálata, mely a legkorábbi szakban mutat eltérést a normalistól.

A tabeses látóidegsorvadással szemben terapiánk ezidőszere szerint tehetetlen. A higanykúrák káros hatásáról számos közlemény szól. A salvarsannal szemben eleinte nagyon óvatossá voltak s opticus-elváltozás esetén nem adták; ma már sokan alkalmazzák. Az eddigi közlemények egyike sem számol be a salvarsan kedvező

hatásáról; legtöbbször a látóidegsorvadás gyorsan progrediált, amit azonban egyesek nem a salvarsannak tulajdonítanak, miután ily lefolyások minden kezelés nélkül is előfordulnak.

Előadó a poliklinika szemészeti ambulantiájáról 13 tabeses látóidegsorvadásban szenvedő betegről számol be, kik neosalvarsan-kezelésben részesültek. A kúra megkezdésekor 5 betegnél a látás teljes volt, kisfokú látótérszűküléssel, 3-nál a visus kisebb fokban, 5-nél nagyobb fokban volt csökkent nagyobb látótér-szűküléssel; valamennyinél a salvarsan-kúrát követő 4–5 hónapon belül a látás jelentékenyen megromlott.

E kedvezőtlen eredmények mellett szólnak, hogy a tabeses opticus-atrophiák egy részét a salvarsan károsan befolyásolja; ezért e tekintetben nagyobb óvatosság indokolt, s célszerű volna e kérdés tisztázása, melyhez a gyakorló- és ideg orvosok támogatását kéri.

Féher Gyula: A látóidegsorvadást, ha gyulladással következménye, lehet eredményesen kezelni, mert a salvarsan az idegrostok közötti gyulladást termékeket felszívódásra bírja és a rostokat a nyomástól megszabadítja. A tabeses látóidegsorvadást gyógyszerekkel kedvezően befolyásolni szinte képtelenség. Az lassabban vagy gyorsabban vakuláshoz vezet. Több esetben próbált higanyt és salvarsant, de azt tapasztalta, hogy a kezelés csak árt, a degenerációt elősegíti. A látóidegsorvadás metalueses szöveti elváltozás, amelyet egyik gyógyszer sem képes felszívódásra vagy regenerációra bírni. Tabeses látóidegsorvadásnál nem ajánlja a salvarsan alkalmazását, még akkor sem, ha a Wassermann pozitív.

Bálint Rezső: A salvarsannak a tabesre kétségtelenül jó befolyása van s ezért nem szívesen nélkülözné a tabes therapiájában. Kérdés, hogy az előadó eseteiben tényleg a salvarsantól, vagy a salvarsan dacára vakultak-e meg a betegek. Meg kellene állapítani, hogy nem kezelt esetekben milyen fokban és milyen gyorsan következik be a megvakulás s az talán felvilágosítást adna a salvarsannak előadó eseteiben játszott szerepéről.

Ranschburg Pál: Kérdi, az atrophiának mely fázisában történt a salvarsan-kezelés. Nem szívesen nélkülözné a tabes kezelésében a higanyt, a salvarsant s a bismuthot, melyeknek jó hatását látja. Feltűnő, hogy az atrophia n. opt. oly esetekben is beáll, melyek sohasem kezeltettek, másrészt a tabes sok száz kezelt esetében évek során nem látunk atrophiát fellépni. Előfordul, hogy atrophia n. opt. salvarsanra vagy kombinált kezelésre éveken át nem romlik, míg a tabes egyéb tünetei enyhülnek. Kétségtelen, hogy a már megindult atrophia n. opt. az esetek egy részében a salvarsan kedvezőtlenül befolyásolható.

Somogyi Zoltán: Az I. sz. szemészeti klinikán az utóbbi két évben 32 kezelt tabeses látóidegsorvadás lefolyását észlelte. Kombinált antiluetikus kezelés mellett gyors progressiót a sorvadásban nem észlelt. Legjobb eredményeket a sorvadási folyamat késleltetésében az atrophia legkezdetibb stadiumában látott, ahol a látásélesség csak keveset gyengült s emellett a színes és fehér látóterek sem mutattak nagyobb defectust. Ilyen esetekben — szemészeti szempontból — megengedhető a kombinált antiluetikus kezelés.

Nem ajánlja a kezelést ott, hol a látás élessége lényegesen csökkent s emellett a fehér látótér normalis, a színlátás pedig időelőtt elvesztett; vagy ahol a jó látás mellett a fehér és színes látóterek egyöntetűen nagyon beszűkültek.

Sarbó Artur: Elismeri, hogy tabes ellen a salvarsan jó hatással alkalmazható. Hogy ma kevesebb a súlyosabb tabes, arra vezethető vissza, hogy sokkal korábban ismerjük fel. Ha tényleg a salvarsan okozná az opticus-atrophiát, úgy csaknem minden tabesnek meg kellene vakulnia, minthogy csaknem mindegyik kapott salvarsant. Kérdi előadót, mire alapítja a salvarsan hatására létrejövő kórszöveti feltevéseit.

Pándy Kálmán: A salvarsan és általában a syphilis energiás kezelése óta a tabes és paralysis korábban jön, mint azelőtt a syphilis vasculitis generalist okoz. Épp úgy, mint a nicotin is, ezért ajánlja, hogy a syphiliseket a dohányzástól eltiltsák és a látóideg-atrophiákat jóddal kezeljék.

Ángyán János: A Jendrassik-klinikán feküdt egy beteg, aki nagymértékű bőrhypaesthesiaiban szenvedett: nem a szúrás, nyomás, de a bőr legfinomabb érintése is fájdalmas volt; salvarsanra a hyperaesthesia megszűnt. A salvarsan a lues megtámadta centripetalis pályá pusztulását siettetette. Látta az Ehrlich intézetével kapcsolatos kórházban Dreyfuss tabes-eseteit, de egy

esete sem tudta meggyőzni arról, hogy a tabes változó tünetei a salvarsanra változtak-e meg. A salvarsan kedvező befolyását a tabeses bőrhyperaesthesiákra maguk is tapasztalták. A salvarsannal kezelt betegeket gondos szemézi kontrollnak kell alávetni s ha így fogunk eljárni, majd eldönthetjük, hogy Waldmannak igaz van-e vagy nincs akkor, amikor a belorvosokat fokozottabb óvatosságra inti.

Grósz Emil: Helyesli, hogy Waldmann a látóidegsorvadás gyógyításának kérdését az Orvosegyesület plénuma elé hozta, mert csakis a különböző szakmák képviselőinek együttműködésétől várható a kérdés tisztázása. Ez annál nehezebb, mivel a látóidegsorvadás lefolyása nagyon különböző. Kétségtelen, hogy a salvarsan nem okoz látóidegsorvadást; azt sem látja beigazoltnak, hogy a már kezdődő sorvadást súlyosítja, viszont egyetlen egy esetben sem látott javulást. Ilyen körülmények között a tabeses látóidegsorvadás a kombinált antilueses kezelést nem akadályozza, ha az egyébként indicált. De ha kezelés közben gyors hanyatlás keletkeznék, úgy annak megszakítása ajánlatos.

Richter Hugó: Az opticus-atrophia kórszövetana Stargardt vizsgálatai óta tisztázott. Saját vizsgálatai alapján is az opticus-degenerációt egy az agyalapi szemidegcszakaszban lejátszódó lobos folyamat sekundärer következményének tekinti. Ezt megerősítik a későbbi spirochaeta-leletek; a kórokozó nem a látóidegpályában, hanem az azt környező szövetben volt kimutatható. A tabeses opticus-atrophia abban különbözik a többi tabeses tünettől, hogy míg ez utóbbiak remissiókra hajlamosak, addig az opticus-atrophia fokozatosan, de egyenletesen halad előre. Az opticus szöveve, mint centralis typusú szövet, regenerációra képtelen, a többi tünet peripherszerkezetű gyökök és agyidegek kóros elváltozásából származik; ez utóbbiak regenerációra képesek.

Waldmann Iván: A hozzászólások e kérdés fontossága mellett bizonyítanak. Hangsúlyozza, hogy bizonyos esetekben a salvarsan káros az opticus-atrophiára. Somogyi Zoltán tapasztalatai alapján az opticus-atrophia azon eseteiben, ahol jó látás mellett látótér-szűkülés van, vagy jó látótér mellett a színes látótér szűkültek, ott a salvarsant határozottan ellenzi. Eddig az ideggyógyászok csak a tabes idegrendszerbeli elváltozásait figyelték a salvarsan-adagolásnál s tőlük függetlenül a szemészek az opticut; e két szak együttműködése, több vizsgálat, hosszabb észlelés e kérdést teljesen tisztázni fogja.

A XXIX. olasz belorvosi kongresszusról.

(Róma. október 24—27.)

Tavaly egyedül voltam a firenzei kongresszuson, ezidén Rómában ötvennél több magyar orvos vett részt a belorvosi társaság ülésén. A megnyitó ülésen *Scipiad* tanár olasz nyelven elmondott meleg szavait, amelyekben *Klebelsberg* miniszter és az *Erzsébet-tudományegyetem* nevében üdvözölte a kongresszust, viharos tapsal köszönte meg a hallgatóság. Az összes napilapok, valamint később az orvosi lapok is mind kiemelték a magyar orvosok résztvételének nagy jelentőségét. Kétségtelen, hogy politikailag is szerencsés gondolat volt a magyar orvosok szinte testületileg való megjelenése. A belorvosi társaság elnöke, *Maragliano*, nagy megnyitó-beszédében szívélyes üdvözlő szavakkal köszöntötte a magyar kartársakat.

A kongresszuson 3½ nap alatt a referatummok és előadások légiója hangzott el (74 előadás, 5 referatumm), alig van a belorvostannak fejezete, amelynek köréből be nem számolt volna valaki vizsgálatairól. Szenzációt, vagy legalább is ahhoz hasonló nem hallottunk, ritkán is fordul elő kongresszuson, szorgalmas és alapos részletmunkát azonban igen. A tárgy természetében van, hogy a végén a visszatekintés aránylag keveset mutat.

Az első délután *Barlocco* (Genova) referált „*A szív-bajok körjelzésének és gyógyításának mai állásáról.*” Részletesen számolt be az összes vizsgálójárások jelentőségéről, a szív és az ütőerek pathológiájának minden kérdéséről, az összes gyógyszerekről és gyógyító eljárásokról. Érdekesebb tételei: A szívizom tonusának kérdésével úgy a fiziológiának, mint a pathológiának foglalkoznia kell, constrictor tonus mellett valószínűleg van expansió is. A telefotographia többet ér az orto-

diographiánál. A radioskopia lehetővé teszi a szív részleges és teljes aneurysmájának körjelzését, felvilágosítást ad a szívizom tonusáról, amelyre az elektrocardiographia is következtetést enged. A sphygmolometria és az energometria használata terjedőben van. A vérnyomásmérésnél az auscultációs eljárás a legajánlatosabb. A szívidegeknek az *Engelmann* által ismertett négy tulajdonságán kívül pozitív és negatív tonotrop hatást is kell tulajdonítani. Említ elektrocardiographia útján megállapított kamrafibrillálást, amelyet nem követett a beteg halála. Az incompensatio fontos tünete és jelentős tényezője a peripheriás vér oxygentartalmának kimutatható csökkenése. Endocarditis lenta állítólagos gyógyulását kételkedéssel kell fogadni. Eszeteket ismert, amelyekben súlyos szívelgtelenséget okozott az arteria pulmonalis izolált arteriosclerosis. Ismerteti a hasi hagymáz folyamán fellépő endocarditis ulcerosát és az Észak-Amerikában és Japánban újabban leírt, fiatalokon megjelenő, fertőzőes alapú, úgy az arteriákat, mint a vénákat érő thrombo-angioitis obliterans. Idősebb korban éjjel jelentkező hasi fájdalomnál gondolni kell angina abdominalisra. Az arteriosclerosis lényege a szövetek collid-tartalmának öregedése vagy toxikus anyagok hatása folytán való megváltozása. Hasi arteriosclerosisban fokozott a vérnyomás az arteria tibialisban. Radiumemanatio javítja a szívizom erejét. Röntgenbesugárzás jó hatással van az angina pectorisra. Southey-csővek helyett az oedemás folyadék eltávolítására kis bemetszéseket ajánl. Az összes digitalis-készítmények között leghatásosabb a digitalis-level pora. Nagy májduzzanatnál adjuk a digitalist per rectum. Calcium fokozza a digitalis-hatást, kalium gátolja. Szívelgtelenség ellen jó hatású az ouabain intravenásan vagy subcutan. Az intravenás camphorkezelésre legjobb a cadechol vagy perichol oldata. Említi az angina pectoris ellen ajánlott operációkat (sympathectomia cervicalis sinistra 18 esetét egy halálozással és Hofer 6 n. depressor átmetszését egy halálozással).

Vanni szerint a streptococcus viridans csak meglévő, régi reumas billentyűelváltozás mellett okoz endocarditis lentát. *Marassini* kutyán vérpótlással adott 6%-os gummiarabicum tartalmú fiziologiás konyhasó-oldat befeccskendezése után intensiv nehéz légzést és nagy vérnyomásméretet látott, ha az oldat eredetileg savanyú vegyhatását sodával megszüntette, illetve alkálizálta. Savanyú oldat befeccskendezése a vérnyomást fokozta. Többen szóltak a szabad és kötött vércukor egymáshoz való viszonyáról. Sem szőlőcukor bevétele, sem adrenalin-injectio nem fokozza a kötött cukor mennyiségét, csak a szabadét. *Dazzi* 15 perces lépbesugárzásra (hetenként kétszer) a vörösvérsejtek számának fokozódását látta, kisebb dosisok hatástalanok voltak. *Puca* encephalitis utáni parkinsonismusban a liquor cukortartalmának fokozott voltát találta a genuin Parkinsonnal szemben. *Morelli* 18 esetben egyoldali tüdőmegbetegedésben, ahol összenövés miatt pneumothorax nem volt kizihető, jó eredményt látott a n. phrenicus átmetszésétől.

„Az epekövek keletkezésének physikai-chemiai törvényeiről” *Alessandri* referált. *Naunyn*, *Aschoff-Bacmeister* és *Schade* vizsgálatairól számolt be részletesen, újat nem mondott. „Az epekövetegységéről, különös tekintettel az epeutak fertőzésére és a hasnyálmirigy-szövőd-ményekre” *Schupfer* firenzei professor tartott referatummot. Szerinte sem az epeköképződésnek, sem növekedésüknek és növekedésben való megállapodásuknak, valamint a kólika kitörésének „primum movens”-e nem ismeretes. A cholesterin anyagcserezavarának kisebb a jelentősége, mint az infectiónak, főszerep jut a b. colinak. Az epeutak fertőzött voltát illetőleg felvilágosítást adhat a duodenalis szondázás (fehérje az epében, geny-sejtek), amellyel a fertőző agenszt identifikálhatjuk is. Duodenalis szondázásnál a magnesiumsulfat vagy peptonreflex hiánya nem bizonyítja a d. cystikus elzáródását. Az epekövetegység symptomatológiája tisztára az epeutak fertőződésétől függ, a nemfertőzőes cholesterinkövek tünetnélküliek maradhatnak. Az epekövetegységben úgy műtét előtt, mint utána mutatkozhatnak tisztán ideges eredetű kólikák is, ilyenek azonban előfordulnak epeköbaj nélkül is (tabes dorsalisban is). Atypusos göresök körjelzésére fontos felvilágosítást ad a vér bilirubintartalmának vizsgálata, a vér cholesterintartalmáé nem.

A radiographia diagnostikai segítséget még alig nyújt. Diagnostikailag fontos lehet egy jobboldali idő-

sült tüdőtmörülés vagy mellhártyagyulladás megállapítása, amely roham alatt kiújulhat. Az epeköbetegségnek, kivált a choledochusénak fontos szerepe van az acut, még inkább pedig az idősült pankreasbetegségek kiváltásában. Az epeköeredetű chronikus pancreatitis tünetana aránylag szegényes, cukorvizelés nagyon ritka. Az operatív indicatióról újat nem mond. *Crosti* (sebész) referatumból „Az epehólyaggyulladásról” említeni akarom, hogy szerinte az epeköbetegségben az epehólyaggyulladás a fontos; ez az elsődleges, a köképződés a másodlagos.

A másik sebészreferens, *Muscatello*, valamint a hozzászóló sebészek túlnyomó része erősen az epeköbetegség aránylag korai operálása mellett kardoskodott.

Maragliano előadásának — „Az ember preventív vaccinalása a gümőkórság ellen” — külön időt engedélyezett az elnökség. Örömmel állapítja meg az előadó, hogy húsz év előtt nyilvánított véleményét a gümőkórság elleni vaccinalásról megerősíti utolsó tuberculosiskönyvében *Calmette*, aki pedig sokáig volt ellenese. *Calmette* a következőket mondja: „A gümőkóros fertőzés oly elterjedt, hogy korlátozása, majd megszüntése csak úgy várható, ha az összes gümőkórosan fertőzhető embereket és állatokat vaccinaljuk, ez pedig kivihető.” Ma már vaccinalnak Olaszországban, Amerikában, Japánban, Franciaországban, de csak elszórtan, az orvosoknak még nem vált vérévé, „hogy a vaccinalás hasznos, hogy ártalmatlan és hogy meg kell csinálni”. Vaccinalja hóvel elölt és glicerinen emulgeált bacillusokból áll. A vaccinalást a felkar bőrén végzi, mint a himóltásnál. A bacillusok a szövetekben feloldódnak és védőanyagot termelnek, mely az oltott állatot mesterséges fertőzés ellen megóvjá. Az immunitás maximumát 90—100 nap után éri el. Az immunanyag belejut a vérbe, a tejbe, az anyáról a magzatba. Húsz év óta vaccinal, soha káros hatását nem látta. *M. Ascoli* igen szép referatuma „A diabetes insipidusról és a vízforgalomról” rövid közlésre nem alkalmas. Nagy érdeklődéssel várták *V. Ascolin*ak, a római ordináriusnak előadását „Az insulinkérdés jelen állásáról”, azonban semmi olyat nem mondott, amit a Hetilap olvasói *Bálint* tanár cikkéből ne ismernének. Csak egy gyógyult coma-esetről számol be, több esetet nem is említ; osztja a kanadai búvárok azon nézetét, hogy az insulin a coma specifikus gyógyítószer. A gyakorlóorvos kezébe valónak tartja e kezelési módot. A hozzászólók közül *Cioffi*, *Centanni* más szerzőkkel szemben a cukorbetegség gümőkórságára is jó hatást várnak. *Pesci* nem terjesztene ki az insulint minden cukorbetegre, csak arra, akinek acidosisa van, akit operálni kell és aki nagyon sovány. A vércukor ellenőrzése nélkül nem vállalkozna a kezelésre. Egy cukorbeteg betege, akinek bűzös lábgangraenája volt és 1% vércukra, insulinkezelés mellett pompásan állta ki a műtétet.

Több hozzászóló az insulin készítményéről és hatásmódjáról értekezett. *Salkind* és *Semenza* kilenc esetről számolnak be; középsúlyos és könnyű esetekben is alkalmazzák, csak intőzetben tartják a kezelést kivihetőnek. *Fanelli* hypophysisdaganat okozta pseudodohypertrophias distrophiáról számol be. *Preli* szerint mononitrobensol-mérgezésnél erősen fokozott a liquor nyomás, 30—40 cm³ liquor lebecsátása megszünteti az összes tüneteket (fejfájás, szédülés stb.). A tuberculosissról az előadások hosszú sora hangzott el, néhány a febris herpeticaról is, megemlítésre különösebben méltót szükre szabott helyemre való tekintettel nem találok. *Marotte* több subfebrilitas esetében (gyermekeken) nem talált mást, mint „nephritis tuberculosa“-t (kevés fehérje pozitív állatoltással). *Garin* lamblia intestinalis okozta halálos kimenetű anaemia esetét ismerteti. *Landolfi* spanyolbetegségben többször látott túlnyomóan kisagyti tünetet, fontosnak tartja, hogy hasonló más fertőző betegség kapcsán is leirtak (hasi hagymáz, izületi gyulladás, álomkór malaria.) Érdekes, hogy, a mi tapasztalatainkkal szemben, nystagmüst soha nem látott. *De Vescovi* 300 hasi hagymáz esetében alkalmazta a proteinterapiát (stomocine *Centanni*), az esetek kétharmadában igen jó sikerrel, egyharmadában siker nélkül, ártalmas hatást ezer intravenás befecskendezés közül egyszer sem látott. *Fornara* asthmát kap, valahányszor házinyúl közelébe jön. Vérsavójának más emberbe való fecskendezése, azon is egészen két hónapig tartó hasonló túlérzékenységet vált ki.

Dr. Engel Károly.

A Közkórházi Orvostársulat nov. 21-i ülése.

Elnök: Boytha József.

Jegyző: Toldy Lóránt.

Bemutatások:

1. **Bátori István:** *Ritka nagyságú sarcoma eltávolítása a bursa omentalisból.* W. A. 45 éves nőbetegnél, ki két hónap óta a bal hypochondriumban rohamosan növekvő daganatot érez, műtét alkalmával (Pólya) a bursa omentalisban fekvő, emberfejnél nagyobb daganatot találtak, amely a léppel és a pankreas farkának 7 cm-nyi részével összenőtt; ezért ezekkel együtt távolították el. A daganat súlya 3300 g, méretei 23¹/₂ × 23¹/₂ × 25 cm, legnagyobb kerülete 64 cm. Kórszövettani vizsgálattal sarkoma fusocellulare. Síma gyógyulás. Glykosuria mulólag sem lépett fel.

2. **Sülle József:** *Hat pastilla sublimattal történt mérgezés.* A beteg a sublimat bevétele után 3 órával került *Wenhardt* tanár osztályára, ahol gyomormosást, méregkötő anyagokat, hashajtót és cardiacumot kapott. Majd gastroenteritis, stomatitis és nephritis fejlődött ki hatnapos anuriával. Hetedik napon lassan megindul a diuresis s 41 nap mulva gyógyultan távozik; távozáskor a vesefunctio elhúzódó kiválasztást mutat, az accomodatiós szélesség alsó határa 1003, a felső határ 1020. Négy hónap mulva a kiválasztás kifogástalan, accomodatio 1003—1032. Nitrogenretentio nincs.

Szikszay Elemér: A bemutatáshoz hasonló sublimat-mérgezés utáni gyógyult esetet említ meg. A 17 éves nőbeteg, ki addig teljesen egészséges volt, 4 g sublimatot vett 1/4 l vízben. Beszállításkor a vizeletben 22% albumen. Hat nap mulva fehérjevizsgálatnál csak opalescentiát talál. 23 nap mulva az üledékben csak egy-egy vörösvérsejt látható. Távozása után 12 nap mulva végzett vizeletvizsgálatnál albumen nem talált. A beteg csaknem teljesen gyógyultnak tekinthető.

3. **Nagy György:** *Uterus-sarcoma.* A histologiai vizsgálat a sejteknek polymorph alakjait tünteti fel sok óriássejttel, amely kötőszöveti eredet mellett szól, de emellett szól az is, hogy a betegnél 5 év alatt három ízben polypszerű, állítólag myomás daganatosómkokat távolítottak el, amelyek állandó vérzést tartottak fenn, ami jellegzetes a nyálkahártya primaer sarkomáira. A folyamat a méh falát infiltrálta, betört a baloldali parametrium lemeze közé, a bal ovariumba, betört a méhfalban levő erekbe, ezeken keresztül mindkét tubába, a jobb parametriumba és a tüdőkben számos áttételt hozott létre.

4. **Fratrits Jenő:** *Súlyos méhsérülés két esete.* a) A háromhónapos gravid uterust a bába perforálta és csepleszt hozott le. Azonnali laparotomia, totalis extirpatio, 14 napra gyógyulás. b) Négyhónapos gravid uterust perforálta vékonybél-sérüléssel járt, amely a műtét dacára halálosan végződött.

Szili Jenő: A nőgyógyászati osztályok mortalitásának több mint kétharmad része a beszállított abortus-sepsisre esik. Osztályára az utolsó két esztendőben hét uterus-perforációt szállítottak be. Öt közülük gyógyult, kettő elkésve került észlelésre s rajtuk műtét már nem segíthetett. Csak egy esetben lehetett az uterust megtartani, a többiben supravaginalis amputációt végzett. A tisztáknak látszó eseteket nem is drainezte. Símán gyógyultak. Azokban az esetekben, melyekben csak a sondával történt perforatio és egyéb műszerrel nem hatoltak be, várakozó állápontra helyezkedett és rendszerint sikerült is a műtétet elkerülni. Ilyen esetekben a kicsiny nyílás rendszerint gyorsan és magától záródik s a betegnek a perforációtól semmi baja nem lesz.

Fratrits: Ők is distingválják a perforatiók között, csak a nagyobb sérüléseknél operálnak azonnal, egyébként observálnak. Ha operálnak, úgy totalexstirpációt végeznek drainezéssel.

Előadások:

1. **Lukács József:** *A csecsemők széndyatródus savanyú soványtejjel való táplálásáról.* A tápszerrel egy év óta folytatott kísérletekről számol be s úgy látja, hogy az a súlyálló s gyengén gyarapodó csecsemőknél allaitement mixte keretében jól bevált. Tapasztalatait elméleti indokokkal is támogatja.

2. **Elischer Ernő:** *Lefűződés és lenövés által okozott homokóragyomrok.* Három eset kapcsán, melyek

közül kettő lefűződés, egy lenöves által okozott homokóragyomor volt, beszámol az elváltozás aetiologiájáról, diagnózisáról és műtéti gyógyításáról. Kiemeli, hogy két esetben egy kötegszerű alszalag fűzte le a gyomrot homokóra alakra, úgyhogy a műtét csak a szalag átvágásából állott és gyógyulással járt. A harmadik esetben *Heinecke-Mikulicz-féle* gastroplastikával sikerült a szűkületet megszüntetni.

A debreceni orvosegyesület november 22-i ülése.

Elnök: Tüdös Kálmán.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Bemutatás: 1. Karácsonyi Géza: Nephrosisos beteg. Fialat leányt mutat be, kinek belklinikára jövelekor igen nagy oedemája volt, 200 cm-es haskerülettel. A hason és a mellkas bőrén nagyon sok stria volt látható. Száraz diatával, illetőleg kombinált digitalis-novasurool-terápiával nyolc hét alatt sikerült a beteget 82 kilóról 41 kilóra lefogyasztani s oedemájától megszabadítani. A vizelet 25%-os fehérjetartalma 1%-re redukálódott.

2. Szilvási Gyula — Sopron (mint vendég): *Új spirochaeta-festési eljárás.* A spirochaeta kimutatására szolgáló festési eljárások tökéletlensége s a parabolooid condensoros (Dunkenfeld) vizsgálatok hiányossága arra indította az előadót, hogy új festési eljárás után kutasson. Több évi munka után sikerült neki egy sem a chemiában, sem a bakteriológiában eddig nem ismert új festéket találni, melyet a spirochaeták jól és gyorsan vesznek fel. A festék chemiájára vonatkozóan felemlíti, hogy eddig nem sikerült a festék constitutióját megállapítani. Összetételére vonatkozóan elmondja, hogy miután a festék most áll védjegyzés alatt, míg ez meg nem történik, arról bővebben nem nyilatkozhatik. Ezután elmondja és bemutatja a festés technikáját, mely olyan egyszerű, akárcsak a gonococcusok festése. A tiszta tárgylemezre kissé véres savót kenünk ki, a levegőt megszárazítjuk s azután a készítményt tömény alkohollal fixáljuk 2—4 percre; az alkohollal fixált készítményt vízvezetéki vízzel leöblítjük. Anélkül, hogy a készítményt megszárazítanók, a festéket ráöntjük és rajta hagyjuk 3—5 percre. A festék fölsőlegét vízvezetéki vízzel lemoszuk. Levegőn való szárítás után immersióval vizsgáljuk. A készítményben lévő vörösvértestek meggyiprosak, a spirochaeták vörösre festődnek, a refringensek kissé sötétebben, lilás árnyalattal. Az előadó megemlíti, hogy a festéket a Waldheim Chemisches Laboratorium (Wien) hozza legközelebb forgalomba. Magával hozott készítményeket demonstrál.

Neuber Ede: Az előadónak több készítményét vizsgálta át, sőt az előadó előzőleg a bőrklinikán a festési technikát is bemutatta. Elismeri, hogy a mai spirochaeta-festési eljárások között a legkérelmetesebb. A fixálás és a festés alig tart 10 percre, a festés egyfázisú és nem kell a festőfolyadékot melegíteni; az eljárást egyszerűsége folytán a gyakorlóorvos is könnyen végezheti.

Szilvási festőanyagával a spirochaeta *élenkpirosra* festődik, a „*pallida*” elnevezés egyáltalában nem helytálló ezzel az eljárással; ismert alakját azonban teljesen megtartja. Bármennyire öröndetes Szilvásinak ez a felfedezése, festési eljárásának azonban még két fontos követelményt kell teljesítenie: 1. a spirochaetákat nagy percentben kell kimutatnia, 2. a festőfolyadéknak nem szabad könnyen bomlania. Ad 1. meg kell jegyezni, hogy a Burri-féle tusejárás gyönyörű képeket ad, azonban csak 30%-ban mutatja ki a spirochaetákat az ultramikroszkópos eljárással szemben, ugyanakkor a *Giemsa-féle* festési eljárás 70%-ban (Lesser). Ha Szilvási eljárása a Burri-féle eljáráshoz hasonlóan csak kis százalékban mutatja ki a spirochetát, akkor a gyakorlat számára nemigen használható fel, de kitűnő szolgálatokat tehet akkor, ha legalább a *Giemsa-eljárás* lenne egyrangú.

Előadás: Neuber Ede: A bismutkészítmények hatása a vérbajos szervezetre: Megjelenik egész terjedelmében az Orvosi Hetilapban.

Petheő János: A bismutkészítményeknek gyermekgyógyászatban való alkalmazását vizsgálja. Nagy előnyük az adagolás veszélytelensége, még nagyobb dosisok adásakor is az a tulajdonságuk, hogy roboráló hatásuk van. Csecsemőknek is adagolható, ajánlatos nagyobb dosisok adagolása, azonban korántsem olyan hatásos, mint a salvarsan és higany. Kisdedkorban való alkalmazása igen jó eredménnyel kecsegtet.

A Charité Poliklinika 1923 november 19-i szakülése.

Elnök: Engel Gusztáv.

Jegyző: Szemző György.

Bemutatás.

1. Gál Hugó dr.: Polymastia esete. Először gravid, 29 éves nőnél a bal hónaljárokban a menses kimaradása után öt hétre galambtojásnyi, mirigyes képlet keletkezett, mely nemcsak tapintásra, de subjective is érzékeny. Régebbi esetének tapasztalata kapcsán kivezetőnyílással nem bíró számfelleti emlőmirigynek tartotta, melynek evolúciója a graviditás általi ingerre indult meg. A próbapunctio néhány csepp savót eredményezett, mely megfelelt a normális mammból kisajtolható savónak. A savó jelenléte ezen accessorius mirigyben a még korai, kétes graviditást is eldöntötte. Jelenleg a harmadik hónapban terhes. — Ez a második polymastia-eset, melyet bemutató észlelt; az első a gyermekágy tartama alatt került vizsgálat alá, két kivezetőnyílás nélküli számfelleti miriggyel. A Pravazzal kiszívott váladék görccsövi vizsgálatra a tejre jellegző alakelemeket mutatta. Hasonló, kivezetőnyílás nélküli polymastia csak négy esetben van leírva az irodalomban.

2. Kőrmöczi Emil dr.: Polycythaemia megalosplenica Röntgen-kezelésre javult esete. A polycythaemia klinikájának és pathológiájának rövid ismertetése után egy 52 éves férfibetegét mutat be, kinek baja négy éve áll fenn. A lép a köldökig ért, a vörösvérsejtek száma a 14 milliót meghaladta. Egyébként szédülések és a hasi plethora tünetei domináltak. Két éve kezdték a beteg Röntgen-kezelését, a csontok és lép besugárzásával; azóta a beteg panaszmentes, a lépduzzanat azonban csak részben fejlődött vissza és a vörösvérsejtek száma még mindig meghaladja az ötmilliót.

Polgár Ferenc dr.: A Röntgen-kezelés technikájára vonatkozólag egységes felfogás még nem alakult ki; vannak, akik a lép besugárzását feleslegesnek tartják. A betegnél az összes csöves és lapos csontokat (a koponya kivételével) besugározta, továbbá a lépét is, részint azért, hogy a vérzésekre hajlamos betegnél a vér alvadékonyságát fokozza, részint, hogy a csontvelőt indirecte is befolyásolja, végül pedig a lépduzzanat nagysága miatt. Egy-egy mezőre öt milliméteres aluminiumszűrővel $\frac{2}{3}$ -ad ED-t adott; a széria befejeztével kéthónapos pauza, majd chronikus intermittáló kezelés (havonként egy besugárzás) következett.

3. Gellért Elemér dr.: egy 20 cm hosszú, $\frac{1}{2}$ cm széles, két végén legömbölyített üvegpálcát mutat be, amelyet egy Poliklinika nőgyógyászati rendelésén (főorvos Gál Hugó dr.) jelentkezett nőbeteg szabad hasüregéből laparotomia útján távolított el. A beteg ötödnapra gyógyult. Az eset érdekességét növeli az, hogy bár az idegentest mindenek szerint a genitáliákból került a hasüregbe, a fali hashártyán, illetőleg az általa borított szerveken semmiféle hegesezés nyomát találni nem lehetett.

Gál Hugó dr.: Az eset kapcsán ismerteti azon lehető utakat, melyeken idegentestek a genitáliákon át a szabad hasüregbe juthatnak.

4. Lénárd Vilmos dr.: *Streptococcus viridans kitenyészése endocarditis lentából.* Endocarditis lenta esettel kapcsolatosan beszámol a Gózon tanárral együtt már számos esetben kipróbált vércultúra-módszerről, amellyel a betegágnál esetleg nem bakteriologus által vett vér is, még hosszabb idő után is, feldolgozható a laboratóriumban. A betegből venaepunctióval vett vér 1 cm³-ét folyékony, 2% szőlőcukros gelatina-táptalajba kell fecskendezni; az így nyert keverékkel később a legkülönbözőbb bakterium-táptalajok olthatók. Bemutat ezen módszerrel oltott Schottmüller agart, melyen a streptococcus viridans 24 óra alatt nagy és jellemző telepek alakjában nőtt.

Kőrmöczi Emil dr.: A kitenyészített streptococcusok egy 24 éves asszony véréből valók, aki hat hónap óta lázas. A szíven zörejek hallhatók, a lép két harántujjnyival ér a bordaív alá. A betegnél nincsenek meg az endocarditises beteg mellszorongásai, jó étvágya van és lázai szünetelése idején ágyban is alig tartható. A betegnél a legkülönbözőbb orvosszerek per os, subcutan és intravenás adagolását próbálták meg. Jelenleg az auto-vaccinációval fogunk próbálkozni a betegnél, annál is inkább, mert a külföldi irodalomban ilyen gyógymód alkalmazása után kedvező eredményeket írtak le.

Előadás:

Szemző György dr.: Az *ulcus duodeni* gyógyulásának megítéléséről. Az *ulcus duodeni* meggyógyulhat. A spontán panaszok jóval a gyógyulás beállta előtt megszűnhetnek; azoknak makacssága illetőleg kisebb fokban való megmaradása azonban a gyógyulást nem zárja ki. Ugyanez áll a nyomási fájdalomra is. Occult vérzésnek teljes panaszmentesség alatt hosszú ideig való kimutathatósága legjobb bizonyítéka lehet annak, hogy az *ulcus* a panaszmentesség ellenére továbbra is fennáll. A hosszú ideig tartó occult vérzés azonban más vérforrások fel-

kufatására hívja fel a figyelmet. A negatív vér-reactio nem szól ulcus ellen, pozitív reactionak negatívvá válása nem jelenti az ulcus gyógyulását. A radiológiai tünetek közül csak a biztos tünetek (bulbus-deformitások) mértékadóak, ezek azonban *gyógyulás után is megmaradhatnak*. A gyógyulás időpontjának megállapítása tehát lehetetlen s csak nagyon hosszú teljes tünetmentesség esetén szabad gyógyulást supponálni.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az endocarditis lenta pathogenesis, tünettana és kezelése. Dr. G. Bein. (Zentralblatt f. Herz- u. Gefässkrankheiten. 1923, 15—16. füzet.)

Az endocarditis lenta pathogenesisének és symptomatológiájának részletes tárgyalása után a prognosiról megjegyzi, hogy az, bár a baj évek hosszú során át tarthat, majdnem absolut infaust. Az irodalomban mindössze 17 eset van gyógyultnak leírva. A nagyobb fokú szívgyengeség tünetei és a diffus nephritis különösen siettetik a beteg halálát. A specifikus gyógyeljárásokat öt csoportra lehet osztani: 1. serum- és vaccina-kezelés; 2. nemspecifikus ingerhatású szerek; 3. fémpraeparatumok; 4. arsenkészítmények; 5. mandulakiirtás.

Ad 1. Általában a serum- és vaccina-therapia kombinációja ajánlatos, lehetőleg korán. Intravenosusan nem ajánlatos e szereket adni, mert rosszabbodások állhatnak be. Mások kezdetben inkább vaccinát adnak és csak későbbi stadiumban ajánlanak streptococcus-serumot.

Ad 2. A nemspecifikus ingertherapia legkülönbözőbb szerei, tej, sanarthrit, caseos, vér stb. semmi kedvező hatást sem fejtenek ki.

Ad 3. A fémkészítmények közül collargolt, elektrocollargolt, azonkívül dispartent hatás nélkül adták, sőt részben rosszabbodásokat láttak (bőrvérzések, szívthrombusok leszakadása stb.). Mások az egész ezüsttherapiát hibásnak tartják, mert az ezüst az erek endothelsejtjeiben lerakódik és azokat phagocytáló tevékenységükben gátolja. Optochin, isoamylhydrocuprein hatástalanok, némely feltűnő javulásokat láttak igen nagy dosis trypaflavintól.

Ad 4. A salvarsantól némelyek átmeneti javulást láttak, azonban Jochmann kifejezetten ártalmasnak találta.

Ad 5. A tonsillektomia csak pártolókra talált javulásokat, sőt gyógyulásokat is láttak utána. A műtétnek két ülésben való elvégzése és a vérzékenységnek figyelembevétele fontos.

Az irodalomban egyedülálló észlelés Münzeré, aki lépképzés után „ragyogó eredményeket” látott, az inficiós anyag nagy részének eltávolítása következtében. Mindezekon kívül fontos az általános kezelés is, antipyreticumok stb. Digitalisra a viridanssepsis beteg szíve általában rosszul reagál, valamivel jobban coffeinre és camphorra (valószínűleg a kísérő myocarditis miatt). Scilla és diuretin is jó hatású. Szerzőnek általában az a benyomása volt, hogy a túl actív therapia inkább rossz hatású.

Sümegei dr.

Basedow-kór subacut májsorvadással. Raab és Terplan. (Med. Klinik. 1923, 33. sz., 1142. old.)

29 éves Basedowos nő esetét ismerteti, aki fokozatosan erősödő sárgaság és májinsufficienciára utaló csillapíthatatlan hányás és hasmenés következtében négy hét alatt meghalt. A beteg széke végig epefestéktartalmú volt, a vizelet kevés urobilint és bilirubint tartalmazott. A boncoláskor zsíros infiltrációval kombinált subacut májsorvadást és egyidejű lipidnephrosis képét találták. A toxikus eredetűnek látszó icterus a Basedow-kórnak ritka, de mindig rossz prognosira utaló complicatioja. Szerzők azt hiszik, hogy a sokkal gyakoribb csillapíthatatlan hányás is májinsufficienciának a tünete, mely utóbbi nem okoz mindig szükségképpen sárgaságot is.

Pákozdy dr.

Luminal-mérgezés esete. Nicolai. (Klin. Wochenschrift. 1923, 41. sz.)

Az irodalomból két haláleset ismeretes; a mérgeztettek 2—4 g-tól hat, illetőleg 24 óra alatt meghaltak (Nolte közlése). Nicolai esete a következő: A 21 éves epilepsziás férfi bevett este 3 g luminalt és másnap délben beszállították a kórházba. A mérgezett állapota emlékeztetett az alkoholemérgezésre: a bőr hűvös, nedves, halvány volt; az ajkak cianosisosak; súlyos coma. Inreflexek kiválthatók. A végtagokon néha athetosisos mozgások. Felületet légzés, percenként 10—15. A pulzus puha, kicsi, száma rohamokban 140-ig is emelkedik. A szemek nystagmus; a pupilla középtág és fényre alig reagál. A gyomrát nem moshatták ki, mert nem lehetett a nyelés és hányás reflexét kiváltani. A mérgeztettet coffein- és camphor-injectiókkal kezelték. A súlyos coma kb. 18 óra hosszat tartott. A mérgezést követő negyedik napon a pupillák még alig reagáltak, a nystagmus még megvan; a hetedik napon a mérgezett felkel, járása

azonban bizonytalan, Romberg ++. A fiú a mérgezésből felépül, de a mérgezést követő 10. és 15. napon súlyos epilepsziás rohamon esik át.

Sarvay dr.

Az icterus simplex (catarrhalis) differentialis diagnostikai elkülönítése az icterus syphiliticustól. Klopstock. (Med. Klinik. 1923, 33. sz., 1144. o.)

A syphiles icterust a vörösvérsejtek sülyedési reactiójának gyorsabbodása kíséri, míg a hurutos sárgaságban, melyet súlyosabb elfajulásos vagy gyulladákos folyamat nem szokott kísérni, a sülyedési reactio rendes vagy lassúbb lefolyású. Gyakorlati, elsősorban therapiiai szempontból fontos az olyan eset felismerése, melyben latens lueshez társul egyszerű icterus catarrhalis. Minthogy a lues latens szakában a sülyedési reactio nem mutat lényegesebb gyorsabbodást, szerző a hozzátársuló catarrhalis icterust elkülöníthetőnek tartja a specifikus icterustól a reactio segítségével. 11 syphiles icterus esetében csakugyan megvolt a reactio gyorsabb lefolyása, míg öt esetben latens lueshez társult hurutos sárgaságra következtetett a reactio lassúbbá vált lefolyásából. A diagnosis helyességét a specifikus kezelés eredményes vagy eredménytelen volta, illetve az indifferens kezelésre való gyógyulás minden esetben utólag is megerősítette. Florid lueshez társuló icterus catarrhalis biztos felismerése természetesen nem lehetséges, noha egy specifikus kezeléssel dacoló esetben, mely diétaes kezelésre rendbe jött, a csak mérsékelt gyorsabbodás arra engedett következtetni, hogy az icterus simplex lassúbbodást okozó hatása ilyenkor is érvényre jut.

Pákozdy dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Postoperatív gonorrhoeás parotitis. K. Wittwer. (Zentralblatt f. Gynäk. 1923, 42. sz.)

Gonorrhoeás adnextumorban megbetegedett nő érdekes esetét ismerteti, kinél a genyes adnextumor műtéti eltávolítása után a harmadik napon a bal fültömrirog lobosodása lépett fel, mely azután elgenyedt s betörve a fülbe, a hallójáraton ürült ki. A fültömrirog-tályog genyéből ismételtent tisztá gonococcus-tenyésztést lehetett nyerni. Az eset úgy értelmezhető, hogy a műtét alkalmával az adnextumor gonococcusai bepréselődtek, bejutottak a vérpályába s a parotisban képeztek áttételt, oly módon viselkedve, mint a strepto- és staphylococcusok.

Kovács dr.

Adatok az icterus neonatonum keletkezéséhez. Max Turolt és Otto Tezner. (Zentralblatt f. Gynäk. 1923, 42. sz.)

Azon kérdést igyekeznek kísérletileg megközelíteni, hogy a bilirubin a magzat májában képződik-e, vagy a placentában. Ehhez meghatározták a köldökerek véreinek bilirubin-tartalmát quantitative és egyidejűleg vizsgálták az újszülöttek icterusra. Arra az eredményre jutnak, hogy úgy a magzat, mint a placenta tud bilirubint termelni; azonban az anya epefestékeit a lepény nem engedi át.

Kovács dr.

A lues befolyása a koraszülésekre. Hans Baumm. (Zentralblatt f. Gynäk. 1923, 42. sz.)

A boroszlói női klinika egy évi anyagán, 1540 szüléssel kapcsolatban az anyák, magzatok és a köldökzsinór, illetve lepény vért rendszeresen Wa.-R.-ra vizsgálván, a következő adatokhoz jutott: 207 koraszülés esetében csak 26 esetben — 12,6%-ban szerepelt lues. 155 élve és látszólag egészségesen elbocsátott újszülött közül 9-nek, azaz 5,8%-nak volt veleszületett luese, míg a klinikán elpusztult 36 gyermek közül 13,9%-nak. 26 halva született gyermeknél csaknem 50%-ban lues volt az intrauterin elhalás oka. A luetikus alapon koraszülöttek fele halva született; az élveszülettek közül is egyharmad néhány nap alatt elpusztult. Igen tanulságos az összehasonlítás a luetikus és nem-luetikus koraszülöttek életkilátásai között: a lueses gyermekek közül 34,6% bocsátott el élve a klinikáról, míg a nem-luetikus koraszülöttek közül 76,4%. A 26 halvaszületett gyermek közül 61,5% macerált volt, ezek közül 75% lueses, 25% pedig nem-lueses alapon.

Kovács dr.

Nőstény állatok hormonális sterilizációjáról. Haberlandt. (Klin. Wochenschrift. 1923, 42. sz.)

Terhes állatok petefészkéből és placentájából készült ovarium-, illetőleg placenta-opton sorozatos injectiójával sikerült állatokat időlegesen sterilizálni. Az elért hatás szerint három stadium különböztethető meg: az elsőben az állat egyáltalában nem fedeztethető, a másodikban bár fedeztethető, de meg nem termékenyíthető, míg a harmadikban az állat teherbe jut, de kölykeinek száma abnormisan kicsiny. A hormonális sterilizatio a legnehezebb az ivás (Brunst) idején, ilyenkor gyakori a negatív eredmény. Az injectiók kezelése a további utódokra nem volt semmiféle hátrányos befolyással. Úgy az ovarium-, mint a placenta-opton az ovulatiót akadályozó hormonjuk által hatnak. Egyesek ezen hormonnak éppen ellenkező hatást tulajdonítanak: sterilizát ellen ajánlják. A különbség úgy látszik az adagolásban rejlik, amennyiben valószínű, hogy a hormon kis adagban ovulatiót fokozó, a méhet növelő, míg nagyban ellenkező hatású.

Liebmann dr.

A méhfüggelékek s a medencebeli kötőszövet gyulladási operatív kezeléséről. Priv.-Docent. P. Werner és R. Stiglbauer. (Archiv f. Gynäk. 119. köt., 2. füzet.)

Az adnexumok gyulladásának kezelésében még állandó a kutatás valamely jobb eljárás után. Az ideálisabb a conservatív kezelés, azonban kb. 10%-ban a legmondosabb s legkövetkezetesebb kezelés sem vezet gyógyuláshoz s a folyton megújuló panaszok és a munkaképtelenség elől végre is a műtéli kezeléshez menekül a beteg. 10 évi statisztikájuk alapján a legmesszebbmenő conservatismust ajánlják. Eseteik 50%-ában végeztek művi beavatkozást, az összmortalitásuk 1/6 volt. Mégis a műtéli kezelés ellen nyilatkoznak, mivel operáltaiknál csak 70%-ban volt csak sima a gyógyulás, míg 30%-ban elhúzódó volt a convalescentia, úgyhogy a művi beavatkozás fő célját, t. i. azt, hogy a gyógyulás ideje lényegesen megrövidíthető, csak részben érték el. Másrészt eseteik 79%-ában volt csak véglegesen jó minden tekintetben a műtéli eredmény, úgyhogy műtéli kezelésnél sem ígérhetünk egész biztonsággal gyógyulást. A különböző művi eljárások közül a conservatív műtétek negyedrésztében továbbra is panaszok állottak fenn, gyakori csont-exsudatum, túldoldali recidiva stb. miatt. Az abdominalis radicalis műtétnek 72% mortalitást találtak, tehát ez a legveszélyesebb eljárás, azonban 88%-ban végleges gyógyulást érték el vele. A legkevésbé veszélyes eljárásnak bizonyult másrészt a vaginalis totalexstirpatio mortalitásával, azonban itt már csak 67%-ban volt tartósan jó az eredmény. Nagy hátránya a műtéli kezelésnek az is, hogy éppen a radicalis műtétek vezetésnek biztosabban a gyógyuláshoz, fiatalabb egyéneknél pedig nehezen tudjuk magunkat ily nagy beavatkozásra elhatározni.

Felletár dr.

Bőr- és nemikórtan.

Öszülés a fogakból kiinduló irritációk kapcsán. (Paris Médical. 1923. 35. sz.)

Raison három 25—30 éves férfinál cariosus fogak kezelésével és kihúzásával kapcsolatban ugyanazon oldalon foltokban fellépő öszülést észlelt. Ismeretes, hogy a fogak hibái és traumái foltos hajhullást okozhatnak; szerző a foltos öszülésre is felveszi, hogy hasonló okok, a trigeminus sérülései idézték elő. Az ilyen esetek valószínűleg gyakoribbak, mint gondolnók, a foltos öszülés azonban ritkán vezeti a beteget az orvoshoz.

Steiger-Kazal.

Gyufa és gyufadoboz okozta dermatitis. O. H. Foerster. (Journ. Amer. Med. Assoc. 1923. 81. köt., 14. sz.)

Rasch (Kopenhága) 1918-ban (Eaton már 1917-ben) figyelmeltetett arra, hogy a foszfor nem tartalmazó és teljesen ártalmatlan svéd gyufa dobozának dörzsölőfelületén néha a nem toxikus vörös foszfor phosphoresquisulfid (pontosabban tetraphosphortrisulfid) helyeztetik. Ilyen doboz a zsebben hordva a megfelelő bőrterületen fogékony egyéneknek dermatitist okoz. De nemcsak a doboz dörzsölő-felzíne tartalmazhat phosphorsulfid, hanem a gyufa feje is. T. i. háromféle gyufa van: phosphor nem tartalmazó svéd gyufa (nálunk csak ezt szabad forgalomba hozni), a toxikus fehér elemi phosphor és az ehhez hasonló kémiai sajátágú phosphoresquisulfidot tartalmazó gyufa.

Az utóbbi által okozott hyperaemia, oedema, papulás kiütés nem mindig csak localis, hanem ha a kezek révén más-hová is jut a phosphoresquisulfid, akkor ott is hasonló tünetek fejlődhetnek ki. A folyamat erysipelással, chronikus ekzémával és neurodermával téveszthető össze. Azok eltávolítása után a bántalom elmúlik.

Herczeg.

Gono-yatrennel szerzett tapasztalatok. Simon Fritz. (Derm. Wochenschrift. 1923. 32. sz.)

Szerző kifejti, hogy különféle betegségeknek a testben végbemenő gyógyulási folyamat különféle ingerekkel fokozható. Az idegen fehérjének parenteralis bevitelére a test fehérjeromból fermentjei aktivitásba lépnek, más szóval megváltozik a testnek úgy humorális, mint cellularis immunitása. Ezen szerek alkalmazásánál fődolog, hogy a hatás súlypontja ne az általános, hanem a gócreációra essék.

A yatren egy olyan serkentő anyag, mely állandó összetételű és így könnyen adagolható. A yatren után csak az ú. n. másodlagos általános reactio lép fel, mely a szer alkalmazása után 1—3 óra múlva fellépő fáradtság-érzetben és hőemelkedésben nyilvánul.

Bürgi törvénye szerint, ha különféle, de hasonló hatású s ezen hatást különféle helyeken kifejtő gyógyszereket viszünk a szervezetbe, akkor rendszeren egy nagy, a külön-külön hatás összegénél nagyobb összehatást érünk el. (A farmakologiai hatások potenciálása.) A gono-yatren gonococcusvaccin és yatren keveréke. Szerző 100 esetről számol be, melyek között az izület és inhuvely blennorrhoeás megbetegedése 30%-ban fordul elő. A gono-yatren 12 erősségi fokban van meg, ú. m. A/6 és B/6 sorozat. Az első a szimplán lefolyó, a második a

komplikáltan lefolyó esetekben használandó. Szerző a B-sorozat 4-es számú üvegét használta. Az ambulans praxisban az intravenás adagolással fellépő secundaer jellegű tünetek fokozott volta miatt inkább az intramuscularis adagolást alkalmazzuk.

A gócreactio húzó és lüktető fájdalmakban nyilvánul, majd röviddel ezután a fájdalom és duzzanat gyorsan alább-hagy. Az adagolásnál három szempontot kell figyelembe venni: 1. a beteg erőállapotát; 2. a tünetek acut, subacut vagy chronikus voltát; 3. az alkalmazás módja, hogy intravenásan vagy intramuscularisan történik-e az adagolás. Ezen kezelés mellett borogató-, fürdő- és hőkezelést is alkalmazzuk. A kezdő adag úgy acut, mint chronikus esetben 1/2 cm³ s ezt lassan fokozzuk 3—4 napos időközben 1/2 cm³-rel emelkedve egészen 2 1/2 cm³-ig. Chronikus esetben másodnaponként ugyanúgy adagoljuk. Intramuscularisan 4 cm³-ig emelkedhetünk.

Inhuvelyben és izületben levő latens góckban daganat és fájdalom lépett fel, mely 2—3 nap múlva elmúlt, hogy egy ismételt injectionál újból, bár kisebb mértékben fellépjen.

Hasonló az eljárás mellékhere, ondószinór heveny vagy idült gyulladásánál, ahol 2—3 injectio után a tünetek vissza-fejlődtek, úgyhogy másfél hét után a beteg a fecskendezést megkezdheti. Idült esetekben 2—3 hét alatt a gyulladást jelentések elmúltak és a váladékban gonococcus nem volt kimutatható. Mint a javulás és gyógyulás objectiv tünete megemlítendő a fehérvérsejtek sajátos elváltozása, mely a neutrophil polymorphmagyú leukocyták megfogyásában és a lympho- és monocyták megszorodásában áll. Klinikánkban nagyobb számú beteget kezelünk ezen szerrel s mint az eddigi eredmények igazolják, a gono-yatren egy értékes szert képvisel.

Fröhlich.

HETI KRÓNIKA

Az ember magas szellemi fejlődése a mérsékelt égöv természeti viszonyai és klímája alatt vált lehetségessé. A trópus általában tesztető, az arktis csenevész-szé tesz, mindkettő megnehezíti a szellemi munkát és elősegíti a fertőző betegségek elterjedését. Ez az egyik oka annak, hogy úgy a szamojédek, mint a trópusi népek intellektuális fejlődése oly elmaradott. Ami modern kultúra ott van, az többnyire importált. A gyarmatosító államok igyekeznek a gyarmatokat lakhatóvá tenni, élénkebb üzemet létesíteni és ezért gondosan tanulmányozzák az ottani viszonyokat.

A trópusi orvostan is már nagyon fejlett napjainkban, főleg a természetrajzi ismeretek, a parasitologia áll magas fokon. A trópusi betegségek tanulmányozására részben az európai kikötőkben (Hamburg, London, Marseille stb.) alapítottak speciális intézeteket, részben tudományos expedíciókat rendeznek. Egy ilyen indult most el két évre Londonból Samoaba, a filariosis tanulmányozására; vezetője Patrick Buxton. Noha az elephantiasis ma már nagyon elterjedt a Csendes-óceán környékén, igazi hazája India és Arabia. Az elephantiasis elnevezést először Celsus használja, de nem mai értelmében. Mai értelemben használatos neve arab eredetű: dal fil, azaz elefántláb. Az elephantiasis Graecorum alatt mást, a mai leprát értették.

Ilyen expedíciót a franciák (Laveran), németek, angolok (Manson, Bruce) oroszok (Fedschenko), japánok (Noguchi), hollandusok stb. már sokat rendeztek: a legeredményesebbek egyike volt amaz, amellyel Neisser 1904/05- és 1907-ben Sumatra szigetén a syphilis pathológiáját tanulmányozta.

Ugyanilyen értékes módja az ismeretek kritikájának a kongresszusok tartása, mire még az egyenlítő táján is összesereglenek a tanulni vágyó orvosok. Az elmúlt nyáron Singaporeban tartotta a Far Eastern Association of Tropical Medicin 5. kongresszusát, amelyen főleg az ankylostomiasissal és malariával foglalkoztak; a három hét utolsó hetét egészségügyi kirándulásokra fordították. Összesen 15 állam képviselőiben 300 orvos vett részt a kongresszuson. Ugyanekkor fektették le a singapore-i iskola alapkövét.

Egy másik kongresszust júliusban St. Paolo de Loanda-ban (portugál Nyugat-Afrika) tartottak, amelyről most Brumt és Joyeux számolnak be. Az álmokór, a lepra, az ankylostomiasis, a bilharziasis therapiája és prophylaxisa, továbbá a tuberculosis- és az alkoholismus-ellenes küzdelem volt a napirenden. Utána meg-látogatták az ottani államok meghívására egész Dél-Afrikát; Pretoriában megnézték a leprosoriumokat, amelyekben 107 európai és 350 bennszülött leprás beteget ápoltak. Foglalkoztak, mint említettük, az álmokórral, amely a trypanosoma gambiense okozta trypanosomiasisnak utolsó stadiuma, mint a coma a diabetes-

nél. Amíg ez a stadium nem fejlődött ki, addig sikeresen lehet a betegséget kezelni az arsenkészítményekkel. Ezeket azonban messze túlhaladja egy új szer, a 205. számú, melyet az elberfeldi Bayer-cég állít elő; összetételét, okulva a salvarsan pártensének elrablásán, titokban tartja. Még az angol ellenőrző vizsgálatok is elismerik e titkos szernek bámulatos hatását. Jelenleg Rhodésiában, ahol különösen sok és súlyos trypanosomiasis van, prof. Kleine és Fischer kísérleteznek vele. Az álmórk megelőzése céljából a trypanosomák terjesztőit, a glossiniákat is irtják, ezeknek kedvezőtlen életviszonyokat teremtenek, a bozótokat irtják és az odvas erdőreszeket, mert itt él a glossinia palpalis és morsitans. A glossiniáknak vannak ellenségeik is, amelyeket mesterségesen terjesztenek és tenyésztésüket elősegítik, hogy azokat pusztítsák.

Az említett bajokon kívül még egyebekről is vannak újabb adatok. A mérges kígyók Angol-Indiában 1922. évben 20.090 ember áldozatot követeltek. Pestisben 1923. év első négy hónapjában ugyanott több mint száz ezer ember halt meg. Amerikában a sárgaláz elleni küzdelem egyre eredményesebb. Amióta ezt a feladatot a Rockefeller Foundation vállalta, ez a betegség Közép- és Dél-Amerikában „kihalóban” van. Az ankylostomiasis nálunk csak a bányamunkásokat fertőzi, Virginiában azonban az iskolás gyermekek között 80%-nyira el volt terjedve; a trópusokon pedig még több bajt okoz. E betegség ellen is most valóságos hadjáratot indítottak, már eddig meglehetősen szép eredménnyel, főleg a tetrachlormethan segítségével.

Egy újabban helyesen felismert trópusos bőrbántalom a Carini által először enyhe variolaként leírt és a benszülettek szerint amas- vagy alastrimnak nevezett betegség, amely európai kikötőkben is megjelenik; felesleges ellene a himlőnél alkalmazandó szigorú eljárásokat foganatosítani. A betegség tünetei hasonlóak a himlőhöz, de könnyűek, a himlőellenes ojtás nem véd ellene, a fehérbőrű ember immunis vele szemben. A St. Paolo de Loanda-ban tartott kongresszusnak legfőbb tanulsága volt, hogy megerősödött az a nézet, hogy az akklimatizálást nem a magas hőmérsék gátolja; a levegő nedvessége, a hirtelen változó hőmérsék, a légköri villamossági viszonyok és a sok parazita mellett a főbajt az alkoholizmus, leginkább pedig az okozza, hogy a kívándorló európai emberek nem mondanak le megszokott életmódjukról, a túlgazdag táplálkozásról, ami azután máj-, bél- és vesebajokhoz vezet. A meleg égővi kolóniákban ezért újabban nemesek lecsapolják a moecarakat, rendezik az erdőket, tisztítják az ivóvizet, irtják a parazitákat és azok közvetítőit, de rászorítják az embereket is a viszonyok által indokolt célszerű, kalória-szegény táplálkozásra és más célszerű alkalmazkodásra. Így azután a trópusok lassanként megnyílnak a civilizáció és a tudományos búvárkodás előtt; lakatlan területek benépesednek és felvirágznak; az azelőtt őserdőkkel borított Braziliában, Bello-Horizonte-ben, az egyenlítő déli oldalán idén létesült a legújabb rákutató intézet is, a legmodernebb épületben, minden szükséges tudományos felszereléssel ellátva.

Herczeg Árpád dr.

VEGYES HÍREK

Felhívás előfizetőinkhez. Egy lapvállalkozást sikeressé a vezetők, az activ munkások legodaadóbb lelkesedése sem tehet az olvasók, az előfizetők támogatása nélkül. Ezt szomorúan kell tapasztalunk Hetilapunknál is, midőn időnk és anyagi erőnk jó részét arra kell fordítanunk, hogy régi előfizetőinket levelezéssel előfizetéseik megújítására kell sürgetnünk, amit bizonyára csak feledékenységéből nem tesznek meg. Vannak akik június óta nem újították meg előfizetéseiket, pedig nem hisszük, hogy lapunkkal nem volnának megelégedve; hiszen pontosan küldött számainkat mind elfogadták, sőt reklamálták és mi valóban úgy érezzük, hogy most már a legmesszebbmenő és a legkülönbözőbb irányú igényeket is kielégítjük. — Nagyon kérjük ezeket a hű, de ügyünk iránt kissé közömbös olvasóinkat, hogy minket az egyenkinti felszólítgatások keserves munkája alól felmenteni és zászlónk iránt több lelkesedést tanúsítani sziveskedjenek. Hiszen most már láthatják, mit jelent az Orvosi Hetilap a magyar orvosoknak és kell érezniük, hogy csak a leglelkesebb, de egyszersmind meg is érdemelt támogatás mellett fejlődhetik tovább: — és erős a hitünk, hogy fejlődni fog!

De több érdeklődősséget, illetve ennek melegebb átérzését kérjük híveinktől. Mily egyszerű perspektívát nyitna meg például előttünk, ha nemcsak pontosak volnának anyagi támo-

gatásunkban, hanem mindenikük legalább egy új előfizetőt szerezne.

A III. negyedre 3000 K, a IV. negyedre 8000 K volt az előfizetési díj: bővebb tájékozást a lapok címlapjai nyújtanak. Szerkesztő.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 1-i ülés-programmja: **Bemutatók:** 1. *Friedrich László:* a) Szokatlan képet mutató ulcus ventriculi esete. b) Idiopathikus oesophagusdilatatio gyógyult esete. 2. *Ratkóczi Nándor:* Dextrosinistralis ferdében készült duodenum-felvételek bemutatása. **Előadások:** 1. *Torday Ferenc:* A gyermekkori heveny fertőző kórok elleni védekezés intézetekben, specifikus és nemspecifikus védőoltásokkal. 2. *Bókay Zoltán:* A szamárköhögés prophylaxisáról.

A Közkórházi Orvostársulat december 5-i ülésének tárgyszorozata: **Bemutatók:** 1. *Vágó Árpád:* Méhtest rákja, áttétel a hüvelyfalra. 2. *Molnár István:* Többrekeszű petefészekrákgyógyult esete. 3. *Balkányi Mihály:* Elsődleges petevezetőrák operált esete. 4. *Levi Lajos:* Korán levált és élő magzattal együtt megszületett lepény. **Előadások:** 1. *Pfannenwald Mátyás:* Idegentestek a női genitáliákban. 2. *Daday András:* Megfigyelések a gonorrhoeás epididymitiseknél végzett tejbefecskendezések kapcsán.

A Magyar Elmeorvosok Egyesületének f. évi december hó 9-én d. e. 10 órakor Balassa-utca 6. sz. alatt tartandó közgyűlése: 1. Elnöki megnyitó beszéd. 2. Titkári jelentés. 3. Pénztárosi jelentés, zárszámadás, költségvetés és tagdíj megállapítása. 4. Megürit II. elnöki, pénztárosi és választmányi tagsági állások betöltése. 5. Számvizsgáló-bizottság választása. 6. Az igazgatótanács javaslata az elmeorvosintézetek címváltoztatásáról. 7. Moravcsik Ernő Emil előadása Laufenauer Károly emlékére: A pszichiatra múltja és jelene. 8. Elnöki zárszó.

„Emlékezés Hőgyes Ferenc dr.-ra” címen a Magyar Numizmatikai Társulat november 29-i felolvasó ülésén Faludy Géza dr. ismertette Hőgyes művészi működését, bemutatván egész művészi hagyatékát, 67, nagyjából magyar orvostanárt ábrázoló plakettjét. Méltatta Hőgyes dr. művészi kvalitásait, különösen kiemelve, hogy autodidakta létere mennyire jellemzően és élethűen örökítette meg az ábrázoltak képmását.

Angol kritika egy magyar könyvről. A háború alatt ki- gyúlt és még ma is égő vagy parázsló gyűlölködés porig égette a tudományok csarnokát is, melynek felépítésén a magyar orvosok is hosszú évek céltudatos munkájával működtek közre. Éppen ezért kétszerte jobban esik, ha az érdem méltó elismerését a volt ellenség részéről újra megtaláljuk. A legelterjedtebb angol gyermekorvosi szaklap, a „British Journal of Children's Diseases” egy egész oldalán méltatja Bókay János munkáját, *A gyermekorvoslás történetét.* A munkát valóságos békebeli tárgyilagossággal ismerteti a recenszor, aki a magyar paediatricában látható tájékozottságát kétségkívül régebben szerezte. A munka jellemzéséből kiszakítjuk a következőket: „...jellegzetes tulajdonságai a széles látókör, a szó legjobb értelmében vett kozmopolita szellem... méltó elismeréssel sorolja föl minden egyes nemzet szakmabeli reprezentánsait”. Jóleső meglepetés már egymaga a tény is, hogy az angol szaklap tudomást vesz egy német nyelven megjelent magyar munkáról és a kritika elismerő és korrekciós volta méltó meg- légedésére szolgálhat a szak művelőinek és elégtételére a magyar tudománynak. Talán dereng mégis ezúttal — nyugaton. Sz.

A Magyar Röntgen-Társaság december 10-i 7 órai ülése. **Bemutatók:** 1. *Polgár Ferenc:* Diagnostikai határesetek a törzs csontvázának röntgenológiájából. 2. *Fischer Ernő:* Lueses oesophagusstrictura és dilatatio. **Előadás:** 1. *Weisz Armin:* A hólyagdiverticulumok Röntgen-diagnostikája.

Ragályos betegségek Budapestén. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint nov. 18-tól nov. 24-ig előfordult hasihagymáz 29 (6), kanyaró 7 (0), vörheny 74 (4), számarhurut 11 (2), ronszoló torok- és gége 12 (0), influenza 5 (2), bárányhimlő 46 (0), járványos fültömírgyömb 5 (0), vérhas 15 (7), trachoma 4 (0). Küteges hagymáz, hólyagos himlő, ázsiai kolera, gyermekágyi láz, járványos agygerincgyárhártyalob, veszettség, lépfene 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 sorszálességben, kétszerez 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

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 KÖZLEMÉNYEK:

Lehoczky-Semmelweis Kálmán: A császármetszésnek ugyanazon egyéneken való megismétléséről. (627—630. oldal.)

Bársony Tivadar és Friedrich László: Vizsgálatok a gastroduodenalis sondával. (632—633. oldal.)

Vágó Árpád: „A vértransfusio hatásáról acut és chronikus vérvérzések esetén.” (633—634. oldal.)

Klinikai előadások. Szabó József: Fogbetegségek okozta csont-hátryalobok és csontvelőlobok az állcsontokon. (634—636. o.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 1-i ülése. (636—637. oldal.)

A Közkórházi Orvostársulat november 28-i ülése. (637—638. o.)

A Debreceni Orvosegyesület november 29-i ülése. (638. oldal.)

Lapszemle. *Belorvostan.* — *Orr- és gégeorvostan.* — *Bőr- és nemikórtan.* (639. oldal.)

Therapia. Ifj. sz. Liebermann Leó: Adat a kifejlesztett trachomás pannus gyógyításához. (640. oldal.)

Heti krónika. (640. oldal.) Vegyes hírek. (641. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

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

A császármetszésnek ugyanazon egyéneken való megismétléséről.

Írta: Lehoczky-Semmelweis Kálmán dr. egyetemi adjunctus.

A császármetszés prognózisának javulásával a szűkmedencék kezelésében e műtétnek ma már sokkal tágabb tere nyílik, mint azelőtt, amikor a sebészeti technika és az asepsis tökéletlensége miatt a császármetszés még sok anyát ragadott áldozatul. A szülésnek laparotomia útján való befejezése természetesen még ma is csak megfelelő segédlettel, erre berendezett intézetben végezhető el. A gyakorlóorvos úgy térránytalanság, mint az anya életét veszélyeztető más complicatiók miatt még mindig az élő magzat perforálásához vagy darabolásához kénytelen folyamodni. Hiszen kétségbeesztő esetekben szakintézet sem zárkozhatik el teljesen a szülés befejezésének e sivár módjától. Azonban van olyan klinika is, amely ma már semmiféle körülmények közt sem ismeri el az élő magzat perforálásának és darabolásának jogosultságát. E kérdés vitásába, valamint a medencetágító műtétek, a művi koraszülés, a megszületendő magzat nagyságát diétaival befolyásolni iparkodó eljárások tárgyalásába és bírálásába nem bocsátkozom, mert nagyon eltérnek értekezésem tárgyától.

A III. és IV. fokú medenceszűkületek mindig, elégtelen szülőerők esetén a II., sőt bizonyos körülmények közt már az I. fokban szűk medencék is javalhatják a császármetszést. S minthogy szűkmedence esetén a csontos szülőcsatorna és a magzat feje közti térránytalanság az egymásutáni terhességek számával nemesak hogy nem javul, hanem mindig rosszabbodik, mert a későbbi magzatok többnyire fejlettebbek, a szülőerők pedig gyengébbek, a szűkmedencés szülések terapiájában tehát a császármetszésnek megismétlésére is adódik alkalom. A medenceszűkület miatt végzett művi vetélést ma már teljesen jogosulatlanak tartják, anticoncipiensek ajánlása sehogysem illik össze a szülési etikával, de meg nincsenek is oly szerek, amelyek a fogamzást teljes bizonyossággal megakadályozzák és következményeikben ártalmatlanok lennének. Ennélfogva felmerül az a kérdés, hogy a császármetszés technikájának és az asepsisnek mostani fejlettsége mellett kötelese-e az az anya, aki élő gyer-

mekek világrahozásával úgy fajfenntartási, mint nemzetgazdasági szempontból hivatásának már eleget tett, akárhány császármetszést kiállani, vagy ezzel szemben indikált lehet-e a császármetszés kapcsán a további fogamzás megakadályozása, az asszony sterilizálása? És ha igen, mikor, hányadik terhesség után? Nem medenceszűkület miatt, hanem egyéb intercurrens okból, pl. placenta praevia, daganat, eklampsia stb. miatt végzett császármetszések újabb terhesség esetén egyáltalában nem teszik szükségessé a császármetszés megismétlését. Nincs olyan szülőintézet, amely már ne észlelt volna síma szülést előrement császármetszés után.

Ahhoz, hogy a régi klasszikus császármetszésből a manapság használatos különböző császármetszési változatok kifejlődhettek, a műtétnek számos módosításon kellett átesnie. Kevés operációnak oly gazdag az irodalma, mint a császármetszésnek és kevés műtét tökéletesedett annyira, hogy a nagy elsődleges halálozási százalék miatt azelőtt félelmetes beavatkozásból napjainkban már az életre jóformán veszélytelen operáció fejlődött. Az abdominalis császármetszésnek ezidőszert három fajtája szokásos: 1. A méh megnyitása az activ részen hosszmetéssel, ez a klasszikus vagy corporalis császármetszés; 2. a méh megnyitása a kihúzódott passiv részen a hashártya megkerülésével, extraperitonealis cervicalis; 3. a hashártya átvágásával, trans- vagy intraperitonealis cervicalis császármetszés. A corporalis császármetszés a terhesség és szülés alatt bármikor elvégezhető. A cervicalis császármetszések nemcsak a méhnyakat érik, hanem az egész passiv szakaszt, tehát a belső méhszáj magassága fölé terjednek és kivitelük annál könnyebb, minél jobban van kihúzódva a méh alsó szakasza, tehát minél előrehaladottab stadiumban van a szülés. Azonban a tapasztalat azt mutatja, hogy már a terhesség végén, a szülőfájások beállta előtt is sikerül a hólyagot a méh faláról annyira letolni, hogy a metszés kizárólag a méh passiv szakaszára essék. A műtét kivitele legkönnyebb a klasszikus császármetszésnél. A has megnyitása után a méhet kigördítjük, a méhtestet a középvonalban elől, vagy ha a lepény ott tapad, hátul felmetesszük, a magzat és a lepény eltávolítása után a méh sebét a nyálkahártya átöltése nélkül két rétegben összevarrjuk. Hátránya, hogy csak teljesen tiszta esetekben végezhető s még így is mortalitása átlag 10%, s a legjobb statisztikák szerint is 5—6%. A hasüreg corporalis metszés alkalmából a műtét alatt a magzatvíz által, a gyermekágyban a méhseben keresztül a bomló lochia által igen könnyen fertőződik. Azonfelül a hashártya a méhtesten szorosan tapad, úgyhogy a méh sebének hashártyával

való borítása nehézséget okozhat, ennek pedig az lesz a következménye, hogy könnyebben jönnek létre összenövéssek. Végül a klasszikus császármetszésnél a méh sebé az activ szakaszra esik, tehát azon részére, amely terhesség alatt erősen megnövekszik és kitágul, születéskor activ munkát végez, a gyermekágyban pedig élénken vesz részt a méh visszafejlődésében. Ennélfogva a visszamaradt heg e behatások alatt szenved erősségében s újabb terhesség esetén könnyen megtágul vagy szülés alatt akár meg is repedhet. A méh nyaki része nincs így belevonva sem a terhesség alatti növekedésbe, sem a gyermekágyi involutióba, szülés alatt csak passiv módon tágul és kihúzódik, ezért a rajta ejtett sebgyógyulási viszonyai előnyösebbek, a heg erősebb lesz, a méhrepedés veszélye újabb terhesség esetén jóval kevesebb. A cervicalis császármetszésnél a bőrmetszés kisebb, mert a méhet in situ nyitjuk meg. Az intraperitonealis eljárásnál a méh hashártyáját az áthajlási redő felett, ott, ahol még lazán tapad, megnyitjuk és a hólyaggal együtt jól letoljuk, hogy a méh sebé kizárólag a passiv szakaszra essék. A méhizomzatot a decida átöltése nélkül varrjuk, de elvékonyodott nyaknál a nyálkahártya kihagyása néha lehetetlen. A letolt hashártyát elszűcsöljük és fedjük vele az izomvarratot. Némelyek a hashártyavarratot még a felhúzott hólyag odaöltésével borítják, így kétszeresen zárják el a méh sebé a hasüregtől. A hólyag rögzítése azonban a császármetszés megismétlésénél a leválasztás elé akadályt gördíthet. A cervicalis császármetszés az anatómiai viszonyoknál fogva nagyobb vérzéssel jár, a belső méhszáj tája a legedénydúsabb. A metszés azonban csak akkor éri a lepény tapadási helyét, ha az mélyen, vagy elől fekszik. Nagy előnye az is, hogy a lepény spontán leválásának semmi sem áll útjában, mert a contractilis izomzat nincs átvágva. A méhsebnek hashártyával való borítása tökéletesebb, a hasüregnek a méh felől való fertőződése csak elvétve jön létre, az összenövéssek ritkábbak. A cervicalis császármetszésnél nem kell félni a műtét utáni mechanikus és bénulásos ileustól, mert a belek teljesen ki vannak rekesztve a műtéti területről. Az intraperitonealis császármetszést kevésbé tiszta esetekben, régen elfolyt magzatvíz mellett is el lehet végezni, sőt vannak, akik az extraperitonealis műtétet kifejezett fertőzés esetén is megcsinálják. Az extraperitonealis császármetszést négy esetben klinikánk is megpróbálta; a műtéti technika körülményes, tőle semminemű előnyt nem tapasztaltunk. A műtét kivitele a következő: Bőrmetszés a középvonalban, a fascia átvágása után a hashártya áthajlási redőjét oldalról felfelé, a megtöltött hólyagot balról jobbra vagy fordítva tompán áttoljuk és a méhnyakat a középvonaltól kissé oldalra megnyitjuk. A sebszélkelet egyesítése közben a hólyag és méhfal közé drainsíkot helyezünk és a hasra nyomóköteget alkalmazunk. Az extraperitonealis császármetszést mi már el is hagytuk. Annyi azonban bizonyos, hogy sokat köszönhetünk neki, mert az intraperitonealis császármetszés tulajdonképpen az extraperitonealisból fejlődött; ez utóbbi műtétnél ismerte fel *Kehrer* annak előnyét, ha a metszés az activ szakasz helyett a passiv részre kerül. Úgy az extraperitonealis, mint az intraperitonealis eljárást kimagasló tekintélyek dícsérik. *Bumm* például csak akkor végez intraperitonealis császármetszést, ha az extraperitonealis nem sikerül. Vannak, akik eleinte az extraperitonealis eljárást dícsérték, de rossz tapasztalatokon okulva, azt elhagyták és most intraperitonealis operálnak (*Franz, Baisch*). A szülészek nagyobb része az intraperitonealis császármetszés mellett foglal állást (*Hofmeier, Krönig, Veit, Fehling, Stoeckel* stb.).

Igen gyakran megesik, hogy a méhet nem sikerül extraperitonealisán megnyitni, mert a hashártya a felpraeparálásakor megsérül. Így pl. a bonni klinikán 50 császármetszés közül csak huszonegyszer (*Martius, 1920*), *Bumm*nak 116 eset közül hetvennyolcszor sikerült extraperitonealisán operálni. *Döderlein* 97 esetben maradt extraperitonealisán, 47 műtétnél kapott hashártyaszakadást. Klinikánkon négy extraperitonealis császármetszés

közül háromszor szakadt be a hashártya. A hashártya beszakadása a prognózis szempontjából fontos, mert *Küstner* szerint (1917) a tisztán extraperitonealisán végzett császármetszésnél 3-3% az anyai halálozás, az intraperitonealisnál 6-8%, ezzel szemben az extraperitonealisán kezdett, de a hasüreg megnyitásával folytatott műtétnél 9-3% anya hal meg. Az extraperitonealis császármetszésnél a hólyagsérülés veszélye is fenyeget. Hogy a kétfajta műtét halálozási percentjét megállapíthassuk, ahhoz a klinika esetei nem elegendők, amiben szerepet játszik az is, hogy a császármetszés indicióját csak szigorú megfontolás után állítjuk fel. 11 és fél év alatt 96 császármetszést végeztünk. *Martius* összeállítása szerint (677 eset) az extraperitonealis császármetszésnél 4-4%, az intraperitonealis cervicalis császármetszésnél (385 eset) pedig 3-6% az anyai halálozás. Majdnem teljesen egybevágó eredményt ad *Lichtenstein* statisztikája is (532, illetve 468 eset). *Döderlein* (1921) különböző szerzők statisztikája alapján mindkét cervicalis császármetszés anyai halálozását 3-5%-ra becsüli, de azt reméli, hogy a műtéti technika kialakulásával ezen százalék az extraperitonealis császármetszés előnyére fog javulni.

Vita tárgyát képezi, hogy nem tiszta esetekben melyik eljárás előnyösebb: az extra-, vagy az intraperitonealis?; hogy mi ellenállóbb a fertőző csirokkal szemben: a hashártya-e, vagy a kötőszövet? Mindkét irányban számos kísérlet történt a kérdés eldöntésére. *Henkel* szerint (1912) a nagy terjedelemben leválasztott hashártya nem véd meg a fertőzéstől, a transperitonealis eljárás nemcsak tiszta, hanem kétes esetekben is biztosabb, a kötőszövet fertőzője rosszabb, mint a hashártyaé. *Franz* (1915, 1917), *Fehling, Hofmeier* (1916) nem tesznek különbséget tiszta és nem tiszta eset között, inficiált esetekben is intraperitonealis operálnak. *Baisch* 42%-ban végzett intraperitonealis császármetszéseket régen elfolyt, sőt bűzös magzatvíz mellett. A gyermekágyban, hőemelkedésektől és kisebb sebgyógyulási zavaroktól eltekintve, nem kapott különösebb complicatiókat, pedig a méhüregből staphylococcusokat tenyésztett ki. *Walther* császármetszéseknél végzett bakteriologiai vizsgálatai (1919) azt bizonyítják, hogy a genitáliákból eredő fertőző csirokkal szemben a hashártya ellenállóbb, mint a kötőszövet, izom, zsírszövet vagy a bőr. Azon nézetet van, hogy ezidőszert a szülés alatti fertőzés prognózisát megállapítani nem tudjuk. Vizsgálatai alkalmával talált oly bakteriumokat, amelyek a genitáliákban mint saprophyták fordulnak elő s amelyek a sebváladékokban részben feloldódás, részben phagocytosis útján tönkremennek. Ezek, ha el is árasztják a hasüregét, hashártyagyulladás nem okoznak, a sebgyógyulást nem befolyásolják. Előfordulnak a genitáliákban olyan bakteriumok is, amelyek ellenállnak a sebváladékok baktericid hatásának, meg is szaporodnak s az izmok, fasciák, zsírszövet és a bőr egyesülését genyképzéssel zavarják, azonban hashártyagyulladást még akkor sem okoznak, ha a geny a hasüregbe kerül. Ezen bakteriumok azonban a véráram útján tovasodortatva extragenitalis tályogokat okozhatnak. Végül vannak bakteriumok, amelyekkel a szervezet semmiképpen sem tud megküzdeni s amelyek minden műtét beavatkozás nélkül is puerperalis sepsist okoznak. *Lichtenstein* szerint sincs reá módunk (1919), hogy azon aránylag rövid idő alatt, amely a szülésig rendelkezésünkre áll, megállapítsuk, hogy a szülő nő fertőzve van-e. Sohasem tudhatjuk előre, hogy a megtámadott szervezet a fertőzésnek mennyire fog ellenállni. A különböző szöveteknek a fertőző bakteriumokkal szemben való ellenállóképességére vonatkozóan a kötőszöveti genyedéseknél nem lehet tudni, mikor törik át a hashártyát, különösen ha az utóbbi a letolás következtében el van vékonyodva (*Lichtenstein*). *Döderlein* a hashártyát nem tartja a bakteriumokkal szemben ellenállóbbnak, mint a kötőszövetet (1921); hogy hashártyagyulladás fellép-e, az a bakteriumok fajtájától és virulentiájától függ.

A magzat szempontjából is az intraperitonealis császármetszés előnyösebb. Reusch statisztikájában 279 extraperitonealis császármetszésre az első napokban 3·58% gyermekhalál esik, míg 314 intraperitonealis császármetszésre 0·95%. Reusch ezen nagy különbség okát annak tulajdonítja, hogy az intraperitonealis császármetszés technikája könnyebb lévén, a magzat hamarabb jön a világra, mint extraperitonealisan. Martius szerint sok függ attól is, hogy milyen állapotban volt a magzat a műtét előtt, mert némely műtő, köztük Küstner, éppen a súlyos veszélyben levő magzat megmentése céljából végez császármetszést.

Klinikánkon 1916-ban kezdtük a cervicalis intraperitonealis császármetszést s előnyeiről meggyőződve, ma már csak különös indicióból térünk el tőle. A klasszikus császármetszés idejében egyedül tiszta esetekben végeztük a műtétet. Amióta látjuk, hogy a cervicalis császármetszés jól beválik, ha a magzatvíz már előbb el is folyt, nem egészen tiszta eseteket is merünk operálni. 1922 június 30-ig összesen 23 transperitonealis cervicalis császármetszést végeztünk. A műtétet szűkmedence miatt 21 esetben, eklampsia miatt 1, abszolút szülési akadályt okozó myoma miatt 1 esetben végeztük. Ezek közül 13 császármetszést ép burok mellett csináltunk, 8 asszonytól műtét előtt, de a klinikán folyt el a víz, kettőnél pedig már intenzetben kívül repedt meg a burok. Volt rá eset, hogy 22, 28, sőt 37 óra telt el a burokrepedés és a császármetszés között; ez utóbbi, 37 óra előtti burokrepedésnél műtét alatt a magzatvizet már kissé bűzösnek találtuk. Vajúdás alatt a hőmérsék 37°-on alul maradt 18 szülőnél, 37·1—37·5° között ingadozott 5 szülőnél. A 23 operált asszony közül elvesztettünk kettőt, az egyik eklampsiában, a másik műtét után hat napra vulvulusban halt meg. A kórbonnetani lelet szerint a vulvulus 48 óras lehetett és 10 cm-nyire a coecum fölött keletkezett, a vékonybélnek feltűnően hosszú mesenteriuma volt, a műtét terület és a méhüreg teljesen tisztának bizonyult, a varratok jól tartottak. Az anyák morbiditása a gyermekágyban 47·8%-ot tett ki; hőemelkedés 6 császármetszés után fordult elő, a hasseb zavarral gyógyult 3 esetben, 1 láztalan thrombophlebitist és 1 lázas bronchitist jegyeztünk fel. Teljesen zavartalanul folyt le a gyermekágy 10 császármetszés után = 43·47%. 1903-tól 1918-ig eltelt 15 év császármetszéseinek műteti halálozása klinikánkon 1·7%-ot tesz ki (Wenczel), 1919 április 1-én lezárt statisztika szerint pedig 1·5%-ot (Bogdanovics). E kimutatásokban azonban nincs külön részletezve az egyes császármetszési válfajok vesztesége, mert az esetek száma nem elegendő ahhoz, hogy belőlük helyes következtetéseket vonhassunk. Valamennyi cervicalis császármetszéses magzat élve jött a világra. Két esetben intrauterin asphyxia fenyegette a magzat életét, a magzatvíz meconiumos volt. Egyik koraszülött, akinek anyja súlyos eklampsiát kapott, műtét után pár órával elpusztult, a többi életben maradt.

Általános sebészi tapasztalat, hogy a legegyszerűbb és simán gyógyuló laparotomiák után is maradhatnak vissza összenövés. Bármilyen pontosan legyenek is a sebfelek hashártyával borítva, a törlések alkalmával okozott hámszorítások, a hasüregben elkerülhetetlenül visszamaradó és ott szervülő vér és egyéb elegendők ahhoz, hogy összetapadások támadjanak. Ezt gyakran van alkalmunk tapasztalni egyszerű appendectomiákat később követő laparotomiáknál. Magától értetődik, hogy császármetszések következményeképpen is visszamaradnak összenövés a méh, a hasfal, a belek, a cseplesz stb. között. A méhnek a hasfallal való összenövése a császármetszés megismétlése esetén előnyös is lehet, mert így a méhüreget extraperitonealisan lehet megnyitni. Ezzel magyarázzák, hogy az ismételt császármetszés eredményei jobbak, mint az első császármetszéséi. Azonban az összenövés újabb terhesség esetén méhrepedéshez is vezethetnek, mert a méhnek rögzített fele kevésbé rugalmas, emiatt szabad részlete túlságosan kitágul s végül megreped. De vannak, akik éppen az összenövés

helyén kaptak méhrepedést, mert, mint Freund találta, a méh fala az összenövés helyén sorvad és a fájások alatt mint locus minoris resistentiae szerepel. A méh alsó szakaszán végzett császármetszésekkel kapcsolatban sokkal kisebb számban jönnek létre összenövés, mint a klasszikus császármetszés után; különösen a bélodanovés ritkák, mert a belek a műtét területen teljesen kívül esnek. A méh sebszéleinek pontos egyesítésével, a tökéletes peritonizálással és az abszolút sterilítással reducálni lehet a méh lenövését. Klinikánkon 1911-től 1922 június 30-ig 14 esetben került sor a császármetszés megismétlésére. Valamennyi asszony előzően egy császármetszéssel ment keresztül. 12 szülőnél az első császármetszést is mi végeztük, 2 asszonyt először más intézetben operáltak. Az első műtét klasszikus császármetszés volt 11 esetben, extraperitonealis 1, intraperitonealis cervicalis 2 esetben. A 11 klasszikus császármetszés után négyszer nem találtunk összenövéseket, 7 esetben voltak összenövés. Az egyetlen extraperitonealis császármetszés után elbocsátásnál az ökölnyi méhet magasan a köldökig felhúzával találtuk. A két intraperitonealis császármetszés közül egy esetben nem volt összenövés, egy esetben a méh a passiv részen szalagosan és lap szerint a hasfalhoz volt rögzítve. Összenövés egy eset kivételével mindig oly asszonyokban fordultak elő, akiknek az első császármetszést követő gyermekágyban legalább is csekély hőemelkedések voltak. Lehet, hogy a sebgyógyulásban volt valami zavar, ámbar a hasseb csak egy esetben nem gyógyult per primam, de klinice egyéb külső körülmények is, pl. hólyaghurut, talán okát adják a magasabb hőmérséknek. Egy császármetszés lefolyása teljesen láztalan volt, mégis az ismételt császármetszés alkalmával a csepleszt a fal hashártyával összenöve találtuk. Viszont arra is volt eset, hogy az első császármetszés hőemelkedésekkel gyógyult s mégsem láttunk összenövéseket. Az összenövéseket komplikálja, ha azok a méh tengelyének csavarodásával járnak, mert ezáltal a méh növekedése és tágulása még jobban akadályozva van. Ilyen tengelycsavarodást kétszer észleltünk, egyik esetben méhrepedés következett be. Az összenövés többnyire a sebés helyén támadnak, de az előbb említett horzsolások s egyéb behatások folytán más helyeken is előfordulhatnak. Kilenc eset közül 2-szer az összenövés a méhsebre esett, 1 méhen a lenövést a hátsó falon találtuk, annak ellenére, hogy a metszés elől történt, 2 asszonyban pedig a műtét területen kívül voltak lenövés. Az összenövés leggyakrabban, 7 esetben, a méh és a hasfal között jöttek létre; odanöve találtuk a csepleszt a hasfalhoz 3 esetben, a csepleszt a méhhez 3 esetben, a cseplesz a bélre volt növe 1 esetben. Az összenövés részben szalagosak voltak, részben lapszerintiek. Két méhet több ujjnyi vastag köteggel láttunk a környezethez, belekhez és hasfalhoz rögzítve. A császármetszés megújításakor 9 eset közül 5 alkalommal az összenövés igen erősek és terjedelmesek voltak, úgyhogy nehézséget okoztak a műtétnél, 4 esetben könnyen ment a szétválasztás. A hashártyától fosztott sebfeleket mindig sikerült fedni és az összenövéseket tompán vagy élesen nagyobb sértések nélkül felszabadítani. Ami az extra- és intraperitonealis császármetszések után visszamaradó összenövéseket illeti, kevés az esetünk ahhoz, hogy véleményt mondassunk. Két intraperitonealis császármetszés közül egy esetben találtunk összenövést a hasfal és a méh között. Schauta 1909-ben extraperitonealis császármetszés, Liegner pedig 1920-ban első corporalis, második intraperitonealis cervicalis császármetszés következtében támadt oly erős és kiterjedt összenövésekről számol be, hogy az okozott panaszok miatt abdominalis totalis exstirpációt és a hasfal részleges resectióját kellett végezni.

Az összenövésénél veszélyesebb complicatio az, ha a császármetszés hege újabb terhesség folyamán megtágul vagy szétválk. A méhrepedés a passiv szakaszon végzett császármetszések folytán sokkal ritkábban következik be, mint corporalis császármetszések után, de itt sem vagyunk a veszély ellen biztosítva.

11 és fél év alatt 36 klasszikus conservativ, 2 extraperitonealis és 23 intraperitonealis cervicalis császármetszésünk közül egy klasszikus császármetszést követőleg észleltünk méhrepedést szülés alatt. Az eset a következő: 22 éves II. para, általában szűk, lapos, rachitikus medence, 8-1 cm-nyi conjugata verával. A nagy fej semminemű tendenciát sem mutat a kismedencébe való beigazodásra, azért császármetszés első ízben 1916-ban, *Sänger* szerint. A lepény a mellső falon tapad: metszés a méhtest hátulsó falán. Az élő, érett magzat fejkerülete 37 cm. A gyermekágy öt első napján apró hőemelkedések, a 6., 7. és 10. napon 38-4^o-ig emelkedő láz, a 12. naptól kezdve normalis hő. Sebgyógyulás síma, egészségesen távozik a klinikáról. 1920-ban, 4 és fél év múlva, 3 hónapos terhességgel kerül újból hozzánk, ekkor figyelmeztetjük, hogy időnként ellenőrző vizsgálatra jelentkezzen. Az asszony azonban csak akkor keresi fel a klinikát, amikor már 5 órája szülőfájásai vannak. Méhszáj zárt; a magzat harántfekvésben, szívhangjai hallhatók, az anya érverése kissé szapora. Császármetszéshez készülünk, közben heveny anaemiás tünetek mutatkoznak, a fájások kimaradnak, filiformis pulzus, szapora légzés. Méhrepedést gyanítva fogunk a laparotomiához s a belek között találjuk a kihordott magzatot szív működés nélkül. A lepény részben le volt válvá, részben a jól összehúzódott méh elülső és jobb falán tapad. A hasüregben magzatvízzel hígított nagymennyiségű vér. A méh az előző császármetszés hegének megfelelően végig van repedve, hossz tengelye körül kb. derékszögben jobbra megcsavarodva, elől kb. négy ujjnyi köteggel a hasfalhoz rögzítve. A régi császármetszés hegének alsó zugából vastag köteg húzódik a coecumhoz, ebben a kötegben a mesenterioliumától megfosztott, álhártyákkal fedett, 15 cm hosszú appendixet találjuk. A méhet supravaginalisan amputáljuk; appendektomia, has zárása. A beteg a nagy vérvesztését csakhamar kiheverte s felgyógyult.

Esetünkben a méhrepedést nyilvánvalóan nagyban elősegítette az, hogy a magzat harántul feküdt és így a hosszirányú corporalis heget harántirányban feszítette. Ezen méhrepedésen kívül egy másik asszonyban az első klasszikus császármetszést követő 16 hónapra végzett újabb műtétnél a méh elülső falán széles, fehér heget találtunk, az activ részen kb. ujjhegyet befogadó elvékonyodást. Egy harmadik alkalommal, ugyancsak újabb császármetszés esetében, amely nem nálunk végeztetett, a méh alsó szakasza a következő terhességnél a régi heg mentén igen érzékenynek bizonyult.

*Schroeder*nek 1916-ig 63 hegrepedésre vonatkozó statisztikája szerint az anyai mortalitás 18-96%, a magzati 71-15%. Leggyakrabban jönnek létre repedések a Fritsch-féle fundalis metszés, kevésbé gyakran a hosszanti corporalis metszés hegében. A cervicalis császármetszés legkevésbé fenyeget utólagos repturával. *Schroeder* gyakorisági statisztikája szerint a repedés a klasszikus császármetszés után 1-2% (5000 esetből), a cervicalis császármetszés után 0-3% (700 esetből). A méhrepedés bekövetkezhetik a terhesség alatt, gyakrabban azonban szülés közben. *Schroeder* szerint 43 ruptura közül 14 már a terhesség hetedik hónapján túl következett be. A császármetszés hegének szétválása többnyire a sebszélek tökéletlen összefektetésének és az elégtelen asepsisnek a következménye. Azon méhsebzések, amelyek nem per primam gyógyultak, praedisponálnak repedésre. *Williams* 50 ismételt császármetszés alkalmával eltávolított méhet szövettanilag megvizsgált és a heget még akkor is gyengébbnek találta, amikor a restitutio oly tökéletes volt, hogy heg szövét nem lehetett felismerni (1921). *Hartmann* és *Löschke* görcsövi vizsgálatok alapján úgy találták, hogy a mucosa az öltési csatornába beburjánzik, ami arra int, hogy a varrás át ne öltse a deciduát; a mucosa át nem öltése a méhnyakon nehézséget okozhat. Császármetszéseinknél mindig arra törekszünk, hogy a mucosa és a muscularis között öltünk, nehogy a decidua az izomzat közé növe, a heg tartósságát veszélyeztesse s arra is ügyelünk, hogy az összetartozó rétegek pontosan

egymáshoz kerüljenek. Gyakran a lepénynek a heges részen való tapadása vezet méhrepedéshez. A pete szert a hegen megtelepedni, mert ott a nyálkahártya be szokott húzódni, különösen olyankor, ha nem pontosan egyesült a méh sebe (*Schroeder*).

A császármetszés többszöri megismétlése után az összenövések kiterjedtebbek, a méhrepedés eshetőségei nagyobbak lesznek. Az összenövések a műtétet nehezebbé teszik. Különösen a belősszenövések veszélyesek; valamivel kedvezőbbek a méh—hasfalösszenövések, amelyeket nem is kell szétválasztani. Némelyek ezen hasfali összenövéseket előnyöseknek tartják, mert így a hasüreg elzárva marad. Ez magyarázza azt is, hogy az ismételt császármetszés prognosisa jobb, mint az első. Az anyai mortalitást ismételt császármetszésnél *Hartmann* 3%-ra, *Winter* 1-4%-ra, *Routh* 5-5-6%-ra teszi. Vannak, akik azt állítják, hogy az extraperitonealis császármetszést akárhányszor meg lehet ismétetni. Az összenőtt hashártyát azonban a második műtétnél sértés nélkül letolni nem lehet. Azért mi is *Stoeckel*, *Reusch*, sőt az extraperitonealis eljárás egyik leglelkesebb művelője, *Küstner* nézetén vagyunk, amely szerint az extraperitonealis császármetszés ugyanazon oldalon csak egyszer végezhető el.

Szűkmedencénél a császármetszés megismétlésevel szemben szóbajön az asszony sterilizálása. E kérdésbe az anyai kívánsága is belejátszik. A nézetek e tekintetben igen eltérők. Vannak szülészek, akik az anyától megvonnak minden önrendelkezési jogot és akik nem ismerik el azt, hogy az anyának beleszólása lehessen abba, hogy a császármetszés megismételtessék-e vagy sem. Ezek a sterilizálást teljesen elvetik. Mások viszont túlságosan szabadelvűen fogják fel a kérdést s tisztán az anyai kívánságától teszik azt függővé. A kérdést egyesek szigorúbban, mások enyhébben bírálják el. Messze vezetne, ha e tárgygal foglalkozó szerzők véleményét részletesen ismertetném. Csupán egy-két szaktekintélyre hivatkozom. *Winter* a császármetszés mai eshetőségei mellett szűkmedencénél nem ismeri el a sterilizálás jogosultságát. Szerinte az anyai műtéttel már nem hoz áldozatot gyermekeinek; ennél fogva meg lehet tőle kívánni, hogy annyiszor vesse magát alá a császármetszésnek, ahányszor szükséges. De ha az előző császármetszés hegét elvékonyodottnak látjuk, akkor sterilizálni kell. *Krönig* is a sterilizálás ellen nyilatkozott (1912). Az angol *Ranken Lyle* egy asszonyon hatszor ismételte meg a császármetszést, *W. Fletsher Shaw* hét császármetszés után sterilizált. *Küstner* (1915) azon állásponton van, hogy egy asszonytól általában két császármetszést lehet kívánni. *Hofmeier* (1916), *Döderlein* (1917), *Franqué* (1920) a második császármetszésnél az anyák azon kívánságát, hogy a további fogamzás megakadályoztassék, jogosnak tartják. *Baumm* (1920) és *Williams* (1921) a harmadik császármetszésnél tartják indokoltnak a sterilizálást. Olyan nézet is van (*Flesch*), amely eugenetikai szempontból kívánja a sterilizálást, mert így a rachitikus és osteomalaciás anyák kevésbé értékes utódait akarja kiküszöbölni.

Az I. számú női klinikán azelőtt, amikor csak corporalis császármetszéseket végeztünk, az asszonyokat, ha kérték, a második császármetszésnél sterilizáltuk. Amióta azonban látjuk, hogy a cervicalis császármetszés jól beválik, csak a harmadiknál végezzük a sterilizálást. A meddősitést véleményünk szerint még nem lehet kiküszöbölni és az anyáknak e kérdésbe kell valamelyes belszólást engedni. Az erre vonatkozó indició felállításánál azonban az előrement születeket, az élő gyermekek számát szintén tekintetbe kell venni. Egy asszonytól tulajdonképpen elég lelki bátorság, ha három császármetszésnek aláveti magát. Elvégre az intraperitonealis cervicalis császármetszés, akármilyen egyszerű műtét, mégis csak laparotomia s mint ilyen, bizonyos kockázattal jár. Másrészt a császármetszés megismétlése, bármily pontosan történjék is a méhseb egyesítése s bármily tökéletes technikával és asepsissel dolgozzék is valaki, mégis csak nagy insultus a méhre.

Hogy a császármetszéses heg miképpen fog viselkedni újabb terhesség alatt, az teljesen individualis és előre ki nem számítható. Ennélfogva minél többször ismétljük a császármetszést, annál több ilyen locus minoris resistentiae keletkezik a méhen, amelyek újabb terhesség alatt bajt okozhatnak. Az összenövések e szempontból inkább előnyösek, mert akaratlanul az extraperitonealis dolgozást teszik lehetővé.

Ami végül az ismételt császármetszések kivételét illeti, a klinikán az első császármetszés mindig a méhnyakon, transperitonealisan történik. Ez szűkmedencénél kivétel nélkül keresztül is vihető. A második császármetszés szintén cervicalis intraperitonealis. Ha azonban ez valami okból kivihetetlen, mert pl. a hashártya vagy a hólyag le nem tolató, akkor kényszerűségből másodszor már a méh testét nyitjuk meg. A harmadik császármetszés mindig corporalis, mert együtt jár a sterilizálással. Itt, különösen olyankor, ha az előző császármetszés corporalis volt, a méhrepedés eshetőségeinek csökkentése céljából nem kell bevárni a szülés terminusát, hanem a terhesség végén, amikor a magzatot méhenkívüli életre már képesnek tartjuk, elvégezzük a császármetszést. Ugyanígy jár el *Davis* (1915) és *Baisch* is (1920). A nyak kitágulását sterilizálás előtt nem várjuk meg, a lochia lefolyásáról gondoskodnunk nem kell, mert a méhet supravaginalisan amputáljuk. Sterilizáló műtétnél tiszta esetekben a klinika a méh supravaginalis amputációját tartja a legelőnyösebbnek, fiatalabb egyéneknél a petefészket bennhagyjuk, idősebbeknél azokat is eltávolítjuk. Fertőzésre gyanús esetekben *Porro*-műtétet csinálunk. Egyesek a tuba-sterilizációt, mások a *Porro*-műtétet vagy a tubáknak a lágyéksatornába való extraperitonealis elhelyezését végzik.

14 ismételt császármetszésünk közül 11 esetben sterilizáltuk az anyákat a méh supravaginalis amputációjával, 3 operált asszonynak meghagytuk fogamzó-képességét, ezek egyike most harmadszor terhes. A sterilizáltak közül kilencnél az első császármetszés klasszikus, egynél extraperitonealis, egynél intraperitonealis cervicalis volt. Az utóbbi kettő közül az egyik, előzően extraperitonealisan operált anya III. para, akinek első terhessége perforációval végződött; a második asszony V. para, aki előzően transperitonealis cervicalis császármetszéssel ment keresztül, három magzata halva született, a negyedik terhesség után thrombosisa volt. Azok közül, akiket a második műtétnél sem sterilizáltunk, két anya első ízben klasszikus, másodszor transperitonealis cervicalis császármetszéssel esett át, egy szülőnt pedig mindkét alkalommal transperitonealisan operáltunk a méhnyakon. A sterilizált asszonyok között volt: hat 21–30 éves, három 32–35 éves, két 39–40 éves, 6 secundi-, 3 terti-, 2 quintipara. A sterilizáló műtéti egy-egy élő gyermeke volt 9 anyának, két élő gyermeke volt 1 anyának; az első császármetszéssel világra hozott gyermekek közül 2 a műtét után pár héttel meghalt. Nem volt élő gyermeke egy asszonynak, ez egy III. para, aki először spontán, de halott magzatot szült, az első császármetszéses gyermekét pedig párhetes korában intercurrentis betegségben elvesztette. Ismételt császármetszéssel keresztülment szülőink között volt 7 multipara, közülük 4 spontán is szült, még pedig érett gyermeket 3, kora gyermeket 1 szülő, de az érettek közül csak egy született élve. A rendszer szűlőcsatornán műtéttel szült 4 szűkmedencés terhes: fogóval halott magzatot 1, a halott magzat perforációjával 3 szülő. Az ismételt császármetszést elvégeztük:

I. f. általában szűk, lapos medence miatt	1	terhesen
I. f. egyaránt szűk	1	"
II. f. egyszerűen lapos	1	"
II. f. egyaránt szűk	2	"
II. f. általában szűk, lapos	4	"
II. f. ferdén szűk	1	"
III. f. egyaránt szűk	1	"
III. f. általában szűk, lapos	2	"
IV. f. a kimenetben szűk, coxalgias	1	"

A sterilizálást mindig a szülőnk kívánságára végeztük, sohasem ajánlottuk fel. Legtöbb esetben az anyák kívánságán kívül egyéb okok is indikálták a további fogamzás megakadályozását, így: méhruptura egy secundi-parában, ezenkívül öt secundi-parában kiterjedt összenövések a méh, a belek és a hasfal között, részben a méh tengelycsavarodásával, más esetben élénk érzékenység a méh első császármetszéses hege mentén, két 35–40 éves szülőnkél az ötödik terhesség és a szülőnk kora indokolta a sterilizálást. Az ismételt császármetszések következőképpen gyógyultak: 11 gyermekágyas közül, akiknek méhét supravaginalisan amputáltuk, teljesen simán gyógyult 4, kisebb hőemelkedése volt 3 gyermekágyasnak, a hasseb részéről csekély zavarok voltak 3 operálton, ezek közül egynél bronchitis kiváltotta köhögés is okát adhatta a hasfali complicatióknak, pneumoniát 1 gyermekágyas kapott. A 3 conservativan operált gyermekágyas a legkisebb zavar nélkül épült fel. Műtéti veszteségünk az anyák részéről nem volt. A császármetszéses magzatok közül 1 méhruptura következtében a hasüregben elpusztult, a többi 13 élve jött világra; ez utóbbiakból egy kora magzat műtet után pár órával magzatvízspirálás következtében meghalt, a többi 12 gyermeket egészségesen bocsátottuk el.

A klinika álláspontját összefoglalva az ismételt császármetszésre vonatkozólag következőket kell hangsúlyoznom: A császármetszés mai technikája és fejlettsége mellett három császármetszést egy asszonynon meg lehet csinálni. A harmadik császármetszéssel kapcsolatban a sterilizálás jogosult. E kérdés elbírálásánál tekintetbe kell venni az anya akaratán kívül a megelőző terhességek és az élő gyermekek számát is. A sterilizálást teljesen elvetni addig, amíg a császármetszés mortalitása nagyobb, mint a normalis szülésé, korai lenne. A császármetszés kivitele a passiv szakaszon intraperitonealisan történjék, a harmadiknál ménamputációval egybekötve, corporalisan, nem tiszta esetekben a méhcsont kiszegésével *Porro* szerint.

Irodalom: *Hartmann:* Gyn. Rundschau 1910, 22., 23. sz. — *Munch. m. W.* 1911, 24. sz. — *Henkel:* Munch. m. W. 1912, 40. sz. — *Wenzel:* A szűk medencéről és therapiájukról. 1912. — *Fehland:* Zentrbl. f. Gyn. 1913, 8. sz. — *Radmanow:* Zentrbl. f. Gyn. 1914, 25. sz. — *Kohrbach:* Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1914, 75. köt., 3. sz. — *Küstner:* Zentrbl. f. Gyn. 1914, 10. sz. — *Wolff:* Zentrbl. f. Gyn. 1914, 14. sz. — *Franz:* Zentrbl. f. Gyn. 1915, 23. sz. — *Küstner:* Zentrbl. f. Gyn. 1915, 38. sz. — *Stoeket:* Zentrbl. f. Gyn. 1915, 11. sz. — *Bumm:* Zentrbl. f. Gyn. 1915, 3. sz. — *Nagel:* Berlin. kl. W. 1916, 2. sz. — *Schroeder:* Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1916, 44. köt., 3. sz. — *Fehling:* Munch. m. W. 1916, 29. sz. — *Hojmeyer:* Münch. m. W. 1916, 1. sz. — *Veit:* Berlin. kl. W. 1917, 1. sz. — *Döderlein:* Geburtshilfliche Operationslehre. 1917. — *Reusch:* Zentrbl. f. Gyn. 1917, 40. sz. — *Winter:* Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft. 1918. — *Stoeket:* Archiv. f. Gyn. 1918, 109. köt., 1. 2. sz. — *Walshard:* Archiv f. Gyn. 1919, 111. köt., 1. sz. — *Winter:* Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1919, 50. köt., 2. sz. — *Winter:* Die Indikationen zur künstl. Sterilisierung der Frau. 1920. — *Baisch:* Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1920, 53. köt. — *Baum:* Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1920, 82. köt. — *Martius:* Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1920, 83. köt., 1. sz. — *Lichtenstein:* Archiv f. Gyn. 1920, 112. köt. — *Wenzel:* Orvosi Hetilap 1920, 9. sz. — *Küstner:* Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1920, 53. köt. — *Kehrer:* Zentrbl. f. Gyn. 1921, 21. sz. — *Döderlein-Krönig:* Operative Gynakologie. 1921. — *Opitz:* Zentrbl. f. Gyn. 1921, 36. sz. — *Williams:* Zentrbl. f. Gyn. 1921, 46., 47. sz. — *Liegner:* Zentrbl. f. Gyn. 1921, 20. sz. — *Ranken Lyle:* Zentrbl. f. Gyn. 1922, 20. sz. — *Fletscher Shaw:* Zentrbl. f. Gyn. 1922, 20. sz. — *Martius:* Zentrbl. f. Gyn. 1922, 29. sz. — *Martius:* Münch. m. W. 1922, 9. sz. — *Bogdanovics:* Tizenhat év koeliotomiái. (Kézirat.) 1922.

A Charité poliklinika Röntgen-laboratoriumának (vezető: Bársony Tivadar dr.) és a Munkásbetegsegélyző Pénztár gyomor- és bélosztályának közleménye (vezető: Friedrich László dr.).

Vizsgálatok a gastroduodenalis sondával.

I. közlemény: Az antrum- és fundustartalom egyidejű vizsgálata éhgyomorra.

Írták: Bársony Tivadar dr. és Friedrich László dr.

A duodenalis sonda alkalmazása theoretikus, de újabbban gyakorlati kérdések megoldására mindinkább tágabb teret hódít. Már e sonda segítségével is lehetséges volt a gyomor s a duodenum váladékát külön-külön, de nem egyidőben, hanem egymás után felfogni és vizsgálat tárgyává tenni. Bársony és Egan szerkesztettek egy olyan sondát (gastroduodenalis sonda), melynek segítségével emberen a gyomorbél két különböző helye egyidejűleg könnyen vizsgálat tárgyává tehető. Az a Röntgen-vizsgálattal nyert tapasztalat, hogy hanyattfekvéskor az esetek egy részénél a gyomrot két tasakra osztja a hasüregbe beledomborodó gerincoszlop, felvette annak a lehetőségét, hogy ebben a helyzetben a gastroduodenalis sonda segítségével külön-külön felfoghatjuk az antrum és fundus váladékát és így emberen az antrum és fundus váladékát egymástól eléggé izoláltan egyidejűleg vizsgálat tárgyává tehetjük. Kísérleteinknél oly gyomrokat használhattunk csak fel, melyeknél előzetes Röntgen-vizsgálattal meggyőződünk arról, hogy háton fekvő (megfelelően kissé jobbrafordítva) valóban kettéosztja a gerincoszlop a gyomrot. Hypertoniás kis gyomrok nem voltak alkalmasak a vizsgálatra, mert ezek úgy helyezkednek el, hogy az antrum a gerinc tetejére kerül, kettéosztottság nem jön létre.

Vizsgálataink első sorozatát éhomra végeztük, érteve ez alatt, hogy a vizsgált egyének 12 órával a vizsgálat megejtése előtt vettek mogukhoz utoljára táplálékot. A gastroduodenalis sondát *Jutte* principiuma szerint mandrinnal látva el, a sondát minden esetben igen gyorsan sikerült a gyomorba juttatni. A mandrin eltávolítása után trochoskopon, hanyattfekve végeztük a vizsgálatot, oly módon, hogy Röntgen-controll alatt a gerincoszlop jobb oldalára juttattuk a sonda duodenalis oliváját, ugyanakkor a gastralis oliva a gerinc bal oldalára került. Most negyedórás időközökben körülbelül 10 cm³ váladékot aspiráltunk. (Voltak esetek, melyeknél egy-egy szívásnál csak néhány cm³ váladékot sikerült nyerni, vagy egyáltalában semmit.) A vizsgálat befejezésekor contrastanyag befecskendezésével győződünk meg arról, hogy a gerincoszlop a gyomrot valóban két tasakra osztotta s hogy az antrumban volt a duodenalis és a fundus-zsákban a gastralis oliva.

Vizsgálatra olyan gyomorpanaszos egyének kerültek, kiknél az előzőleg megejtett teljes klinikai és Röntgen-vizsgálat nem szolgáltatott támpontot organikus megbetegedés felvételére. A vizsgálat általában 1/4–2/3 óráig tartott. Súlyt helyeztünk arra, hogy a beteg a nyálát állandóan kiköpje, mert a lenyelt nyál befolyásolja a gyomornedv fermenttartalmát és chemismusát. Azokban az esetekben, melyekben a sonda vezetése erős öklöndözést váltott ki, bő váladékot nyertünk; mikor az öklöndözés megszűnt, a váladék mennyisége is csökkent.

A nyert váladék feldolgozásmódja a következő volt:¹

A gyomortartalom színének megállapítása után minden egyes portióban meghatároztuk a szabad sót, savat, összaciditást, H-ionconcentrációt, a pepsint, trypsint és diastaset. A savmeghatározáshoz 1:10 n. NaOH-oldatot használtunk s a Töppfer-féle reagens segítségével titráltunk, a H-ionconcentrációt a Michaelis-féle indicator-sorral mértük, részben pedig a Shol és King ajánlotta eljárás alapján, mely módszert egyikünk

a Michaelis-módszernél egyszerűbbnek és éppoly megbízhatónak talált. (Friedrich.) A pepsint Fuld-Lewison edestin-módszerével, a trypsint Fuld-Gross-féle egyórás caseinpróbával, a diastaset a Wohlgemuth-féle félórás módszerrel határoztuk meg a nem hígított nedvben. Csak oly esetekben, hol már előzőleg magas fermenttartalmat supponáltunk, hígítottuk a nedvet 1:10 arányban. A kiköpött nyál H-ionconcentrációját és diastasetartalmát is minden esetben megvizsgáltuk.

Vizsgálatainkból kiderült először az, hogy az esetek egy részében valóban kettéosztja a gerincoszlop a gyomrot: az antrum és fundus váladéka egymással legtöbbször alig keveredik, a szívás útján külön nyert váladékok egymástól rendesen jelentékenyen különböztek. A fundus váladékát a kiköpés ellenére is lenyelt kevés nyál kis mértékben, az antrum váladékát az esetenként regurgitáló duodenaltartalom jelentékenyen módosította. A fundusba került lenyelt nyál szerepére más helyen kívánunk rámutatni, itt csak az antrumba jutott duodenalis tartalommal kívánunk röviden foglalkozni. Minden oly esetben, melyben az előző napon megejtett Röntgen-vizsgálat nyitott pylorust mutatott, regurgitatio jött létre az antrumban; ugyanakkor a fundusban nyomát sem lehetett találni a regurgitációnak. Az antrumban talált regurgitatio részben epés elszíneződésben, részben pankreasfermentumok megjelenésében állott. Például szolgáljon erre vonatkozólag eseteink közül az 1. számú táblázaton feltüntetett eset. A regurgitatio egyik okát a pylorus nyitottságában, másik okát abban láttuk, hogy hanyattfekvésnél a duodenum alsó harántszára a hasüregbe benyomuló gerincen lovagol, e miatt e helyen egy functionalis szűkület jön létre, épp úgy, mint a fentemlített módon a gyomron is. Ez a functionalis szűkület a duodenum tartalmának a pangását, a nyitott pyloruson át könnyű regurgitálását hozza létre. Olyan esetekben, mikor az előzetes Röntgen-vizsgálat zárt pylorust mutatott, nem volt regurgitatio az antrumban sem, vagy csak kezdetben a levezetéssel együttjáró öklöndözés után. Például szolgáljon erre a 2. számú táblázaton mellékelt eset.

I. táblázat.

K. Károly.

Próbareggeli: 15–20.

Röntgen: a bulbus duodeni spontán, azonnal telődik: a pylorus nyitott.

	Idő	Szín	Ph	HCl	Össz-acid.	Pepsin	Diast.	Trips.
Antrum	1/4 óra	sárga	8	0	10	0	1000	0
	1/2 óra	"	8'15	0	10	0	1000	64
	3/4 óra	"	6'15	0	10	0	1000	16
Fundus	1/4 óra	fehér	7'7	0	15	32	1000	0
	1/2 óra	"	1'9	16	36	32	0	0
	3/4 óra	"	2'0	15	40	32	0	0

1. Nyitott pylorus. Regurgitatio az antrumban, melynek jele az epés elszíneződés és a pankreas-fermentumok jelenléte; a fundusban regurgitatio nincs, az első portio diast.-értékét a lenyelt nyál ptyalinja adja.

2. Az antrumban HCl és pepsin nincs, a fundusban jelentékeny HCl- és pepsin-értékek.

Vizsgálataink második része arra vonatkozik, hogy az antrum és a fundus praktikusán izolált váladékainak milyen a chemismusa. Általánosan ismeretes, hogy üres gyomornál sósav-pepsin-hiánytól a magas sósav-pepsin-értékekig minden fokozat előfordulhat. Amit mi a gastroduodenalis sondával nyert vizsgálatainkból hozzáfűzhetünk, az az, hogy egy üres gyomornál az antrum és fundus egyidejűleg vizsgált sósav-pepsin-értékei nagyjában megegyezők. Ha azonban bennhagyjuk a gastroduodenalis sondát és fractionált vizsgálatot végzünk, akkor az antrum és fundus értékei

¹ A chemiai vizsgálatokat Vass B. tanár úr szíveségéből a székesfővárosi bakteriológiai és hygieniai osztályban végeztük.

rendesen divergálnak. Üres gyomornál is emelkedő görbéje van a sósav-pepsin-értékeknek, éppúgy, mint próbareggeli után, körülbelül $\frac{3}{4}$ óra múlva kapjuk a legnagyobb értékeket, azután fokozatosan ismét csökkennek az értékek. A gastroduodenalis sondával nyert vizsgálatoknál azt találtuk, hogy egy gyomornál az egyidejűleg külön felfogott antrum- és fundustartalom sósav- és pepsin-értéke csak az esetek kis részében halad párhuzamosan.

II. táblázat.

R. K.

Próbareggeli: 40—60.

Röntgen: bulbus duodeni hosszas massage után sem tölthető: a pylorus zárt.

	Idő	Szín	Ph	HCl	Össz-acid.	Pepsin	Diast.	Trips.
Antrum	1/4 óra	színtelen	3	1	15	32	0	0
	1/2 óra	"	2	20	25	64	0	0
	3/4 óra	"	1'6	24	44	32	0	0
	1 óra	"	1'9	15	30	32	0	0
Fundus	1/4 óra	színtelen	6'1	0	8	32	32	0
	1/2 óra	"	—	3	10	16	0	0
	3/4 óra	"	3'4	6	10	16	0	0

1. Zárt pylorus, regurgitatio nincs (színtelen, pankreas-fermentumok nincsenek; a fundus első diast.-értékét a lenyelt nyál ptyalinja adja).

2. Az antrum sav- és pepsin-értékei magasabbak, mint a funduséi.

Néhány esetben azt találtuk, hogy a fundus és antrum értékei között nagyobb eltérés nem volt. Erre vonatkozó például szolgáljon a 3. számú táblázaton feltüntetett esetünk. Rendesen az antrum értékei nagyobbak voltak (2. táblázat); az antrum savértékei csökkentek azokban az esetekben, melyekben a pylorus nyitott volt, amelyekben emiatt jelentékeny regurgitatio jött létre. (L. I. ábrázat.)

III. táblázat.

V. Anna.

Próbareggeli: 34—66.

Röntgen: a bulbus spontán nem telődik, nyomásra is alig

	Idő	Szín	Ph	HCl	Össz-acid.	Pepsin	Diast.	Trips.
Antrum	1/4 óra	színtelen	6'5	0	18	32	64	0
	1/2 óra	"	3'2	2	22	32	0	0
	3/4 óra	"	3	3	28	16	0	0
	1 óra	sárgás	6'6	0	14	16	0	0
Fundus	1/4 óra	színtelen	8	0	7	—	64	0
	1/2 óra	"	4'6	0	10	—	0	0
	3/4 óra	"	3'2	3	30	16	0	0
	1 óra	"	2'9	7	22	16	0	0

Az 1 órás antrumnál kistökű regurgitatio, emiatt kissé sárgás és csökkent az aciditása.

A physiologia tanítása szerint az antrum savtartalma sokkal kisebb, mint a fundusé; hogy mi az esetek egy részében az állatkísérletek adataival ellenkező eredményre jutottunk, azt annak tulajdonítjuk, hogy mi üres gyomornál, „Dauersonda“-val végeztük vizsgálatunkat. Ennek a sondának a mechanikus izgalma hozta létre a savkiválasztást; a mechanikus ingerre vonatkozólag pedig az állatkísérletekből tudjuk, hogy a fundus nyálkahártyája erre nem reagál sav- elválasztással, míg az antrumé igen.

A pepsin-értékek rendesen a savértékekkel párhuzamosan haladtak.

Megfelelő fektetéssel az esetek egy részében a gyomrot két részre osztja a hasüregbe bedomborodó gerincoszlop. A két rész (antrum és fundus) váladéka a gastroduodenalis sondával külön vizsgálat tárgyává tehető. Az antrum és fundus váladéka rendesen különböz. Nyitott pylorusnál jelentékeny duodenumtartalom regurgitál az antrumba, ezt elősegíti a duodenum alsó haránt szárának az az összenyomtatása, melyet a hasüregbe bedomborodó gerincoszlop hoz létre. A sav- és pepsintartalom rendesen nagyobb az antrumban, ahol az antrumban regurgitatio van, ott az antrum savértékei kisebbek.

Irodalom: Bársony és Egan: Die Gastroduodenalsonde. Münch. med. Woch. 1922. — Friedrich: Orvosi Hetilap 1923, 6. szám. — Michaelis: Zeitschrift d. Ges. Exp. Med. 1922. — Wohlgenuth: Grundriss der Fermentmethoden.

„A vértransfusio hatásáról acut és chronikus vérzések esetén.“

(Megjegyzések Khoór Ödön fenti című közleményéhez. Orvosi Hetilap 1923, 46. sz.)

Írta: Vágó Árpád dr.

A vértömlesztések nagy irodalmában is ritka jelenség olyan közlemény, mely azt állítja, hogy a vértransfusio még kellően megválasztott esetekben is sikertelen, sőt a vérpótlás szempontjából egyenesen káros hatású. Khoór fenti közleményében az idetartozó ismert ténybeli adatok nagy tömegével szemben könnyen megcáfolható ellenérveket hoz fel, melyek különösen ugyanezen kérdéssel foglalkozó, az Orvosi Hetilapban és a Zentralbl. f. Gyn.-ban három éve megjelent közleményeimmel polemizálnak.

Az a kifogás, hogy közölt eseteimben a transfusiót megelőző vércépletek hiányzanak, könnyen megdől említett közleményeim pontos átolvasása után (Orv. Hetilap 1920. 43. sz.), amennyiben az összehasonlítással szolgáló alapvércéletek mindenütt megvannak, kivéve a német közlemény egyes leleteit, melyek helyszűke miatt maradtak ki.

Másik ellenvetését illetően, elemi tudnivaló az, hogy a festődési index nagyságából egyedül egy tudományos közlemény értékére következtetni már azért sem lehet, mert a festődési index egyik tényezőjének, a haemoglobin-percentuációnak meghatározására szolgáló kolorimetriás módszer (Gowers, Sahli készüléke) nagyon subjectiv értékű és általában 8—10% hibával dolgozik. Ezért nem vehető komoly érvnek 1·0-hez igen közelálló festődési indexeknél Khoór azon állítása sem, hogy 1·0 feletti festődési index csak perniciosus anaemiánál található. Így pl. Nägeli (Blutkrankheiten und Blutdiagnostik, 135. oldal 28. sor) szerint egynél magasabb festődési indexet találhatunk gyakran nagy anaemiáknál, 1 millió aluli vörösvérsejtszámmal, sőt Türkkel ellentétben még 2 millió felüli vörösvérsejtszámmal is gyakorta. Ezenfelül többek között Gött (Münch. med. Woch. 1906. 2291. oldal) és Brettscheider (ugyanott 1907. 32. szám) neurastheniánál, Neubauer és Stäubli (ugyanott 1906.) choleraszerű esetekben írtak le magas festődési indexet, nemcsak anaemia perniciosánál. Tehát az 1·0 feletti festődési index egyáltalában nem zárja ki a posthaemorrhagiás anaemiát, annál kevésbbé, mert az átömlesztésre használt szabad hasüri vér folyadék saját és mások (Schweitzer) tapasztalatai szerint is mindig tartalmaz oldott haemoglobint is, amely a májban megkötötven, haemoglobinuriát nem okoz, de a festődési indexet emeli.

A leírtak alapján nem tulajdonítható nagyobb jelentőség Khoór ezzel ellenkező megállapításának, annál kevésbbé, mert a közleményében maga is közöl egynél magasabb festődési indexet és csupán megemlítem, hogy többi festődési indexeit utána számítva, azok közt igen sok egyszerű számítási hibát találtam

(helyenként 0.06-al kisebb indexet mutat ki a valóságosnál). A festődési index apró ingadozásaiból oly messzemenő következtetéseket vonni egyáltalán nem lehet, mint azt *Khoór* is teszi.

Ebből erednek olyan állítások, hogy pl. a transfusio után töle is észlelt „magasbb haemoglobinszám és vörösvértestszámában nyilvánuló javulás csupán a műtét (laparotomia) eredménye”, míg a betegek kipirulása, érverésük telődése stb., amely tünetek számtalan neves szerző (*Bumm, Döderlein (Scholten), Thies, Lichtenstein, Töpler* és mások) adatai szerint az egész reconvalescentiát végigkísérik, „csupán a Trendelenburg-fektetés és aethernarcosis múltó következményei”. *Khoór* tagadja a reinfusio jó hatását a vérregeneratio szempontjából is, holott eszaka vércépletei, melyekből a csontvelő regeneratio működését szemléltető fehérvérsejtszámok és a vérelemezkek adatai hiányoznak ugyan, mégis állításával ellentétben az élénk csontvelőműködés szöveti jellegét (anisocytosis, polychromatophilia, magas vörösvérsejtek stb.) mutatják.

Az átömlesztett vér további sorsát illetőleg *Hotz, Coenen* és másokkal egyező tapasztalatainkon kívül újabb vizsgálatok is kimutatták, hogy a transfundált vörösvértestek 1–2 hónapig is élhetnek. Többek között *Fredrik Jerwell* mutatta ki *Ashby* módszerével, hogy az átömlesztett vörösvértestek csak három hét múlva kezdenek fogyni, de ekkor már a vérregeneratio régen megindult.

Ezek után álláspontunk továbbra is az marad, hogy a vérátömlesztést szigorú javallatra, az arra szoruló, igen súlyos esetekben, természetesen pontos technikával, továbbra is alkalmazni fogjuk. A transfusio káros következményei a gyors serologiai előzetes vizsgálat és szigorú asepsis segélyével kiküszöbölhetők, ilyeneket azonban saját vér visszaömlesztésénél egyszer sem, még láz alakjában sem láttunk, szemben *Khoór* 5–6 napos igen magas lázas állapotaival.

KLINIKAI ELŐADÁS.

Fogbetegségek okozta csonthártyalobok és csontvelőlobok az állcsontokon.

Tartotta: Szabó József dr. egyet. ny. r. tanár, 1923 nov. 17-én.

A fog betegségei: a fog szuvasodása okozta fogbélbetegségek, a fogbél nekrosisa, gangraenája okából támadó és fertőzőes gyökéshártyabántalmak (periodontitis) csak ritkán illetik csupán a gyökésűcsal szomszédos (periapicalis) szöveteket, hanem legtöbbször, és pedig továbbvezetés útján reaterjednek az arc csontjaira és okai csonthártyaloboknak, csontvelőlobosodásnak. Ezek klinikai megjelenésük, lefolyásuk szerint egyszer inkább heveny, máskor idült jellegűek.

A heveny csonthártyalobok kezdetén a beteg fog csúcsa körül, a fogmeder külső falán rendszerint facialisan, de esetleg oralisan, nyomásra kifejezett érzékenység, fájdalom mutatkozik, jeléül annak, hogy most már a betegség nemcsak a gyökéshártyát, de a fogmedrek külső csonthártyáját is illeti. A fog ilyenkor nyomásra, kopogtatásra rendszerint érzékeny, a betegnek fájdalmi támadnak, melyek esetleg egyszerre nagy hevességgel jelentkeznek, máskor csak lassanként fokozódnak, esetleg a tűrhetelenségig is, különösen fekvéskor az ágy melegében. Ilyenkor még sokszor alkalmas beavatkozásra, a fogkezelésre (gyökésatornák kezelésére stb.) a lob visszafejlődhet, de ezt előre megmondani biztossággal nem tudjuk; sokszor a heveny lob nagyobb területekre terjed szét és genyes lesz. Az a tapasztalattunk, hogy ha az első pillanattól kezdve rendkívül heves tünetek uralják a kórképet, akkor a lob tovaterjedésére el lehetünk készülvén. A kórismét megállapítanunk, a betegség okát fellelnünk sokszor könnyű, ha a beteg pontosan megjelölheti a fájdalmas területet és ha ott a

gyökéshártyalob jelenségeit megtaláljuk akár egy már kezelt (megtömött), vagy nem kezelt, de szuvas fogon. Máskor a beteg fájdalmi kisugárzóak, pontosan megjelölni a betegség helyét a beteg nem is képes, esetleg csupán annyit mond, hogy melyik arcfelén vannak fájdalmi, de néha még azt sem tudja megjelölni, vajjon az alsó vagy a felső fogsora mellől sugározni ki fájdalmi. Ilyenkor már nehezebb lesz a dolgunk, különösen ha a fog szuvasodása annak nehezen hozzáférhető felületén (approximalis felületek) van, vagy ha külsőleg ép fogak periapicalis szöveiteiben támadt a csonthártyalobot kiváltó ok (pl. régen elszenvedett ütésre — melyre a beteg nem is emlékszik már — támadt a fogbél elhalása, gangraenája, gyökéshártyalob stb.) és a fogakon gyökéshártyalobos jelenségek alig, vagy esetleg több szomszédos fogon egyszerre mutatkoznak (kopogtatásra érzékenység, fájdalom). Ily esetekben jó szolgálatot tehet a fogaknak elektromos vizsgálata (*Fuit-féle eljárás*), vagy a fogak Röntgen-vizsgálata. A heveny csonthártyalobok gyógykezelése oki: a fog betegségét kell gyógyítanunk esetleg sebészi beavatkozással is (gyökésűcsresectiók stb.), ha a fogat meg akarjuk tartani, vagy a beteg fogat kell eltávolítanunk, ha annak megtartása más szempontokból nem okvetlenül szükséges (különösen hátsó többgyökerű fogakat). E mellett a szokásos lobellenes eljárások (*Bier* stb.) hasznosak.

E szoruló lobosodások sokszor és igen hamar a csonthártya nagyobb területén heveny genyes csonthártyalobokká fejlődhetnek (*periostitis ac. purulenta*), máskor a betegség első pillanatától fogva mint ilyenek mutatkoznak, ismét máskor idült csonthártyalobok kiújulásai. Ha a periapicalis szövetekből a lobtermék, a geny, áttörve a fogmeder külső csontlemezt, a csonthártya alá jut, esetleg azt is áttöri és a nyálkahártya alatt helyezkedik el (*parulis*), akkor még aránylag szerencsésnek mondhatjuk a betegség lefolyását, mert a parulis csakhamar felfakad és a genynek szabad útja van a szájba. Ilyenkor rendszerint nem is kísérik a lefolyást túlságosan heves fájdalmak és kiterjedt tünetek. Ha a folyamat kiterjedtebb, akkor a környező lágyrészek, arc, ajkak erősebb megduzzadása, oedemája, szájjár, rázóhideg rendes kísérő tünetei a betegségnek. Ha a lobtermék a csonthártya alatt marad, azon nem törik át, hanem nagyobb területen leválasztja a csonthártyát a csonttól, a kísérő tünetek is sokkal fenyegetőbbek: a csonthártyát feszítő nyomás rendkívül nagy fájdalmakat okoz, a lágyrészek beszűródése kiterjedtebb. A felső állcsonton az arc esetleg bedagad, megduzzadnak a szemhéjak is, úgy, hogy a szem egészen fedett, az alsó állcsonton a duzzanat lehúzódnak a nyakra is. A beteg magas lázak (39 fokon felül) nyugtalanítják. Ezek a heveny csonthártyalobosodások rendszerint és legkiterjedtebben a felső és alsó állcsonton is a fogmeder facialis falán folynak le és a genyes lobtermék a fogmeder facialis csontfalát töri át, mert az állcsontokon a csontok facialis falai rendszerint vékonyabbak, mint az oralisak és a fogak csúcsai is közelebb esnek az arc csontok facialis, mint oralis falaihoz. De elég gyakran pl. felső állcsonton lefolyhatnak ilyen csonthártyagyulladások a csont oralis falán is és támadhatnak tályogok pl. a kemény szájpadráson. Ezek a tályogok leggyakrabban a felső oldalsó metszők, ritkábban a szemfogak, kis őrlőfogak betegségeihez csatlakoznak, de nemritkán a nagy őrlők lingualis gyökésűcsai fölött keletkező gyökéshártyalobokhoz. A legtöbb esetben azonban a lobtermék a fogmeder facialis falán jut át, esetleg áttöri a csonthártyát is, fepúposítja a nyálkahártyát és egész felületesen az íny alatt mutatkozik a tályog (*absc. submucosus*), de a geny esetleg az átmeneti redő felett jut át a csonton és csonthártyán és a lágyrészek

szövetrései közt haladva (izmok, inak mentén) esetleg az arcon, a bőr alatti kötőszövetben gyűlik meg. Ilyenkor már az imént még nagykiterjedésű duzzanatok, oedemák az arcon valamelyest visszafejlődtek és jól kitapintható a bőr felületét megközelítő tályog. Vannak esetek, amikor a genyes csonthártyalobok lefolyása a leirtaktól eltérő és a csont felszínén kúszva a lob a halántéktájr, az agyalapra, máskor a szájfénéken, ismét máskor a nyakon mellfelé terjed.

A lobtermék kiürülésével a heveny tünetek visszafejlődnek, a láz esetleg teljesen megszűnik, az oedemák eltűnnek és esetleg kisebbfokú lágyrészduzzanatok jelzik csupán a lefolyt betegséget. Néha, különösen ha a fog kellő kezelésben nem részesül, ha el nem távolított, a lobosodás gyakran újra kiújul vagy idültté válik, vagy esetleg folyton megújuló genyes sipolyok maradnak az ínyn, a bőrön. Megesik, hogy a betegség folyamán a fertőző hatás általános lesz, sepsis támad, mely esetleg rövidebb-hosszabb idő múlva a beteg halálát okozhatja. A pyogen fertőzés útja ily esetekben is *vivóerek*, és pedig rendszerint a *facialis vénák*, a szemüreg felé és innen a kemény agyburkok *vivóereibe*, a *plexus pterygoideus* útján közvetlen a sinus cavernosusba, a *vena jugularis interna* révén a sinus sigmoideusba. De ezek aránylag ritka szövödmények, a megfelelő gyógykezelésre rendszerint gyors és teljes a gyógyulás.

A periostitis ac. purulenta gyógykezelése legyen mindig kauzális. Legelőször is keressük meg a betegséget okozó beteg fogat és távolítsuk azt el. Ezzel egyszermind igen sokszor a lobterméknek is szabad lefolyást biztosítunk az üres fogmedren át, akkor, ha a geny a parodontális szövetekben is meggyűlt. Egyszer már erélyesen állást kell foglalnunk orvosok körében is elterjedt az ellen a „babona“ ellen, hogy dagadt arc mellett fogat húzni nem szabad és a fog eltávolításával, esetleg kezelésével addig várjunk, amikor már a betegség tulajdonképpen lefolyt. Le kell hogy rögzítsük, hogy semmiféle ellenjavallatát a foghúzásoknak és a kauzális terápiának bármily kiterjedt csonthártyalobok kapcsán, lágyrészdaganatok mellett nem látjuk. Természetesen, ha esetleg a fog eltávolításával a genyet leveztelnünk nem sikerül, akkor azt fel kell keresnünk a fogmeder külső vagy belső falán, az átmeneti redőben vagy a felett, esetleg a szájpadráson, a peritonsillaris kötőszövetekben, a szájfénéken, vagy a bőrön, az arcon, a nyakon és széles feltárásokkal kell a genynek utat nyitnunk. Tartsuk szem előtt hogy a betegség lefolyásában minél hamarabb sikerül ez, annál kevésbé fenyegeti betegünket az általános fertőzés veszélye. Nem várunk tehát arra, hogy a geny megközelítse a felületet, hogy kényelmesebben elérhető legyen, de a heves csonthártyalotünetek beköszönte után már 24 óra elteltével széles feltárásokkal nyitunk utat az esetleg még a lágyrészek mélyében székelő genynek. Ha lehetséges, ezt a sebészi feltárást vezetéssel érzéstelenítésben végezzük, de legtöbbször aethilchlorid- vagy aetherbódulatban. Különösen ha nem élesen körülírt a tályog és a lobosodás diffuse szélesen elterül, nagy óvatossággal használjuk a vezetéssel érzéstelenítést. Lobos területeken és azokon át sohase vezessük a fecskendő tűjét, mert oly mély területekre vihetjük esetleg a fertőzést, amelyek különben a fertőzéstől még mentesek és ez súlyos következményű a betegre. A vezetéssel érzéstelenítést csak szigorú orvosi kritikával és csak az alkalmazza, aki annak technikájában is kellő gyakorlattal rendelkezik.

Ha különös okokból néha a csonthártyalobot okozó fogat meg akarjuk tartani, akkor a fogat kellő specialis kezelésbe vesszük (fog lékelése, gyökcsatornák áttisztítása, tömések eltávolítása stb.) és a csonthártyalob lezajlása után fejezzük azt csupán be (periapicalis fertőző góc evacuálása, gyökcsúcsresectiók stb.).

Néha az ilyen dentális csonthártyalobok oly kiterjedt és nagymértékű kötőszövetlobokkal szövődnek, melyeket joggal nevezhetünk *phlegmonés* jellegűeknek (*Perthes perimaxillaris phlegmone*). Minthogy ezek szemmel láthatóan keletkezésük első pillanatától kezdve nagy területeket illetnek és a leghevesebb klinikai tünetek közt folynak le, úgy tetszik, hogy különleges fertőzésekből támadnak vagy azokat különösen virulens mikroorganizmusok okozzák. Ezek a perimaxillaris phlegmonék támadhatnak az állcsontok bármely területén, de mégis leggyakrabban mutatkoznak a fossa pterygopalatina környékén (*retromaxillaris phlegmone*), az áll alatt (*submaxillaris phlegmone*) és elég gyakran a szájfénéken. A tünetek már kezdetben igen hevesek: hidegrázással kezdődő magas lázak, a tűrhetetlen fájdalom, a korán mutatkozó szájjár, a lágyrészek gyorsan fejlődő és nagyterületű, néha deszkakemény beszűrődése stb. E helyi tünetekhez igen sokszor általános sepsis tünetei csatlakoznak.

E súlyos esetekben a beteg fog felkeresése és eltávolítása után vagy azzal egyidejűleg igyekezzünk már igen korán mély feltárásokkal a bőr felől, esetleg a száj felől is a genynek szabad lefolyást biztosítani, de még ekkor is, ha esetleg tályogra akadunk, a gyógyulás nem feltétlen biztos, mert a szövetelemek közt a lob oly gyorsasággal halad előre és terjed szét, hogy nem ritkán az általános sepsisnek betegünk áldozatul esik.

Heveny csonthártyalobokat nemcsak a fog esúsa körül fertőző hatásokra támadt lobok okozhatnak, hanem igen gyakran körülmények, melyek a III. alsó nagyórló előtörésével kapcsolatosak és amelyeket *dentitio difficilis* III. mol. inf. néven szokás összegezni. Sokszor megesik ugyanis, hogy a III. alsó nagyórló koronájának előtörésével nem húzódik le az íny az előtörő fog koronájáról, hanem azt hosszabb időn át nagyrészt borítja és a fog és az íny között mélyedés, *tasak* támad. Ebbe a tasakba beszorult ételpép bomlik, rothad és az ínytasak belső felületén fekélyek támadnak, majd a környező lágyrészek is lobosokká lesznek és ez a lob terjed aztán rá a fog gyökere mellett kúszva az állkapocs csonthártályájára. Az így támadó és az állkapocs szögletét borító csonthártalya lobosodását már igen korán jelzi a *szájjár*, melyet leggyakrabban a szomszédos musc. masseter beszűrődése okoz. Már a betegség kezdetén fájdalmak gyötrik betegünket, csakhamar beteg oldalán rágni nem tud, az esetleg fokozódó szájjár miatt a száj tisztántartása szenved és sokszor csak hamar kifejezett szájbűz (foetor ex ore) mutatkozik. Az állkapocs alatti nyirokmirigyek beszűrődnek, megduzzadnak, nyomásra fájdalmasak lesznek, az állkapocs mentén, de különösen az állkapocs szöglettáján nagyobb területen esetleg nagy mértékben duzzadnak meg az arc lágyrészei. A száj felé a fog mellől, a tasak alól csakhamar geny ürül, de néha, és nem is ritkán, tályog támad a bőr alatt is az állkapocs szöglettáján, amikor már csaknem mindig lázas a beteg. A betegség oly gyakori, hogy a leírt tüneteket látva (diffus duzzanat az állkapocs-szögletek táján, szájjár, láz, szájbűz, megfelelő mirigyek beszűrődése az állkapocs alatti háromszögben) 18–22 éves korban, a III. nagyórlók előtörése idején, mindig és elsősorban az alsó III. nagyórlók előtörésével kapcsolatos körülményekre gondoljunk.

A betegség kezdetén esetleg a fog koronáját borító íny kiirtására és így a tasakok megszüntetésére néha teljes a gyógyulás, máskor pedig, különösen ha a csonthártyalob már nagyobb területet illet, esetleg rövidebb-hosszabb ideig tartó javulás mutatkozik, de nagyon gyakori a visszaesés és a lob kiújulása. Ilyen esetekben és a lobosodás előrehaladottabb szakaszaiban a

csonthártyalobot okozó III. alsó nagyörlőt, amely ilyenkor természetesen külsőleg ép, nem szuvas, el kell távolítanunk és ha ezzel a geny az üres fogmedren át nem ürülne ki, akkor az esetlegesen másutt helyet foglaló tályogot kell, és pedig rendszerint nem a száj, hanem a bőr felől feltárnunk, amire a heveny tünetek csakhamar visszafejlődnek. Nagyon gyakran a heveny tünetek lezajlása után is visszamarad bizonyos mértékű *szájjár*, amely rendszeres és esetleg hosszú időn át tartó tágitásokra (faékek, csavarok stb.) oldódik csupán.

Ugyanazok a hatások, melyek az állcsontokon egyszer a leírt csonthártyalobokat okozzák, ugyanazok máskor ugyanitt kifejezett *csontvelőlobosodások* (*osteomyelitis*) okai. A betegség első pillanatától kezdve súlyos heveny lob tünetei uralják a klinikai képet: a lágyszövetek nagyfokú és gyorsan fejlődő duzzanata, azok phlegmonosus kiterjedt lobosodása, bő lobtermék, heves fájdalom, magas láz. A heveny osteomyelitis rendszerint igen hamar az állcsontok kisebb-nagyobb területeinek *elhalását* okozza, máskor a heveny tünetek visszafejlődnek és, különösen kellő kezelés híján, *idült* lobtünetek mellett bőven genyedő *sipolyok* támadnak a nyálkahártyán, a bőrön. A lobosodás nyomán rendszerint az állcsontok fogmedernyúlványa hal el kisebb-nagyobb területen, az a fogmederrészlet, amely a lobosodást okozó beteg fogat veszi körül, máskor több kisebb-nagyobb *sequester* támad különösen az idült lob lefolyása alatt, de néha elhal nagyobb területeken is, különösen az alsó állcsonton a csont teste is, sőt esetleg az egész csont.

A dentalis osteomyelitis kezelése sebészi: a beteg góccokat szélesen feltárjuk, a sequestereket rendszerint a száj felől, de sokszor idült folyamatok mellett a bőr felől távolítjuk el.

Idült lobok nyomai az állcsontok csonthártyaiban a fogbetegségek következményeképp gyakran mutatkoznak, és pedig legtöbbször a fogmeder facialis, ritkábban oralis falán, ott, ahol a heveny lobok is rendszeresen jelentkeznek, mindig fogszuvasodás, fogbélbetegség következményeképp, gyökérhártyalobosodás kapcsán. Ezek az idült lobok rendszerint heveny lobokból támadnak, de nem ritkán anélkül is és legtöbbször a beteg fog medrére szorítkoznak, máskor pedig több szomszédos fog medrére is reáterjednek és a beteg góctól messze eső területek is megbetegednek. Subjective alig adnak panaszra okot, néha-néha mutatkozik csak fájdalom, különösen ha a beteg fogat nyomás éri, úgyhogy a beteg oldal rágásra alig használható. Objective a beteg területeken a csonthártya élesen körülírtan megvastagodott, keménytapintatú, nyomásra érzékeny.

A gyökérhártya idült proliferációs lobosodásai (periodontitis chron. hypertrophica, granuloma stb.) tulajdonképpen idült *granuláló ostitis* és nem is szorítkoznak a periapicalis szövetekre, hanem kiterjedten illethetik a fogmedernyúlványt, a csontot és azt nagy területen pusztíthatják el. A lobtermék, a geny legtöbbször a beteg fog közvetlen környékén, a szájban az ilyen és itt is a fogmeder facialis falán, ritkábban a szájpadráson, a fogmeder oralis falán tör át, de nem is oly ritkán kanyargós és hosszú sipolyjártatot tör a sarjszövet és messze a betegség fészektől a *bőrön* jelenik meg. A dentalis arc-sipolyok típusos helyei: az *állcsúcs*, ha az elülső fogak betegségeiből, az *állkapocs vízszintes ágának mellső harmada*, ha az alsó szemfog vagy I. kisörlő, a *m. masseter mellső szélének tapadása*, ha az alsó II. kis- és I. nagyörlő, az *állkapocsszöglet*, ha az alsó II.

de különösen III. nagyörlő, a *sulcus nasolabialis valamelyik pontja*, ha a felső oldalsó metsző- vagy szemfog, a *belső szemzúg*, ha a felső szemfog, az *arc közepe* a járomív alatt, ha a felső kis- vagy nagyörlőkből támadt a betegség.

Az idült dentalis csonthártyalobok gyógykezelésében is legelső a beteg fog specialis kezelése vagy eltávolítása; ezután vagy ezzel esetleg egyidejűleg, a következményes idült csonthártyalob sebészi kezelése (sipolyok, sipolyjártatok kiirtása, később areplastikák) lesz a feladatunk.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület december 1-i ülése.

Elnök: Bókay János, majd
Sarbó Arthur.

Jegyző: Fekete Sándor.

Előadás:

1. **Johan Béla:** *Az Északamerikai Egyesült Államoknak a közegészségügyet érintő néhány intézményéről.* Az amerikaiak nagyon elősegítik azt, hogy külföldi látogatók rövid idő alatt sokat lássanak. Ismereti az Albany-ban levő állami laboratorium kitűnő szervezetét, a sok költséget, amit erre fordítanak. Szól azután a nagy városok, különösen New-York vízművéről, a vízellátás laboratoriumi ellenőrzéséről, az élelmiszer, különösen a tejellátás szervezetéről, a kiterjedt jéghasználatról. Attér a prohibitio kérdésére, amelyet amerikai emberek véleménye alapján ismertet. Ismerteti röviden az oltóanyagtermelés problémáit Amerikában, a diphtheria megelőzését célzó munkálátokat, egyéb specialis serum- és vaccinakészítményeket, így pl. a szénaláz elleni oltásokat. Szól röviden az amerikai egészségügyi hivatalok szervezetéről, a tuberculosis, syphilis bejelentési kérdéssről. Végül az antivivisectió egyesületek káros működését ismerteti. A vázlatosan előadott dolgok is mutatják, hogy mily sok irányban talál megfigyelésre érdemes dolgot a látogató. Előadó szerint az amerikai berendezések nem ültethetők át minden változtatás nélkül Magyarországra, ezeket hozzá kell idomítani az itteni viszonyokhoz, népünk szokásaihoz.

Donáth Gyula: Az amerikai prohibítoról időnként az európai sajtót oly hírek járják be, amelyek a prohibitio teljes kudarcát állítják. Ezen hírek merő ellentétben állanak a tényekkel és a hivatalos kimutatásokkal. Az Egyesült Államok 59 legnagyobb városának rendőrfőnöki jelentése szerint az iszákoság miatti elfogatások 1917–21-ig $\frac{1}{3}$ -ra, az összes elfogatások is 13%-kal csökkentek. Az Unio fogházainak 20%-át fogoly híján bezárták, a foglyok száma 15–80%-kal megcsappant. Az alkoholláthatóságok száma némely törvénytörési körületben, mint New-Yorkban is, 1,4%-kal növekedett, mert a háborúból visszatért katonák még rendezetlen viszonyok közt és munka nélkül élnek. A prohibitio törvény azonkívül új áthágási kategóriákat teremtett (csempészet, házi pálinkaégetés stb.). Mindezek dacára az összes áthágások száma csökkent. Chicagóban a gyilkosságok 31%-kal csökkentek, ugyanez áll a betörésekre és rablásokra. Az acut és idült alkoholizmus okozta halálozás 1917–21-ig 14 nagyvárosban 79%-kal csökkent. Az ivók gyógyintézeteinek nagyobb számát bezárhatták. A csempészett „whisky” methylalkohol-tartalmánál fogva eleinte halálozásokat és megvakulásokat okozott. New-Yorkban a halva szülöttek száma 20%-kal, az 5 éves aluli gyermekek halandósága 51%-kal, a tuberculosisé 59%-kal, a májejrhosisé 55%-kal, a veseloboké 28%-kal csökkent és az öngyilkosságok 15,5%-kal kevesbedtek. Az automobilbalesetek Chicagóban 23%-kal csökkentek. A gazdasági emelkedés is meglepő. A takarékpénztári betétek 1919–21-ig 24%-kal emelkedtek, a munkások 1500 dolláros házak helyett 8–12000 dollárosokat építenek maguknak stb.

Az Unio 12 államában már 1856 óta fennáll a prohibitio és a háború kitörése előtt az államok egyharmad részében már önként elterjedt. A prohibitio megváltoztatására egyelőre semmi kilátás nincs.

Johan Béla: Nem vitatja Donáth állításait és adatait, mert előadásában hangsúlyozta, hogy a prohibitio kérdésében tisztán csak az amerikaiak véleményének adott kifejezést.

Bemutató:

1. Friedrich László: a) Szokatlan képet mutató *ulcus ventriculi* esete. 18 éves nő 4 hét óta étkezés után 3 órával tájtalimat érez, táplálékfelvétel nem szünteti a tájtalimat, utóbbi napokban hanyt is barnafekete nedvet és ételmaradékokat; 12 kg-ot fogyott. Éhgyomorra sok sanguinolens gyomornedvet lehet nyerni. Probareggeli: 30 cm³, mérsekeiten chymifikált. Szabadsav: 36. Összaciditás: 68, a szekben occult vérzés. Igen anaemias, bár a haemoglobin (Sahli) 65%, a hason érzékenység a koldöktől jobbra, resistentia nem tapintható. Mindez *ulcus pylori* gyanúját kelti. Meglepo a Röntgen-lelet. Normalis nagyságú gyomor, tonusa normans, az antrumban a pylorus előtt kb. forintnyi, egyenesszélű telodési hiány; a gyomorfalak épek, peristaltica atvonul rajtuk; a gyomor kiürülése kissé csökkent; ez a lelet egy jóindulatú tumorra enged következtetni, bár klinice *ulcus*nak tartják. A beteg Billroth II. szerinti resectiót végeztek, amely alkalommal egy a májba penetrált és azzal összekapaszkodott *ulcus* találtak. A szövettani vizsgálat nem mutatott sem *tbc.*-t, sem carcinomát. Hasonló Röntgenképet mutató eset az irodalomban alig van leírva. A diagnosis reálitásánál egyedül a klinikai vizsgálat, vagy a Röntgen nem lehet döntő, az adatok együtt értékelendők, még így is ki vagyunk téve tévedéseknek. Ilyen esetben az operatio feltétlenül indcált.

b) *Idiopathikus oesophagus-dilatatio gyógyult esete*. 33 éves nő 2½ éve beteg, nyomást érez a mellcsont mögött, mintha megakadna a falat a torkán, sokszor hanyt és ilyenkor az előző napi ételeket is kihányta, 14 kg-ot fogyott. A sondavizsgálatnál éhgyomorra sok meg nem emésztett ételrészlet nyert az oesophagusból, amelyben sósav nem volt, de összaciditása: 38, a tejsavreakció erősen positiv. Görsöt alit sok zsírszemese, keményítőrészesekék és Boas—Oppler-féle bacillusok találhatóak. Probareggeli után a gyomorsondát Röntgen-kontroll mellett a cardia fölé bevezetve ott még sok zselyerészletet lehetett nyerni; sósavreakciók negativok; a cardia alá a gyomorba tolva a sondát, abból 80 cm³-t sikerült nyerni s ebben a szabad sósav: 10, az összaciditás: 32. A cardián a sonda akadály nélkül áthalad. A Röntgen-vizsgálatnál a baryumkása peristaltica nélkül lecsik a cardiáig, hol megcsesodva egy egyenesszélű kiöblösödésben végződik; nagyon kevés s igen lassan jut bele a gyomorba, úgy-hogy még 4 órával az átvilágítás után is van benne maradék; a gyomron kóros elváltozás nem észlelhető. Ezen vizsgálatok kétségtelenné tették az ú. n. idiopathikus oesophagusdilatatiót. Röntgen-ernyő előtt vizsgálva a különböző gyógyszerek, atropin, papaverin és adrenalin hatását, ezek semmiféle befolyást sem gyakoroltak az oesophagus kiürülésére. A betegség aetiologiája tisztázatlan; legvalószínűbb a primaer izomdepressio. A beteget duodenalis sondán át, ezt csak a gyomorba vezetve, táplálta magas kalóriájú folyékony és pépes tápszerekkel. A beteg két hét alatt 2½ kg-ot hízott.

E bevezető eljárásnak előnye, hogy a fennálló oesophagitis így elmúlik. Ezen betegség egyetlen rationalis therapiája a cardiaizomgyűrű megrepesztése. Ezt a célt szolgálja a Gottstein-féle ballonsonda s legújabbban a Stark által konstruált dilatator. A betegnél három ízben 2—2 hónapos intervallumban végezve a tágitást, már az első tágitás után 4 kg-ot hízott, mindent eszik és panaszmentes. A betegség lényegét ezen therapia nem érinti, a dilatatio meg nem szüntethető, de a beteg subjectiv panaszait elmulasztja, tud táplálkozni, a pangás megszűnik. A tágitást 2—4 havonként meg kell ismétetni.

Szemző György: Betege az oesophagus oly motilitási neurosisában szenvedett, mely az idiopathiás oesophagusdilatatio korai stadiumának fogható fel. E neurosis lényege nem cardiospasmus, hanem primaer oesophagusizomdepressio volt, amit a radiologiai analysis igazolt. Nagyobb mennyiségű baryumvíz áthaladt az oesophaguson, kis mennyiség nem, az elzáródás nem a cardia, hanem a hiatus oesophagi magasságában volt; peristaltica, antiperistaltica nem, vagy csak alig volt kimutatható.

2. Ratkóczy Nándor: *Dextrosinistralis ferdében készült duodenumfelvételek bemutatása*. Vizsgálati módszere nem a meglévő módosítása, hanem azoktól eltérő új eljárás. A szokásos módszereknél a duodenum pars descendense jobbra vetíttetik a bulbustól, saját eljárásánál balra. A kedvező látási viszonyok magya-

rázata az, hogy az eddigi eljárásoknál a bulbus háttere vagy a gerincoszlop, vagy a pars descendens egy része, vagy a vese, maj stb. saját módszerrel a bulbus háttere a colon, legtoobszór a flexura coli hepatica, mely többnyire légtartalmú. E contrast folytan már átvilágításnál olyan piásukus a bulbus képe, hogy a legfinomabb elváltozást láthatóvá teszi. Ezt demonstráljak felvételei, amelyeket vetít. A diagnosist minden alkalommal mar az elorement átvilágításnál fel-álmíthatta. Neméli, hogy eljárását, amely a legtookéte-sebb átvilágítási képet adja, nálunk is hamarosan általános használni fogják, mint azon német klinikákon, ahol eddig módszerét személyesen bemutathatta.

Kéves Vidor: Az *ulcus duodeni* átvilágítással való vizsgálatára a legkitunobb az Ackerlund—Ratkóczy-féle eljárás. A Ratkóczy-féle módosítást nagy nyereségnek tartja, mert a duodenumot a gerincoszlop zavaró képétől függetlenül lenet vele beállítani és így a legtöbb esetben tisztább tájékozást ad, mint az eredeti Ackerlund-féle.

Vannak esetek, amikor sem az Ackerlund-, sem a Ratkóczy-féle módszerrel nem sikerül teljes eredményre jutni, ily esetekben a Chaoul-féle felvételi módszer alkalmazza. Ez a Chaoul-féle módszer, illetőleg eszköz tulajdonképen a kinematogramot helyettesítő amerikai sokszoros sorozatos felvételek európai pénzügyi viszonyokra való tökéletes leegyszerűsítését jelenti.

Harmadik éve dolgozik a Chaoul-féle radioskoppal, még pedig azon módosításokkal, ahogyan azt Schinz tanár ajánlja.

Ennek a módszernek is megvannak a maga előnyei és hátrányai, mint amazoknak, ezért azt hiszi, hogy az esetek szerint kombinálni kell a Ratkóczy-félével a Chaoul—Schinz-félével.

Bemutatja ép és különböző kóros duodenumok ezen módszerrel készült felvételeit.

A Közkórházi Orvostársulat nov. 28-i ülése.

Elnök: Donáth Gyula.

Jegyző: Toldy Lóránt.

Bemutatók: 1. Tóth Tibor: *Noma pudendorum esete két éves leányánál*. A nagy szeméremajkak belső felületére, a kis szeméremajkakra, a ciitorisra s részben az urethrára, az introitusig terjedő, barna cafatokkal fedett folyamat, melynek a szélén az ép szövet felé keskeny, élénk pir észlelhető.

Faludy Géza: A Szt. László-kórházban az utolsó évben észlelt 31 nomás folyamat közül hat lokalizálódott a női nemi szervekre s egy gyógyult meg. Kezdeti stadiumában vulvitis aphthosára emlekeztek. Az aphthoszerű képletek összefoiyasából s mélyreterjedéséből bűzös anyaggal fedett anyagihiányok keletkeznek. Demarkálódással s granulatioval gyógyulhat. Súlyos folyamatok a végbére is áterjednek. A kezelés eredményei problematikusak: a legjobb eredményt a salvarsan intravenás alkalmazása adja. A Jellinek által melegen ajánlott chloraethyl-fagyasztást (Kelen) több ízben kiprobálta, de a várt eredmény kimaradt.

Balogh Ernő: A noma bakteriologiai aetiologiáját Buday Kálmánnak az 1905. év elején az *Orvosi Hetilap*-ban közölt exact vizsgálati tisztázták. Annak eredményeit az utóvizsgálatok megerősítették. Így a bac. fusiformis spirillumos symbiosisát mint a nomát előidéző kórokozókat kell elismernünk.

2. Torday Árpád: *Bronchitis putridával kombinált typhus esete*. A 13 éves, typhusban szenvedő beteg köhögése és lehelete betegségének negyedik hetében igen bűzössé válik s egyúttal a már defervescálni készülő lázmenet erősen remittálóvá lesz. Két neosalvarsanra a bűzös hörghurut megszűnik, a beteg teljesen láztalan lesz s a putrid bronchitis sem recidivál.

Előadások: 1. Tasehek István: *Abortusok kezelése 1000 eset kapcsán*. A Gyöngyösi-úti szülészeti kórházban az abortusok spontán lefolyását elősegítik, de ha az elhúzódik, vagy hevesebb vérzés lép fel, akkor beavatkoznak. A vérzést nagyobb jelentőségűnek tartja, mint azt, hogy esetleg active járjon el. Láztalan abortusoknál úgy a conservatív, mint az activ therapiánál a morbiditás, mint a mortalitás = 0%. Lázás abortusokról 661 esetben számolt be. Ebből 102-t conservative, 559-et active kezeltek. Conservatív eljárásnál morbiditás 0.98%, mortalitás ugyanannyi. Activnál morbiditás

0.71%, mortalitás 0.89%. Ha a klinikai kép nem súlyosabb s tiltó tünet nincs, az activ eljárás jobb, tökéletesebb; takarékoskodunk az asszony vérével s hamarabb lesz munkaképes. Nem tiszta eseteket bakteriologiai vizsgálatok segítségével igyekeznek felderíteni. Súlyos fertőzést igyekeznek spontán lefolyásra bírni s ha activitásba belekényeszerülnek, azt kellő óvatosság mellett végzik. Eredményeik így is jök.

Mansfeld Ottó: Az előadás 1000 eset kapcsán a lázas vetések activ kezelése propagálja, nona winter 24.000, Dietrich 1000 eset kapcsán mutatta ki, hogy az expectativ kezelés morantása lényegesen kisebb. Hozzászólo már többször kimutatta, hogy veszedelem támad abbot, hogy a gyakorlatban még mindig laz miatt a mén kitakarítását végzik. Nem a pete infectioja a fontos, hanem az, hogy a mén, illetve a no van innciálva. Ilyen infectioknál a ménét bonygatni súlyos hiba. A Gyöngyösi-uti eredmények ойannyira jök, jobbak, mint bármely német klinikáé, hogy az anyag csoportosítása mas szempontok szerint kellett hogy történjék, mint ahogy az irodalomban eddigelé szokásos volt.

Fischl Ármin: Az activ eljárás híve, de szem előtt tartja, hogy a puerperalis uterus a per secundam gyógyulo sebnek paraigmája s ennélfogva minden lazas állapotban befejezett abortus esetét drainezi, nem tamponálja.

Nyomárkay József: A Rókus-kórházi szülészeti osztály abortus-kezelési módjairól 1917 eset kapcsán referál. A láztalan eseteket active kezelik, a lázas nem-septikusokat cervixtamponade, illetve az uterus drainezése által láztalanítják s azután újjal kiüritik. Septikus adnextumoros esetekkel szemben szigorú conservativ álláspontot foglalnak el. Chinin és glanduitrinre bízzák az uterus kiüritését, mely mellett a sepsist Cive és argochrommal roborálják. Láztalanoknál morbiditásuk és mortalitásuk 0%, lázasoknál 0.56% a mortalitás.

Schmidlechner Károly: A morbiditás rovatába csak azokat vettek föl, akiknél a befejezés után a medencében lobos reactio fejlődött ki. Normalis szülés után a lázból következtetnek a gyógyulás zavarára. Lázas abortus után 1-2 napig jelentkező hőemelkedés nem olyan jelentőségű. Abortus után ritka az elvérzési halál, de gyakran látnak súlyos vérvesztéseket. Ezért a vérző, lázas abortusokat a legkíméletesebben igyekeznek befejezni, ha medencebeli érzékenység vagy kifejlődött reactio nem tiltja. Utóbbi esetekben conservative járnak el. Ezek már eredetileg súlyosabb esetek s ezért rosszabbak itt látszólag az eredmények. Tehát nem a rendszer az oka. Az abortusok sorsát az dönti el, hogy a megindító bűnös kezek milyen súlyosan fertőzték.

Zimányi Vidor: Az orrvérzésről: Vácolja az orrvérzés általános okait, felsorolja a helyi okokat, részletesen beszél a localis beavatkozásról, különös tekintettel a Belloque-féle módszer javallataira és alkalmazására. Érinti a vér megalvadóképességét magyarázó legújabb theoriákat s evvel összefüggésben a megalvadást fokozó szereket és ezek jelentőségét tárgyalja.

A debreceni orvosegyesület november 29-i ülése.

Elnök: Szontagh Félix.

Jegyző: Molnár Elek.

Bemutatók: 1. **Weszeckzy Oszkár:** *Haemoglobinuria paroxysmalis.* 30 éves haemoglobinuriás férfi-beteg mutat be, aki öt hét óta minden reggel pontosan megismétlődő hidegrázása és lázrohama miatt a klinikára való felvétele előtt malaria ellen gyógykezelték; kezelőorvosának azonban chininnel javulást elérni nem sikerült. A beteg belső szervein megnagyobodott és tapintható lépen, továbbá secunda anaemián kívül egyéb elváltozást kimutatni nem lehetett. A betegnek ágybafektetése után már a legelső nap elmaradt a hidegrázása, láza és vérvizelése, de hűvös szobában való félórai tartózkodás után újra megjelent. A láz alatt vett vérben plasmodiumot nem talált; a qualitativ vérkép lymphopeniát mutatott (9%), Wassermann és Sachs-Georgi ++++ volt, bár az intelligens beteg infectióra nem emlékezett és két egészséges gyermek apja. A betegség typosos paroxysmusos haemoglobinuriának bizonyult, amit positiv Donath-Landsteiner-próba is igazolt. Érdekes, hogy a beteg a világháború fáradalmait és mint hadifogoly, Szibéria

hidegét végigszenvedte anélkül, hogy betegsége jelentkezett volna.

Ambrus József: A gyermekklinika fennállása óta egy haemoglobinuriás beteg jelentkezett. A het-éves nu első tevételekor a máj es lép, a második akkoriommal csak a lép volt megnagyobodva, a bor hányásárgas, az also ajkon hatamas herpes. Egyéb tünetek és az elvégzett vizsgálatok ugyanazok, mint a bemutatott betegnél. Szandekosan nem sikerült rohamot kiváltani. Minthogy War., S.-G. ++++ volt, bedorzsoló kúrat kezdtek kis mennyiségekkel, — s bár a luesnek semmiféle más jelét sem a beteg, sem szüleinél és negy testvérénél nem sikerült megtalálni, ez bedorzsolás és kevés jod után a gyermek megnizott, haemoglobinja csaknem megkétszereződött. A vörösvérsejtek resistentiája azonban mindig alacsony maradt. Az Ehrlich-tele oldallanc-elmélet a folyamat chemiai részere nem ad telviagosítást. A complement, újabb kutatások alapján lecithin, a folyamat adsorptio (L. Landsteiner); a specifikus amboceptor (ezen betegségnél chemiailag meg nem határozott vegyület) adsorptioja alacsony hőmérsékleten nagyobb, mint szobahőmérsékleten, lysinactiválás alatt tehát ezt kell érteni. nőber állatkísérletten sosavas phenylhydrazinnal nagy vörösvérsejtesistentiát tudott elérni, mit talán a therapia is felhasználhatna.

2. **Brief József:** *A typhus exanthematicusnak egyik ritka idegrendszeri szövödménye.* Gyógyult exanthematicus-beteget mutat be, aki a kilencedik láztalan napon mindkét alszárában heves fájdalmat kapott. Az alsó végtagok motilitása erősen korlátolt volt. Fokozott incontinexek, térd- és lábclonus, Babinski- és Oppenheim-tünetek. Az alszár bőre hyperaesthesiás. E tünetek, valamint az exanthematicusok súlyos sensorium-zavara a centralis idegrendszer erein kimutatható adventitia-szaporulatokra vezethetők vissza, melyek teljesen egyeznek az E. Fraenkel által a bőr ereire leírt elváltozásokkal. A bemutatott esetben a pyramispálya centralis neuronját érték ilyen elváltozások.

Hozzászólnak: Szontagh Félix, Szenes Zsigmond.

Molnár Elek: Oroszországban igen sok typhus exanthematicust látott és kezelte. A betegség lázas időszakos változó ideig tarthat. Az idegrendszeri szövödmények közül leggyakrabban neuritises elváltozások észlelhetők, a centralis motoros neuron megbetegedése valóban ritka.

Előadás: Dóczy Gedeon: *Adatok az acne vulgaris therapiájához.* A Holländer-féle thyreoidtoxicosis és hypothyreoid acne typushoz még egy dysfunctio vagy correlatio alcsoportot tart felveendőnek. Ez utóbbinál a tünetek szerint még thelygan, testogan, hypophysis és glanduovin adagolása is indokoltnak látszik. Egyes organotherapiás kezelés sikertelenségének okát a dysfunctio figyelmen kívül való maradásában keresi.

A parenteralisan adott nem specifikus anyagok az acne therapiájában igénybe vehetők, legjobb a caseosan. Hatásuk jónak mondható, de múló. A combinatio közül a staphyloyatren ajánlható; esetleges shock egyidejűleg bőr alá adott 10 cg. coffeinnel megelőzhető. A pustulás alakoknál minden esetben bevált segítő eszköz az autovaccina. A gyári készítmények közül a leukogen és staphar tesznek jó szolgálatot, természetesen hatásban az autovaccinát nem érik utól. A Röntgen-kezeléssel kapott jó eredmények véleménye szerint a helyi hatásnak tulajdoníthatók. A helyi hatás következménye a belső secretio áthangolása. Eme áthangolás az egész szervezet anyagcseréjével karöltve a helybeli tünetmentességeket előidézó okokat — legálább is bizonyos időre — fenn tudja tartani.

Az esetek kevés száma és a megfigyelés csak pár hónapra terjedő ideje miatt végleges eredmény nem mondható.

Ambrus József: Idősebb gyermekeknél, ha azok tbc.-je chronikussá válik, az arc bőre zsiros fényű lesz (seborrhoea), majd comedók jelennek meg, végül acnék. Ha lupéval nézzük végig a bőrt, alig találni az areon és mellkas bőrében ép helyeket. Ha ilyen beteget elküldünk nyaralni olyan helyre, ahol napfürdőzhet és sokat fürödhet, a bőrelváltozás visszafejlődik. A seborrhoea kifejlődését a sympathicus és parasympathicus hibás működésében látja, ami viszont azért következik be, mert a szervezet károsodik az alapbetegség miatt.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Gümöbacillusok kimutatása a liquor cerebrospinalisban. Schleissner. (Med. Klinik. 1923. 44. sz., 1484. o.)

Eljárása a következő: a vizsgálandó liquorhoz ferrum dialysatum hydrooxydatum liquidumot ad (a liquor 2—3 cm³-ére egy cseppel) s a keletkező barnás-sárga, pelyhes csapadékot, mely a gümöbacillusokat magával ragadja, üvegpálcával elkeverve finom eloszlásúvá teszi. Centrifugálás után a csapadékot tárgylemezre kikeni, levegőn szárítja, fixálja és forró carbolos fuchsinnal egy percig festi, majd 5%-os sósavas alkohollal szinteleníti. A methylenkékkel való kontrasztfestés szükséges. Az eljárás igen megbízható, mert több esetben is sikerült gümöbacillust találni, melyekben a többi eljárás eredményhez nem vezetett; nagy előny a módszer gyorsasága is. Pákozdy.

Az adrenalin-lymphocitosis lépfunctio-vizsgálatának használhatóságáról. Robitschek W. és Selinger A. (Med. Klin. 1923. 45. sz.)

0,6—1 mg adrenalinak bőr alá adagolása emberrel két-fázisú reakciót vált ki, előbb a lymphociták majd a polymorphmagvú leukocyták megsaporodását. Positiv a reactio Frey szerint, ha legalább 2500-zal szaporodik a lymphociták száma, negatív, ha 1500-nál kisebb. A negatív reactio Frey szerint a lépnek anatómiailag kimutatható megbetegedésre utal. Szerzők 12 eset vizsgálatából arról győződtek meg, hogy normalis egyénekben a lymphocitosis mindig bekövetkezik, de olykor csak 1 mg adrenalinnál nagyobb adagolásra. A negatív reactio nemcsak a lép, hanem az egész haemopoëtikus rendszer állapotától függ. Lépképzés két esetében a reactio positiv volt, lehet a nyirokmirigyek későbbi vicariáló működése miatt, de lehetséges, hogy a nyirokmirigyek functiója a léppel egyidejűleg is jelentkezik; szerzők tapasztalataik révén inkább ez utóbbira gondolnak.

Frigyér dr.

A gyomor pylorusos részének befolyása a gyomornedv összetételére. Koenecke és Jungermann. (Klin. Wochenschrift. 1923. 43. sz.)

A szerzők a gyomor pylorusos részének a gyomornedv összetételére gyakorolt hatását a következő kísérletekkel akarják igazolni. Kutyákon a pylorusos részt varratokkal kirekesztették a passageból, a gyomor-fundust pedig összekötötték a duodenummal. Azután úgy a pars pyloricába, mint a fundusba canült varrtak. A fundusból kiengedett gyomornedvnek csak az össz-aciditását vizsgálták, mert szabad sósav ritkán volt jelen. Ha a kirekesztett pylorusos részt el is távolították a kutyából, a gyomornedv összaciditása csökkent, 15 körül volt; ha nem távolították el, az aciditás igen nagy volt, a próbaregeli után, 41 körül találták. Ha savanyú folyadékot fecskendeztek be a pylorusos rész canüljébe, a fundus nedvének aciditása csökkent, általában 17 körül volt. Húsleves befecskendezése után az aciditás 29-ig emelkedett. Ha lúgos oldatot fecskendeztek be a pylorusos rész canüljébe, az állat rosszul érezte magát, hányt, nem akart enni. A gyomornedv összaciditása ilyenkor csak 27-ig emelkedett, valószínűleg azért nem lett nagyobb az aciditás, mert a savképződést az állat rossz közérzete is befolyásolta. A fenti észlelések, a szerzők szerint, kísérleti bizonyítékai volnának azon klinikai tapasztalatoknak, hogy a kirekesztett, de ki nem vett pylorusos rész milyen zavart idézhet elő a sósavképzés reflexében.

Sarvay dr.

Orr- és gégeorvostan.

Tonsillaoperatiók utáni vérzéscsillapítás. Lautenschläger A. Berlin. (Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde 5. kötet, 2. füzet.)

Nem szabad, hogy a tonsillaoperatiók utáni vérzések zavarba hozzák az operáló orvost. A közlemények, amelyek halálesetekről számolnak be, gyakran azt mutatják, hogy az operateur nem volt ura a helyzetnek. A szerző nem tölti az időt haemostyptikus szerekekkel, compressióval stb., hanem azonnal a varrhoz fordul. A véredényeket nem köti alá és nem csavarja el, mert mindezt feleslegessé teszi a varrat, amelyet en masse végez s ezzel körülölti s összefűzi az egész műteti területet az összes benne lévő véredényekkel. Eljárása a következő: A mandula enucleatiója után a mellő garatven keresztül, a közepén a szabad széle és az alapja között, mérsékelten görbült tüvel keresztülölt s a tüűt úgy vezeti, hogy ez felvegye az egész sebalapot is; a tüűvel azután átmegegy a hátsó garatívre, de ezt nem szúrja át, hanem csak belefoglalja az öltésbe a szabad széléig; a fonalat ezután az ujjaival csomózza. Az egész néhány pillanatot vesz igénybe és egyszerűbb és könnyebb, mint az edények lekötése. Ezzel az egy öltéssel meg van oldva a feladat, mert a vérzés megszűnik. Nagyobb biztonság okából azonban még fent és lent alkalmazhatunk egy-egy öltést. A varratok 3—6 napig maradnak benn. Ez a „ligature en masse” tonsillotomia utáni vérzésnél is azonnal a vérzés megszűnéséhez vezet. Nagyszámú

esetére hivatkozva, eljárását — amelyet G. Killian is elfogadott és ajánlott — a legegyszerűbb, legbiztosabb és sebészetileg is legkielégítőbbnek tartja.

L. Z. dr.

A gége „paralaryngealis” és belső, vezetékes érzéstelenítéséről endolaryngealis műtéteknél. H. Hutter, Wien. (Zeitschrift für Hals-, Nasen- u. Ohrenheilkunde. 5. köt., 2. füzet.)

Olyankor, amidőn tartós és mélyreható érzéstelenítésre törekszik a gégeben, ú. n. laryngeus inferiori teszi érzéstelenné, de nem kívülről a membrana hyothyreoidea, hanem a sinus pyriformis felől. Itt az ideg a plica pharyngo-epiglottica alatt a gége oldalán kidomborítja a felette lévő nyálkahártyát; ezt a hártántul futó redőt Hyrtl után plica nervi laryng-nek nevezzük. Az idegnek közvetlenül a felület alatti lefutása lehetővé teszi, hogy extralaryngealisan a sinus pyriformis felől érzéstelenítsük ecseteléssel vagy novocain-oldattal befecskendezésével. Különösen gégetuberculosis miatt végzett operatióknál tesz kitűnő szolgálatot ezen érzéstelenítő eljárás azáltal, hogy az anaesthesia mélyreható és sokkal kevesebb cocainfogyasztással jár, mint az endolaryngealis érzéstelenítés.

L. Z. dr.

Bőr- és nemikórtan.

Pemphigusnál alkalmazott chinin-therapiára fellépő általános bőrmelanosis egy esetéről. Funck. (Arch. f. Derm. u. Syphilis. 144. köt., 2. füzet.)

53 éves, pemphigus vulgarisban szenvedő asszonynál 3—4 héttel a chinin-therapia megkezdése után (ezen idő alatt chininum mur.-ból per os kb. 450 g-ot, intravenásan pedig 50 g-ot kapott) az eddig teljesen ép bőrrészekben és a szájjad nyálkahártyájának eladdig egészséges részein lassan sötétbarna elszíneződés lép fel, mely a chinin további applicatiójára fokozódott, úgyannyira, hogy a bőr a néger bőrére emlékeztető fekete, a nyálkahártya pedig kékes-fekete színt kapott. A chinin elhagyására visszafejlődés. Az esetben sajtóságos az, hogy a pigmentatio megelőző chinin-intoxicatiós bőrjelenségek nélkül, primaeren lépett fel.

Szerző a chininnek a szervezetre gyakorolt hatásait tekintetbe véve úgy véli, hogy e pigmentatio különféleképpen magyarázható. Legvalószínűbbnek tartja azonban, hogy a chinin az epithelsejtek functiójára serkentőleg hatván, a bőr normalis melanogenezisét emelte.

Czibor.

Xanthoma diabetorum kezelése insulinall. Engmann és Weiss. (Arch. of Dermat. and Syphil. 11. sz.)

Ismeretes, hogy a diabetes folyamán, de annak súlyosságától függetlenül a bőrön is támadnak elváltozások; ilyen a xanthoma diabetorum is. Ez köles-lencsenagyságú, sárgás, papulás kiütés, amely az egész testen, de főleg a feszítő oldalakon fordul elő. Szövetlenül az elváltozás kötőszöveti sejtes infiltratio, tágtul capillarissokkal; hosszabb ideje fennálló xanthoma esetében zsírcseppeket tartalmazó, többmagvú jellemző xanthomasejtek is vannak.

E. és W. észlelték ilyen xanthoma gyógyulását az új insulin-kezelés folyamán: súlyos coma diabetorum diagnózis-sal vették fel a beteget, akinél a fenti jellemző bőrelváltozás is volt jelen. Egy nappal az insulin-kezelés megkezdése után az eszméletlenség eltűnt és egy hét múlva már a kiütés is visszafejlődött olyképen, hogy a nagy (12 mm átmérőjű) papulák centrumja besüppedt és így gyűrűalakúvá lett; nem sokkal utóbb ez a gyűrű szintén felszívódott, úgyhogy két hónap múlva már csak pigmentatio volt az elváltozások helyén.

Herczeg.

Targesin, egy új helyi antigonorrhoeicum. Siebert és Cohn. (Deutsche med. Wochenschrift. 1923. 36. sz.)

Jó antigonorrhoeicumnak gonococcusölő és intensív gyulladásgátló, vagyis adstringens hatásúnak kell lenni. Ez utóbbi tulajdonságnak csak a vérerekre és az exsudatióra szabad kiterjednie, a fehérjekicsapás vagyis a maró hatás kizárásával. Ily ideális szer volna a targésin (diacetyl-tannin-ezüstalbuminat). A tannin a maró hatást kiküszöböli. Adagolása anteriornál 0,75—1—1,5—2%; Janet-öblítéshez 1:1000—500. A szer hatását a szerzők nagy ambuláns anyagon próbálták ki és kitűnő eredményeket értek el.

Kudlich.

A spirochaeta pallida kitenyésztése folyékony táptalajon. W. Kranitz. (Klin. Wochenschrift. 1923. 36. sz.)

K. észlelete szerint a fertőző bakteriumok közül néhány törzs a sp. pallida fejlődését direct előmozdítja. Ezeknek elválasztása szilárd táptalajon a gátló bakteriumtól úgy történik, hogy az utóbbiak látható telepe alatti rétegből oltunk 4—5 nap múlva folyékony táptalajra (serum-physiologiás konyhasóoldat 1:4 + főzőtanyú serumszemcsék). A tizedik nap után a pallida bujábbban tenyészik, mint a kísérő bakteriumok s ez utóbbiak, minthogy aerophilek, felfelé nőnek, végül hártántul alkotnak a felszínen. K. reméli, hogy a táptalajt kedvező bakteriumok hozzáadásával annyira módosíthatjuk, hogy a sp. pallida csiraszegény anyagból is (venosus vér) könnyen és olcsón kitenyészthető lesz, mert Noguchi módszere túlságos drága és komplikált apparatust igényel, s a klinikai praxisban nem vált be. Kudlich.

THERAPIA

Adat a kifeléyesedett trachomás pannus gyógyításához.

Írta: ifj. sz. Liebermann Leó dr. egyet. magántanár, közkörházi szemészfőorvos.

Id. Imre Józsefnek az O. H. 46. számában közölt áttekintése a trachoma lefolyásáról arra készlet, hogy egy műtéttani tapasztalatot ismeressek, mely Imre tanár gondolatmenetének végső conclusióját igen meggyőzően támogatja, azt a conclusiót t. i., hogy a trachoma súlyosabb lefolyásában a főszerepet alighanem „az a nyomás, feszülés viszi, mely a szemhéjak és a szegély közt igen különböző mértékben áll fenn”. Észlelésem a szemréstágításnak a kifeléyesedett trachomás pannusra gyakorolt feltűnően kedvező hatására vonatkozik. A canthoplastikának erre az indiciójára először egy amerikai szerző közlése terelte a figyelmeztetést (Morrison, Amer. Journ. of Ophth. 3., 685. [1920.]), mert a mi szemészeti iskolánkban nem igen történik róla említés. A magyar szemészeti kézikönyvben (Grósz-Hoor) Blaskovics a műtéttani fejezetben (ahol pedig a műtétek legtrikább, kivétele indiciói is fel vannak sorolva a teljesség kedvéért) szintén nem említi. Elschnig új műtéttani kézikönyve is csak oly értelemben említi a canthoplastika indicióját trachománál (Löhlein, 143., 144. l.), hogy ha a trachoma következtében blepharophimosis vagy orbikularisgöres keletkezett. Szóval a szerzők e műtétet csak a szemréstágítás mint olyan ellen javallják, többek közt akkor is, ha ennek trachoma az oka, megengedvén azt, hogy ilyenkor a szemréstágításnak a trachoma további lefolyására is káros hatása lehet. Azonban a Morrison közlésében nem ilyen esetekről van szó. Ő ezt az indiciót nem teszi attól függővé, hogy van-e szemréstágítás vagy nincs. Álláspontjának helyességét az én tapasztalásaim is igazolják. Azóta ugyanis nem egy esetben sikerült ezzel a kis műtéttel kifeléyesedett pannusos szaruhártyát jóformán az utolsó pillanatban az elpusztulástól megmentenem, olyankor, amikor az ilyen szaruhártyafekély minden más, gyógyszeres és mechanikus trachoma-kezeléssel meg dioninnal, optochinnal stb. dacolt. (Tudvalevőleg ezek a szaruhártyafekélyek mint fekélyek nem igen kezelhetők, de a trachoma kezelése meggyógyítja őket, kivéve azokat a makacs eseteket, amelyekről itt szó van.) A műtét után a folyamatban szinte kritikus fordulat és minden egyéb beavatkozás nélkül meglepően gyors gyógyulás szokott bekövetkezni. És pedig, úgy látszik, nemcsak a szaruhártya állapota fordul jóra, hanem a kötőhártyaé is javulást mutat. Ez eddig inkább csak impresszióm volt, de az Imre-féle gondolatmenet után határozottabb formát mernék neki adni.

Természetes, hogy a canthoplastikának ezt a kedvező hatását én sem tudtam másként értelmezni, mint a corneára gyakorolt nyomás megcsökkentésével. Azt hiszem, Imre tanár felfogásának helytálló voltára alig lehetne hathatósabb érvelést felhozni, mint amilyen ez a tapasztalat.

HETI KRÓNIKA

Virchow volt az első, aki orvostörténelmi kérdések eldöntésére palaeopathologiai vizsgálatokat végzett: a kérdés ekkor a syphilisnek amerikai vagy európai eredése volt; Amerika felfedezése előtti korból való temetőkből nyert csontok átvizsgálása útján ahhoz az eredményhez jutott, hogy a syphilis Európában Amerika felfedezése előtt ismeretlen volt. Az angolok 1907-ben a tuberculosisnak nyomait keresték az egyiptomi múmiákon, de nem sok eredménnyel. Úgyhogy Hippokratésnél van az első precíz megemlékezés a tuberculosisról; sőt mindjárt mesteri módon fel is említi Hippokratés, hogy gyógyítható e betegség; már ő ajánlja a hegyi levegőt és a jó táplálkozást. Ő tehát a tuberculosis diaeteticoklimatikus kezelésének megteremtője.

Azóta huszonhárom évszázad telt el, amíg a tuberculosis fertőzőképességét, amely ellen gyakran feleslegesen radikális intézkedéseket fogantatosítottak, tudományos kísérleti módon be is bizonyították (Villemin, 1865–1870). Csak ezután lett lehetségessé Koch felfedezése és ennek alapján a tuberculosisnak aetiologiai gyógyítása specifikus vaccinek és tuberculinekkal. Ma arra törekszenek, hogy a specifikus anyagokban jelenlévő melléktermékeket lehetőleg kiküszöböljék (Partigen). A legújabb és kevésbé ismert aetiologiai kezelések

egyike a Spahlinger-féle kezelés. Spahlinger nem diplomás orvos, ami azonban nem ok arra, hogy ő ne lehetne kiváló bakteriologus, hiszen Pasteur sem volt orvos és a tavalyi orvosi Nobel-díj nyertese, Hill, angol physiologus sem diplomás orvos. De ez magyarázza részben azt az ellenszenvet, amellyel kutatásait némelyek kísérik. A legnevesebb angol orvosi lapok mégis ismételtelen közöltek elismerő cikkeket Spahlinger gyógymódjának sikeréről. Ő Genf mellett, Carouge-ban működik, ahol nagy laboratoriumai és kísérleti berendezései vannak. Kétútgó gyógyeredményeihez vezető eljárása nem került teljesében nyilvánosságra, mert ő, bár több mint tíz év óta kísérletezik, még sem tartja ehhez elég kiforrottnak módszerét. A francia tudományos akadémiaival azonban közölte kísérleteit és eredményeit.

Ha eszünkbe juttatjuk a nagy „Mirion-lázat”, amely néhány évvel ezelőtt annyi szerencsétlen emberben csalódással végződő reményt ébresztett, úgy belátjuk az ő tartózkodását; hiszen a Pregl-féle jódot is másnak látszott, mint amilyennek bevált. Amíg nincsenek kellőképpen bebizonyítva valamely gyógyító módszernek előnyei, addig nem szabad azt panaceaként hirdetni. De szemére vetették Spahlingernek azt is, hogy a felajánlott pénzüsségeket visszautasította; ez igaz, mert e nagy összegeket üzleti szempontból kínálták fel neki, ő pedig büvárkodásait nem üzleti szempontból végzi. Annál szebb vonásnak látszik ez, mert Spahlinger állítólag magánvagyonát költötte el kutatásai céljára, úgyhogy most vizsgálódásait abba kellene hagyania, ha báró Rothschild Henrik, aki maga is orvos, akcióit nem indított volna Spahlinger érdekében. Ennek köszönhető, hogy számos egyéb adományon kívül a Lancashire Insurance Committee 1000 fontot adományozott Spahlinger kutatásai céljára.

Más újítások a tuberculosisnak socialis jelentőségére vonatkoznak. Ismeretes, hogy a tüdőtuberculosis kifejlődésére és gyógyítására milyen nagy befolyással van a megfelelő foglalkozás. Ennek szemmel tartásával az United Hebrew Charitiesnek eszméje volt, hogy New-Yorkban egy nagy ipartelep létesítenek, amelyben csak (kezdeti stadiumban levő) tuberculositikusok vannak alkalmazva. Ez az ipartelep-gyógyintézet a legmodernebb egészségügyi követelményeknek (szellőztetés, világítás, táplálkozás), köztük a munkaidő helyes beosztásának is teljesen megfelel: gondoskodnak arról, hogy senki erején túl meg ne legyen terhelve. Az egész intézmény orvosi ellenőrzés alatt áll. A praktikus amerikaiak mindjárt belátták az ügy jelentőségét és azonnal kiküldött az ottani tuberculosis-társulat egy megbízottat az ügy tanulmányozása céljából. Az amerikaiakon kívül a franciák és az angolok is nagy érdeklődéssel vannak a tuberculosis-ügy nemzetközi jelentősége iránt: a londoni Tuberculosis Society múlt ülésén két külföldi: egy amerikai és egy francia tartott hazája tuberculosis elleni küzdelméről előadást, az orvosegyesületben pedig egy dán professor.

A mi szegényes viszonyainkkal szemben Franciaországban a Rockefeller Foundation vette kezébe a tuberculosis-ügyet és óriási összegekkel hatalmasat lendített azon. Így például ez a Foundation a gazdag Franciaországnak tuberculosis elleni küzdelmére 1920-ban 522.459 dollárt, 1921-ben 438.951 dollárt, 1922-ben pedig 230.198 dollárt fordított. Birminghamban a hatóságok a legkézzelfoghatóbban támogatják a tuberculosis prophylaxisát. A tuberculosisnak melegágyai a tömeglakások, amelyekben egy ágyban néha ketten-hárman, esetleg egy többtagú család is alszik, egymást esetleg leváltva a nap huszonnégy órája folyamán; sőt helyenként azt is lehet látni, hogy kétával húzzák meg a demarkációs vonalat a pincehelyiség földjén az egyes családok területrészei között. Erre való tekintettel a birminghami hatóságok ágyakat és ágyneműt adnak beszerzési áron, sőt kölcsön is, azon célból, hogy az egészségesek ne legyenek annyira a fertőzésnek kitéve.

A tuberculosis szempontjából sokat várhatunk a londoni orvosegyesületnek a múlt hónapban megalakított új szakosztályától: az összehasonlító-orvostani szakosztálytól. Ennek célja egységes szempontból figyelemmel kísérni az emberi és állati betegségeket, sőt a növények betegségeit is az összehasonlítás tárgyává ohajtják tenni. A tuberculosis az emberen kívül a legkülönbözőbb állatoknál is előfordulván, bőséges alkalom lesz azt összehasonlító pathologiai és therapiasi szempontból tanulmányozni. Az új szakosztálynak állatorvosok is tagjai. Összehasonlító kórtani folyóiratok úgyis vannak már, úgyhogy az új szakosztály csak egy üdvös lépést jelent az előremenetel terén. Herczeg Árpád dr.

VEGYES HÍREK

Újabb egészségügyi rendeletek. A „Népegészségügy“ nov. 15—dec. 1-i száma a következő rendeleteket közli:

A községi és körorvosok fizetését a 79.000/1923. N. M. M. sz. körrendelet f. év július 1-től kezdődőleg a IX. fizetési osztály harmadik fokozatának megfelelően állapította meg, a törzsfizetés, póllékok és segítők egyidejű megszüntetésével.

A helyettes községi és körorvosok tiszteletdíját illetőleg illetményeit a 87.700/1923. N. M. M. sz. rendelet egységesen rendezi a következő évek szerint: 1. a véglegesen megüresedett állásra egy év tartamára kinevezett orvos a tényleges szolgálat összes illetményeiben a IX. fizetési osztály harmadik fokozatának megfelelően részesítendő; 2. a véglegesen megüresedett állásra ideiglenesen megbízott orvos a IX. fizetési osztály harmadik fokozatának megfelelően havonként megállapított ú. n. egységes törzsfizetéssel azonos tiszteletdíjban részesíthető; 3. az ideiglenesen megüresedett állásra helyettesített magánorvosnak a községek vagy az érdekelt községi, illetőleg körorvos terhére megállapítandó tiszteletdíja a második pontban megjelölt törzsfizetés nagyságát nem haladhatja meg.

A községi és körorvosok szolgálati idejéhez a 95.629/1923. N. M. M. sz. rendelet egy hadiév hozzászámítását engedélyezi a hadjáratban résztvevő, valamint hadifogságba esett orvosok nyugdíjállításának megállapításánál.

A fertőtlenítés új szabályozására a székesfőváros tanácsa a tisztifőorvosi hivatal előterjesztésére elrendelte, hogy az otthoni ápolásban maradt betegeknek a folytatólagos fertőtlenítés ellenőrzendő. A kerületi tisztiorvosok e végből tartoznak naponta telefonértesítéssel tájékoztatni az illetékes fertőtlenítő intézeteket, melyek kiképzett tisztviselőiket küldik ki a hozzátartozók oktatására és a fertőtlenítés végrehajtásának ellenőrzésére. E tisztviselők munkájukról naplót vezetnek és igazgatóságuknak jelentést tesznek. A tanács felhívta a kerületi előjáróságok útján a tisztiorvosokat, hogy minden diphtheria- vagy hasiagymáz-esetben a fertőtlenítés előtt az előírt bakteriologiai vizsgálatot végeztessék el.

Kinevezés. Az igazságügyminiszter az igazságügyi Orvosi Tanács alelnökévé **Barsony János dr. egy. ny. r. tanár**, udvari tanácsost, tagjaitvá **Kenyeres Balázs dr. egy. ny. r. tanárt** és **Németh Ödön dr. eü. főtanácsos, egy. m. tanárt** három évi tartamra kinevezte.

A Magyar Orvosi Archivum 4. füzeté megjelent a következő tartalommal: 1. **Thurzó Jenő dr.:** A bicolorált benzoögyantareactio. — 2. **Went István dr.:** Adatok a bacteriotrop immunanyagok és az agglutininek egymáshoz való viszonyához. — 3. **Karoliny Lajos dr.:** Adatok a mesenterialis xanthomatosis pathológiájához. — 4. **Jeney Endre dr.:** Változik-e a bacillus paratyphus-A állati testen való átvitel útján? — 5. **Jeney Endre dr.:** Hazai adatok az isohaemagglutinatio fajmeghatározó értékéhez. — 6. **Szatmáry Zoltán dr.:** Hármass fejlődési rendellenesség. — 7. **Szilí Sándor dr.:** Készülék húgyany meghatározására kismennyiségű vérben és organikus vialadéokban. — 8. **Verzár Frigyes dr. és Vásárhelyi Béla dr.:** A pajzsmirigy működése B-vitamin hiányánál. Ezenkívül 12 oldalon 36 referatum számol be az orvosi kutatás legújabb eredményeiről.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint nov. 25-től dec. 1-ig előfordult hasiagymáz 20 (5), kanyaró 10 (0), vörheny 46 (4), szamárhurut 11 (3), roncsoló torok- és gégeleob 7 (1), bárányhimlő 30 (0), gyermekágyi láz 1 (1), járványos fültőmirigylob 1 (1), vérhas 13 (2), Trachoma, küteges hagymáz, húlyagos himlő, influenza, ázsiai kolera, járványos agygerincagyhártyalob, veszettség, takonykór nem fordult elő. A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

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

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

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden állandóan nyitva. Fekvés, 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, VIGÁDÓ.

'EHRlich-WASSERMANN' ORVOSI LABORATORIUM
Vezető: Dr. STEINER SÁNDOR
VI. Teréz-körút 24. Telefon: 138-01

Vér-felfogó csövecskék vidékre szállítóképes dobozban.

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
Kórházi főorvos

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

PÁLYÁZATOK.

Vas vármegye közpórházánál megüresedett belgyógyász-
alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az állás javadalmá-
zása: X. fizetési osztálynak megfelelő készpénzilletmények, egy
butorozott szobából álló lakás fűtéssel és világítással, I. osztályú
élelmezés, mely természetbeni szolgáltatásokért azonban a Nép-
jóléti és Munkaügyi Miniszter úr által a 72640/923. IV. számú kör-
rendeletben szabályozott térítési díjak fizetendők. Felhívom mind-
azon orvos urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellő
okmányokkal felszerelt kérvényeiket Vas vármegye főispánjához,
dr. Tarányi Ferenc úr Öméltóságához címezve hozzám 1923
december hó 15-éig nyujtsák be, mert a későn érkező kérvények
figyelembe nem vehetők. A kinevezett állását azonnal elfoglalni
tartozik. Szombathely, 1923 november 20.
176/1923.

Dr. Pető Ernő s. k. igazgató-főorvos.

A gyulai közpórháznak állami tulajdonba való átvétele
alkalmával pályázatot hirdetek a következő **orvosi állásokra**:
1. igazgató-főorvosi állásra az V. fizetési osztályban; 5 főorvos
(1 sebészeti, 1 belgyógyászati, 1 szemészeti, 1 elmeorvos és 1
és 1 kórböncnoki) állásra, melyek közül 1 a VI-ik, 2 a VII-ik
és 2 a VIII-ik fizetési osztályba fog soroztatni. Ezenkívül 3 al-
orvosi állásra a X-ik és 7 segédorvosi állásra a XI-ik fizetési
osztály illetményeivel, s a mindenkori kormányrendeletekkel
szabályozott egyéb illetményekkel. Meg kívánom jegyezni, hogy
az igazgató-főorvos orvosi tanácskozásokat kivéve magányakor-
latot nem folytathat. A másodorvosok és segédorvosok kinevezése
2 évi időtartamra terjed. Felhívom az ezen állásokra pályázni
óhajtókat, hogy születési bizonyítványukat, azonkívül magyar
állampolgárságukat, politikai megbízhatóságukat, képesítésüket
és eddigi elméleti és gyakorlati működésüket igazoló okmányok-
kal felszerelt kérvényeiket, ha közszolgálatban állanak, felettes
hatóságaik útján, különben pedig közvetlenül a vezetésem alatt
álló minisztérium iktatóhivatalához legkésőbb folyó évi december
hó 20. napjáig nyujtsák be, mert a később érkezőt folyamod-
ványokat nem fogom figyelembe venni.

Budapest, 1923. évi november hó 29.

120825/II.—1923. sz.

M. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter.

Zala vármegye tapolcai járásához tartozó s lemondás folytán
megüresedett kövágóörsi **községi orvosi állásra** pályázatot
hirdetek. A községhez tartozik Révfülpő fürdőhely. Fizetés:
A törvényben és rendeletekben megállapított fizetés, természet-
beni lakás és a vármegyei szabályrendelettel megállapított látó-
gatási díjak. A pályázók az 1908:38. t.c. 7. §-ában előírt minősít-
sítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal felszerelt
kérvényüket hozzám folyó évi december hó 26-ig küldjék be,
az elkésett, vagy később nem szerelt kérvényeket figye-
lembe nem veszem. A választást folyó évi december hó 29-én
d. u. 5 órakor Kövágóörsön a község házában fogom megtartani.
Tapolca, 1923. évi november hó 24-én.

6372/1923. szám.

Polgár Ferenc s. k.
főszolgabíró.

Baranya vármegye szentlőrinci járásához tartozó Szentlőrinc,
Csonkamindszent, Kacsóta, Nagyváty, Dencsháza, Szentdienes,
Bánfa, Katádfa, Magyarszentiván, Vásároszentgál, Nagypeterd,
Becfa, Botyka, Kispeterd, Nyugotszenterzsébet, Rózsafa, Hefesfa,
Bükkösd, Cserdi, Dinnyeberki, Góricza, Megyefa, Ibafa, Csebény,
Gyűrűfű, Horváthertelend és Korpád községekből alakított XXV.,
körorvosi körben nyugdíjazás folytán megüresedett, Szentlőrinc
székhellyel bíró **szentlőrinci körorvosi állásra** ezennel pályázatot
hirdetek. Az állás javadalmazása évi 1600 K törzsfizetésnek
megfelelő egységesített illetmények, évi 600 K lakpénznek meg-
felelő felemelt lakpénz és a vármegyei szabályrendelet szerinti
rendelet, látogatási, műteti és távollási fuvardíjak. Felhívom
mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az
1908:XXXVIII. t.c. 7. §-ában előírt képzettségüket, eddigi
működésüket, valamint idegen járásbeli pályázóknál a forradal-
mak s az esetleges ellenséges megszállás alatt tanúsított magas-
tartásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket — köz-
szolgálatban állók felettes hatóságuk útján — hozzám **folyó évi**
december hó 20-ának d. u. 5 órájáig bezárólag annál is inkább
nyujtsák be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem
fogom. A választást **folyó évi december hó 27-én d. e. 10 órakor**
Szentlőrinc község házában tanácstermében fogom megtartani.

Szentlőrinc, 1923. évi november hó 30-án.

6006/1923. szám.

Horváth István főszolgabíró.

Újdonság!

Most jelent meg!

Prof. J. Schwalbe: **Diagnostische Technik** für die ärztliche Praxis.
Ein Handbuch für Ärzte und Studierende.

Kötte, 851 oldal terjedelemben, 380 ábrával.

Ára 210.000 korona.

Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung.

Herausgegeben von Geh. San.-Rat Prof. Dr. J. SCHWALBE.

Most megjelent új füzetek:

Innere Medizin.

Heft 6. **Krankheiten des Verdauungskanal, des Pankreas und des Peritoneums**, von Prof. Dr. Carl von Noorden Ára 18.750 K

Chirurgie.

Heft 11. **Verletzungen und chirurgische Krankheiten der unteren Extremität**, von Prof. Dr. Erich Sonntag. 25 ábrával. 208 oldal... .. Ára 34.000 K

Allgemeine Diagnostik.

Heft 1. **Der Einfluss experimentell-pharmakologischer Forschung auf die Erkrankung und Verhütung pharmakotherapeutischer Irrtümer**, von Prof. Emil Starkenstein. — **Immun-diagnostik und Immuntherapie**, von Prof. H. Selter. 204 oldal Ára 34.000 K

Heft 3. **Psychotherapie**, von Prof. H. J. Schultz. — **Irrtümer der allg. Diagnostik (theoretisch)**, von Privatdozent Dr. Richard Koch. — **Irrtümer der allg. Diagnostik (klinisch)** von Prof. H. Schlesinger. — **Irrtümer der allg. chemisch-klinischen Diagnostik und deren Verhütung**, von Dr. med. et phil. L. Pincussen. 184 oldal Ára 29.200 K

Raktárról azonnal szállítja az összeg előzetes beküldése vagy utánvétel mellett

„PETŐFI“ IRODALMI VÁLLALAT KÖNYVOSZTÁLYA BUDAPEST
VII, Kertész-utca 16.

IRODALMAT
KÉSZSÉGGEL KÜLD
A FŐRAKTÁR

NERVINDOL BARABÁS SEDATIVUM ROBORANS
Napi adagja 3 evőkanál

TUVOL URINANTISEPTICUM
TABL. UVE URSI COMP FRANKL
TÖRV. VEDVE
a Legtökéletesebb
Napi adagja háromszor 2-3 tabletta

II. RÁKÓCZI FERENCZ GYÓGYSZERTÁR BUDAPEST, VIII. RÁKÓCZI-ÚT 25

TEL: 6-86

NAGY KÁROLY BUDAPEST IV. APPONYI-TÉR 1.

VALORAL

Igen hatásos sedativum, tonicum, enyhe hypnoticum.

Javallat: Neurasthenia, hysteria, álmatlanság, ideges tünetek ellen

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

FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA RT.

BUDAPEST IV, CALVIN-TÉR 3. félemelet

Fiókküzetek: VII, Rákóczi-út 78 és IV, Vámház-körút 8

Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben, betegápolási cikkekben. Művegtagyártás és műszerjavítás.

Telefon: József 19-24

ORVOS ÚR!

A napokban megküldöttük Önnek részletes, alapos szakszerűséggel megírt ismertető levelünket gyártmányunkról:

A SZENT ISTVÁN MALÁTAKIVONATRÓL.

Reméljük, hogy ezt figyelmesen átolvasta és készítményünket, mint a legjobb és legolcsóbb tápszert, betegeinek rendelni fogja.

KÖBÁNYAI POLGÁRI SERFŐZŐ ÉS SZENT ISTVÁN TAPSZERMŰVEK RT.

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 KÖZLEMÉNYEK:

Bókay Zoltán: A vér és liquor cerebrosppinalis carbonatfeszültségének vizsgálata a gyermekkori különböző megbetegedéseknél. (643—645. oldal.)

Kellner Dániel: Basedow-kórral kapcsolatos ovarialis hypofunctio esete súlyos vikariáló haemorrhagiákkal. (645—646. o.)

Haynal Imre és Kellner Dániel: A méhmagzat elektrokardiogramjának felvételére irányuló kísérletek. (646—647. oldal.)

Klinikai előadások. Szontagh Félix: A laryngitis crouposa pathogenesisének és operatív gyógyításának néhány kérdéséről. (647—651. oldal.)

Zimányi Vidor: Válasz sz. Liebermann Tódor dr. „Megjegyzéseire”. (651—652. oldal.)

Johan Béla: Harding elnök véleménye a szesztilalomról. (652. o.)

A Közkórházi Orvostársulat december 5-i ülése. (652—653. o.)

A Magyar Szemorvostársaság III. tudományos ülése dec. 2-án, a II. sz. szemklinikán. (653—654. oldal.)

Az orr- és gégegyógyászati szakosztály november 20-i ülése. (654. oldal.)

A Debreceni Orvosegyesület 1923 december 6-i ülése, az új belklinikai tantermében. (654. oldal.)

Lapszemle. *Belorvostan.* — *Urologia.* — *Szemészet.* (654—655. o.)

Therapia. Schill Imre: A therapiás folyadékfelvonás kísérletében fellépő szomjúságérzés csillapításáról pilocarpinnal. (656. old.)

Heti krónika (656—657. oldal.)

Vegyes hírek. (657—658. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekkorház közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyetemi ny. r. tanár).

A vér és liquor cerebrosppinalis carbonatfeszültségének vizsgálata a gyermekkori különböző megbetegedéseknél.*

Írta: Bókay Zoltán dr. egyetemi magántanár, adjunctus.

A szervezet nedveiben a carbonat-tartalmat leg-egyszerűbben a *Rohonyi-féle* methodussal határozhatjuk meg. Az eljárás lényege abban áll, hogy állandó CO₂-feszülés mellett, 2% alizarin-indicatorral, N/100 só-savval titráljuk meg a kérdéses szövetnedvet s az elhasznált sósav köbcéntimétereinek számát, abszolút értéként, carbonat-szám gyanánt fogadjuk el. Ha a vérben a CO₂-feszülés nő, úgy a bicarbonat-tartalom (titrálható alkali) nagyobb lesz, mert a CO₂ carbonat alakjában kötődik meg, miután a CO₂ a vérben levő gyenge savakat az alkali-összetételeikből kiüzte s azok helyét foglalta el. Így tehát a vér bicarbonat-tartalma a vér CO₂-tartalmának függvénye. Ha a vér CO₂-tartalma állandó, úgy a bicarbonat-tartalom a vér egyéb savanyú vegyhatású factorainak mennyiségétől és erősségétől függ és pedig fordított arányban.

Rohonyi módszerét a szervezet reakciójának kémhatásának a megállapítására ajánlja. A szerzők egyrésze azonban a carbonat-számot nem tartja mérvadó-nak a szervezet reakciójára vonatkozólag, mivel a vér-carbonat-tartalom a vér reakciójának csak egyik tényezője, melynek változását teljesen compenzálhatja a másik factor, a CO₂-tartalom megváltozása. Miután a szervezet reakciójára nézve a CO₂/HCO₃-viszony a mérvadó, elképzelhető, hogy még csökkent carbonat-tartalom mellett is lehet alkalosis, feltéve, hogy a vér CO₂-tartalma a bicarbonat-tartalomnál erősebben csökkent.

Tény az, hogy a carbonat-szám a szervezet igazi reakcióját — hydrogenion-concentrációját — nem mutatja, azonban felvilágosítást nyújt a „szabályozó ké-szülék” (*Puffersystem*) alkotó sók viszonyáról, savkötőképességéről. Eppen abban rejlik ezen vizsgálatok eredménye, hogy megmutatták, hogy mennyire toldható el a vér sav-basistartalma anélkül, hogy annak hydrogenion-concentrációja megváltozott volna.

* Minden jog fenntartva.

A methodusnak ilyen módon való értékelése mellett vettük fel vizsgálatainkat.

Eljárásunk mindenben pontosan alkalmazkodott a *Rohonyi-féle* előíráshoz. A meghatározásokat kezdetben két, később egy controllal végeztük, a parallel meghatározások értékei közötti eltérés 5%-nál nagyobb sohasem volt.

A vizsgálatoknál a fehérje kicsapására szolgáló alkoholt pontosan beállítottuk: 1. neutralisra, 2% alizarin indicator mellett, 2. folyton controlláltuk annak 96°-os állandóságát. A vért mindig venaepunctio, egész kis csecsemőknél sinus-punctio segítségével nyertünk.

Klinikánk nagy anyagán vér- és liquor-celebrosppinalis carbonat-tartalom meghatározásokat végeztünk. A vérben a carbonat-számot 338 gyermeknél, 518 esetben határoztuk meg s tapasztalatainkat a következőkben foglaljuk össze:

Normalis, egészséges gyermekek vércarbonatszám-határértékeit 1.30—1.170 között találtuk, ami nagyjában megegyezik *Rohonyi* 1.25—1.60 értékeivel s a többi szerzők ezirányú vizsgálatainak eredményével. Ezirányú vizsgálatot 70 esetben végeztünk, 62 különböző korú gyermeknél.

Kevés számú, négy héten aluli egészséges csecsemőnél végzett vizsgálataink egyértelműleg alacsony carbonat-számot adtak, mely szám idősebb korban emelkedést mutat, megegyezően *Krasemann* ezirányú vizsgálataival. Példaképpen felhozhatjuk *M. Margit* 17 napos esetünket:

17 napos korában c = 0.7

57 napos korában c = 1.31

Négyhetes kortól kezdve a physiologiás aciditás nem áll már fenn.

Nem fertőző ragályos betegségek kapcsán fellépő, magas lázzal járó, genyessedéses folyamatoknál mindig normalis vércarbonat-értékeket kaptunk. 19 gyermeknél összesen 27 vizsgálatot végeztünk a következő betegségek kapcsán: tonsillitis follicularis, furunculosis, abscessus periappendicularis, osteomyelitis acuta infectiosa. Így pl. *G. Anna* 8 éves, súlyos acut, 40° lázzal járó, sepsises metastasisos genyedésekkel complicált osteomyelitis acuta infectiosa esetében a következő értékeket kaptuk:

1922 nov. 11. c = 1.43

nov. 13. c = 1.53

nov. 14. c = 1.61

nov. 17. c = 1.68

nov. 18. c = 1.70

nov. 22. c = 1.70

nov. 24. c = 1.68

dec. 1. c = 1.49

(Két nap mulva exitus.)

Vizsgálataink ezen eredményei *Bálint S.* és *Goldschmidt* adataival egyeznek, kik lázas állapotoknál nem tudtak mindig alkalosist kimutatni, ellentétben *Krasemannal*, ki lázas állapotnál mindig magas carbonatszámot talált.

A fertőző ragályos megbetegedések legnagyobb részénél a magas láz dacára alacsony carbonat-értékeket kaptunk.

Kilenc morbilli-esetet vizsgáltunk, ezek közül 4-nél igen kifejezetten alacsony carbonatszám-értékeket nyertünk. Pl.:

K. György 1 éves $c = 0.95$ (egynapos exanthema, 39°).

F. Sándor 8 éves $c = 1.14$ (erős eruptio, 39.2°).

19 *scarlatina*-esetünkönél összesen 82 meghatározást végeztünk, több esetről sorozatosan. Megfigyeléseink szerint az exanthemás szakban a carbonatszám csökkent, a reconvalescencia alatt fokozatosan emelkedik a normalis felé.

Pl.: *Sch. Ilona* 8 éves.

1922 nov. 15. $c = 1.08$ (erős exanthema, 38.5°),
nov. 16. $c = 1.15$, 38°.
nov. 18. $c = 1.24$, 38° (exanthema eltűnt),
nov. 20. $c = 1.56$, 38.3°.
nov. 22. $c = 1.56$, 37.5°.
nov. 24. $c = 1.43$, láztalan,
dec. 13. $c = 1.50$, láztalan.

Érdekes a következő esetünk is:

L. Ilona 5 éves.

1922 nov. 24. $c = 0.85$, 41° láz (igen erős exanthema 200 cm³ Moser-Paltauf-serum)
nov. 25. $c = 1.24$, 37° láz (exanthema fennáll),
nov. 26. $c = 1.46$, 38° láz (exanthema fennáll).

Ezen esetünkönél a carbonatszám gyors emelkedését talán a serum hatásával lehetne összefüggésbe hozni.

Varicella és *herpes zoster varicellosus* korai szakában kisebbfokú carbonatszám-csökkenést kaptunk, mely 1–2 nap alatt a normalisra emelkedett.

Diphtheriánál kevesebb számú vizsgálat kapcsán általában a normalishoz közelálló értékeket nyertünk.

Parotitis epidemica 7 általunk vizsgált esetében csak egyszer láttunk minimális carbonatszám-csökkenést.

Három, magas lázaktól kísért *influenza*-esetről sorozatosan tíz meghatározást végeztünk s mindig normalis értékeket kaptunk.

Typhus abdominalis 15 esetében 37 vizsgálatot ejtettünk meg s azt tapasztaltuk, hogy főleg annak kezdeti szakában van carbonatszám-csökkenés, amely néha meglehetősen jelentékeny is lehet. Pl.:

V. Gyula 10 éves (Widal 1200 higitásban positiv).

1922 nov. 14. $c = 1.23$, 38.6°.
nov. 15. $c = 1.17$, 39–38.5°.
nov. 16. $c = 1.17$, 39–38.8°.
nov. 18. $c = 1.18$, 38–37.8°.
nov. 20. $c = 1.50$, 37.7–36.7°.
nov. 24. $c = 1.65$, 38.5–37°.
dec. 4. $c = 1.70$, 38–36.7°.

Érdekes *K. Andor* 5 éves betegünk esete, kit osztályunkon nephritis chronica ellen kezeltünk:

1922 nov. 4. $c = 1.63$, láztalan állapotban,
nov. 10. $c = 1.35$, kisebb láz.
nov. 15. $c = 1.11$, magas, 39° körüli láz. (Widal $\frac{1}{800}$ -ig positiv).
nov. 16. $c = 1.08$, 38.8–38.6°, soporosus,
nov. 18. $c = 0.99$, magas láz, soporosus.

November 20-án exitus. A bonclelet nephritis chronicát és typhus abdominalist (a velős duzzadás stadiumában) derített ki.

Polyarthriti rheumatica acuta két esete közül egyiknél jelentékeny carbonatszám-csökkenést tapasztaltunk.

Morbus Heine-Medin egy egészen acut, alig 36 órás eseténél a carbonatszámot normalisnak találtuk.

Malaria tertiana két esete közül egyiknél egészen csekélyfokú carbonatszám-csökkenést mutatott a vizsgálat (a vért mindkét esetben roham alatt vettük).

47 *gümőkóros* betegünkönél 59 esetben határoztuk meg a carbonat-számot. Tapasztalataink azt mutatták, hogy az ú. n. „*sebészi gümőkór*“ (caries, lymphoma, hidegtályog) a carbonat-számot kevésbé befolyásolja, mint azt már más genyedékes folyamatoknál említettük.

Tüdőbeszűrődések azon részénél, melyek súlyosabb dyspnoét okoztak, carbonatszám-csökkenést mutathattunk ki. Különösen nagyfokú volt ezen csökkenés az általunk végigélesztett három miliaris tbc. esetében. (A meningitis tuberculosát a gümőkór csoportjából kivettük és azt az egyéb agyi folyamatokkal együtt foglaltuk össze.)

Az általunk észlelt 23 *lues congenita* esetében 1.15–1.20 közötti alacsony carbonatszám-értékeket találtunk, megjegyezzük azonban, hogy a vizsgált csecsemők legnagyobb részénél rachitis is zavarta a körképet s nem lehetetlen, hogy az alacsony értékek éppen a rachitis rovására írhatók.

27 *rachitises* gyermeknél 38 vizsgálatot ejtettünk meg. Ezen vizsgálatok kivétel nélkül alacsony carbonatszám-értékeket mutattak, több esetben az érték 0.90 alatt volt.

14 *spasmophilias* gyermeknél a vér reactiójának ugyanilyen értelmű megváltozását találtuk, több ízben az eklampsiás roham alatt vett vér plasmájában rendkívül alacsony értékeket nyertünk. Így *K. Mariska* 2½ hónapos betegünkönél a roham alatt vett vérben $c = 0.47!!$

Ezen megállapításaink ellentétben állanak *Bálint Sándor* hasonló irányú vizsgálataival.

A *szívmegebetegedések* incompenzált stadiumában, a dyspnoé fokozódásával karöltve jár a carbonatszám erős csökkenése. Így pl. *Sz. István* 8 éves (spondylitis dorsalis) betegünkönél 1922 nov. 2-án láztalan állapotban $c = 1.69$. A gyermek közben igen erős dyspnoéval és nagyfokú cyanosissal járó pericarditisben betegszik meg s ekkor, 1922 dec. 10-én, $c = 0.96$.

A *tüdő nem-tuberculosisos* különböző megbetegedéseinek, valamint a mellhártyaloboknál (bronchopneumonia, pneumonia crouposa, pleuritis exsudativa, empyema thoracis) 19 gyermeknél, 23 esetben vizsgáltuk meg a vért. A vizsgálatok azt mutatták, hogy ezen eseteknél is a dyspnoé fokával arányos a carbonat-számnak a csökkenése.

23 *meningitis tuberculosában* szenvedő gyermeknél 36 vizsgálatot ejtettünk meg. Az esetek egy csekély számában a carbonatszám csökkenését találtuk, olyanoknál, akiknél a boncolás a tüdőben nagyobbfokú miliaris eruptiót mutatott ki.

Nephritisek különböző alakjainál öt esetben vizsgáltuk a carbonatszám változását, eredményeink azonban nem egybehangzóak.

Egy 9 éves *diabetes mellitust* is vizsgáltunk:

1922 nov. 16. $c = 0.43$, vizeletben acetone.
nov. 17. $c = 0.195$, vizeletben acetone, acetecetsav, (Kussmaul-légzés, igen bányadt).
nov. 18. $c = 0.30$, vizeletben acetone, acetecetsav, (Natriumhydrocarbonicumot kap, állapota változatlan).
nov. 20. $c = 0.45$, vizeletben acetone, acetecetsav, (Acetonszagú lehelet, igen el-esett, cukrot kap).
nov. 21. $c = 0.66$, vizeletben acetone, acetecetsav, (Estére exitus).

Haemorrhagiás diathesis két vizsgált eseténél feltűnő alacsony értékeket kaptunk.

Érdekes tény gyanánt megállapítjuk, hogy annak dacára, hogy eseteink zömét a klinika beteganyaga képezte válogatás nélkül, a vérplasma vizsgálatainál kifejezett alkalosist sohasem találtunk. Ennek okát adni nem tudjuk.

Liquor cerebrospinalis-vizsgálatot 118 gyermeknél, 152 esetben végeztünk. A reactio kivitelenél mindig két kontrollal dolgoztunk s mindig betartottuk a *Rohonyi* által előírt 5 órát a fehérje kicsapására, bár idevágó kísérleteink azt mutatták, hogy a fehérje kicsapási idejének a megrövidítése az eredményt lényegesen nem befolyásolja.

Teljesen egészséges gyermekeken lumbalpunkciót nem végeztünk. A hydrocephalus congenitában szenvedő gyermekektől nyert liquoraink carbonatszám-értéke teljesen megegyezett a Rohonyi által normalis liquorcarbonatszám gyanánt megadott értékekkel.

15 hydrocephalusos betegnél 18 esetben végeztünk vizsgálatnál 1.83—2.00 között változó carbonatszám-értékeket kaptunk.

Az általunk vizsgált 35 meningitis tuberculosa eset közül 12 esetben carbonatszám-csökkenést találtunk: 1.55-ig, normalisnak megfelelő értékeket kaptunk 13 esetben, és 10 esetben emelkedett liquorcarbonat-értékeket mutattunk ki (legmagasabb érték 2.55). 8 esetben sorozatos vizsgálatokat végeztünk s ezen esetekben kivétel nélkül azt tapasztaltuk, hogy a folyamat előrehaladtával a carbonatszám emelkedett s a halál előtt a normalisnál magasabb értéket ért el.

Érdekes esetünk a következő:

H. Jenő 7 éves.

1923 márc. 12. c = 1.55,
márc. 14. c = 1.68,
márc. 17. c = 1.80,
márc. 21. c = 1.71,
márc. 24. c = 1.99,
márc. 26. c = 2.33, még aznap exitus.

6 meningitis cerebrospinalis epidemica vizsgált eseteink közül 1 esetben csökkenést, 2 esetben emelkedést, a többi esetben normalis értékeket kaptunk. Hogy eredményeink ez esetben nem egyértelműek, annak oka az is lehet, hogy betegeinknél a betegség különböző előrehaladottságú stadiumban volt.

A „residua post meningitidem“ csoportba tartozó minden esetben normalis értékeket nyertünk, éppúgy, mint 3 általunk vizsgált encephalitis acuta, és 5 meningismus eseténél sem volt carbonatszám-változás kimutatható.

10 epilepsiás betegnél való vizsgálat 8 esetben a carbonatszám emelkedett értékét eredményezte (2.36-ig), 2 eseténél a nyert érték a normalis magasságot tüntette fel.

Tumor cerebri és idiotiánál való vizsgálataink nem adtak egybehangzó eredményeket.

A különböző lázas megbetegedések kapcsán fellépő agyi galmi jelenségeknél normalis, vagy kevéssel emelkedett carbonatszámot kaptunk (meningealis tünetekkel járó colipyelocystitis, pneumonia cephalica, otitis media, typhus abdominalis, intoxicatio alimentaris).

25 spasmophiliás gyermek liquorját vizsgáltuk, ezek közül 17 esetben kifejezett csökkenést (1.45-ig) kaptunk, 8 esetben pedig a nyert érték a normalis érték alsó határán volt.

Néhány meningitis tuberculosa és spasmophiliás betegünkönél a vér- és liquorcarbonatszám-meghatározásokat párhuzamosan végeztük. Meningitis tbc. 2 esetben a liquorcarbonatszám-csökkenés stadiumában a vér-carbonatszám is csökkent, 2 esetben az emelkedett liquorcarbonat-értékek mellett normalis volt a vérplasma carbonatszáma. 2 rachitises-spasmophiliás gyermeknél erősen csökkent liquorcarbonat-érték mellett kifejezetten csökkent vércarbonatszámot kaptunk.

Ha vizsgálatainkat nagy számuk és azok pontos kivitele dacára sem tartjuk ma arra alkalmasnak, hogy eredményeikből egyelőre a gyakorlat számára diagnosztikai vagy prognosztikai következtetéseket vonhassunk le, annak oka csakis abban rejlik, hogy itt a több ismeretlenel bíró egyenletnek csak egy ismeretlenét határoztuk meg. Vizsgálatainknak azonban, mint adathalmaznak, jó hasznát lehet majd venni a többi érték kiszámításakor s velük bepillantást nyerhettünk a szervezet intermediaer anyagcserefogalmába s a szervezet kémhatását szabályozó mechanizmusba.

Irodalom: Rohonyi: Münch. med. W. 1920, 51. sz. — A. Bálint és Goldschmidt: Jahrb. f. Kinderheilk. 1922, 99. köt., 4. füzet — A. Bálint: Monatschr. f. Kinderheilk. 1923, 25. köt., 1—6. füzet. — Freudenberg és György: Jahrb. f. Kinderheilk. 1922, 100. köt., 1. füzet. — Krassmann: Jahrb. f. Kinderheilk. 1922, 99. köt., 5. füzet.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem III. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. ny. r. tanár).

Basedow-kórral kapcsolatos ovarialis hypofunctio esete súlyos vikariáló haemorrhagiákkal.

Írta: Kellner Dániel dr.

Kocher Albert figyelmeztetett először arra, hogy Basedow-kórnál az ovarium hypofunctiója csaknem szabályszerű és igen gyakori az amenorrhoea, mint ahogy hypothyreoidismusról oly gyakori a metrorrhagia. Másrészt számos oly esetet találunk amelyeknél az ovariumok eltávolítása után vagy a climax beálltakor lett nyilvánvalóvá a Basedow-kór, úgyhogy egyesek a Basedow-kór aetiologiái közé számítják az ovarium hypofunctióját, mint Novak, aki thyrogen, ovarigen és neurogen Basedowot különböztet meg. Az ovarium folliculus-apparatusának hypofunctiója („trophikus zavara“; Gley) sympathicotoniát vált ki, aminek következménye pulzusszámszaporulat, hasmenés, polyuria, adrenalinmydriasis stb. lehetnek, csupa oly symptomák, amelyek a Basedow-kórnál is gyakran észlelhetők. A pajzsmirigy dysfunctiója és az ovarium hypofunctiója illykép addicionálódhatik s nem mindig könnyen dönthető el a kérdés, hogy az ovarium vagy a pajzsmirigy megbetegedése-e az elsődleges. Különösen áll ez azon esetekre, amelyekben a Basedow tünetei csak az amenorrhoea felléptekor bontakoztak ki.

Az alábbiakban leírandó esetben a beteg anamnesise e kérdésre vonatkozólag tiszta képet nyújt.

I. M.-né (30 éves) gyermekkorában diphtherián és gyakori tonsillitiseken esett át. Első mensis 16 éves korában; négyhetes typus. 18 éves korában vette észre, hogy nyaka megduzzadt, szeméi kidülledtek, ezóta gyakran érez szívdobogást. Gyermeke nincsen, egy koraszülése volt. Négy évvel ezelőtt mensese kimaradt s azóta nem jelentkezett. Ez idő óta érzi magát betegnek, szívdobogása fokozódott, keze remeg, több napig tartó profus hasmenései vannak (10—15 nyálkás, vizes szék naponta). Két év óta 10 kg-ot fogyott; étvágya jó, sokat iszik, naponta két liternél is többet. Nem izzad feltűnően.

1921 III. 15-én vétetett fel a klinikára. A beteg külseje, mint azt Adler 23 amenorrhoeás esetben leírta, itt is a genitalis hypoplasia mellett az általános hypoplastikus constitutio jeleit viselte magán és Adler két typusa közül, szemben a virilis typusú, jól fejlett nőekkel, inkább a gyermekes typushoz állott közelebb: középtermetű, gyenge izomzatú, gracilis esontrendszere beteg. Arckifejezése merev, mimikátlan. Mérsékelt exophthalmus. Graefe, Moebius, Stellwag +. A nyakon lúdtorjásnyi struma, felette surranás. A hónalj szőrzet hiányzik, pubes-szőrzet gyengén fejlett. Bőr-alatti kötőszövet sajátságosan tömört tapintatú, a bőr nehezen emelhető ráncba, szinte myxoedemás benyomást kelt. Emlők fejletlenek. A bokák körül anasarka. — Insuff. valv. bicusp. — Genitáliák: diónyi cystocele, piciny, lapos portio, kis uterus retroclinálva. Mindkét adnextáj érzékeny.

III. 18-án Wassermann-reactio céljára vért veszünk a betegtől, mikor is a kar mérsékelt leszorításánál pontszerű, gombostűfejnyi vérzések mutatkoztak. A sternum enyhe ütögetésére kiszármányi haematoma lép fel. Haematologiai vizsgálat: 4.900.000 vörösvértest, 5400 fehérvérsejt, 60% haemoglobin, 134.000 thrombocyt, 12 perc vérzési idő, 28 perc alvadási idő. Vérkép: 65% segmentált, 1% eosinophil, 30% lymphocyt és 4% monocyt. Másnap az orrvérzés ismét jelentkezik és a szegycsonton és keresztájon 21-éig még újabb pontszerű vérzések láthatók.

III. 23-án 100 g dextrose bekebelezése után 1.13 g cukrot ürít. — A beteg Röntgen-kezelést kap.

IV. 2-án kiskökü orrvérzés lép fel. A haematologiai vizsgálat negatív percussió és leszorítási kísérlet mellett 5.500.000 vörösvértestet, 4700 leukocytát, 86.000 thrombocytát, 12 perces vérzési és 72 perces alvadási időt mutatott. — IV. 11-én a pangásos kísérlet ismét negatív eredménnyel járt.

IV. 16-án úgy a pangásos, mint a percussió kísérletre bórallati vérzés lépett fel és 22-éig több ízben vérzett a beteg orra. 22-én a pangásos kísérlet positiv,

vérségi idő 12 perc, alvadási idő 68 perc, thrombocytaszám 91.000.

V. 6-án újabb Röntgen-dosist kap a beteg. Az V. 9-én végzett haematologiai vizsgálat eredménye az előzőkkel megegyezik 109.000 thrombocytá, 3 perc vérségi és 43 perc alvadási idő és negatív pangásos kísérlet mellett.

V. 24–25-én orrvérzések, 5 perc vérségi és 24 perc alvadási idő és egyébként változatlan vérelet mellett. Pangásos kísérlet negatív. A betegnél bronchopneumonia lép fel. Ennek lezajlása után a klinikán töltött idő főként a beteg ingadozó compensáltságú szív működése helyreállítása jegyében telt el. A beteg vizeletmennyisége szíve egyensúlyi állapotában 2000 cm³ körül ingadozott. Basedowos tünetei jelentékenyen megjavultak, nagyobb haemorrhagiák többé nem jelentkeztek, bár VI. 24-én és VII. 21-én még enyhébb orrvérzések voltak, — úgy látszik — csökkent, de meg nem szűnt ovarium-functiója jele gyanánt.

Összefoglalás.

Egy pluriglandularis megbetegedés (pajzsmirigy, ovarium, hypophysis?) kórlefolyását vázoltuk, amely-nél a hiányzó menses idejének megfelelően heves vikariálós orrvérzés és nagyarányú bõralatti vérzések léptek fel. A Röntgen-besugárzás és egyéb (pankrin, brom- stb.) therapia kapcsán a basedowos tünetek és a fenyegetõ vérzések enyhültek, bár az elhúzódó alvadási és vérségi idő, az aránylag alacsony és igen állandónak mondható thrombocytaszám, valamint a qualitativ vérkép nem, vagy alig változott. Legrövidebb volt az alvadási idő az első nagyfokú vérszésnél, III. 18-án (28 perc) és az V. 24-i enyhe vérszésnél (29 perc), míg a többi értékek jóval magasabbak. Az alvadást normalis kontroll beállítása mellett nedves kamrában vizsgáltuk és relative is elhúzódottak találtuk. Adler és Grigoriu említik, hogy a leghosszabb alvadási időt nem vérző amenorrhoeásoknál találták, Sahl pedig nem vérző haemophiliásoknál említi ezt, míg a vérzés alatt rövidebb az alvadási idő. Ez alapon az első fenti értéket a vérzés, a másodikat (V. 24.) a javulás jelének lehetne talán tekinteni, mint ezt Kottmann és Lidsky teszik, bár Hoffmann az alvadási időt és a vérkép változását Basedow-kórnál nem tartja jellemzőnek. Esetünkben a haematologiai methodusok közül a pangásos és a percussió kísérlet haladt leginkább párhuzamosan a klinikai tünetekkel.

A budapesti Pázmány Péter-tudományegyetem III. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: Korányi Sándor báró egyet. ny. r. tanár).

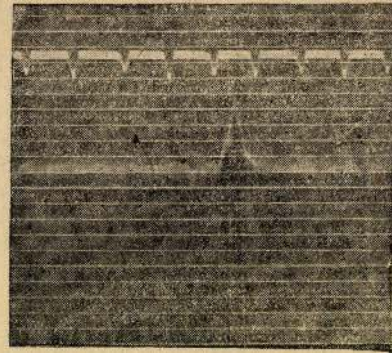
A méhmagzat elektrokardiogrammjának felvételére irányuló kísérletek.

Írták: Haynal Imre dr. és Kellner Dániel dr.

Cremer¹ 1906-ban két görbét közölt, melyeket a hasra és a hüvelybe, illetõleg a hasra és a végbélre helyezett elektródok segítségével vett fel. Görbéin oly kilengések láthatók, melyeket õ a magzat ekg.-jainak tart. Az elvezetés szempontjából a legalkalmasabb területnek a végbélet tartja, midõn az elektródok a magzat feje felett és alatt foglalnak helyet, de a hüvelyt, a húgyhólyagot és a gyomrot is alkalmas területnek véli. E területekrõl azonban a kísérleti egyének beleegyezése hiányában felvételeket nem eszközölhetett.

Cremer kísérletei óta Foà² és Sachs³ számoltak be hasonló irányú vizsgálatokról. Foà (1911-ben) hasi-hüvelyi, illetve hasi-végbéli elvezetést alkalmazott s három esetben kis kilengéseket kapott, melyek az anyai szív működésnek megfelelő kilengések közé voltak 75:187 arányban beszórva. Ezeket a magzat ekg.-jának tartotta. Sachs (1920 óta) hasi-hüvelyi és hasi-végbéli elvezetést alkalmazott s megkísérelte Nörr⁴-nek lovagnál alkalmazott elvezetését (a regio iliaca dextra et sinistra-ról) a lómagzat helyzetének utánzásával. A hasi-hüvelyi, illetve hasi-végbéli elvezetésnél nyert görbék az anyai szív működésnek megfelelő kilengéseken kívül finom rezgéseket mutattak, melyek gyermek-

ágy után teljesen eltűntek s helyüket isoelektrikus részlet foglalta el. Egy első elvezetésnél (jobb kar — bal kar) nyert finom rezgéseket mutató görbén a rezgések hypnosis segítségével ki voltak küszöbölhetők. Ebben az esetben a hasi-végbéli elvezetésû görbe sem

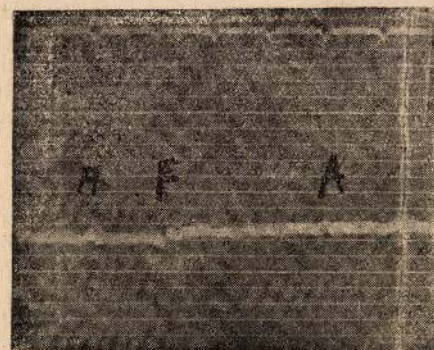


1. ábra. A periodusos kis kilengések az anyai ekg.-nak felelnek meg. Időjelzés $\frac{1}{5}$ másodperc.

mutatott rezgéseket, bár a „fájásokat“, „mint ahogy a hullámvonalakból látható, a hypnosis nem küszöbölte ki“. Egy esetben férfínál is kapott hasi-végbéli elvezetésnél magasabb kilengések mellett apróbb rezgéseket. Kísérleteinek eredményeképpen a kis rezgéseket nem tartja a magzat ekg.-jának s a magzat ekg.-jára vonatkozó kísérleteit eredményteleneknek tekinti.

1922 februáriusában és 1923-ban megkíséreltük a magzati ekg. regisztrálását. Az elektródokat (6×18 cm-es fémháló, nedves vászonnal borítva) a terhesek hasára erősítettük, az egyiket a fundus uteri-nek megfelelően, a másikat a symphysis fölé. A kontroll-egyéneknél (nemterhes nők és férfiak) a felső elektród a köldök fölé került. A felső elektródot mindig a galvanometer-húr felső végével kötöttük össze, az I. elvezetés jobb kar-kapcsolásának megfelelően. Minden esetben felvettük a vizsgált egyén ekg.-ját is II. elvezetésben (jobb kar — bal láb).

A vizsgált egyének minden csoportjánál (terhesek, nemterhes nők, férfiak) az ily módon nyert görbék az illető ekg.-jának megfelelő, ezzel azonos időben bekövetkező és azonos szaporaságú s a VI. elvezetés (mindkét láb) kis kilengéseivel igen hasonló kilengések mellett finom, szabálytalan rezgéseket is nyertünk, melyek a magzat szív működésével nem voltak kapcsolatba hozhatók. Nemterheseknél készült felvételeken gyakrabban, terheseknél ritkábban, periodusosan vizs-zatérõ hullámvonal látható. A periodicitás a légvételeknek felel meg s a légzés visszatartásával megszü-



2. ábra. A = anyai ekg. F = talán magzati ekg. Időjelzés $\frac{1}{5}$ másodperc.

tethetõ. Annak, hogy ezen hullámváz terheseknél ritkábban látható, valószínű oka a feltölt rekesz csekélyebb légzési kitérése. Ezen légzéssel kapcsolatos periodusos hûrmozgáson kívül a vizsgált egyének minden csoportjánál laposabb, szintén hullámos kitéréseket is láttunk, melyek Sachs idézett közleményének 7. ábrájá-

val azonosak s ezek szerint a terhességgel szintén nem hozhatók kapcsolatba.

Kizárólag terheseknél itt-ott egy-egy lefelé irányuló nagy kilengést találtunk (l. 1. ábra), melyek talán a magzatmozgásokkal állnak összefüggésben. Cremer szintén említi, hogy a galvanometer húrja időnként hirtelen kiadós mozgásokat végez, melyeket ő is a magzatmozgásoknak tulajdonít.

Végezetül terheseknél némely görbén egy-egy finom csipkézettség látható (2. ábra F.). Ezek alakjukra nézve Cremer „Foetalzacke”-jének felelnek meg s talán a magzat ekg.-jának tarthatók. Az anyai ekg.-tól (2. ábra A.), a finom, szabálytalan hűrzegésektől s azoktól a nagyobb kilengésektől, melyeket a magzatmozgással hoztunk kapcsolatba, tipikus rajzolatuk mindig megkülönbözteti.

Összefoglalás.

1. Hasra csatolt elektródok segítségével (fundus uteri — symphysis) megkíséreltük a méhmagzat ekg.-jának elvezetését. Nemterhes nőknél és férfiaknál ellenőrző felvételeket végeztünk.

2. Minden csoportnál az illető ekg.-jának megfelelő kilengéseken kívül finom rezgéseket találtunk, melyek tehát a magzat ekg.-jával nem hozhatók összefüggésbe.

3. Mindhárom csoportnál található periodusos hullámszerű hűrvándorlás. Ez a légzéssel függ össze s a légzés visszatartásával megszüntethető.

4. A kisebb, laposabb hullámzások nem voltak a terhességgel összefüggésbe hozhatók, mert szintén mindhárom csoportban nyerhetők.

5. Terheseknél hirtelen beálló, lefelé irányuló nagyobb kilengések talán a magzatmozgással állnak összefüggésben.

6. Terheseknél itt-ott bizonyos tipikus rajzolatú kitéréseket láttunk, melyek alakjuk szerint Cremer „Foetalzacke”-inek felelnek meg s esetleg a magzat ekg.-jai. E felfogás nem tekinthető bebizonyítottnak.

Irodalom¹ Max Cremer: Über die direkte Ableitung der Aktionsströme des menschlichen Herzens vom Oesophagus und über das Ekg. des Foetus. Münchener med. Wochenschrift 1906, 17. sz., 2. old. — ² *Fod* Arch. Ital. de Biol. 1. 56. 145. *L*elektrokard. foetal. *Sachs* nyomán idézve. — ³ *H. Sachs*: Elektrokardiogrammstudien am Foetus in utero. Pflügers Archiv für die gesamte Physiologie. 1923, 197. kötet, 5—6. füz. — ⁴ *Nörr*: Foetale Elektrokardiogramme am Rind. Zeitschrift für Biologie 1921, 73. 123.

KLINIKAI ELŐADÁS.

A laryngitis crouposa pathogenesisének és operatív gyógyításának néhány kérdéséről.

Tartotta: Szontagh Félix, a Debreceni Orvosegyesület nov. 15-i ülésén.

T. O.! Bátran mondhatni, hogy nemesak a szorosabb értelemben vett gyermekgyógyászatnak, hanem általában véve az egész orvostannak alig van problémája, amely körülbelül 100 év óta, nevezetesen *Brettonneau* óta annyit foglalkoztatta volna az orvosokat, mint a diphtheria. S méltán, hiszen a théma egyenesen kimeríthetetlen. A nagy tárgy két részletének egy-egy töredékével óhajtok mai előadásomban foglalkozni, még pedig a gégeben lokalizálódó diphtheria, a croup laryngis pathogenesisének egy-két kérdésével egyrészt, és operatív gyógyításának ugyancsak egy-két kérdésével másrészt.

Mielőtt in medias res mennénk, hangsúlyozom, hogy csakis saját tapasztalataim alapján óhajtok a tárgyra szólani, vagyis nemigen leszek figyelemmel irodalomra.

A beteg ágyán tett tapasztalatokhoz természetesen

szegődnek a sectio tanulságai, azonban nem egy esetben ezek sem teljesen kielégítőek, mert a boncolásnál talált elváltozásokból sem nyerünk praecis választási kérdésekre, amelyek — igaz, nagy ritkán — egy adott eset alkalmából felvetődnek.

Ami a laryngitis crouposa pathogenesisét illeti, nem mondhatni éppen — én még a serum előtti periodus körülbelül 10 évére tudok visszaemlékezni —, hogy laryngitis crouposa igen sok, még kevésbé a legtöbb esetben, úgy keletkeznék, hogy a folyamat a garatképletekből egyszerűen, e contiguitate, reája terjedne a gégebe. Vajmi ritkán megtörténik ugyan — ezt láttam már a serum periodusában is, még pedig akkor, amikor a serum absolute nem fejtett ki szemmel is követhető befolyást a helybeli megbetegedésre —, hogy a torok, avagy az orr megbetegedéséhez másodlagosan csatlakoznak a stenosis tünetei, rendszerint azonban az történik, hogy a gége megbetegedésével egyidőben fejlődnek az elváltozások a torokban, illetve az orrüregben is.

Ebben a tekintetben feltűnő a hasonlatosság a laryngitis crouposa és az álcroup jelentkezése között. A pseudocroup rendszerint a legjobb közérzet közepette lepi meg a gyermeket — hurutos jelenségek másutt, így pl. a nátha is, rendszerint másodlagosak. Az empiriának ez az egyszerű megállapítása nagyon sokat mond, mert megcáfolja a fölfogást, amely a gyermekek náthájának, bronchitisének, „influenzájának” stb. pathogenesisét és tömeges megjelenését illetőleg ma divatban van.

Ami a laryngitis crouposa és a pseudocroup közötti különzeti kórismét illeti, úgy ez, mint ismeretes, legtöbbször nem nehéz. Vannak azonban esetek, amikor még igen nagy tapasztalatok fölött rendelkező orvos is kétségben lehet az iránt, hogy mivel van tulajdonképpen dolga. Éppen ezért a gyakorló kartársaknak azt tanácslom, hogy kétes esetekben járjanak el úgy, mintha valóban gégecroupal volna dolguk, s tegyék meg azt, ami ennek a betegségnek a therapiája terén ma használatban van. Ha pedig nem mernek akkor, amikor ennek a javallata bekövetkezett, intubációhoz avagy tracheotomiához fogni, küldjék be már előzőleg ezt a betegüket olyan helyre, ahol művi beavatkozást végre tudnak hajtani.

A különzeti kórisménél a gyakorlat szempontjából a következő mozzanatok érdemelnek figyelmet: laryngitis crouposa akkor is lehetséges, amikor sehol másutt a szervezetben diphtheriás megbetegedésnek nyoma sem fedezhető föl. Teszem azonban, ha a garatban akár csak gömböstitűfejnyi felrakódást is látni, a stenosis diphtheriás karaktere majdnem, de azért mégsem absolute bizonyos, mert még súlyos természetű torokdiphtheria esetében is a gégeének egyszerűen hurutos megbetegedése is lehetséges. Sok gyermekben a torok megtekintésénél sikerül az epiglottist is meg látni, nagy ritkán egész nagyságában. Akárhányszor megállapíthatjuk, hogy az epiglottis szélén van diphtheriás elváltozás, még pedig az olyan esetekben is, amikor a gége megbetegedésére utaló jelenségek teljesen hiányzanak és a torok is ép.

Arra hívnám föl a figyelmet, hogy legkisebb gyanú esetében ne mulasszuk el leánykánál a *hüvely* megtekintését, mert még elsődleges megbetegedés e helyütt nem is olyan ritka, mint gondolnók. Nagy ritka esetekben *vulvaris diphtheria luessel* is kombinálódhatik.

Elsődleges *végbéldiphtheria* is előfordul; a sphincter ilyenkor teljesen elernyedvén, már egyszerű megtekintésre is a diagnosis megállapítható, míg a bélhuzam más szakaszaiban lokalizálódó diphtheria

csakis a boncolásnál fedeztetik föl. Egy a budapesti Új Szt. János-kórház gyermekosztályán észlelt esetünkben a pneumococcusos peritonitis kellő időben végrehajtott műtét dacára beállott halálos kimenetelének a magyarázata a boncolásnál az ileumnak klasszikus diphtheriás megbetegedésében találtatott meg.

Visszatérve már mostan a laryngitis crouposa kórisméjére, nem lehetek ez alkalomból figyelemmel mindazokra az eshetőségekre, amelyek az orvost több-kevésbé tévedésbe ejtetik, hanem csak néhányra vagyok tekintettel. Hogy hirtelen beálló tracheostenosis — pl. elsajtosodott, illetve ellágyult nyirokmirigy tartalmának előző usuratio után a légcső üregébe való betörése alakjában — a gégestenosis tüneteit utánozhatja, ismeretes.

A heveny gégeszűkület tüneteit utánzó tracheostenosis egy esetünkben abban lelte magyarázatát, hogy a légcső lumene felülről lefelé végig szűkítést szenvedett egy callusos hegszövet által, mely kétségtelenül egy előrement phlegmonés (kötőszöveti) gyulladásnak volt a maradványa, illetve terménye és az egész légcsövet páncél módjára körülölelte volt.

Egy ízben, amikor az intubatio a stenosison nem könnyített és légcsőmetszéshez folyamodtunk, a mélyben a trachea előtt egy tályogra bukkantunk. A gyermek meggyógyult.

Nagyon ritka, de a laryngitis crouposa összes tüneteit híven utánozza az a mindenkor halálra vezető megbetegedés is, amelyet a *phlegmone introitus laryngis* elnevezéssel illetünk meg legjobban; én eddig három ízben találkoztam vele; felismerése természetesen csak a boncolásnál volt lehetséges. A heveny gégestenosison kívül a foudroyans sepsis tünetei jellegzik ezt a folyamatot. Ha diagnostizáltatnék, úgy az én véleményem szerint csak tracheotomia, nem pedig intubatio segítségével kell a stenosis elhárítására törekednünk.

Larynx croup esetében a mi klinikai kórisménk legtöbbször úgy hangzik, hogy: diphtheria faucium et laryngitis crouposa. Kérdés, hogy pathologiai anatomiai értelemben ez a diagnosis mindig helytálló-e vagy se? Azt kell válaszolnom, hogy nem. Amint a torok vagy orrbeli elváltozás pathologiai anatomiai értelemben sem mindenkor diphtheriás, hanem crouposus, valóban álharthás, fibrinosus természetű exsudatív folyamat — egy consilium alkalmából egy kisleányka, amikor az orrnak megvizsgálása céljából az ablak elé ültettem volt, hatalmas álharthát, mely az egész jobb üreget kibélelte volt, kitűszentett, és ettől a pillanattól fogva gyógyult volt —, úgy a gége és a légcső megbetegedése is igen sokszor valószínű diphtheriás, tehát destructív, a mélybe ható folyamat, amely mint ilyen, rendszerint más megítélés alá esik, mint a membranaeas, a crouposus exsudatívóval járó, tehát csakis felület és nem a mélybe hatoló megbetegedés. A gége nem crouposus, hanem diphtheriás jellegű megbetegedése néha még a tracheában is föltalálható, míg a bronchusok megbetegedése kivétel nélkül álharthás jellegű, a legkisebb bronchusoké pedig már csak egyszerűen genyedéses természetű. Mindezt nem szabad szem előtt téveszteni, vagyis: a laryngitis crouposa prognosában nemcsak a folyamat extensitása, hanem intensitása is bír döntő jelentőséggel, sőt ez utóbbi elsősorban. És itten megint — és ezt nem tudom eléggé nyomatékosan hangsúlyozni — még egy fontos momentum a legnagyobb figyelemre méltó, t. i. hogy néha egy sajátságos aránytalanság forog fenn a helybeli enyhe elváltozás és az igen súlyos általános toxicosis között — fontos jelenség, mellyel még foglalkoznunk kell.

Az „Orvosi Hetilap“ ez évi 21. számában megje-

lent referatumból arról értesülünk, hogy legújabbán kiszivattyúzással, az ú. n. „suction“-nál próbálkoznak a laryngitis crouposa therapiájában. Hogy a gége, illetve légcső pathologiai anatomiai értelemben vett diphtheriás megbetegedése esetében „kiszivattyúzástól“ és a gége „kitisztításától“ eredmény volna várható, kétkem; a „kitisztítást“ egyenesen perhorreskálnám. Hogy a gége pathologiai anatomiai értelemben vett crouposus megbetegedése esetében a „suction“-nak mi az értéke, tapasztalatok hiányában nem tudom megbírálni, de hogy ezen eljárás mellett is, még pedig a kiszivattyúzás következtében előálló subglottikus oedema miatt intubatio, illetve tracheotomia szükségessé válik, a referatumból kiviláglik.

Ezek után annak az igen fontos kérdésnek a tárgyalására térünk át, hogy laryngitis crouposa esetében a heveny gégestenosis jelenségei tulajdonképpen micsoda tényezőknek köszönik eredésüket. Beható analysis és az élon, illetve a boncolásnál nyerhető tapasztalatok értelmében kiderül, hogy a viszonyok ezekben a kérdésekben távolról sem olyan világosan tekinthetők át, mint ezt ma még gondolják.

És ezzel elérkeztünk mai előadásom igen fontos részéhez, mely mindnyájunk figyelmére nagyon is érdemes. Mindjárt meghalljuk, hogy miről van itten tulajdonképpen szó. A Mediz. Klinik 1913. évfolyamának 40. és 41. számában „Über die Kontagiosität infektiöser Krankheiten“ címen megjelent egy cikkem, amelyből röviden ismétlem két esetnek a kórtörténetét:

Az I. láztábla (demonstrálás) vonatkozik egy egy éves gyermekre, aki 1912. évi július 24-én laryngitis crouposával vétetett fel az Új Szent János-kórház gyermekosztályára. A mandulákon igen kevés, apró, szigetes crouposus felrakódások voltak láthatók. Serum alkalmazása után a gyermeket megintubáltuk. De minthogy 48 óra múlva javulás nem állott elő, a gyermek absolute nem tűrte az extubatiót és a hő rohamosan emelkedett, július 26-án délután még tracheotomiát is végeztünk, de minden eredmény nélkül, mert a gyermek még az éjjel folyamán 41^o-ra hágó hő mellett meghalt.

A II. láztábla kilencnapos gyermekre vonatkozik, akit 1912. évi október 11-én az esti órákban nagyfokú stenosisal, de már úgyszólván pulzus nélkül hoztak az osztályra. *Intelligens anyjának előadása értelmében a gyermek délig teljesen egészséges volt!* A serum alkalmazása után a gyermeket azonnal meg kellett intubálni. Október 13-án, tehát harmadnap délelőlt 10 óraker a gyermek detubálható volt; a stenosis tünetei enyhültek volt, de nem úgy a dyspnoé s még aznap délután 6 óraker 40.5 hő mellett a gyermek meghalt.

A III. láztábla hasonló esetre vonatkozik, csak hogy a hő 42.0-ra emelkedett volt.

A leírt három esettel teljesen azonosokra fölhívtam a figyelmet már 1907. évi november 20-án a budapesti közkórházi orvostársulatban „a diphtheria serumtherapiájának néhány kérdéséről“ címen megtartott előadásomban, nemkülönben „Sensibilisationserscheinungen und Überempfindlichkeitsreaktionen“ címen a Jahrbuch für Kinderheilkunde 1913. évi 5. füzetében megjelent dolgozatomban. De már Debrecenben is volt hasonló esetünk. Mindegyikére jellemző: *zsengekor és a pathologiai anatomiai elváltozások úgyszólván teljesen negativ volta*; mert a szívizomzatnak itt-ott makroszkopice megállapítható volt esekélyfokú elfajulásán kívül a gégében talált elváltozások (úgy ex-, mint intensitásukat illetőleg) meglepően enyhék: *mindössze minimalis nagyságú, pókháló vékonyságú crouposus hártarészletecske találtatik, kivételesen még ilyen is hiányzik.*

Ezzel a teljesen negatív, vagy majdnem negatív sectiók lelettel élénk ellentétben van a klinikai lefolyás, amelyet elsősorban is jellemez a *hőnek gyors és meredek, a halál beálltáig tartó emelkedése 40,0, 41,0, 42,0 fokra.*

A hő menetének ezen típusos viselkedésével találkozunk néha a gyermekek *égési halála* esetében; érdekes, hogy különösen akkor, amikor az égés által előidézett elváltozások in- és extensitásukat illetőleg úgy szólva minimálisak (l. IV. láztábla).

Rostonyás tüdőgyulladás lezajlása után fejlődő *meningitis* hasonlóképpen folyt le egy esetben, amikor az anatómiai elváltozások a boncolásnál éppen csak jelezve voltak. (A *meningitis cerebrospinalis* úgynevezett siderans vagy fulminans esetei más megbírálás alá esnek!) Éppen így viselkedik a hő menete az úgynevezett ekzema-halál esetében.

Ha a vázolt laryngitis crouposa eseteket az élön jól megfigyeljük, kell, hogy észrevegyük, miszerint akár intubatio, akár tracheotomia enyhít ugyan a gégestenosison, de nem változtat a dyspnoén, mely ilyenkor szerfelett emlékeztet az úgynevezett „nagy légzésre” (die grosse Atmung), mint aminővel találkozunk a nagy anyagforgalmi katasztrófáknál, például a diabeteses coma esetében, vagy pedig a gastroenteritis cholericiformis némely alakjainál, itten az úgynevezett ziháló lélekzéssel, amelyet a szerzők a hajszolt vad lélekzési típusával hasonlítanak össze és aminő lélegzési típusal, párosultan hihetetlen nyugtalansággal, anxiatással és izgalmi jelenségekkel találkozunk saját megfigyelésem értelmében nagyon ritkán zsengekorú gyermekek-nél egyszerű tracheobronchitis eseteiben, amikor az elváltozások a boncolásnál is úgyszólván szóra nem érdekesek. Amilyen fontos és érdekes, épp olyan sötét problémák ezek mind!

Nem lehet azon csodálkozni, hogy volt egy időszak, különösen akkor, amikor ilyen fajtájú és természetesen mindenkor serummal is kezelt croup-eseteket aránylag sűrű egymásutánban és ismételtén volt alkalom észlelni, engem az a gondolat foglalkoztatott, jobban mondva nagyon nyugtalanított, hogy az egyenesen rejtélyesnek minősítendő halálos kimenetelben nincsen-e része a serumnak mint olyannak?

Ezirányú aggályaimat azonban eloszlatta az a tapasztalatunk, hogy serum nélkül is van foudroyans lefolyás, igen magas láz és mindezzel szemben enyhe, szóra nem érdemes helybeli elváltozás. Ez áll természetesen egy tízhónapos leánykára, kit 1903. évi február hó 4-én, vagy egy másik ugyancsak tízhónapos leánykára, akit 1904. évi október 28-án hoztak az osztályra, mindkettőt azonban már csak a haldoklás utolsó perceiben, úgy-hogy az osztályos segédorvos a serum alkalmazásától már elállott volt. Az elsőnél a boncolás hurutos bronchitisen kívül álhártyás gége- s légcsőgyulladást — vékonyka, minimalis hártácskával —, a másikkal még bronchitist sem tudott a minimalis, de nem crouposus avagy diphtheriás természetű gége- s légcsőelváltozásokon kívül megállapítani.

Az a kérdés, miképen értjük, hogyan magyarázzuk ezeket az eseteket? Akinek a diphtheria és a croup terén nagy tapasztalatai vannak, meggyőződhetett arról, hogy igen ritka esetekben feltűnő aránytalanság foroghat fenn a helybeli enyhe és a súlyos általános, toxikusnak felfogott jelenségek között. Torokdiphtheria, tehát szemmel megállapítható és követhető, igen enyhe eseteiben is súlyos, sőt igen súlyos általános tünetek lehetségesek, de ilyenek lehetségesek enyhe gége-croup eseteiben is. Egy ízben másfél éves fiút hoztak az osztályra három nap óta fennálló laryngitis crouposával — ép orr és torok mellett —, amely az azonnali

intubatiót igényelte; 13 óra múlva a gyermek a tubust kiköhögte és további intubálásra nem szorult. Ebből a lefolyásból mindenki fel van jogosítva arra a következtetésre, hogy a gégebeli elváltozások enyhék voltak. Mindazonáltal ennél a gyermeknél rendkívül súlyos, az egész izomzatra kiterjedő, a gyermeket csont- és bőrre sorvasztó bénulás fejlődött ki, és pedig aggasztó szívgyengeségi tünetek kíséretében, úgyhogy hetekig kétséges volt, sikerül-e általában a gyermeket életben tartani. Majdnem négy hónap telt el, amikor az első járási kísérleteket tette volt.

Azonban a fentebb vázolt croup-esetekben nem lehet egyszerű aránytalanságról, mondjuk idiosyncrasiáról szó a diphtheria pathogenesisééről ma általánosan vallott felfogás értelmében sem, ami mellett természetesen nem mulaszthatom el arra figyelmeztetni, hogy amikor a mai felfogás idiosyncrasiát kénytelen feltételezni, ezzel vajmi keveset magyaráz, mert egy ismeretlen helyébe egy másik ismeretlent tész. Mint a költő mondja: „Wo Begriffe fehlen, da setzen Worte ein.“ Természetes, hogy a fentebb vázolt croup-esetek pathogenesiséét magyarázandó, általában hasonlóképpen idiosyncrasiához kell folyamodnunk; de ez távolról sem elegendő, hanem az idiosyncrasiának egy egészen sajátos típusát kell föltételeznünk, amely típusra jellemző az, hogy a helybeli elváltozások nem magyarázzák a heveny gégestenosis, jellemző továbbá a rapid lefolyás, a folytonosan és rohamosan emelkedő hőfok, s jellemző végül, hogy a gégestenosis művi elhárítása dacára a sajátos formájú dyspnoé továbbtart, amely *dyspnoé gégestenosisos componensével egyetemben teljes intensitásában hirtelen köszönt be és változatlanul fennáll a halál beálltáig.*

Vagyis: ez a fajtája a dyspnoének nem lehet egyedül cardialis eredésű, csakúgy nem, mint ahogyan nem lehet egyedül gégestenosisos eredésű sem, hanem kell, hogy *centralis* eredésű legyen egyszersmind, és eképen valamelyes analogiába hozható az állatok mesterségesen előidézett anaphylaxiás halálával. Ez bizonyos. — Notandum arra kell figyelmeztetni, hogy a vázolt esetek teljesen kiválnak az ú. n. sepsises diphtheria-, illetve croup-esetek kategóriájából. Hiszen nem tévesztendő szem elől, hogy vannak esetek, amikor foudroyans lefolyás dacára a bonclelet diphtheriára, illetve croupra teljesen negatív. És itten eszembe jutnak a meningitis tuberculosa azon igen ritka alakjai, amikor a bonclelet majdnem, de mindazonáltal mégsem egészen negatív. Mondjuk, találunk egy, s nem több, peribronchialis nyirokmirigyben már elmeszesedésnek induló gócot és az alapon minimalis kocsonyás izzadmányt, a Sylvius-árkokban az erek mentén itt-ott egy-egy miliaris gümös gócoeskát.

Egészen bizonyos, hogy ilyenkor a halál nem áll be tuberculosis, hanem beáll a meningitisre valló minimalis elváltozások dacára mégis a *meningitis tuberculosa*, illetve az *összanyagforgalomnak katasztrófális összeomlása következtében, amely anyagforgalmi katasztrófa a meningitis tuberculosa klasszikus és jól ismert kórképében zajlik le és feltétlenül halálra vezet.* Kell-e itten arra figyelmeztetnem, hogy a gyermekek ú. n. *periodikus hányása* kivételesen halálra vezet és hogy ilyenkor a klinikai kórkép feltűnően hasonlít a meningitis tuberculosaéhoz?

Kell hogy rokon, illetve analog folyamat folyjon le a croup laryngis vázolt alakjainak esetében is. Az *összanyagforgalom katasztrófája* itten lezajlik a laryngitis crouposát híven utánzó kórképében. Amikor ezek a gyermekek megbetegednek, tulajdonképpen máris haldokolnak. A klinice észlelhető jelenségek tulajdonképpen egy előrement folyamatnak a záró akkordjai,

amely folyamatnak úgy kezdete, mint pedig lényege is előttünk ismeretlen. Ez az, amit klinikai észlelés megláthat és megállapíthat, de amit elvégre is meg kell látnunk — legfőbb ideje —, ha ezekben és más hasonló, mindeddig teljesen sötét problémákban valamelyes világosságra szert akarunk tenni. És reá helyezkedve erre az alapra, reményünk lehet nemcsak látszólagos, hanem valóságos és így érdemleges haladáshoz.

Klinikámon most a vér vizsgálatásával foglalkozunk, nevezetesen azokkal a vizsgálatokkal, amelyekről egyesületünkben beszámolt *Verzár* tanár intézetéből *Keller* tagtárs. Talán sikerül laryngitis crouposa esetében a capillaris vérgázanalízis segítségével a stenosis, illetve a dyspnoë természetét illetőleg behatőbb felvilágosítást nyernünk, nevezetesen abban az irányban, hogy a dyspnoë inkább stenosisos természetű-e, avagy nem-e inkább toxikus, illetve cardialis eredésű-e, és nem-e nyeriünk valamelyes támpontot a prognosistira és arra vonatkozólag is, hogy mely esetekben és mikor ne elégedjünk meg az intubációval, hanem folyamodjunk tracheotomiához.

És ezzel elérkeztünk előadásom második részéhez, vagyis a laryngitis crouposa operatív gyógyítása némi kérdésének a megbeszéléséhez.

Huszonöt éve volt a nyáron, hogy kineveztek volt a budapesti Új Szt. János-kórház gyermekosztályának vezető-főorvosává. E negyedszázad dacára nem egyszer még ma is azon töprengök, hogy vajjon az az álláspont, amelyet a croup laryngitis operatív gyógyításának a kérdésében elfoglalom, valóban a helyes-e vagy se. Elvben ugyanis az elsődleges intubációnak vagyok a híve és így csak másodlagos légesömetszéshez folyamodom.

Valljuk be egészen nyíltan, hogy az intubatio a tracheotomiával szemben ugyan egyszerűbb és kevesebb eséllyel járó beavatkozás, de hátránya, hogy nagy ritka esetekben a gyermekek nem detubálhatók azért, mert decubitus fejlődött és így tracheotomia és az ezt követő, a szűkület kifejlődését megakadályozni hivatott intubatio dacára kanülardok maradnak, hacsak később újabb műtét nem teszi lehetővé a kanül eltávolítását. Ilyen eseteim száma nem nagy, s ha jól emlékezem, legfeljebb nyolcra tehető 25 év alatt, de ezek közül kettő már Debrecenre esik. Mintha e téren is, bizonyos fokig legalább, valamelyes periodicitás megnyilvánulna. Emlékezem olyan időszakokra Budapesten, amikor nem igen kellett tracheotomiához nyúlnunk, annak dacára, hogy igen sok operatív beavatkozást igénylő croupos betegünk volt. Így pl. élénken emlékezem olyan időpontra, amikor a 16 ágyas diphteria-osztályon egyszerre 11 gyógyult intubált croupos betegünk feküdt volt. Persze voltak kevésbé kedvező időszakaink is.

A decubitus kérdésében az a legnagyobb baj, hogy nem tudjuk, mely esetekben várható fejlődése, továbbá hogy kivételesen igen gyorsan fejlődik úgy in-, mint extensitásban, és hogy feunforgásának nincsenek abszolút biztos kriteriumai. Egymaga a tubus bennfekvésének a tartama nem határoz. Láttam esetet, amikor a tubusnak 501 óráig való bennfekvése dacára a boncolásnál decubitusnak nyoma sem találtatott. Gyógyulni láttam gyermeket, ki 265 óráig, 13 napon át 13-szor, avagy másikat, ki 163 óráig, 26 nap alatt 23-szor volt intubálva. Ezzel szemben láttam olyan esetet is, amikor már 36 óra múlva, igaz, nem nagy terjedelmű, de annál mélyebbre hatoló decubitus kifejlődött volt. Legtöbb esetben azonban a decubitusnak mint olyan, nincsen valami nagy jelentősége a gyermekek életbenmaradásának a szempontjából. Hiszen a gyermekek nem a decubitus következtében pusztulnak el, hanem elpusztulnak a diphteriás megbetegedésnek a

rosszindulatúságánál fogva, amely rosszindulatúság az általános toxicosison kívül megnyilvánul a szövődményekben és így esetleg decubitus fejlődésében is. De itten hangsúlyoznom kell, hogy a decubitus fejlődésének a valószínűsége, továbbá terjedelmének (extensitásának) és mélybe való hatolásának (intensitásának) mérvfoka között egyrészt és a diphteriás folyamat rosszindulatúsága között másrészt az arányosság csak bizonyos határokon belül áll fenn. Mert hosszú intubációs tartam és a folyamat rosszindulatúsága dacára akárhányszor decubitus nem fejlődik, másrészt jóindulatúság mellett is akárhányszor nagykiterjedésű és mélyreható decubitus kifejlődése lehetséges. Erre példák a kanülardok. Itten is a viszonyok távolról sem olyan egyszerűek, mint ezt gondolják. Mindezt látva és tudva azt kell mondanom, hogy mindazok a módosítások és eljárások, amelyek bár előkelő helyről ajánlataknak a decubitusnak a megelőzése, illetve gyógygyógyítása céljából, a gyakorlatban nem igen válhatnak be.

Amiért a vezetésem alatt állott volt Új Szent János-kórházi gyermekosztályon és mostan a debreceni egyetemi gyermekklinikán is az elsődleges intubatio elvének, látszólag *contre cour*, bizonyos fokig legalább, messzebbmenő concessiót tettem és tesztek ma is, ennek a magyarázata a következőkben keresendő: Az a meggyőződés érlelődött ki bennem ugyanis, hogy a paediaternak a laryngitis crouposa operatív gyógyítása terén teljesen önállóan el kell tudni járni. Így egy gyermekklinikán is legalább két olyan orvosnak kell lennie, aki akár az intubatio, akár a tracheotomia végzésében alaposan jártas, de legjobb, ha mindkettőben. Hiszen aki egy laryngitis crouposában szenvedő gyermeket megintubál, annak, igaz nagyritkán, de bizonyos körülmények és esélyek fennforgása esetében mégis mint utolsó mentességhez a tracheotomiához kell tudni folyamodni. Nem is olyan ritkán megesik, hogy egy gyermeknél abban a pillanatban, amikor a klinikába hozzák, máris be kell avatkozunk. A beavatkozás, bár sikeres intubatio, akár sikeres tracheotomia alakjában, nem egy esetben valóban életmentő.

Egy gyermekben, aki úgyszólván in ultimis van, exacte és gyorsan — hiszen sokszor nemcsak percek, de ezeknek már töredékei is határoznak — légesömetszést tudni végezni, kivételesen nem kis feladat, mert valóban nem csekély ügyességet és hidegvért tételez fel. Sikeres tracheotomia a helyzetet egy csapásra meg tudja változtatni, de erre képes az intubatio is! Hát ez az éppen: fiatal orvosgeideim sokkal gyorsabban megtanulnak intubálni, mint tracheotomizálni. Ha hozzája számítjuk még azt is, hogy rövid ideig tartó intubálás után is akárhányszor beáll a végleges gyógyulás, nem csoda, hogy minden esetben először is az intubációval próbálkoznak boldogulni.

A debreceni egyetemi gyermekklinikán eddig megfordult croup-esetek részletes ismertetésétől eltekintek, bár úgyszólván mindegyikében rejlik valamelyes tanulság. Általánosságban azt kell mondanom, hogy járványról nem igen lehet szó. Feltűnő, hogy 19 gégecroupesetre a 20 hónap alatt mindössze 7 torokdiphteria esik. A 19 gégecroup-eset közül 4 morbillihez társult volt, amely körülmény lényegesen hozzájárult kanyaró-betegeink rossz gyógyulási százalékához.

Az én figyelmemet leginkább lekötötte az a tény, hogy a legtöbb esetre jellemző volt az egyenesen feltűnőnek mondható aránytalanság az enyhefokú és minőségű (kivétel nélkül a gége-légesőre szorító) és általános súlyos elváltozások között. Ez a feltűnő disproportionális a boncolásra került esetek úgyszólván mindegyikében megnyilvánult a helybelli, alig szóra érdemes elváltozásokkal szemben a nagyterjedelmű bronchopneu-

monián kívül a szív izomzatának többé-kevésbé súlyos degenerációjában. Ilyen szempontból bírálva a mi eseteinket, mondhatom, hogy tulajdonképpen kiegészítik azt az én közlésemet, amely „Über genius epidemicus et loci“ címen a Monatschrift für Kinderheilkunde 25. kötetében, vagyis az 1923. évi márciusi füzetben látott napvilágot.

Boncolásra került eseteinket kórszövettanilag Ambrus Matild dr. tanársegédnő vizsgálta át tüzetesen. Vizsgálatainak egy részéről e helyen is beszámolt volt. Most annyit jegyzek meg, hogy a kórszöveti képből mindenütt dominál a parenchyma zsíros elfajulása. Úgy ez, mint pedig az olyan gyakori bronchopneumonia hihetetlen gyorsasággal, ez utóbbi a gégestenosissal egy időben, de ezt megelőzve is fejlődött ki, vagyis: sem intubatio, sem tracheotomia nem játszott szerepet croupos betegünk tüdőgyulladásának keletkezésében. Feltűnő az is, hogy intubált és boncolásra került eseteink egyikében sem talákoztunk tubus által előidézett decubitus-sal. Decubitus, még pedig súlyosabb alakban, csak abban a két esetben foroghatott fönn, amely máig sem volt dekanülálható. Reméljük, hogy később sikerülni fog sebészi műtétnek őket is a kanültől megszabadítani.

A tracheotomiát illetőleg meg kell említenem, hogy mindenkor tracheotomia inferiort végzünk, vagyis az I-ső vagy II-ik, jobbára a III-ik gyűrűtől lefelé metszünk át 3–4 gyűrűt, úgyhogy a trachea sebének alsó vége ne érjen túl a VIII-ik gyűrűn. Mély tracheotomiára nincsen szükség. Nagyon mély légesömetszés esetében, eltekintve a könnyen érthető nehézségektől, megtörténhetik, hogy különösen erősebben görbített fémkanül használatának alkalmából ennek alsó éles vége a porcos gyűrűt metszett sebre emlékeztető módon usurálhatja olyan helyen, ahol az arteria anonyma közvetlenül elfut a trachea előtt. Áthatoló usuratio esetében okvetlenül sérül az arteria, aminek menthetetlen elvérzés a következménye.

Az Új Szt. János-kórházban attól az időtől fogva, amikor a bécsi Gersuny, Billroth tanítványa, leírta volt azokat a módosításokat, amelyeket ő az addig használatban volt fémkanülökön javasolt, mi csakis az ő kanüljeit (demonstrálás) használtuk. A Gersuny-féle kanülök nem hasított kanülök; hasított kanülökhöz kivételesen nyúlunk, még pedig csakis közvetlenül a műtét után, könnyebb lévén a laposra összeszorított kanülnek a bevezetése. De már az első cserénél, 48–72 óra múlva a műtét után, már nem hasított kanülöket alkalmazunk és azontúl is állandóan.

Részemről a Gersuny-kanülök előnyét a következőkben látom: 1. A kanül felső lumenének az átmetszete nem (mint az alsóé) kerek, hanem oblong, még pedig aképen, hogy a vízszintes átmérő is nagyobb, mint az alsó lumen átmérője, ellenben a függőleges átmérő még a harántátmérőnél is tetemesen nagyobb. 2. A kanül felülről lefelé kúpszerűen keskenyül. 3. A kanül rövidebb és így 4. ennek következtében egyszersmind meredekebb is. Mindezek által elérjük — ez volna tulajdonképpen a legfőbb előny —, hogy a trachealis seb felső zugában granulatióknak a keletkezése megakadályoztatik, amely granulatiók, mint ez ismeretes, nem egy esetben a decanulement-t nem engedik meg; továbbá elkerüljük a kanül rövidebb volta és erős meredekségénél fogva a trachea mellső falán a perforáló usuratio veszélyét, és végül a sebsatornának a lumene a kanül felső végéhez idomulván, a kanül bevezetése mindenkor nagyon könnyűvé válik, föltéve természetesen, hogy a kanül mindenkor eléggé szorosan rögzítettik a sebben.

Újabb időben újból ajánlják a már feledésbe ment tracheotomia transversát, vagyis nemesak a bőr-, hanem

a légesőnek is haránt átmetszését. Ezt a műtétet mindeideig nem kíséreltem meg, mert nem látom semmi előnyét a verticalis metszés felett. Sőt!

Tracheotomizált kis patienteinknek végleges sorsa, eltekintve igen számos mellékkörülménytől s tényezőktől, nem kis részben függ a helyes utókezeléstől is. E téren saját tapasztalataimból kifolyólag is sokat tudnék mondani, de végeredményben csatlakozom Trousseauhoz, aki azt mondja: „Mentől idősebb leszek, annál inkább ügyelek a csekélysegekre.“ Nem egy esetben valóban ilyeneken fordul meg a nagy veszélyen szerezésén átsegített betegünknek életbenmaradása. Íme egy példa: Egy délelőtti látogatás alkalmával belépve a diphtheria-osztály egyik kórtermébe, rögtön észreveszem, hogy egy tracheotomizált kis betegünk, aki végleges decanulement előtt volt már, bennfekvő és be nem dugaszolt kanül mellett meglehetősen nehezen lélezkzik, annak dacára, hogy a belső kanül rövid idő előtt meg lett tisztítva. Hát ez teljesen tisztának is bizonyult, de nem úgy a külső kanül, amelynek alsó vége, tüsszúrásnyi helytől eltekintve, barnás-feketés, meglehetősen vastag hártával volt bevonva. Vagyis tudnunk kell, hogy igen ritka esetekben légesömetszést szenvedett gyermekek a tracheitisnek olyan alakjában betegednek meg, amely igen sűrű, enyv módjára tapadó, szinte hijasnak mondható váladéknak bő termelésével jár. Más, de szintén igen ritka esetekben, a tracheitis-termelte igen bő váladék színében is olyan, mint a vakolat. A tracheitisnek ez a két fajtája nagy veszedelmet rejt magában, de gondos és jártas kezelés elháríthatja.

Válasz sz. Liebermann Tódor dr. „Megjegyzéseire“.

(Nemspecifikus mandulamegbetegedésekről.)

Írta: Zimányi Vidor dr.

Fein elmélete a garatgyűrű pathológiájának több kérdésére kiterjed. Ezek közül az idült mandulagyulladás negatióját és az „anginosis“-nak, mint önálló septikus megbetegedésnek kórképét ismerttettem. Az első tétel (miszerint több, eddig az idült tonsillitisre jellegzetesnek tartott tünet: erősebb vagy gyengébb fejlettség, hasadozottság, detritus megjelenése, vérteltség, nem tekinthető per absolutum kórosnak) és érvei ellen Liebermann dr. sem hoz fel semmi számottevő ellenargumentumot. Sőt acceptálja, hogy az eseteknek csak „tekintélyes számában, s nem többségében“ ismerhető fel a chronikusan gyulladt mandula. Helyteleníti azonban, hogy a Fleischmann-féle tonsilla-extractum-reactiót e tétel argumentumai közé soroztam. Pedig az összefüggés a mandula esetleges életani funkciója és kóros állapota közt könnyen elképzelhető, másrészt ezen összefüggés kimutatására színreactio áll rendelkezésünkre, így ezen érvnek felhasználása mindenképen indokolt.

Az „anginosis“-elmélettel (amire a „Megjegyzések“ legnagyobb része vonatkozik) nem óhajtok újlag foglalkozni, mivel ezen teoriával (épp argumentumainak elégtelensége miatt) ez idő szerint magam sem értek egyet. Ab ovo elvetését azonban nem tartom helyesnek két okból: 1. mert amennyire ez idő szerint nincs komoly, abszolút érvvel (serologiai vizsgálat!) alátámasztva, épp úgy megcáfolva sincs ily argumentum által, 2. mert a gondolatstruktúrájának kiindulási pontja, ha nem is fogadható el teljesen, de nem is feltétlenül hibás, — amivel szemben a következtetés inkább nevezhető logikusnak, mint sophistikusnak. Példa: A mandula fertőzésének útja vitás. Valamivel több érv szól a per mucosam fertőzés ellen. Így a Stöhr-féle belülről kifelé tartó nedváramlás, a Gulland által leírt leukocyta-kivándorlás a tonsillafelszínre oly életani folyamatok, melyek képesek bakteriumok behatolását megakadályozni. Goodale, Hendelsohn és Henke

festékszemes- és bakteriumsuspensióval végzett kísérletei szerint, amelyeket *Brieger* és *Görke* ellenőriztek, az idegentestcsékek sohasem hatoltak a mandula belsőjébe. Ezeket kiegészítik *Menzernek* cikkében említett értékes adatai. Ha tehát ezen vizsgálatok alapján a nyálkahártyán keresztül történő fertőzést kizárjuk, világos az endogen infectio, és pedig vagy a nyirokér vagy az érrendszer útján, illetve mindkét módon. A nyirokereken át létrejövő fertőzés lehetőségét a *Lénárt-* és *Henke-féle* kísérletek (orr és mandula közt közlekedő nyirokrendszer) alapján *Fein* joggal supponálhatta. Vagyis úgy a kiindulási pont, mint a következtetés teljesen logikus.

Sajnos, az összes felsorakoztatott „feltűnően szembeszökő állítások”-ra és következtetésekre a szükséges keretek miatt nem térhetek ki, amint hogy az egyoldalú beállítások megfelelő méltatásától is el kell tekintenem. Aki azonban az eredeti cikket, a hozzáfűzött „Megjegyzéseket”, szintűgy jelen „Válaszomat” elolvasta, tárgyilagos képet alkothat magának az említett tonsilla-problémákat érintő *pro* és *contra* argumentumok értékéről.

Harding elnök véleménye a szesztilalomról.

(Megjegyzés *Johan Béla dr.* orvosegyesületi előadásához.)

Johan Béla dr. érdekes és tanulságos orvosegyesületi előadásában az északamerikai Unio nagytársadalmi és közegészségi kérdéséről — a szesztilalomról — tartózkodva nyilatkozott; szavai mégis a legtöbb hallgatóban a szesztilalom sikertelenségét, a szesztilalom hatásának előkelő amerikai helyről elhangzott kedvezőtlen bírálata benyomását keltették. Nálunk — bár szegénységünk dacára egész államháztartásunk 2—3-szorosát meghaladó összeget költünk el — legalább is — szeszitalra, ahol az ifjúság 30—60%-a fegyverfogásra alkalmatlan, ahol az alkohol gondatlan élvezetével együttjáró nemzeti betegségek a magyar intelligenciális férfit és asszonyt 15—20 évvel hamarabb eltemetik, mint ameddig az intelligenciálisok Angliában élnek, nálunk, hol csaknem teljes tájékozatlanság van az alkoholizmus veszedelméről, kár volna, ha éppen az orvosi közönség az amerikai szesztilalom ügyéről tévedésbe esnék, ezért tartom szükségesnek a következőket megjegyezni:

Harding elnök 1922 dec. 8-án a Kongresszus előtt egyebek között a következőket mondotta: „Constitutional Prohibition has been adopted by the Nation. It is the supreme law of the land. In plain speaking, there are conditions relating to its enforcement, which savor of nation wide scandal. It is the demoralizing factor in our public life.”

Magyarul ez így hangzik: „Az alkotmányhoz tartozó szesztilalmat elfogadta a nemzet. Ez az államnak legfőbb törvénye. Öszintén szólva, keresztülvitelénél jelenségek vannak, amelyek államszerte botrányosak. Ez közéletünknek demoralizáló tényezője.”

Harding elnök tehát nem magát a szesztilalmat, hanem a keresztülhajtás nehézségeit kárhoztatja, s hogy ő is a szesztilalom híve, ezt bizonyítja *Rockwell H. Hunt*, a délkaliforniai egyetem tanárának következő kijelentése: President *Harding* has hit the nail on the head, when he said that „in another generation I believe that liquor will have disappeared not merely from our politics best from our memories.” Tehát: *Harding* elnök a fején találta a szegyet, amikor azt mondta, hogy „én azt hiszem, egy új nemzedékben a szesz nemcsak a mi politikánkból, de emlékezetünkben is el fog tűnni.”

Senki sem hűnyja be szemét a szesztilalom keresztülvitelének nehézségei előtt, de amint *Kansas* állam kormányzója írja, hogy ott, hol már 40 év óta állami törvény a szesztilalom és már a második nemzedék nő fel, amelyik nem látott korcsmát, meglepő furcsaságnak — a distinct oddity — tartják, aki a szesztilalom megváltoztatását akarja.

Guy tábornok, helyettes államügyész mondta, hogy nem a szesztilalom az egyedüli törvény, amelyet nehéz keresztülvinni, de a törvényt keresztül kell és keresztül is fogjuk hajtani úgy, amint átgondolva és megírva van, minden féls és engedmény nélkül.

Az amerikai jogászegyesület igazságügyi osztálya következőleg nyilatkozott: „Az Egyesült Államok népe

ünnepélyes alkotmányos és törvényes cselekménnyel a szeszüzelmek régentartó rosszát elnyomni akarja. Ha pedig ügyvédek, bankárok, nagykereskedők és gyárosok, szociális vezetők, akár férfiak, akár nők, étvágyuk kielégítésére vagy érdekeik előmozdítására nem engedelmessékednek és gúnyolják ezt a törvényt, vagy bármely más törvényt — az anarchia ügyét és a esőselék erőszakosságát segítik elő, a rablást és a gyilkosságot; sárkányfogakat vetnek s ne legyenek meglepve, ha semmiféle bírói vagy rendőri hatalom hazánkat vagy az emberiséget a vetés éresétől nem menti meg.”

Az Unióban több mint 20 millió gyermek évek óta tanulja a szeszüzelmet veszedelmét, nem csoda, ha a bírák és az ügyek vezetői is ismerik azt. Hogy megszegek — úgy, mint más törvény terén is — vannak, az ügy végsikerén változtatni nem fog. Az Unio területének 95, a lakosságának 75%-a már a törvény meghozatala előtt is szesztilalom alatt volt — sok helyt évtizedek hosszú sora óta — az új törvény ezt csak előbbre viheti.

S hogy a szesztilalomnak milyen eredményei vannak, arról csak Kalifornia, Indiana és Texas államok kormányzóinak nyilatkozatát idézem: „A nemzeti szesztilalom teljesen bevált. A gyermekek azóta jobban vannak gondozva és ruházva; az anyák vidámabbak és elégedettebbek, a kereskedőknek nagyobb a forgalmuk, a takarékokban több a betét, a nép vagyonosabb.” (Kalifornia.) „Az indianapolisi szegényházban eddig 4—500 szegény volt, most senki sincs benne.” — „Szavakkal nem lehet kifejezni azt a jót, amely ebben az államban közvetlenül a korcsmák bezárásából eredt. Nem hiszem, hogy Texas polgárai közül ez idő szerint 10% is megszavazná a korcsmák nyithatását.”

Pándy Kálmán dr.

A Közkórházi Orvostársulat dec. 5-i ülése.

Elnök: *Boytha József.*

Jegyző: *Toldy Lóránt.*

Bemutatók: 1. *Vágó Árpád: Méhtest rákja, áttétellel a hüvelyfalra.* A méhtest rákjának hüvelyi áttétele ritka. A Bakács-téri szülészeti klinikán észlelt betegénél sebész egy év előtt kiirtotta daganatos lágyéki mirigyeit, a primaer gócot azonban exploratív hasmetszéssel sem találták meg. Nagyobb, nyitott méhszájú uterus mellett zölddiónyi hüvelyi metasztázist találtak, miért is helyi érzéstelenítésben hüvelyi úton teljes méh- és hüvelykiirtást végeztek *Schauta* szerint. A fundusrák és hüvelyi áttétellel szövettanilag adenocarcinomának bizonyult, miért is az áttételnek implantatio útján való keletkezését veszi fel állatkísérletekre támaszkodva.

2. *Molnár István: Többrekeszű petefészekrák gyógyult esete.* 8 éve fennálló, minduntalan kiújuló és lázakkal járó petefészekrák conservatív műtét útján gyógyult esetét mutatja be *Frigyesi* osztályáról. A beteg előzőleg appendicitist végeztek. A szöveti mélydesinfekciót ajánlja nemcsak a genyes adnextumorok conservatív jellegű műtéti sikerének biztosítására, hanem a leromlott nőbetegek genyes adnextumorainak műtétre való előkészítésére is.

Singer Hugó: Az appendix a lig. appendiculoovaricum (lig. Clad) útján direkte fertőzheti a j. o. méhfüggelékeket. Appendix-műtétet kiállott nőket ezért j. o. függelékeikre kísérjük figyelemmel.

3. **Balkányi Mihály: Elsődleges petevezetőrák operált esete.** A 47 éves nőnél, ki b. o. hirtelen fellépő fájdalomról panaszkodik, laparotomiánál ökölyi nyomás uterust találnak, j. o. dionyi tuboovariális cystát. B. o. férfiokölyi, postakürtszerűleg görbült, mállékony masszával kitöltött tuba. Supravag. amputatio sec *Chrobak*, az adnexák kiirtásával. Cervixconkot a makroszkopiai vizsgálat után utólag eltávolították. Hasüregbe 1%o rivanolt öntenek és a műtéti területet rivanollal körülfeeskenedezik. Kórszövettani lelet primaer tubacarcinoma (cc. papillare simplex).

Frigyes József: A bemutatott esetek igazolják, hogy mennyire fontos a betegeknek nemcsak szakorvosi, hanem általános orvosi szempontból való gondos áttanulmányozása. Az első esetben már mások próbalaparotomiát, majd a lágyéki mirigyek kiirtását végezték, anélkül, hogy a méh rákos megbetegedését észrevették volna. A második esetben a tályog keletkezésében az előrement vakbélgyulladás játszott a fő-

szerepet. Ezért fontos, hogy az appendix-műtét előtt átvizsgálják a nemi szerveket. Harmadik esetükben a petevezetőben levő rákos folyamatot még a műtét alatti alapos átvizsgálás állapította meg s ezért végeztek gyökeres műtétet. A túlzott speciálódás miatt nemsokára hiányt fogjuk érezni a betegét alaposan ismerő házi-orvosnak.

4. Levius Lajos: *Korán levált és élő magzattal együtt megszületett lepény.* A 38 éves szülönőt harántfekvéssel szállítják be a Szent István-kórház nőgyógyászati osztályára. Burokrepedés közben fordítás, miközben a méhszáj körül nem tapintható, tehát valószínűleg normalis helyen tapadó lepény előesik. Extractio; élő magzat. A rendes helyen tapadó lepény korai leválásának okai jelen esetben: rövid köldökzsinór (33 cm), harántfekvés és +++ Wassermann.

Előadások: 1. Pfannenwald Mátyás: Idegentestek a női genitáliákban. Az irodalmi adatok ismertetése után az osztályon előfordult 7 eset leírását adja, bemutatva az idegentesteket. Mind a 7 eset gyógyult.

Fischl Armin: 1904-ben távolított el a szabad hasüregbe jutott, 16-2 cm hosszú elefántesont horgolótűt, melyet a nő vélt terhességének félbeszakítása céljából maga vezetett be a méhszájon át s melyet 2 órával később maga nem tudott már eltávolítani. Colpotomia posteriorral nyitotta meg a *Douglas* és ujjal húzta ki a tűt. Két napon át *Douglas*-drainage gázecikkal, nyolcadnapra gyógyulás.

Szili Jenő: A genitáliákba vagy a hólyagba bevitt hosszúkás alakú idegentestek ritkán távoznak el azon az úton, amelyen bevitettek. Ennek oka egyrészt az, hogy az üreges szervek contractiói a hosszúka testek végeit belenyomják az üreg falába, miáltal az ott fixálódik, másrészt az, hogy az uterusnak és a hólyagnak kivezető csövei az üreg hossz tengelyéhez képest meg vannak torzva. Így értelmezendő, hogy a cervixen át bevitt lamina nem a nyakesatornán át ürül ki, hanem átfúrva a hátsó cervix falát, a boltozatban jelenik meg.

2. Daday András: Megfigyelések a gonorrhoeás epididimitiseknél végzett tejbefecskendezések kapcsán. 63 eset alapján nagyobb fontosságot tulajdonít a gonococcusoknak a pars posteriorból a lymphá és vérkeringés útján való tovahurcolásának, mint azt eddig hitték. A két nap egymásután alkalmazott tejinjectio hatalmas fájdalomcsillapító. Úgy jár el, hogy 1 cm³-rel kezdve naponta emeli az adagot 4 cm³-ig, 3-ik napon pihen a beteg. A 2-ik és 5-ik napon, a láz tetőfokán 6% protargolt fecskendez be a húgycsőbe. E módszer szerint 4-6 hét alatt gyógyultak betegek, míg a negyednaponként alkalmazott *Müller*-féle eljárás szerint csak 3 hó alatt.

Meisels Vilmos: A tejinjectiókkal nem lévén megelégedve, a legjobb eredményeket a parenterosannal érte el, melyeket másodnaponként alkalmazott.

Basch Imre: Kiemeli a tejnek fájdalomcsillapító hatását, minek folytán a lefolyás enyhébb lesz. Ha a tej nem használ, más protein adandó, de általában a tejjel egészen jó hatás érhető el.

A Magyar Szemorvostársaság III. tudományos ülése dec. 2-án, a II. sz. szemklinikán.

Elnök: Blaskovics László.

Közli: Csapody István.

Az elnök megállapítja, hogy a mult ülésen a szemlekes lánppával való átvilágításáról ketten is beszámoltak. Konstatálja, hogy *Horváth Béla* előbb jelentette be előadását, mint *Kreiker Aladár*, az elsőség tehát a két önálló szerző közül kétségtelenül előbbit illeti meg.

Bemutatók: 1. Ajtay Mária: Carotis-lekötés exophthalmus pulsans miatt. A carotis communis sin. lekötése után nagyfokú hypotonia, látótérszűkület és adaptációs zavar támadt. A szemteke táplálkozási zavara érhető az art. ophthalmica izolált helyzetéből.

2. Brana János: Csonka-Magyarország trachomás katonáinak illetőségi hely szerinti csoportosítása. 861 esetről gyűjtött adataiból az elosztást járasonként feltüntető térképet szerkesztett.

Röth András: Katonákról, az egész országból nyert adatok egységes kép nyeresére alkalmasabbak egyes klinikák és kórházi osztályok adatainál.

Grósz Emil: A trachoma ellen való küzdelmet el-

lanyhulni nem engedhetjük, 1921-ben (Orvosképzés) s az ideai nagygyűlésünkön javaslatot tett a védekezés újrafelvételéről. Uj trachomás fészkek vannak, a háború szétzórását okozott, visszaesést támasztott. A bemutatott térkép új akció kiindulópontja.

3. Brana János: Mindkét szem luxatiója, a szaruhártyák teljes leukomája nagyfokú Basedowos exophthalmus és lagophthalmus következtében. A 42 éves férfi tíz éve szenved Basedow-kórban. Két éve golyvaműtét. Mindkét bulbus úgyszólván a szemhéjak elé került.

Hoór Károly: Az exophthalmust jórészt sympathicus-izgalomból magyarázhatjuk, mint az enophthalmust a Horner-tünetcsoporthoz benulásból. A halállal a Basedow-kórosok szemkidülledése egyszerre meg szokott szűnni.

4. Albrich Konrad: Intraocularis gombalelet. Phlegmonéhoz esatlakozó általános sepsisben retinitis fejlődött. A frissen enucleált és fixált szemben a sugártest hámsza alatt egy helyütt favusra emlékeztető gombatelepet talált, mely a phlegmone nekrotikus szöveteiből a véráram útján juthatott a szembe.

5. Kaesó László: Sarcoma conjunctivae. A kötőhártyaszakkal együtt eltávolított látó szemem végzett szövettani vizsgálat a bőr s a kötőhártya alatt mindennütt daganatsejteket talált, igazolva, hogy a már kétszer kiült esetben kevésbé radikális eljárás elégtelen lett volna.

Hoór Károly: A melanosarkoma rosszindulatú voltát megerősíti egy esetével, melyben az idejében megajánlott enucleatióba a hozzátartozók nem egyeztek bele s a 15 éves leány fél év alatt elpusztult.

Előadások: 1. Blaskovics László: A szemteke és kötőhártyaszák kiirtása. Két esetben súlyos tbc. corneae et conjunctivae, egy esetben sarcoma conjunctivae miatt végezte. A műtéttel az egész kötőhártya, a két pillaváz, a kommisszurák és a könnymirigy eltávolításával bővítte az enucleatiót. Intermarginalis metszéssel kezdődik felül és alul, a bőrt az orbitászélig feltejtjük, a fascia tarsoorbitalist a külső rapheból kiindulva kell körülválni. Tbc.-s esetben az izomtölecsérbe zsírszövetet ültet. A szemhéjszélek összevarrása után a kép olyan, mint becsukott szemé.

2. Liebermann Leó: A glaucoma kezelése Fromaget-f. retrobulbaris injectióval, Fr. 3 cm³ 2^o-os nonvoicain-és 6 csepp 1:1000 adrenalinból álló oldatot injiciál. 10-30 percen belül a tensio tetemesen alászáll. Fr. szemreint így: 1. kedvezőbb körülmények közt operálhatunk; 2. néha elkerülhető a műtét. *Hamburger* subconjunctivalisan injiciál adrenalinot. Az előadó Fr. szempontjától sokat vár, különösen malignus esetekben. Egy esetében jó tapasztalatot szerzett.

Csapody István: A sympathicus izgalma tensioeszkentő, valószínűen érszűkítés révén. Talán a Basedow-kórosok hypotoniája is ezzel magyarázható. Így a hormonális tensio-szabályozás (Imre) és a sympathicus-izgató szerek és eljárások hatása közt kapcsolatot lelünk.

Liebermann Leó: Hamburger szerint is a glaucoma sympathicus-atonia.

3. Albrich Konrad: A sugártest secretiójáról. Különbözőkép (atropin, pilocarpin, scopolamin, NaCl kötőhártya alá) kezelt állatszemeteket vizsgálva, azt találta, hogy 1. *norm.* szemben csak ritkán található a sugártest hámszában plastosoma, még ritkábban váladékszemeséket tartalmazó sejt. Secretióról *alig* beszélhetünk. 2. Az említett kezelések hatására sok plastosomát és mérsékelt váladékszemeseképződést látni. Bárminemű *chemiai izgalomra* tehát *mérsékelt secretio* támad. 3. *Csarnokesapolások* után *bővebb secretio* minden jelét felismerhetjük. Emberi szemem is egy esetben, áthatoló sérülés után a sugártest hámszát váladékszemesekkel találta tele.

4. Fazakas Sándor: A szem külső megbetegedései és az orr. (Referatum nem érkezett.)

Brana János: Az orrmegbetegedések és trachoma közötti összefüggésre már többször felhívta a figyelmet.

Kaesó László: Trachomások adenoid vegetációjában hasonló granulációs folyamat található, mint a kötőhártyában.

5. Röth András: A tekintőtérről. A tekintőtér az a tér, melyen a szem a fej (kompenzáló) mozgásán túl átsiklik. A fejmogzás nagyságát, azaz a tekintőtér belső határát a fejre rögzített fényzóró fénynyalábjának tangens skálára vetítésével mérte s a tekintőtérrel a tér nyolc irányában határozta meg; annál szélesebb, minél

periferiásabban fekvő tárgyat rögzítettünk. A tekintő-tér szélessége a primaer állástól 50°-ra eső tárgyra nézvést lefelé 36·5°, felfelé 27·5°, oldalvást és ferdén le, fel 25° körül van. Mivel ezeknél a szögeknél a bikonvex- és bikonkáv-üvegeken támadó astigmia igen nagy, ilyen üvegből 4·0 D-nál erősebbet ne rendeljünk.

Csapody István: Kérde az előadót, vizsgálta-e a tekintőtér gyorsan ugyanegy irányban megismételt fejelfordítások, esetleg az egyén körülforgatása során. A labyrinth-izagლობól azt várná, hogy ilyenkor a tekintőtér megkeskenyedik.

Az orr- és gégegyógyászati szakosztály november 20-i ülése.

Elnök: Lénárt Zoltán.

Jegyző: Dörner Dezső.

1. **Szafrańek János dr.:** *Feltűnő kuratív hatású tracheotomia gégetuberculosis esetében.* A jobb gégefelében diffus infiltratio, a subchordalis régióban cede-más duzzanat. Nehéz légzés miatt tracheotomia, ezt követően igen nagy javulás, beteg zárt kanül mellett is jól lélegzik. A javulás oka a műtét folytán nyugalomba helyezett gége és a tüdőkből származó infectio megszűnése.

2. **Tóvölgyi Elemér dr.:** *Kényszertracheotomia után jelentékenyen javult gégetuberculosis esete.* A hangszalagok nagyfokú infiltratioja egyben a gyűrű-pore lobjával oly nagyfokú szűkületet okozott, hogy a tracheotomia elkerülhetetlen volt. A műtét óta az infiltratio és perichondritis nagyjából visszafejlődött, a beteg már kanül nélkül is jól lélegzik.

A két bemutatót discussiójában résztvettek: **Paunz Márk, Lénárt Zoltán és a két Előadó.** A nézetek abban megegyeznek, hogy a tracheotomia néha szép javulásokat okoz, de csak vitalis indiciónál javult a műtét, kuratív szempontból nem.

3. **Kepes Pál dr.:** *Idegentest által okozott retropharyngealis abscessus.* A garat alsó részén egy megakadt esont tárgyot okozott, mi azonban még a műtét előtt kifakadt és sok bűzös geny távozott, körülbelül tíz napon át. A esontot jelenleg sem lehet kitapintani, de lehet, hogy még a garattal szöveti között van elrejtve, ezért a beteg megfigyelés alatt marad, hogy szükség esetén műtétet lehessen rajta végezni.

Paunz Márk dr.: Egy érdekes esetét említi, hol a retropharyngealis gyulladást egy gyereknél a lenyelt játékkockák okozta.

4. **Kepes Pál dr.:** *Külső könnytömlő-műtét után visszamaradt sipólynak Polyák-műtéttel gyógyított esete.* Műtét után hat napra a sipoly begyógyult.

Hozzászól: Polyák Lajos dr.

5. **Pollatschek Elemér dr.:** *Az oesophagus bemene-téből kiinduló és azt elzáró fibromás daganatról.* Műtét után gyógyulás.

Előadás: Némái József dr.: *Részletek a gége szer-kezetéről és működéséről.* Rendkívül tanulságos előadás az emberi és állati gégek szerkezeti különbségéről.

A Debreceni Orvosegyesület 1923 dec. 6-i ülése, az új belklinika tantermében.

Elnök: Tüdös Kálmán.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Bemutatók: 1. **Csiba Zoltán:** *Pankreastumor esete.*

2. **Molnár Elek:** *Sacharinmérgezés.* Egy család négy nőtagját: az anyát és három leányát mutatja be. Hat nappal ezelőtt este 1½ liter teát főztek s azt 13 szem sacharinnal édesítették. A teát a mindig használt zománcozott edényben főzték s ezen kívül csak paprikás burgonyát ettek. Az egyik leány nem is vacsorázott otthon, csak a teázásban vett részt. Éjjel 3 óraker erős szívdobogásra, főfájásra, szédülésre ébredtek, majd hányás fogta el őket. A három leány állítólag rövid időre eszméletét is veszítette. Orvosi tanácsra a belklinikára hozták őket. Felvételkor, két nappal a megbetegedés után, objectiv elváltozást belső szerveikben találni nem lehetett. Egyedül járásuk volt kissé ingadozó s behúnyt szemmel inogtak. Domináltak a subjectiv tünetek: a szívdobogás, főfájás és szédülés, de ezek is elmúltak két napi klinikai tartózkodás után. Miután a szorgos vizsgálattal minden más mérgezést ki lehetett zárni, a sacharint kell okolni a megbetegedésért. Az eddig leírt

sacharinmérgezések ugyanilyen tünetekkel jártak, de a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak.

3. **Jánossy Gyula:** *Hypersecretio mucosa intestini crassi.* 21 éves asszonyt mutat be, kinek 11 éves korától kezdve minden mensese előtt pár napig tartó nyákos hasmenése van. A graviditás alatt hasmenése nem jelentkezett, sőt igen makacs obstipatio kínozza. Szülés után két hónappal a nyákos hasmenése ismét jelentkezett, miután mensését is megkapta. A széklet bőven tartalmazott nyákot, melyhez csak néhány leukocya, desquamált hámsejt és ételmaradék volt keveredve. A hasmenés 2-3 napig szokott tartani, naponta 3-5-szörös székeléssel s következő mensesig a beteg tünetmentes. Három hónap óta ismét grávida s azóta makacs obstipatio kínozza.

Hozzászól: Szontagh Félix.

4. **Nagy Géza:** *Acut myeloblastos leukaemia.* 32 éves nőbetegnél hat hét előtt oldalszúrás kíséretében iazas állapot fejlődött ki, melyhez súlyos anaemia társult, conjuctivális vérzésekkel, hatalmas lép- és máj-tumorral. Vértkép: 1.200.000 vörös-, 145.000 fehérvérsejt, melyek qualitativ majdnem kizárólag közepnagyságúak és mikromyeloblastok. Négy intravenás argosolra a fehérvérsejtszám 60.000-re, majd 16.000-re zuhant le, miközben a thrombocyták teljesen eltűntek a periphériáról s a hasat milliárdnyi apró petechiából álló vérzés lepte el. Az argosolt elhagyva, a leukocya-szám ismét 50.000-ig emelkedett. A beteg vérből staphylococcus tenyésztett ki. Sternberg sepsis felfogásához esatlakozik.

5. **Karácsony Géza:** *Vállizom-bénulások.* 1. 26 éves nőbeteg mutat be, akinek hirtelen, nagy láz kíséretében megbénult a bal vállöv-izomzata. A bénult izomban hat hét múlva nagyfokú sorvadás és elfajulásos reactio volt kimutatható. Erzés-zavar nem volt. Bénult volt a m. deltoideus, supraspinatus, infraspinatus, subscapularis, teres major. Komplikálja az esetet a bal vállizületben egyidejűleg keletkezett arthritis. Négyheti erőlyes elektromos therapia után practice teljes gyógyulás.

2. Másik esete 46 éves férfi, kinek trauma következtében ugyancsak arthritisel együtt Erb-típusú bénulása keletkezett, igen súlyos izomatropiával és teljes elfajulásireactióval. A trauma és bénulás hét évvel ezelőtt történt és gyógyulásról szó sem lehet.

3. *Athophanyallal kezelt arthritisek.* Három, különböző súlyos arthritis deformansban szenvedő beteg mutat be. Athophanyl intravenás vagy intramuscularis adagolásával egyidejűleg javulás kétségtelenül mutatkozott. Végleges véleményt nem mond.

6. **Keller Ferenc:** *Érdekes hastumor-esetet mutat be.*

7. **Weszeiczky Oszkár:** *Endocarditis lenta.*

A bemutatók után Csiky József ismerteti a klinikai építkezések tervét és az új belklinika beosztását. Végül a tagokat végigvezeti a belklinika helyiségein.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A myalgiaák kezelése konyhasóbefecskendezésekkel. R. Pfeiffer. (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. 76. kötet, 5-6. füzet.)

A myalgia fogalma még ma sem egészen tisztázott. Mint kiváltó ok ritkán szerepel hidegbehatás, gyakrabban influenza vagy influenzaszzerű infectio. A betegek között ritkán vannak astheniások, anaemiások, anyagcserezavarokban szenvedők, gyakoriak férfiak feltűnő erős izomzattal. A beteg izmok felett a bőr gyakran hyperaesthesiás. „Izomkeményedést” sohasem látott. Az általános állapotra való hatás a betegség erősségétől és localisatiójától függ. Néha csak csekély zavart okoz, máskor a beteg alig tud mozogni, erőtlen, tápláltsági állapota romlik, keresetképesége súlyosan szenved. A diagnózisban fontos myalgiaira gondolni, de nem minden izomfájdalom myalgia és nem minden myalgia önálló betegség. Gyakran kombinálódik neuralgiákkal (ischiatricus, occipitalis stb.). Ritkább localisatio a nyelv-, ajak-, fülcimpa-, rágó- és a gátizomzat. Acut esetekben megkísérrelhető az erőlyes diaphoresis, chronikus esetekben legjobbnak a konyhasóbefecskendezéseket talált. Lehűtött steril phys. NaCl- vagy Ringer-oldatból, minden egyéb szer hozzátétele nélkül, naponta 8-12 ízben fecskendez be 5-10 cm³-t, azután a beteg állapota szerint 3-6 nap múlva egy pihenőnapot iktat közbe. A heves fájdalmak megszűnése után még rendszeren maradnak vissza kisebb érzékeny területek, melyeket nagy

gonddal kell felkeresni és kezelni. A kezelés rendkívül hosszadalmas és fáradságos, úgy a beteg, mint az orvos türelmét igénybe veszi, az eredmények azonban oly kecsesetők, hogy érdemes megpróbálni. Néha hónapokig kell folytatni különösen súlyos esetekben a kezelést és még így is akadnak refractaer esetek. A betegek erélyesebb edzése nem nagyon ajánlatos, különösen nem, ha le vannak gyengülve. *Sümegei dr.*

Az endocarditis typhus abdominalisnál és a typhusos endocarditis. *F. Redlich.* (Wiener Archiv für innere Medizin. 6. köt., 2. füzet.)

Typhusnál az endocarditisnek két typosát lehet megkülönböztetni: 1. egy vegyes vagy secundaer fertőzés által létrehozott alakot, a typhus lefolyása alatt vagy a reconvalescentiában; 2. egy igen ritka, „specifikus-typhusos” alakot, melyet a typhusbacillusok hoznak létre és melyeknél más kórokozó nem mutatható ki. Az első csoportnál főként strepto- és staphylococcusok, valamint pneumobacillusok jönnek szóba, a primaer góc gyakran gége- vagy bélfelekély, decubitus stb. Ide tartoznak régi billentyű-elváltozások alapján a typhus alatt recurráló endocarditisek is. A második csoportnak egy szép példáját észlelte a szerző. Esetében az atypusos lázas betegség lefolyása alatt jelentkező multiplex emboliák, a lassan kifejlődő systolés zörög és a Widal-reactio negatív volta nehézzé tették a septikus endocarditis ulcerosa és a typhus közti differentialis diagnosit és csak a vércultura positiv volta biztosította végre azt. A megejtett sectio tisztuló typhusos fekélyeket, friss verrucosus endocarditist, multiplex infarctusokat, emboliákat és ezekhez csatlakozó thrombosokat mutatott. A billentyűelrakódásokból tiszta tenyészetben az Eberth-bacillus tenyésztett ki. Ez az eset tehát a specifikus typhusos endocarditisnek eddig hiányzó bakteriologiai bizonyítékát szolgáltatja. Prognostikailag ezen esetek általában igen súlyosak, az első csoportba tartozó alakok rendszeren sepsis képében folynak le, metastatikus tályogokkal a belső szervekben, míg a typhusbacillusok által létrehozott endocarditisek a gyorsan gyengülő szíverő folytán marantikus thrombusok és multiplex embolusok képződéséhez vezetnek. *Sümegei dr.*

A máj szerepe az általános Röntgen-hatás kérdésében. *Neuda és Redlich.* (Wiener klin. Wochenschrift. 1923, 44. sz.)

Szerzők vizsgálatának alapja *Sielmann* közlése, ki súlyos általános R.-károsodások eseteit konyhasóadagolással kedvezően bírta befolyásolni, azonkívül ilyenkor — és hasonló körülmények között végzett állatkísérletekben — azt tapasztalta, hogy súlyos általános tünetek kíséretében egy fehérje- és konyhasóadag folyadék áramlik a szövetek felől a vérpályába, ezzel szemben az esetek egy részében a savó konyhasótartalma csökken. *Sielmann* együtt végzett régebbi kísérleteikben azt tapasztalták (az eredményeket állatkísérletekkel is igazolva), hogy R.-besugárzás hatására fokozódik a konyhasó kiválasztás és olyankor, ha a szervezetnek kellő mennyiségű konyhasó áll rendelkezésére, általános tünetek nem keletkeznek, míg sószegegy táplálás mellett többé-kevésbé súlyos általános tünetek kísérték a besugárzást. Ebből az következett, hogy a R.-besugárzás hatására a konyhasóanyagcserében beálló változás csak akkor vezet általános tünetekhez, ha a szervezetnek nem áll elegendő konyhasó a rendelkezésére. A szervezet sószegegyéhez a sómentes táplálkozón kívül elsősorban carcinomás megbetegedések vezetnek, főleg azok, melyekben a májparenchyma is résztvesz (metastasisok, icterus); ilyen esetekben erélyes besugárzás után a különben állandóan észlelt fokozott sókiválasztás is elmaradt, ezzel szemben az általános R.-hatás súlyos tünetei voltak észlelhetők.

A máj R.-károsodását állatkísérletekben is kimutatták, amennyiben ilyenkor úgy a bőrben, mint a májban a víz- és konyhasótartalom csökkenését észlelték. Ezzel kapcsolatosan azt találták, hogy olyan esetekben, amidőn a Widal-féle haemoklasziás próba positiv, a leukocytaszám csökkenésével párhuzamosan a savó konyhasótartalma is jelentősen csökken, ezzel szemben negatív esetekben a savó konyhasótartalma is változatlan maradt; ha pedig positiv esetekben, melyek a haemoklasziás krízis vizsgálatánál leukocytaszám-csökkenéssel és a savó konyhasószintjének sülyedésével reagáltak, a bevitt tejjel együtt 10 g konyhasót is adtak, akkor nemcsak a savó konyhasószintje maradt változatlan, hanem a Widal-próba egyéb tünetei is elmaradtak. Mindez azt mutatja, hogy a májnak az általános R.-hatás bekövetkezésében nagy szerepe van. Ez a konyhasóanyagcserének a besugárzás következtében beálló változásában áll, melynek tünete a konyhasónak a szövetekből a vérbe áramlása és innen a vesén át való kiürülése. Szerzők ezt a megjelenési alakot könnyű károsodásnak tekintik. Ha azonban a máj eredetileg is elégtelen (abszolút elégtelenség), vagy pedig túlerős besugárzás következtében a sóanyagcsere szabályozásának szerepét már nem tudja ellátni (relatív elégtelenség), akkor a R.-károsodás súlyosabb tünetei fejlődnek ki. A konyhasóanyagcserében való elváltozást magát a R.-sugaraknak a fehérjére való hatásában vélik.

Cserna dr.

Urologia.

A húgysav és sóinak oldhatósága. *A. Jung.* (Klinische Wochenschrift. 1923, okt. 8.)

A húgysav tiszta vízben nehezen oldódik. Oldékonysága a hydrogenion concentrációjától függ, de a szerző vizsgálati szerint némileg az anion is befolyásolja; a tiszta natriumurat-oldat pedig 37° hőmérsékleten meglehetősen oldódik. Ezért nem kell többé feltételezni már, hogy a vizeletben a húgysavas sókat a kolloidok tartják oldatban. Kimutatta továbbá, hogy a kalium jelenléte e hőfokon fokozza a húgysavas sók oldódását. Vizsgálatai alapján, mivel az alkalikus vizek az urátok oldhatóságát csökkentik, ezek alkalmazása köszvénynél legfeljebb a diuresis fokozó hatásával képes a szervezetből a húgysavas sókat eltávolítani. *Herman J. dr.*

Cystás hólyagrák esete. *C. Blavet di Briga.* (Journ. d'urolog. 1923, 16. köt., 1. sz.)

A beteg egy ízben hólyagkö, egy ízben hólyagrák miatt magas hólyagmetszésen esett át. Pár hónap múlva a daganat újból vérzésekkkel jelentkezett és egyúttal már a hasfallal is összekapaszkodott. A megfelelő, de még ép bőrrellettel eltávolított ökölnyi daganat széli részén, a régi műtéti heg közelében apró, részben szabad szemmel is látható cystákat talált. A szövettani vizsgálat erősen atypusos sejttű, a mélyebb rétegekbe hatoló rákos szövetet mutatott. A cysták egy része szintén rosszindulatú daganatsejtekkel bélelt, míg a heghöz közelebb esők egyszerű hámbéllel borítottak. A hamar fellépő recidiva okozta cachexia miatt elhalt betegnél a medencebeli szervek nagymértékű rákos beszűrődését találták. A daganatsejtek még nagyobb fokú elfajulást mutattak és cysták csak igen kis számban voltak találhatók.

A cysták fellépését a húgyutakat borító sejtek specialis üregképző tulajdonságával magyarázza, mely tulajdonság a kötőszövetbe szabadult sejteken kap erőre. A későbbi, fokozottabb rosszindulatúságot mutató kiújulásoknál ez a tulajdonság már elvész és így a cysta-képzés nem tekinthető elfajulásnak. *Adler Károly dr.*

Hólyagdiverticulumok gümőkóros elváltozásai. *J. Duvergey.* (Journ. d'urolog. 1923, 16. köt., 1. sz.)

Az irodalomból összegyűjtött három eset közül egy gümőkóros elváltozást mutató cystokele inguinalisnak bizonyult, a másik kettő nem nyert teljes feldolgozást. Saját esetében egyéb localisatiójú urogenitalis tbc. mellé vizeleti panaszok járultak. A hypergastriumban a hólyagnak megfelelően nagy daganat volt észlelhető, mely katheterezés ellenére is megmaradt. Arra gondolván, hogy a katheter egy a prostatában képződött gümős cavernában akadt el, epicystotomiát végzett, amikor is kiderült, hogy a hólyag maga kicsi, zsugorodott, a tumor pedig egy kitágult diverticulumnak felel meg. A cachexiában elhalt beteg boncolásánál az egész urogenitalis tractus miliaris tbc.-a mellett a diverticulumban, annak a hólyaggal közlekedő, ujíhgyet befogadó nyílása közelében jellegzetes gümős fekélyt találtak. Az elváltozás ebben az esetben nyilvánvalóan a hólyag, illetve a vese hasonló aetiologiájú megbetegedéséhez társult és míg a hólyag a súlyos folyamat következtében zsugorodott, addig a csupán egy fekélyt tartalmazó diverticulumot a pangó vizelet fokozatosan kitágította.

A kórimét általában a cystoskopia biztosíthatja, a kezelés pedig fertőzés vagy vizelet pangás esetében sebészi kell hogy legyen, míg egyébként a palliatív-kezelést kell megkísérlni.

Adler Károly dr.

Szemészet.

Lues és szemsérülések. *Hessberg.* (Zeitschr. für Augenheilkunde. 1923 okt.)

Két észlelt esetével kapcsolatban foglalkozik e problematikussal, amely főleg a balesetek megbírálásánál okozhat nehézségeket. Sokszor ugyanis nehéz megmondani, hogy egy lueses egyén szemsérülésénél a kifejlődött gyulladáshoz tartozó pl. iritis, mennyiben irandók a sérülés rovására, különösen akkor, ha a sérülés kisebbfokú és a gyulladás a luesel is jól összefüggésbe hozható. *Stolper* lehetségesnek tartja azt, hogy a trauma a sérülés helyén specifikus megbetegedést idézzen elő, ha az illetőnek luese van. Ezzel szemben azonban tagadja, hogy a latens lues sérülés által floriddá válhasson. *Horay dr.*

Szemészeti tapasztalatok yatrennel. *Triebenstein.* (Münch. med. Wochenschrift. 1923, 24. sz.)

A Yatrent a conjunctiva és cornea jól tűri por alakjában. Rövid ideig tartó vérbőséget és égető érzést okoz. Váladékos kötőhártyahurutoknál nem vált be, míg az 5—20%-os yatrenkenőcsöt szemhéj- és conjunctiva-műtéteknél, éppúgy blepharitis ulcerosánál nagyon ajánlja. A legjobb eredményt ígéri a yatren-casein a parenteralis therapiában: iritiseknél $\frac{1}{2}$ cm³-en kezdve, másodnaponként emelve az adagot 2—3 cm³-ig intravenásan. 37.5—38° hőmérsékeken kívül más reakciót nem okoz. Sok esetben nem pótolja a tejinjectiót. *Horay dr.*

Metastatikus ophthalmia meningitis epidemicánál. *Zweig.* (Klinische Wochenschrift, 1923, 46. sz.)

Meningitis epidemicához társult iridocyclitis két esete van leírva, amely az iritides jelenségek, a tensio-súlyedés és a bulbuszugorodás stadiumokon át az ú. n. amaurotikus macskaszemhez vezetett. *Uthhoff* szerint a metastatikus ophthalmiákkal fellépő meningitisek kedvező lefolyásúak. E szemaffekciók vitás pathogenesisét illetően némelyek az opticus-burok nyirokereiben való tovaterjedést tartják valószínűnek, míg mások szerint ezen ophthalmiák haematogen úton keletkeznek s épp ezért „metastatikusak”.

Becker dr.

A látótér magatartásáról pangásos papillánál. *Kreuzfeld.* (Klin. Monatsblatt f. Augenheilk. 1923, 71. kötet.)

Nem mindig könnyű eldönteni a diagnózist pangásos papilla és a papilla gyulladáson elváltozásai között, amely ptóbbiaknál a centralis látásban mindig szokott zavar előállni. A pangásos papillánál a látótérszűkület leginkább szabályosan concentrikus, ritka a szabálytalanul concentrikus, még ritkább a részleges peripherikus szűkület. A látótérszűkület oka nem a pangásos papilla mint olyan, hanem az agygyomásemelkedés, mely magát a pangásos papillát is létrehozza. A foramen opticumra nehezű agygyomás a nervus opticusnak a foramen opticum és bulbus közötti részében a szélső rostoktól a közép felé egyenletesen terjedő (sohasem szigetszerű) degenerációt okoz, ami a histologiai metszetben kimutatható, de sohasem az opticus intracranialis lefutásában.

Becker dr.

Lues a vér és lumbal punctatum negatív Wassermann-reactiója mellett. *Böhm.* (Klin. Monatsblatt f. Augenheilk. 1923, 71. kötet.)

Szerző nyolc eset rövid kórtörténetét közli, ahol kifejezett lueses klinikai symptomák mellett (amilyen reflectorikus pupillamerevség, ophthalmoplegia interna, oculomotorius-bénulás, aortitis luetica, lues cerebri) úgy a vérnek, mint a liquornak Wassermann-reactiója negatív.

Becker dr.

THERAPIA

A therapiás folyadékfelvonás kíséretében fellépő szomjúságérzés csillapításáról pilocarpinnal.

Írta: *Schill Imre dr.* egyetemi tanársegéd.

Sok betegség, elsősorban a szív- és vesebajok ratiónalis kezelésében fontos a folyadékfelvonás; a betegek azonban rendszerint rosszul tűrik azt, ami a kúra szigorú keresztülvitelét megnehezíti. Nagy könnyítést volna tehát a betegre, ha szomjúságérzését folyadékfelvonás nélkül csillapíthatnók. A szomjúságérzés okozója részint a szövetek „szomjúsága”, részint a szájnyalvákhártyának szárazsága. Az előbbi folyadékfelvonás esetén természetesen nem csillapíthatjuk, míg az utóbbi a nyáleválasztás fokozásával befolyásolható. A nyáleválasztást fokozó szerek közül az embergőgyógyászatban a legutóbbi évekig csupán a pilocarpin jöhetett szóba. 1919-ben *Umber* az állatgyógyászatban használt és nyersanyag hiányában elő nem állítható arecolin pótlására a *Loewy* és *Wolfenstein* által szintetikusán előállított *cesolt* kísérte meg a szomjúságérzés csillapítására, minthogy a cesol, illetve a neucesol ugyancsak az autonóm idegrendszerre hat. Eseteiben jó eredményeket látott és különösen azt emeli ki, hogy az autonóm idegrendszer többi részére való hatás tünetei (profus izzadás, tachycardia, hányás, hasmenés), melyek ezen esetben nem kívánatos mellékhatások, csak a használnál jóval magasabb adagoknál mutatkoznak, míg a pilocarpinnál ezeket nemigen kerülhetjük el.

Cesolt nem tudva szerezni, megkísértem a pilocarpin óvatos alkalmazását, abból indulva ki, hogy ha az autonóm idegrendszer egyes részeinek befolyásolásánál nem is lesz oly nagy spatium az adagok között, mint a cesolnál, mégis valószínű, hogy nem az egész autonóm idegrendszer kerül egyszerre kimutatható pilocarpinhatás alá és ha a nyáleválasztásban mutatkozik először a hatás, akkor az eljárás használható lesz.

Az adagolás nem subcutan injectio formájában történt, hanem 1%-os pilocarpinoldatból cseppenként. Optimalis dosisnak 3×7 cseppet találtam (valamivel több, mint 0.01 g). Az eredmények úgyszólván kivétel nélkül kedvezőek voltak. Incompensált szívűek a Karel-kúrát, vesebetegek a szigorú folyadékfelvonást jobban tűrték, a kínzó szomjúságérzés csökkent, vagy meg is szűnt; kellemetlen mellékhatást nem észleltem. Természetes, hogy az ajánlott dosisnál esetenként többet vagy kevesebbet kell majd adunk, de ekkor is ajánlatos az

adagnak cseppenkinti csökkentése és különösen emelése, mert pl. 3×5 csepp nem használt ugyanazon egyénnél, akinél 3×7 csepp hatásos volt, viszont egy másik esetben 3×7 cseppről 3×8 csepre menve fel, izzadás mutatkozott.

Umber a cesolt, *Deloch* a neucesolt diabetes insipidusnál is ajánlja, magam a pilocarpin két esetben, noha enyhén toxikus dosisig mentem fel, hatástalannak találtam, a 24 óra alatt megivott víz mennyisége nem csökkent. Különben a pilocarpin a cesollal egyenértékűnek tartható, annyival is inkább, mert az újabb közleményekben (*Decker*, *Osterland*, *Kollert-Bauer*) megnyilvánuló felfogás a cesollal szemben már nem oly kedvező, rámutatnak ugyanis arra, hogy napjában többször kell adni, különben a hatás elmúltá után fokozott szomjúságérzés lép fel és hogy nagyon gyakoriak a mellékhatások, ami miatt huzamosabb ideig nem szívesen veszik a betegek. A pilocarpin mellett szól ezenkívül még az is, hogy a cesol lényegesen drágább és külföldi gyártmány.

Irodalom: *Umber:* Ther. d. Gegenwart, 1919, 4. — *A. Loewy-Wolfenstein:* u. o. 1920, 8. — *Kollert-Bauer:* u. o. 1921, 10. — *Decker:* Münch. med. Wochenschrift, 1919, 52. — *Deloch:* Ther. d. Gegenwart, 1921, 9.

HETI KRÓNIKA

A gőzgép felfedezése és általában az ipar hatalmas fellendülése a múlt században mindinkább nagyobb néptömegeket vont el a földműveléstől és vonzott az egyes ipari centrumokba. Addig alig ismert, vagy egészen új ipari betegségek áldozatai lettek a máról honnapra élő munkások. Egyes ipari csoportok, pl. a bányászok körében már szervezetség volt; ezeknél munkásbiztosító pénztárak is alakultak, amelyek őket betegségekben gyógyították, majd balesetből eredő munkaképtelenség esetében segélyezték. Más ipari, főleg gyári munkások csak későn tömörültek, ezért, ha ők munkaképtelenek lettek, a múlt század végéig nyomorba jutottak és tönkrementek.

Az összetartásukról és társulási hajlamukról ismeretes németeknél létesültek az első, széles alapon nyugvó betegsegélyező intézmények, amelyeknek csirája, mint említettük, a bányamunkások társuláiban volt elvetve. Németországban a törvényhozás már 1883-ban kötelezővé tette a munkásoknak baleset és megbetegedés esetére való biztosítását. Ezt a törvényes intézményt azóta a többi állam is mintául fogadta el. Németországban 1885-ben majdnem öt, 1900-ban tíz, 1916-ban 35 millió ilymódon biztosított személy volt. Nálunk 1906-ig magánintézmények állottak fenn; 1907-ben tette kötelezővé a 19. t.-c. a baleset és megbetegedés esetére való biztosítást; Angliában Lloyd George honosította azt meg, még pedig mindjárt az aggsági munkaképtelenség esetére is kiterjesztve azt.

Angliában jelenleg a lakosságnak egyharmadrésze, kb. 14 millió személy tartozik a biztosító pénztárak kötelékébe. Ennek, a Csonka-Magyarország összlakosságánál kétszer nagyobb néptömegnek vezetői vannak, akik hatalmas politikai befolyást fejtenek ki. E képviselők (representatives) befolyásukat nemcsak a kormányra, de még jötevőikkel, az orvosokkal szemben is éreztetni akarják. Elbizakodottságukban most a pénztári orvosok fizetését akarják leszorítani, amit ők virágnyelven úgy fejeznek ki, hogy „érdeklődni óhajtanak az orvosok fizetése iránt”, vagy „örködni akarnak, hogy a biztosítási alap pénze el ne poesékoltassék”; sőt, és ez ellen van az orvosi karnak leginkább kifogása, még az orvosi működést is ellenőrizni akarják, az orvosok kinevezésére és elbocsátására befolyást gyakorolni és a betegekre vonatkozó orvosi iratokba betekinteni.

Ezek az oligarchák az egészségügyi miniszterre olyan erős pressziót gyakoroltak, hogy az az orvosok honoráriumát, amely eddig évenként és személyenként (capitation fee) 9 shilling és 6 penny volt, leszorítsa (8 sh. 6 p.-re). Az az orvos tehát, aki 1000 biztosított tagot kezel évenként, csak 425 fontot kapna 475 helyett. Ez a pénztári orvosok életstandardját az időközi 10–20%-os drágulás tekintetbe vételével 25%-kal leszállítaná, amibe ezek nem akarnak belenyugodni, mert kiszámították, hogy a több mint százmillió fontnyi nemzeti betegsegélyező-alapból évi 9 shilling és 6 penny-nél is több jutna az orvosra tagonként, anélkül, hogy az állam vagy a pénztár érdeke megcsorbulna.

A representativek ily beavatkozása sértette az

orvosi önértet. Tiltakoztak is ezek az ily prepotencia ellen és kijelentették, hogy a pénztárak helyett csak a miniszterrel hajlandók tárgyalni.

A harc eleinte csak jegyzékváltásból állott az orvosok megbízottai és a minisztérium között. Miután a sok irkálás nem vezetett célhoz, igazi angol módra az orvosok a munkások felvilágosítására meetingeket rendeztek a városokban és elhatározták, hogy megtagadják a pénztáraknak a szolgálatot anélkül, hogy a betegek érdekeit megsértsék. A 20.000 pénztári orvos közül 94-7% felmondotta állását. A miniszter, okulva a néhány év előtti németországi példán, és mert az ügyet ez év végéig rendezni kellett, ha nem akart orvosok nélkül maradni, alternatív ajánlatot tett: a) öt évre kötnék szerződést az orvosokkal évi 8 shilling és 6 penny-s alapon, azzal a feltétellel, hogy ha a kinevezendő pártatlan Royal Commission az öt év folyamán változtatást javasolna, akkor az orvosoknak jogukban áll az egész kérdést felújítani; b) független bíróság ítélkezzék a peres ügyben. Az orvosok a b)-javaslatot fogadták el, amely szerint az 1920-ban is sikeresen interveniált bíróság fogja a kérdést eldönteni.

Mialatt Angliában ez az önvédelmi harc folyik a nyers erővel szemben, az alatt Franciaországban is az állam vette kezébe az addigi magán szervezkedést; az első lépés lett volna a takarékoság a pénztári orvosok bérére. Ott egy, a munkásbiztosítást általánossá és kötelezővé teendő törvényjavaslat van napirenden. Ez az új törvény 12 millió biztosítandó személyre vonatkozik. A törvényjavaslat keresztülviteléig még bőségesen okulhat a francia kormány az angol és német példán.

A művelődés- és orvostörténelemből tudjuk, de Descomps-nak most közölt cikkéből is értesülünk, hogy Franciaországban a szegény betegeknek hatósági orvosi ellátása (Assistance Publique) és munkaképtelenség esetére való biztosításának (Assurance Publique) intézménye már meglehetősen régi; ott már XIV. Lajos kora előtt is gondoskodtak a betegekről és balesetet el szenvedettekről és azok családjairól. XIII. Lajos minisztere, Richelieu, és XIV. Lajos idejében főleg Colbert kiterjesztette ezeknek az intézményeknek a hatáskörét, amely eleinte csak a tengerészekre szorítkozott. A francia forradalom is lendített ezeken az ügyeken, mégis a múlt század közepe táján a biztosítási gondoskodás (pension) inkább csak az állami alkalmazottakra terjedt ki és csak sokkal a német munkásbiztosítási törvény (1883) után lépett életbe (1898) a francia biztosítási törvény, melynek hatása 1920-ban 4 millió személyre terjedt ki.

A mostani Grinda-féle törvényjavaslat 12 millió személyre fogja kötelezővé tenni a biztosítást; a tervezet azonban sem a betegek, sem az orvosok érdekeit nem elégíti ki. A javaslat szerint a biztosítás kiterjed betegség, anyaság, öregség és halálozás esetére. A biztosítottak képviselőinek joguk lenne az orvosi ténykedést ellenőrizni, ami által az orvosi titoktartás is lábbal taposnátnék. A párisi orvosok máris elhatározták, hogy csak olyan javaslatot járulnak hozzá, amely az orvosi méltóságot respektálja, az orvosi függetlenséget biztosítja és az orvosi tudomány fejlődésével lépést tart; továbbá biztosítja az orvosi titoktartást, a betegeknek szabad orvosválasztási jogát, az orvosoknak pedig a beteg által azonnal fizetendő méltányos orvosi honoráriumot, végre, hogy csak a nem vagyonos (10.000 franknál kevesebb évi jövedelemmel bíró) betegek részesülhessenek a biztosítási kedvezményben. A párisi orvosi fakultás élére állott a mozgalomnak, dékánja, Roger, tiltakozott a javaslat ellen, Balthazard tanár pedig az orvosi titoktartás megsértése ellen kelt ki és az ellen, hogy a Grinda-féle javaslat szerint az orvosnak első kötelessége nem a gyógyítás, hanem a szimulánsok feljelentgetése lenne, amely spicli-szolgálatra, reméli, hogy francia orvos nem fog vállalkozni. Balthazard szerint két módon lehetne a bajon segíteni: vagy kamaraszerű intézmények létesítése által, amelyek a pénztári megbízottak helyett ellenőriznék az orvosok működését, vagy a biztosításnak a gyógykezeléstől és gyógyszerekkel való ellátástól való különválasztásával. Eszerint, ha a pénztár ellenőrző orvosa betegség fennforgását megállapította, a tag és családja az ellátást megkapja, a gyógykezeléséhez kapott pénzből pedig a szabadon választott orvost a szokásos honoráriumában részesíti. Amint látjuk, a franciák is csak azt akarják, amit nálunk is már régen sürgetnek az orvosok és ami miatt a napokban a leipzig és müncheni orvosok is felmondták a szerződést a betegpénztáraknak.

Herzeg Árpád dr.

VEGYES HÍREK

Előfizetőinkhez és Olvasóinkhoz!

Búcsúzókat kezdjük és jóvendőnket szeretnénk vele megalapozni. Egy küzdelmes éven át tartottuk az Orvosi Hetilap zászlóját oly körülmények között, amelyekben sok ilyen derék kultúrászóló hanyatlott le. Nem a mi érdemünk, hanem azoké, akikhez szólunk, akikben bizni mertünk s akik nem hagytak el, akárhogy márcangoltak is bennünket a minden kulturális életet fojtogató anyagiak, hanem törhetetlenül vállalták abból a maguk terhére. Mi csak egyre ügyeltünk. Arra, hogy ebből az áldozatkész küzdelemből a magyar orvosi kultúra kerüljön ki sértetlenül és diadalmasan; hogy az a hatalmas és értékes productio, ami az itthoni és külföldi laboratóriumokban és körtermekben termett, idején eljusson a gyógyítás munkájában fáradó, szakmája haladására büszke, annak gyümölcseire áhító orvos-társainkhoz s így közkinccsé legyen. Törekvésünket elismerés és ennek nyomában hű támogatás kísérte. Bizton remélhetjük tehát, hogy amíg mi céljainkhoz hívek maradunk, zászlónk árboza törhetetlen és magas leszen, mert hű és erős kezek fogják azt tartani.

Bízó reménnyel szólunk tehát e legsúlyosabb év végén s az immár állandóbb gazdasági viszonyokkal kecsegtető új évfolyam kezdete előtt előfizetőinkhez és olvasóinkhoz (kiből, azt hisszük, rövidesen új támogatóink lesznek), hogy minél előbb újítsák meg előfizetéseiket Hetilapunkra és társfolyóira. Ez azért fontos nekünk, hogy idején tájékozódást szerezhessünk az egész jövő esztendő gazdasági lehetőségei felől, különösen a példányszámra nézve, mert bizony ma főlős példányokat később belépő előfizetők reményében nyomtatni nem lehet.

Az előfizetési díjat — tekintettel arra, hogy az utolsó negyed kezdetére hirdetett összeg mellett végig kitarítottunk, noha Hetilapunkat negyedívvé megnöveltük — emelnünk kellett, de a jövő évben hosszabb időre: fél-, sőt egész évre is elfogadunk előfizetéseket.

Az 1924-ik évre beküldendő előfizetési díjak a következők: 1. Orvosi Hetilap negyedévre 15.000 K, félévre 30.000 K, egész évre 60.000 K. 2. Az „Orvosképzés“-re félévre 10.000 K, a „Magyar Orvosi Archivum“-ra félévre 7500 K.

Mivel a külföldi előfizetéseket az elmúlt évben nem emeltük, de valutáris eltolódások miatt is a külföldi előfizetéseket a következőképp kellett rendeznünk: 1. Orvosi Hetilap egy évre Csehszlovákiában 120 cseh korona; Jugoszláviában 300 dinár; Európa más országaiban 20 svájci frank (esetleg magyar koronában); tengerentúli országokban és Ázsiában 4 dollár. 2. Orvosképzés egész évre 40 cseh korona, 100 dinár, 70 svájci frank, illetőleg 1 1/2 dollár. 3. Magyar Orvosi Archivum egész évre 30 cseh korona, 75 dinár, 5 svájci frank, illetőleg 1 dollár. Fél- vagy negyedévre megfelelő törtrészek küldendők be.

Vámosy Zoltán.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 15-i ülés-programja: *Előadások:* 1. *Torday Ferenc:* A gyermekkori heveny fertőző kórok elleni védekezés intézetekben, specifikus és nonspecifikus védőoltásokkal. (Mult ülésről elmaradt tárgy.) 2. *Rokay Zoltán:* A szamárköhögés prophylaxisáról. (Mult ülésről elmaradt tárgy.) *Bemutatók:* 1. *Pákozdy Károly:* Extramedullaris gerincvelődaganat esetei. 2. *Lehoczky-Semmelweis Kálmán:* Idegentest eltávolítása női húgyhólyagból sectio alta-val.

Az orr- és gégegyógyászati szakosztály 18-án, kedden 1/27 órakor a Rókus-kórház gégeészeti osztályán ülést tart. *Bemutatók:* 1. *Lénárt Zoltán:* Medialis állkapocs-resectióval operált garat- és nyelv-carcinoma esete. 2. *Safranek János:* Angina agranulo cytotica. 3. *Tóvölgyi Elemér:* Homloküreg-anomaliák. (Praeparatum.) *Előadás:* *Némái József:* A gége szerkezetéről. (Folytatás.)

A Közkórházi Orvostársulat december 19-én szerdán délután 6 órakor tartja évrő közgyűlést, amelyen az ünnepi *Semmelweis-előadást Borszék Károly* fogja tartani „20 év gyomorfekélyesbészete“ címmel.

A Medikus-bál január 19-én lesz. A védnök tisztjét báró Kéty László dr. egyet. ny. r. tanár viseli. A rendezőség Radvány Sándor elnökkel és Fésüs Andor társelnökkel élén minden igyekezetével azon munkálkodik, hogy a társadalom és első sorban az *orvostársadalom* színe-javának részvételét biztosítsa, az Orvostanhallgatók Segítő-Egyesületét pedig a bál jövedelmével minél jelentékenyebben támogassa. A Bálbizottság hétfőtől péntekig naponta 12 és 1 között tart hivatalos órát az Orvostanhallgatók Segítő-Egyesületének VIII., Üllői-út 26. sz. alatti helyiségében (József 12—78.)

Az orvosi Nobel-díjat 1922-re egyenlő részben *Meyerhof*, az élettan kiel tanára és *Hill*, az élettan tanára a londoni University-collegeben, az 1923. évi orvosi Nobel-díjat pedig *Banting* és *Macleod* (Toronto), az insulín feltalálói nyerték el.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint dec. 2-től dec. 8-ig előfordult hasihasnyalék 12 (4), kanyaró 16 (0), vörheny 46 (3), számarhurut 12 (3), roncsoló torok- és gégeelob 3 (0), influenza 3 (0), bárányhimlő 48 (0), járványos fültőmirigylob 3 (0), vérhas 12 (3), járványos agygerinc-agyhártyalob 1 (1). Trachoma, kütegeshagymáz, hólyagos himlő, gyermekági láz, ázsiai kolera, veszettség, 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.

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

Alkalmi vétel! Rauber-Kopsch: Lehrbuch und Atlas der Anatomie des Menschen hat kötetben (teljes), félvázson kötésben, majdnem új, kivándorlás miatt 300.000 koronáért sűrűsödött eladó. Érdeklődők írjanak »Dr. Sch« jellegre. Petőfi Irodalmi Vállalathoz, VII., Kertész utca 16.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

TATRA-SANATORIUM

ÓTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m.

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

Remek; napsütéses, őszi időjárás. Kiváló őszi kúrák. Elsőrangúdiéta konyha, fekvőcsarnokok, szénsavas, fenyő-, forró-, fényfürdők, vízgyógyintézet, Zander-quarz-, Sollux-, diathermia-, villanyos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratórium. Indikációk: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas, asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconuales, centia — Tuberculosisok, fertőző- és elmebetegségek kizárva. Sanatoriumi nap-pauszálór 50 Kc-től fölfele. — Főorvos; dr. Rutich Jenő. Menetjegytirodában, Egész évben nyitva. — Felvilágosítást nyújt, fűrdővizumot 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 vízgyógyintézete

Budapest VIII, Vas-utca 17. Ideg-, belbetegek és üdülők gyógyhelye. Diétás kúrák diabetes stb. anyagcserezavarokránál.

RÖNTGEN-ODELGA

DAJKA-INTÉZET, VI, Sziv-u. 69. — Wassermannra vizsgált szoptatós dadák felett állandóan rendelkezik. — Telefon: 93-22

Orvosi bőrgyógyászati és kozmetikai intézet
Dr. KESZLER—Dr. LANGFELDER, IV, VÁCLUTCA 11/B,
Röntgen, quarz, diathermia, kozmetikai eljárások és műtétek.

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

PÁLYÁZATOK.

A gyulai közpórháznak állami tulajdonba való átvétele alkalmával pályázatot hirdetek a következő orvosi állásokra: 1. igazgató-főorvosi állásra az V. fizetési osztályban; 5 főorvosi (1 sebészeti, 1 belgyógyászati, 1 szemészeti, 1 elmegyógyászati és 1 kórboncnoki) állásra, melyek közül 1 a VI-ik, 2 a VII-ik és 2 a VIII-ik fizetési osztályba fog soroztatni. Ezenkívül 3 alorvosi állásra a X-ik és 7 segédorvosi állásra a XI-ik fizetési osztály illetményeivel, s a mindenkori kormányrendelettel szabályozott egyéb illetményekkel. Meg kívánom jegyezni, hogy

az igazgató-főorvos orvosi tanácskozásokat kivéve magánygyakorlatot nem folytathat. A másodorvosok és segédorvosok kinevezése 2 évi időtartamra terjed. Felhívom az ezen állásokra pályázni óhajtókat, hogy születési bizonyítványukat, azonkívül magyar állampolgárságukat, politikai megbízhatóságukat, képesítésüket és eddigi elméleti és gyakorlati működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket, ha közszolgálatban állanak, felettes hatóságaik útján, különben pedig közvetlenül a vezetésem alatt álló minisztérium iktatóhivatalához legkésőbb folyó évi december hó 20. napjáig nyujtsák be, mert a később érkezett folyamodványokat nem fogom figyelembe venni.

Budapest, 1923. évi november hó 29.

120825/II.—1923. sz. M. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter.

A székesfehérvári »Vármegyei Szent György-kórház«-nál a tüdőbeteg osztályon megüresedett alorvosi, valamint a sebészeti, belgyógyászati és szülészeti osztályokon újonnan rendszeresített 1—1 segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. A pályázati kérvények folyó hó 25-ig Fejér vármegye főispánjához címezve a kórház igazgatóságához nyujtandók be. Ezen orvosi állásokra gyakorlóéves orvosok is pályázhatnak. Az eltöltött idő az egyévi kötelező kórházi gyakorlatba beszámítatik. Az állások javadalmazása: a XI. fizetési osztálynak megfelelő fizetés, butorozott egyszobás lakás a kórházban fűtéssel, világítással, kiszolgálással és I. osztályú étellel, mely természetbeni szolgáltatásokért a népjóléti és munkaügyi minisztérium által 72640—1923. IV. sz. a kiadott körrendeletben szabályozott térítési díjak fizetendők.

Székesfehérvár, 1923. december 2.

1258/Ikt. 1923. sz. Olvashatatlan aláírás igazgató-főorvos.

Biharmegye sárréti járáshoz tartozó Biharnagybajom nagyközségben elhalálozás folytán megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek. Ezen állás javadalmazása: 1. A IX. fizetési osztály 3 fokozatának megfelelő törzsfizetés, az állam által nyujtandó segély és pótlékok. 2. Természetbeni lakás, mellékhelyiségek, istálló, tágas udvar. 3. Szabályrendelet szerinti látogatási díjak. Biharnagybajom község járási székhely, vasúti vonal mentén, gyógyszerházzal, 4204 lakos lélekszámmal. Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, képesítésüket, a forradalom, kommun és ellenséges megszállás alatti magaviseletüket, eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi december hó 20-ig nyujtsák be. A választás határidejét később fogom megállapítani.

Biharnagybajom, 1923. évi november hó 15.

2630/1923. szám. Olvashatatlan aláírás főszolgabíró.

Hódmezővásárhely th. város közpórházánál lemondás folytán megüresedett alorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok. A betöltendő állás javadalma a 6000/1923. M. E. sz. rendelet értelmében megállapítandó havi illetmény, továbbá természetbeni lakás és I. oszt. étellel, valamint az esetleg megállapítandó segélyek. Az állás ideiglenes, a pályázók közül az alorvost 2 évi időtartamra Főispán úr nevezi ki. Felhívom mindazokat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat és erkölcsi magaviseletüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmüket a polgármesteri hivatalhoz a f. 1923. évi december hó 31-ik napjának délelőtti 12 órájáig nyujtsák be, illetve küldjék meg.

Hódmezővásárhely, 1923. december hó 7.

4560—1923. eln. sz. Dr. Soós István polgármester.

Előkelő szaktekintélyek által a legjobbnak elismert desinficiens a

SALAN

Kristálytisztá, szagtalan!

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 KÖZLEMÉNYEK:

Molnár Elek: Az erek átjárhatósága oedemával járó megbetegedésekben. (659—662. oldal.)

Baráth Jenő: Kísérletes vizsgálatok az astheniás alkatúak reactio-képességéről, különös tekintettel az immuntestképzésre. (662—663. oldal.)

Klinikai előadás. Bársony János: A vese és a terhesség egymásra való vonatkozása. (663—665. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 15-i ülése. (665—666. oldal.)

A Charité Poliklinika december 10-i ülése. (666—667. oldal.)

A Debreceni Orvosegyesület 1923 december 13-i ülése, az új sebészeti klinika tantermeiben. (667—668. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Szülészet és nőgyógyászat. — Gyermekorvostan. (668—670. oldal.)

Therapia. Thurzó Jenő: Állászatlan oldatok intravenás befeccskendezésének technikájáról. (670—671. oldal.)

Heti krónika (671—672. oldal.)

Könyvismertetés. (672—673. oldal.)

Vegyes hírek. (673. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A debreceni kir. m. Tisza István-tudományegyetem belklinikájának közleménye (igazgató: Csiky József dr. egyet. ny. r. tanár.)

Az erek átjárhatósága oedemával járó megbetegedésekben.

Írta: Molnár Elek dr. klinikai I. tanársegéd.

A vesebajokat kísérő oedema okát hosszú ideig magában a vesében keresték. Úgy gondolták, hogy a megbetegedett vese a hozzájutó folyadékot kiválasztani nem tudja és így az a szövetközi hézagokban helyezkedik el. Ez az elmélet a régi praktikus klinikusok megfigyeléseinek természetes következménye volt, mert mindennapi tapasztalás az, hogy a vesebajban a vizelet esökkenésével egyidőben nő az oedema s viszont a meginduló diuresissel, mikor a vese functiója javul, az oedema fogy, majd eltűnik. Vannak azonban kórképek, melyekben a vizelet mennyisége nagymértékben csökken, egészen a napokig tartó anuriáig (pl. sublimatmérgezés, reflexanuria vesekőnél stb.), anélkül hogy a betegen vízenyőt észlelhettünk. Ezek a megfigyelések szóltak elsősorban az oedema tisztán renalis eredete ellen, úgyhogy *Cohnheim* óta az oedema-vizsgálók főként a vesén kívül eső *extrarenalis* okokban keresik a magyarázatot. *Cohnheim* hívta fel a figyelmet arra, hogy a vesebajosok érfalai nagyobb mértékben átjárhatóak a folyadék számára, de emellé, az oedema pathológiájában először felbukkanó *extrarenalis* tényező mellé, még odaállította a *hydraemiát* is, melyet viszont a zavart vízkiválasztásra vezet vissza, tehát renalisnak tart. *Cohnheim* elmélete egyrésztől új alapkövet rak le, de a *hydraemiával* még a régi felfogásba is belekapcsolódik. Az új alapon új munka indult meg s ennek eredményeképpen az oedema keletkezését ma már tisztán *extrarenalis*an magyarázzuk. *Volhard* szerint, aki e tannak legvérmesebb harcosa, az oedema képződésében a veseelégtelenségnek semmi szerepe sincsen, egyedül oka a capillarisok megbetegedése, melyek a folyadékot előbb átteresztik a szövetközi hézagokba, mielőtt ez a veséhez került volna. Eszerint tehát az elégtelen víz- és sókiválasztás nem oka, csak következménye az oedema keletkezésének, ha veseinsufficiencia nincs. Hogy a capillarisok megbetegedése csakugyan kiválóan fontos szerepet játszik, azt az állatkísérletek is bizonyítják. Így ha a kísérleti állatot a capillarisokra mérgezően ható anyaggal, pl. intravenásan befecskendezett amylnitrittel vagy histaminnal kezeljük s azután élettani konyhasó-

infusiót adunk neki, az állat vízenyőt kap, míg a nem mérgezett kontrolállaton az oedema elmarad. (*Richter, Magnus, Dale* stb.)

Bármennyre valószínű és tetszetős is ez az elmélet, mely mindenben magán viseli *Volhard* didaktikusan leegyszerűsítő módszerének jellemvonásait, az oedema keletkezését kielégítően mégsem oldja meg. E kóros folyamatot egyetlen okkal megmagyarázni nem lehet s valószínű, hogy a különböző megbetegedésekben sokszor egyforma tünetként jelentkező oedema is csak külső megjelenési formájában ugyanaz, de eredetében, keletkezési módjában más és más. *Schade* és *Menschel* igyekeznek összetevőire bontani az oedemat aszerint, hogy keletkezésében az *onkosisnak*, a *mechanikai tényezőknek*, vagy a megváltozott *osmosis nyomásának* van-e szerepe? Természetesen az egyes alakokat egymástól élesen elkülöníteni nem lehet, de ha az egyes tényezőket külön-külön vesszük beható vizsgálat alá, valószínűleg könnyebben jutunk e szövevényes folyamat megismeréséhez, mint ha azt teljes egészében egyszerre kísérlelnék meg áttekinteni.

Jelen vizsgálataim célja az volt, hogy a különböző oedemás megbetegedésekben az erek átjárhatóságát figyeljem meg. A capillarisok falán való áramlás két irányú: részben *organipetal-sanguinifugal*, mely a szervezet felé bocsátja a vérből az érfalon át a szükséges anyagokat; ez a felszívódást és a transsudatiót szolgálja; másrészt *organifugal-sanguinipetal*, mely a salakanyagokat mossa a vérbe, tehát a kiválasztás közvetítője. Az erek átteresztőképessége tehát az érfal physiologiás tulajdonsága. Ez a képesség tartja egyensúlyban physikochemiai szempontból a szervezet nedveinek összetételét. *Heidenhain* analog a diuresisről való elméletével, a capillarisendothel secretiójáról beszél. *Volhard* szerint a capillarisok működése abban áll, hogy az egyszerű mechanikus filtratiót megakadályozzák s nem engedik, hogy a szervezetben nyers physikochemiai erők váljanak úrrá. Ez a magyarázat első pillanatra vitalista színezetűnek látszik, de ha meggondoljuk, kétségtelen, hogy az anyagcserével bíró élő membrana másképpen viselkedik, mint az az élettelen colloid-membrana, mellyel kísérleteinket végezzük.

Az érfalon át lejártszódo kieserelőldési folyamatokba betekinteni nagyon nehéz. Ha valakinek a karját úgy kötjük le, hogy a szív hajtóereje továbbra is megmaradjon, amit a radialis pulzus tapinthatósága jelez, a kar a venosus pangás következtében nagyfokban sűrűsödés s egyben oedemás lesz. A refractiós, a haematokrites és a véresejtszámolási módszerek azt mutatják, hogy a vér ilyenkor nagymértékben besűrűsödik, tehát

az oedema azért keletkezik, mert az érfal a rendesen több folyadékot bocsát át. A nagyobb átérésztés magyarázatát itt megtaláljuk a localisan hirtelen magasra felfokozott vérnyomásban (mechanikai tényező) és az asphyxiában (functiozavar). Ez példája volna a szíveredetű oedemának is, mely a hydrostatikai törvények szerint helyezkedik el s a pangásban leli magyarázatát. Ilyenkor a szív ereje, a pangás és az oedema között lassanként circulus vitiosus fejlődik ki, mely az oedemát csak fokozza. Vesebajosokon végezve ezt a kísérletet, a besűrűsödés sokkal gyorsabban és nagyobb mértékben következett be, mint egészségeseken, ami már első tekintetre a nagyobb átjárhatóság mellett szól. Magában véve a nagy vérnyomás, úgy, amint régebben gondolták, nem elegendő arra, hogy oedema keletkezzék. Ehhez pangásra is van szükség. Ezért van az, hogy nephroskleriszos betegek, kiknek vérnyomása sokszor jóval a 200 mm-en felül van, nem lesznek oedemások, minőaddig, míg szívük ki nem merül. Eppúgy az adrenalinál hirtelen felfokozott nagy vérnyomás sem préseli ki az erekből a szövetek közé a folyadékot.

Az érfalon keresztül történő áramlási folyamatokba még mélyebben tudunk betekinteni azóta, amióta egy elkülönített érterületben maradt vér koncentrációváltozását vizsgálhatjuk úgy, hogy a szív hajtóereje is ki legyen zárva. E célra nagyon jó az a módszer, amelyet *Morawitz* és *Denecke* ajánlottak. Az eljárás abban áll, hogy a beteg karvenájából lekötés nélkül — tehát az *áramló* vérből — vért veszünk. (S₁), majd ezután ugyanezt a kart hirtelen mozdulattal oly erősen kötjük le, hogy benne a vérkeringés teljesen szüneteljen. Tízpernyi lekötés után lehetőleg ugyanabból a venából mint előbb, újra vért veszünk (S₂). Így módon elérjük azt, hogy a vérkörből kirekesztett érterületből kapunk vért s a két serumpróba összehasonlító vizsgálata felvilágosítást ad a felől, hogy ilyen körülmények között mennyiben változott meg a vér összetétele.

A methodika maga nem könnyű. Oedemás betegek lekötés nélkül sokszor nagyon nehéz bejutni a vénájába, de még nehezebb a behatolás akkor, mikor a kart teljesen vértelenítettük. A kar helyes kísérletnél, anélkül, hogy előbb felemeléssel csökkentenénk vértartalmát, a kötés felhelyezése után azonnal elfehéredik és a radialis pulzus eltűnik. A nagyobb vénákon az első pilanában még mutatkozik egy hirtelen megduzzadás, valószínűleg jeléül az utolsó vérhullámnak, mely az arteriákból a vénákba löki a vért, de ez rögtön helyet ad egy teljes venacollapsusnak. A venapunctio ilyenkor nagyon nehéz és nem egy esetben fejeződött be kísérletünk sikertelenül. A tízperces lekötés sem mindig közömbös. Nagyon lesoványodott betegen könnyen annyira megnyomhatjuk a felkar idegtörzseit, hogy a kötés eltávolítása után lassan gyógyuló bénulás marad vissza. (Lásd: 11-ik eset.) Ezért feltétlenül ajánlatos a kísérletet mindig a bal karon végezni.

Nem oedemás betegeken végzett kísérletek azt mutatták, hogy a serum fagyáspontcsökkenése a lekötés alatt állandó marad, ellenben lényegesen csökken a szárazanyagtartalma s refractiós értéke, ami az mutatja, hogy *változatlan mólós sóconcentratio mellett az izolált érterületben rekedt vér felhígul*. A felhígulás egészséges capillarisk mellett 4–5%-át teszi ki az eredeti concentratióknak. Kimutatása legegyszerűbben a refractometerrel történhetik. A vörösvérsejtek megszámolása vagy a haematokrites vizsgálat ilyen kis különbségek feltüntetésére kevésbé alkalmas ugyan, de a felhígulást ugyanilyen értelemben mutatja. Miután a beálló felhígulás mellett a fagyáspontcsökkenés nem változik és a refractiós érték, amely ebben az esetben a fehérjé-től függ, csökken, kétségtelen, hogy a vérkeringés kirekesztése után az érfalon át isosmosis, kevés fehérjét tartalmazó sóoldat áramlik be a megrekedt vérbe. Hogy mi okozza a felhígulást az izolált területen, annak magyarázatát a következőképp képzelhetjük el.

Az érben a vérnyomás nagymértékben csökken a szív hajtóerejének kirekesztése után s valószínű, hogy hatását a szövetnyomás túlszárnyalja s a szövetnedv a

physika törvényei szerint a nagyobb nyomás felől a kisebb felé, tehát a vérbe áramlik. Hogy egészségeseken az áramlás irányát csakis az intravascularis nyomás nagysága és az érfal tápláltsági viszonyai szabják meg, mutatja az, hogy pangással éppen ellenkező hatást érünk el. A lekötés alatt az érfal asfixiája folytán úgy az arteriák, mint a vénák tónusa csökken. Az érfal el-lazulása maga után vonja a lumen tágulását s így, ha a benne rekedő vérmennyiség nem is kevesebb annál, amely rendes körülmények között minden szívrevolúciónál az illető érterületre jut, a kitágult atoniás erekhez képest relative mégis kevesebb. Ezért a beáramlás mintegy ex vacuo is történik, hasonlóan mint nagy vérvesztés vagy érvágás után, mikor a vér mennyisége megkevesbedett. A széndioxyd felhalmozódása, mely az organipetalis transsudatiót segíti elő s a vitalis transsudatio, melynek főmotorja az itt eleső vérnyomás, az említett momentumokat ellensúlyozni természetesen nem bírja. A serum besűrűsödésével a fentiekén kívül még más körülmény is szerepel. *Hamburger* vizsgálatai óta tudjuk, hogy pangásnál a vörösvérsejtek nagymértékben megduzzadnak s e megduzzadáshoz a folyadékot a vérből veszik. Kétségtelen tehát, hogy a besűrűsödés magyarázatában erről a tényezőről sem szabad megfeledkezünk.

Vizsgálataimat abban az irányban végeztem, vajjon oedemás betegek vére a *Morawitz-Denecke*-féle eljárás után mennyiben változik. Ha oedemás megbetegedésekben igaza van a *Cohnheim*-féle elméletnek s az érfal átjárhatósága a szövetek felé csakugyan meg-nagyobbodik, feltehető, hogy az egészségeseken mindig észlelt felhígulás ilyenkor elmarad, vagy megkevesbedik (a rendesenél, 4%-nál kisebb lesz), sőt az áramlás megfordulhat és a felhígulás helyett, úgy, mint pangásnál, besűrűsödést kapunk. Kísérleteimet különböző oedemás betegeken végeztem.

A kórtörténetek adatai röviden a következők:

1. *B. J.*, 38 éves. Glomerulonephritis acuta. Betegsége két héttel ezelőtt, meghűléssel és deréktáji fájással kezdődött. Másnap szemhéja és lábai felpuffedtek. A kísérlet végzésekor a beteg arca, keze, lába vizenyős; hasvízkórja nincs. Tüdő, szív ép. Láztalan. Vizeletben fehérje 2‰, az üledékben számos hyalin és szemcsés henger, sok vörösvérsejt. Vérnyomás Riva-Rocci szerint 180 mm Hg. A lekötés vizsgálat eredménye a következő: S₁: 7.20‰ alb.; S₂: 7.27‰ alb. A besűrűsödés tehát a kiindulási érték 0.9‰-a. A beteg kétheti klinikai tartózkodás után javultan távozott, a vese hígító- és koncentrálóképesége rendes, de a vizeletben kevés albumen s az üledékben látóterenként 1–2 vörösvérsejt még található volt.

2. *K. J.*, 45 éves. Glomerulonephritis acuta. Egy héttel felvétele előtt torokgyulladás volt. Négy napja arca s végtagjai megdagadtak. A kísérlet végzésekor oedema universale, a savós üregek részvétele nélkül. Szív balra nagyobb. Aorta II. ékelt. Vérnyomás R. R. 155. Vizeletben 0.2‰ albumen, üledékben vörösvérsejtek, hyalin és szemcsés hengerek. Olyguria. S₁-ben 4.16‰, S₂-ben 4.16‰ alb. A lekötés alatt tehát sem besűrűsödés, sem felhígulás nem következett be. A serum erősen hydraemiás; csakugyan a kísérletet követő napon megindul a diuresis s a beteg gyógyultan hagyja el a klinikát.

3. *L. J.*, 57 éves. Oedema-betegség. Kilenc hónappal ezelőtt a hideg kirázta, bokái megdagadtak, majd fokozatosan egész teste megduzzadt. Azóta állapota nem változott. Felvételtkor az arc és a végtagok vizenyösen duzzadtak. Szívtompulat minden irányban kissé meg-nagyobbodott, sternum bal szélén gyenge systolés zöreje hallható. A nagyerek második hangján ékeltségi különbség nincs. Pulzus ütemes, 62 körüli bradycardia. Vérnyomás 125. Diffus bronchitis. Vizeletben kóros alkatrész nincs. Hőmérsék 36.3°. S₁-ben 5.07‰, S₂-ben 5.14‰ alb. A lekötés alatt tehát a vér eredeti concentrációjának 1.3‰-ával besűrűsödött. A beteg diuresise thyreoidéára megindul, oedemája elmúlik s a roboráló kúrával jó állapotban hagyja el a klinikát.

4. *V. J.*, 42 éves. Oedema-betegség. Felvétele előtt egy nappal betegedett meg azzal, hogy előtte ismeretlen okból arca s alsó végtagjai megduzzadtak. Szívtompulat rendes. Szív bázisán halk anaemiás zöreje. Pulzus ütemes, száma 70. Vérnyomás R. R. 105. Vizeletben

fehérje nyoma, üledékben semmi kóros alkatrész nincs. Hőmérsék 36.6°. Kísérlet: S₁-ben 5.68% fehérje, S₂-ben 5.9% alb. A vér besűrűsödése tehát a kiindulási érték 3.7%-a. Thyreoidéas és roboráló kezelésre a beteg oedemamentesen távozott, kicsiny albuminuriája is megszűnt.

5. F. P.-né, 23 éves. Glomerulonephritis acuta. Felvétele előtt öt hónappal abortus. Azóta állandóan gyengélkedik. Egy hónapja ventrofixatio. Két hete arca megpuffadt. Status: Oedema az arcon és a szemhéjakon. Tüdő ép. Szív balra kissé nagyobb; gyenge systolés zöreje. Vizeletben 0.5% fehérje. Üledékben számos hyalin és szemcsés henger, igen sok vörösvérsejt. Olyguria. Vérnyomás R. R. 150. Láztalan. S₁-ben 6.98%, S₂-ben 7.09% alb.; a besűrűsödés tehát 1.5%. A beteg állapota megfelelő vesekimélő étrendre rohamosan javul, oedemája eltűnik, jól hígít és koncentrált, albuminuriája megszűnt. Üledékben elvértve még található 1—1 vörösvérsejt. Ebben az állapotban megismételve a lekötéses vizsgálatot, S₁-ben 7.00%, S₂-ben 6.94% alb.-t találtam. *Az áramlás az érfalon át a javulással tehát megfordította irányát s a megrekedt vér felhígult kiindulási értékének 0.8%-ával.* A beteg gyógyultan hagyta el a klinikát.

6. Sz. J.-né, 43 éves. Myodegeneratio cordis. Pleuritis exsud. sinistra. Oedema az alsó végtagokon fel a combhajlatokig. A hát bőre is végig vízenyős. Nagyfokú ascites. Cyanosis, dyspnoë. Beteg a kérdésekre nem felel. Bal mellkas felett annak egész terjedelmében abszolút tompulat, mellrengés és légzési zöreje nélkül. Jobb tüdő alsó lebenyében sok vegyeshólyagú szőrösülés. Szív jobbratolt; szívhangok tompák, de nem zörejesek. Pulzus könnyen elnyomható, szapora. Vizeletben kevés albumen. Kísérlet: S₁-ben 3.92%, S₂-ben 4.16% alb. *Igen nagyfokú, 6.1%-os besűrűsödés, valószínűleg praemortalis állapot.* A vizsgálatot követő napon exitus. A sectio a fentiekben kívül a belső szervekben pangást és nagyfokú hydropericardiumot talált.

7. K. L.-né, 23 éves. Tbc. pulmonum. Amyloid vese. Két éve tüdőbajos. Három hét óta arca s végtagjai duzzadtak. A jobb felső tüdőlebenyben diónyi caverna. Mindkét csücsban számos szőrösülés, jobboldalt az interscapularis tér középső harmadában számos középhólyagú, csengő szőrös-zöreje. Köpetben Koch pozitív. Vizeletben 15% albumen, számos hyalin, szemcsés és hámcyllinder. Olyguria. (2—500 cm³.) Vörösvérsejtek száma: 1,600,000. Vérnyomás R. R. 110. S₁-ben 5.25%, S₂-ben 5.49% alb. A besűrűsödés tehát 4.5%. A beteg oedemáját csakis mechanikailag, Curschmann-drainageval tudjuk csökkenteni. Kéthavi klinikai tartózkodás után saját kérelmére, igen rossz állapotban hagyta el a klinikát.

8. H. J.-né, 50 éves. Myodegen. cordis. Amyloid vese. Féléve beteg, három hónapja nő a hasa és oedemája. Hydrops universalis. Szív minden irányban megnagyobbodott, szívhangok tompák. Vizeletben 5% fehérje, hyalin, szemcsés cylinderek, vesehámsejtek. Vérnyomás R. R. 125. S₁-ben 4.12%, S₂-ben 4.46% alb., besűrűsödés 5.8%. Öt nap mulva exitus. Sectiós lelet: Amyloidosis univ. Perit. tbc. Myodegen.

9. M. J., 38 éves. Nephrosis luetica. Egy éve beteg. A savós üregeken kívül hydrops univ. Tüdő, szív ép. Wassermann ++++. Vérnyomás R. R. 170—110. Vizeletben 12% alb., számos hyalin, szemcsés vesehámsejt. S₁-ben 5.58%, S₂-ben 5.69% alb.; a besűrűsödés 1.9%. Állapota folytonosan romlik. Két nap mulva megismételve a kísérletet, azt találjuk, hogy S₁-ben 5.47%, S₂-ben 5.69% az alb., tehát a besűrűsödés 4.47%. A két kísérlet eredményét összehasonlítva, látni való, hogy a vér az első kísérlet óta hydraemiásabb lett s az érfal átteresztőképessége nagymértékben fokozódott. Ezzel megegyezett a klinikai észlelet is. Az oedema minden terapiával dacolva növekedett, a beteg állapotán punctiókkal némileg könnyítettünk. Saját kérésére elvitték a klinikáról.

10. K. M., 26 éves. Glomerulonephritis acuta. Tonsillitis. Két napja arca megpuffadt. A kísérlet elvégzésekor az arc oedemáján kívül kis fokban a boka körül is vízenyős a bőr. Szív, tüdő ép. Vérnyomás R. R. 160. Vizeletben 0.4% alb., üledékben sok vörösvérsejt, elvértve 1—2 hyalin henger. Olyguria. S₁-ben 7.22%, S₂-ben 7.18% alb., felhígulás 0.6%. Négy nap mulva megismételve a kísérletet, S₁-ben 7.20%, S₂-ben 7.13% alb.; felhígulás, mely 0.0%. A betegség közben rohamosan javult s a beteg háromheti kezelés után gyógyultan távozott a klinikáról.

11. S. B., 35 éves. Oedema-betegség. Nagyon szegény viszonyok között élő beteg. Két hónap óta gyenge, étvágytalan, soványodik, arca és végtagjai puffadtak. Status nagyfokú anaemia; az arcon és a végtagokon a bőr téztásan duzzadt. Tüdő ép. Szívtompulat rendes, sternum felett gyenge systolés zöreje. Pulzus 72. Vérnyomás R. R. 50—90. Vizelet semmi kóros alkatrészt nem tartalmaz. Testsúly 37 kg. Diuresis 1800 körül. S₁-ben 6.32%, S₂-ben 6.42% alb., besűrűsödés 1.5%. A tízperces lekötés után ulnaris, medianus és radialis bénulás, mely villanyozásra, massagera és fürdetésre igen lassan javul. Ittartózkodása alatt (nyolc hét) azonban a mozgás teljesen helyreáll s oedemamentesen, gyógyultan hagyja el a klinikát. Távozásakor testsúlya 41 kg, ami a folyadékvesztéséget számbavéve, tekintélyes súlygyarapodás.

12. K. L.-né, 36 éves. Két és fél hónapja beteg. Akkor dereka megfájdult, lába, majd hasa is megdagadt. Status: Anaemiás beteg. Izületein eltérés nincs. Anaseren és ascites. Mellkasban mindkét oldalt Röntgennel kimutatható 2—4 ujjnyi exsudatum-árnyék. Szívtompulat rendes, hangok tiszták. Pulzus ritmikus, perceként 88—100. Vérnyomás R. R. 140. Olyguria. Vizeletben albumen nyoma üledékben néhány hyalin henger és vörösvérsejt. S₁-ben 6.34%, S₂-ben 6.56% alb. Besűrűsödés 3.5%. Beteg három nap mulva szívgyengeség tünetei között exitál. Sectiós lelet fontosabb adatai: Athrophia brunea cordis, pleuritis exsud. chron. utr. lat. degen., adip. hepat et renum. Oedema cerebri. Oedema pulmonum. Ascites.

13. S. A., 54 éves. Insuff. et sten. aortae. Felvételnél a beteg sensoriuma zavart. Az egész köztakaró oedemás, mellkasban és hasban is folyadék van. Szív balra nagyobb; az aorta felett systolés és diastolés zöreje; szív működés arithmiás; pulzus 96. Olyguria. Vizeletben alb. nyoma; üledékben kóros alkatrész nem mutatható ki. Vérnyomás R. R. 140. Wassermann ++++. S₁-ben 6.12%, S₂-ben 6.32% alb.; besűrűsödés 3.2%. Öt nap mulva exitus. Sectiós diagnosis megegyezik a fentivel.

14. B. J.-né, 35 éves. Nephrosis. Felvétele előtt három hónappal carcinomásan elfajult ovariumcystát távolítottak el a hasából. Egy hónap óta arca s végtagjai puffadtak. *Felvételi status:* Az arc, a végtagok és a has bőre nagy fokban oedemás. Ascites. Szív, tüdő ép. Vérnyomás R. R. 70—100. Olyguriás. Vizeletben 18% alb.; üledékben igen sok henger és vesehámsejt. S₁-ben 5.23%, S₂-ben 5.51% alb., a besűrűsödés tehát 5.3%. Az oedemát befolyásolni nem lehetett; kéthónapi klinikai kezelés után változatlan állapotban vitték haza.

15. K. F., 50 éves. Oedema-betegség. Két hónapja pár nap alatt először az arcán, majd végtagjain is oedema jelentkezett. Fekvésre arca és keze lappadt ugyan, de lábaitól a vízenyős nem távozott el. Ilyen állapotban került a klinikára. Tüdő, szív ép. Pulzus 68—82. Vérnyomás R. R. 120. Vizeletben semmi kóros. S₁-ben 4.68%, S₂-ben 4.74% alb., besűrűsödés 1.2%. A beteg, sajnos, egyheti benntartózkodás után változatlan oedemával hagyta el a klinikát.

16. S. I., 63 éves. Insuff. et sten. aortae. Három hete törzsétől lefelé oedemás. Nagy bal szív; aortán systolés és diastolés zöreje. Pulzus 92, ritmikus. Hasban kevés szabad folyadék. Máj három ujjal a bordaív alatt tapintható. Olyguria. Vérnyomás R. R. 160. Vizeletben 4% alb., üledékben leukocyták és elvértve 1—1 vörösvérsejt. S₁-ben 6.05%, S₂-ben 6.12% alb. A besűrűsödés 1.1%. Két hét alatt rendbejön és oedemamentesen távozik.

17. M. L., 40 éves. Három hét óta arca és lábait dagadtak. Az oedema okát megtalálni nem sikerült. Belső szervein eltérés nem volt kimutatható; vizeletben semmi kóros. Vérnyomás R. R. 85—135. Egyedüli leletünk a Wassermann-reaktio pozitívítása (++++) volt. S₁-ben 7.22%, S₂-ben 7.26% alb., besűrűsödés 0.5%.

A fenti kísérleti adatok kétségtelenül bizonyítják, hogy az izolált érterületen megrekedt vér másképpen viselkedik egészségesekben, mint oedemás betegekben. *Az első esetben felhígul, a másodikban pedig besűrűsödik.* Az egészségesek vérének felhígulása olyan jelentékeny és szabályszerű (4—5%), hogy a felhígulásnak már kisebb foka, vagy annak elmaradása is elegendő arra, hogy kóros állapotról beszéljünk.

A besűrűsödés legnagyobb volt nephrosisban, a

vesék amyloid elfajulásában és a cardialis decompen-satio utolsó szakában. Jelentékenyen kisebb az oedema-betegségben és az acut nephritisekben. Kétségtelen tehát, hogy ezekben a megbetegedésekben nagymértékben megnő az organipetal áramlás s általában annál nagyobb, minél súlyosabb állapotban van a beteg. Bizonyos fokig tehát prognostikailag is fel lehetne használni ezt az eljárást — amit *érfuncio-vizsgálatnak* nevezhetnénk — ha többszöri kivitele a gyakorlatban nem ütközne nehézségekbe. A tizenhét eset közül csak háromszor lehetett a beteg tiltakozása nélkül sikeresen elvégezni. Az egyik glomerulonephritisben (harmadik eset) az első vizsgálat besűrűsödést, a második már esékély hígulást mutatott; a másikon (tizedik eset) az első kísérletben is hígulást találtunk s ez a hígulás a következő alkalommal még fokozódott. Mindkét beteg símán meggyógyult. Egy nephrosisos betegen, kinek oedemája folyton nőtt, a második kísérlet a besűrűsödés fokozódását mutatta. Ebből a pár eredményből azonban messzebbmenő prognostikai következtetést levonni még nem lehet.

Az ú. n. éhség oedemásokon végzett kísérleteim szerint e kórhépben a lekötés alatt a vér mindig veszít folyadékot, melynek mennyisége azonban a besűrűsödésből ítélve nem nagy. Meglehet, hogy ezekben az esetekben, amint azt *Maas* és *Zondek* is feltételezik, az oedemabetegségről írt monografiájukban, az erekbe való visszaáramlás mégis fennmarad s csak a normalis áramlási egyensúly bomlik meg a transsudatio javára. Különbösen nehéz volna elképzelni, hogy ilyen oedema pár óra alatt, szinte a vizsgáló szeme láttára kikerüljön. Így állhat a dolog a szíveredetű pangásnál is, ahol, kivéve a praemortualis állapotot, a besűrűsödés nem nagy. A lecsapolódás itt is azért következik be olyan hirtelen.

Ha vizsgálati eredményeinket áttekintjük, az első pillanatra úgy tűnik fel a dolog, hogy ezen oedemás megbetegedésekben az erek nagyobb fokú átjárhatóságát bizonyítják. Így a próbát valóban az *érfal functiós vizsgálati methodusának* tarthatnánk. De ha közelebbről tekintjük meg kísérleteinket, akkor nem hagyhatjuk figyelem nélkül a következőket sem: Az egészségesek érfalának átjárhatósága éppúgy kétirányú, mint az oedemásoké. Qualitásbeli különbség tehát nincsen, csak kvantitásbeli lehet. Kísérletünkönél az egészséges és az oedemás beteg érfalát egyforma körülmények közé hozzuk s a megrekedt vér viselkedése mégis más. Ennek okát azonban nemcsak az érfal megváltozott átérésztőképességében kereshetjük, hanem megtalálhatjuk az érfal másik oldalán levő szövetek megváltozott tulajdonságaiban is. A szöveteket kirekesztjük az áramlásból, megfosztjuk őket az oxygenfelvételtől. Talán éppen az oxygenhiány lesz az, amellyel szemben az oedemás betegek szövetei érzékenyebbek, mint az egészséges szövetek. Ezt a felvételt csak támogatják *Eppingernek* régebbi vizsgálatai, melyek szerint a csökkent oxydatiós általában anyagcsere-folyamatoknak olyan fontos szerepe van az oedema fejlődésében.

Az oedema-kérdést tehát a hajszálerek megbetegedésével egyedül megmagyarázni nem tudjuk, annál kevésbbé, mert anatómiai elváltozást sem az élő capillaroskopiával, sem pedig kórszövettanilag eddig kimutatni nem sikerült. Súlyos oedemiával járó megbetegedésekben készített vérpraeparatumokban sohasem találtam olyan elemeket, melyek a megbetegedett endothelfalról származtak volna. A psysiológiás átjárhatóság fokozódása azonban a fenti kísérletekkel bebizonyított tény, de meglehet csak eszköze, helyesebben szabaddá tett útja bizonyos megváltozott physiko- vagy colloidechemiai erők kiegyenlítésének a vér és a szövetek között.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem III. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyet. ny. r. tanár).

Kísérletes vizsgálatok az astheniás alkatúak reactio-képességéről, különös tekintettel az immuntestképzésre.

Írta: Baráth Jenő dr.

Amíg az orvosi tudomány majdnem minden ágazatában igen kiterjedt experimentalis munka folyik, addig a constitutio kérdéseinek terén azt látjuk, hogy különösképen igen gyér számban találunk az egyes kérdéseket illető kísérletes vizsgálatokat. A *Rosenbach* és *Kraus* által inaugurált functionalis szemlélet itt is tért hódított. Azonban, mint *Borchardt* megjegyzi, a constitutio tana eddig majdnem kizárólag formalis volt s joggal követeli ő a kísérletes kutatás kimélyítését, amelyben szerinte a szervezet szöveteinek különböző ingerekkel szemben való megváltozott reakcióképességét kell elsősorban szem előtt tartani.

A pathologiai kutatás kísérletes vizsgálatainál gyakran észlelünk olyan eltérő reakciókat, amelyeket csak az illető szervezet megváltozott reakciós viszonyaival tudunk magyarázni. Éppen ezen a terén akadnak olyan kérdések, amelyeket *Martius* szerint a constitutivonalis momentum szemmel tartásával kell elemeznünk. Az astheniás alkatot általában a csökkent teljesítőképeség képviselőjének tekintik. Már *Stiller* hangsúlyozta alapvető munkájában az astheniás szervezet petyhüdt, torpid viselkedését. Kísérletes munkálatokat idevonatkozólag igen gyér számban találunk. *Ullmann* a laevuloseprórával az astheniások májának functiógyengeségét tudta kimutatni. Intra-venás strychnin-injectiókkal végzett kísérletekben magam a vérnyomást kevésbé befolyásolhatónak találtam astheniás egyéneknél, mint ahogy hasonlót észlelt *Schiff* és *Bálint* régebben astheniás gyermekeknél adrenalin-injectiók után.

Előző vizsgálatokban, amelyeket egy erős eosinophiliát okozó typhusoltóanyaggal végeztem, azt a megfigyelést tettem, hogy, ellentétben a normalis testalkatú egyénekkel, az astheniás egyének nem, vagy csak kis fokú eosinophiliával reagáltak az oltóanyag bevitelére. Minthogy a használt oltóanyag által előidézett eosinophilia közös vonásokat mutatott az anaphylaxiás eosinophiliával, kísérleteim érdekes módon bizonyítani látszanak azt a régi tapasztalatot, amely szerint az astheniás testalkatú egyének kevésbé hajlamosak anaphylaxiás jelenségekre. Kísérleteim folytatásaképpen beható vizsgálat tárgyává tettem az astheniás egyének agglutininképzését is, avval a céllal, hogy vajjon kimutatható-e valamely eltérés az agglutininképződésben ezen constitutio-formánál. E pontnál hallgatólag mellőztem azt a kérdést, vajjon vehetjük-e az immuntestképződés mértékül az agglutinproductiót, mint ahogy ezt az ú. n. működésfokozó anyagok vizsgálatánál legtöbb szerző teszi.

Az astheniás alkat tulajdonságainak leírásánál gyakran találjuk megemlítve azt a körülményt, hogy az astheniás egyének könnyen esnek áldozatul különböző infectióknak, különösen tuberculosissnak. Ezen feltűnő hajlam úgy lenne magyarázható, hogy az astheniás szervezet védekező erői, valószínűen az immuntestképzés, constitutionalisán gyenge. Feltevés, amelyet ugyan a tapasztalatok bizonyítani látszanak, kísérletileg azonban alig próbálták bizonyítani. Az idevonatkozó irodalom áttekintésekor csupán egy munkát tudtam találni, *A Mayer*től, aki az astheniásoknál feltűnő gyenge zsír-antitestképződést észlelt tuberculosissal szemben. Hogy a constitutivonalis pathologia ezen experimentalis ága alig van kidolgozva, mutatja az a körülmény, hogy oly tapasztalt szerzőknél, mint *J. Bauer*, *Borchardt* és *Hart*, alig találhatunk valamit is hasonló munkákról.

A kérdés kísérleti kidolgozása számos nehézségbe ütközik, mivel a kísérletek eredményeinek megítélésében számos csalódási lehetőséget kell tekintetbe vennünk. Elsősorban meg kell gondolnunk azt a körül-

ményt, hogy az immuntestképzés gyakran ingadozásoknak van kitéve. Így pl. tudjuk azt, hogy túleröltetés, meghülés (*Friedberger, Trommsdorf*), alkoholélvezet (*Friedberger*) és számos egyéb behatás erősen befolyásolja az immuntestképződést. Fontos szerepet kell tulajdonítanunk a táplálkozásnak is. *Müller* galambokon végzett kísérleteiben azt találta, hogy a tejjel és kenyérral táplált galambok immuntestképződése csaknem kétszer akkora volt, mint a kizárólag burgonyával táplált galamboké. Mérlegelnünk kell még az életkor, a nem, a tápláltsági állapot szerepét is. Mindezek szerint tehát csak gondos, egyazon körülmények között végzett sorozatos vizsgálatok eredményeit értékelhetjük. Ha a külső, zavaró körülményeket a kísérleti feltételek helyes megválasztásával ki tudjuk küszöbölni, eredményeink megítélésében még mindig kellő óvatossággal és kritikával kell élnünk.

Fentebbi megfontolások tekintetbevételével 34 oastheniás egyénnél (valamennyi tiszta, tipusos esete volt az astheniás alkatnak) végeztem vizsgálatokat az agglutininképződésre vonatkozólag s a nyert eredményeket nagyszámú kontrollegyen agglutininképződésével hasonlítotam össze. A methodika ugyanaz volt, mint előbbi dolgozatomban (*Med. Klinik* 1923, 18. sz.) leírtam, vagyis astheniás és kontrollegyének egyazon időben ugyanazon oltóanyaggal (*Besredka*-féle polyvalens typhusoltóanyag, dr. Pápay) kezeltem, összesen három ízben. Vizsgálatra kerültek olyan fiatal egyének, akik nem szenvedtek komolyabb betegségben, soha oltva nem voltak, typhust nem állottak ki és általában semmiféle beható kezelésben nem részesültek. Minthogy nagyrészt a klinika betegállományába tartozott, megvolt a lehetősége a külső körülmények teljes megegyezésének is. Sorozatos vizsgálatok biztosították az agglutinintükör esetleges ingadozásával szemben. A reactiók végzésénél 24-órás agarculturát használtam, melyet egy igen jól agglutinálható typhustörzs továbboltásával nyertem. A vizsgált egyének vérsavóit 3-4 naponként agglutinintartalmukra ktitrálтам.

Az elért agglutinációs értékek a kontrollegyénknél 1:2000, 1:3000 körül mozogtak. Könnyű betegségekben (könnyű csúshurutok, neurasthenia), valamint más, nem consumáló betegségekben szenvedő egyéknél is nagyrészt ilyen értékeket kaptam, mint néhány példa mutatja:

1. Sz. S. (Diabetes mellitus. Közepes acidosis.) 38 éves. 1:1800.
2. M. J. (Ulcus duodeni.) 31 éves. 1:2600.
11. Sz. J.-né. (Ptosis ventriculi.) 22 éves. 1:2200.
19. Sz. J. (Neurasthenia.) 24 éves. 1:3200.
25. B. J. (Neurasthenia.) 26 éves. 1:3400.

Nézzük most azokat az agglutinációs értékeket (maximalis értékek), amelyeket astheniás egyéknél találtam. Nagyobb számú esetet közlök le. (A csillaggal jelölték nők.)

- *1. D. M. (Hab. asthenicus.) 29 éves. 1:800.
5. J. S. (Asthenia. Neuralgia n. trigem.) 23 éves. 1:50.
6. B. K. (Asthenia.) 17 éves. 1:150.
- *7. P. E. (Könnyű csúshurut.) 1:1000.
- *8. V. F. (Asthenia.) 21 éves. 1:200.
10. Cs. J. (Asthenia. Ptosis ventr.) 31 éves. 1:200.
12. M. J. (Asthenia. Ptosis ventr.) 17 éves. 1:350.
13. Sz. K. (Asthenia. Ptosis ventr.) 31 éves. 1:400.
- *14. T. Gy.-né. (Asthenia. Ptosis ventr.) 28 éves. Agglutinatio: 0.
17. Sz. R. (Asthenia.) 20 éves. 1:450.
18. B. F. (Asthenia.) 16 éves. 1:2400.
21. T. S. (Asthenia.) 23 éves. 1:500.
23. K. F. (Asthenia.) 24 éves. 1:400.
- *26. B. E. (Asthenia.) 20 éves. 1:400.
- *28. J. G. (Asthenia.) 24 éves. 1:600.
- *31. G. E.-né. (Asthenia.) 19 éves. 1:400.

A közölt esetek eléggé kifejezően mutatják a különbséget az agglutininproductióban normalis és astheniás egyének között. Az astheniás egyéknél kevés kivétellel feltűnően alacsony értékeket találunk, úgy hogy általában alig érik el egyharmadát a normalis egyéknél talált agglutinációs titernek. Alig néhány eset-

ben találtam olyan értékeket, amelyek a normalis egyének agglutinációs értékeihez közel állottak.

Az agglutininképzés időbeli beállításában nem mutatkozott lényeges különbség astheniás és normalis egyének között. Némely esetben úgy látszott, mintha az astheniásoknál a legmagasabb titerértékek kissé elkésve állának be.

Vizsgálataim tehát arra mutatnak, hogy astheniás testalkatú egyének agglutininképződése csekélyebb a normalis egyének agglutininképződésénél. Hogy ennek oka constitutionalisan gyengült immuntestképzésben, vagy csak bizonyos szervrendszerek csökkent funkciójában keresendő, erre a kérdésre nehéz válaszolni. Ezen és korábbi közleményeim mindenestre arra mutatnak, hogy a constitutionalis zavaroknál a formalis különbségek mellett functionalis eltérések is vannak, amelyek kísérletes vizsgálatokkal kimutathatók. Ily irányú vizsgálatokat újabban *Borchardt* és iskolája indított meg.

Irodalom: Részletes irodalom *Borchardt: Ergebn. d. inn. Med.* 21. köt és *Hart: Lubarsch-Ostertag Ergebn.* 20. évf. — *Ullmann: Boas Arch.* 1915, 21. — *Schiff: Med. Klin.* 1922, 7. sz. — *Baráth: Med. Klinik.* 1922, 47., 1923, 18. és 38. sz. — *Borchardt: Zeitschr. f. klin. Med.* 97. köt.

KLINIKAI ELŐADÁS.

A vese és a terhesség egymásra való vonatkozása.

Tartotta: *Bárony János dr.* egyetemi tanár 1923 nov. 16-án.

Vese nélkül nem lehet élni, egy vesével még meg lehet élni. A máj az élő emberi organismusban egy nagy raktár, benne külső és belső secretumok termelésén kívül nagyban folyik a kiküszöbölésre szánt anyagcsere-termékek oxydatiója, melyeket végül a vese hivatott a vérből leszűrni. Ha igaz, hogy a terhesség a próbaköve a szervi egészségnek, akkor ez az igazság hatványozottan érvényesül a vesékkal szemben. A terhes asszony mája, veséje fokozott munkára kényszerült, két organismust kell nekik kiszolgálni s ezenközben az új állapot termelte mérges anyagokat is hatálytalanítani és kiküszöbölni. A terhesség tehát a szó szoros értelmében teher a vesére, de vice-versa a vese egészsége vagy gyengesége, munkaképessége vagy képtelensége is nagyon befolyik a terhességre. A kifogásolhatatlan constitúcióval világrajött és az egészségében addig nem csorbított női test veséje a munkájában való ingadozás nélkül végzi a halmazott munkát. A kifogásolható örökséggel született, vagy az utóbb rongált, betegségekkel illetett szerv azonban már megsínyli a munkamegterhelést s ez a sínnylés a vesék hiányos működésében fog megnyilvánulni. Régi tapasztalás, hogy a terhesek 10%-ának a vizeletében, a terhességnek inkább a második felében, időnkint fehérjét lehet találni, 5%-nál állandósul a fehérje a vizeletben, 1%-nál pedig a fehérjén kívül vesealakelemeket is lehet kimutatni. Vagyis 90%-ban kifogástalanul viselik a vesék magukat, 10%-ban meg kevésbé vagy többé tétováznak. A minden különösebb szövődmény híján való ezen ingadozást csak úgy magyarázhatjuk meg, hogy ha az egész organismus gyenge fejlődését teszik felelőssé, vagy ha az anamnesisben valamely, talán rejtetten lefolyt vesebetegségnek találunk nyomára. A lueses, rákosan, tbc.-sen terhelt vagy akár más idősült betegségben szenvedő szülőktől fogamzott új organismus nem lesz teljesen a helyzet magaslatán, éppen úgy, mint ahogy például a kisleánykorban skarlatinásan, avagy tonsillitisen át megtámadott vesétől, bárha annak idején gyógyult is, megszoktuk a terhesség folyamata alatt való kifáradást.

Az itt-ott megjelenő, ismétlődő, ú. n. repülő

fehérjére ügyet sem vetnek, még a szülészek sem. Pedig az is már egy halavány jele annak, hogy a vese erőlködik. Az állandóan fehérjés vizeletet szűrő szerveket *Leyden-féle* vagy terhes vesének nevezték a múltban s a szöveti alakelemekkel kevert vizeletből terhes nephritist állapítottak meg, ami annyit jelent, hogy már a gyurmájában van támadva a vese. Újabban a felfogás meg az elnevezés tekintetében is nézeteltérésekről olvashatunk. A vitát a meráni congressuson 1905-ben *Müller* nyitotta meg, aki különválasztotta azokat a vesebetegségeket, amelyek alkalmával csak a vese hámsajtjai vannak elváltozva, azoktól, amelyeknél a közti szövet és az erek is betegek. Az előbbieket nephrosisknak, az utóbbiakat nephritiseknek nevezte. A hámsdegenerációnak többféle fajtája ismeretes: albuminosus, hyalin, amyloid, zsíros, lipoid, glykogen, neurotikus. A terhességi nephritis lipoid-degeneratio volna, mely nagyon hasonló a zsíros degenerációhoz, a sejtekben zsírcseppekkel, amelyek azonban polarizáltak kettős törésűek. *Aschoff*, a kórbonetan híres professora, ellene nyilatkozott a *Müller-féle* osztályozásnak s a zavaros duzzadást, az albuminosus degenerációt például a parenchymás gyulladások közé sorozta. Ezeket azért említem fel, hogy megokoljam azt az ajánlatomat, mely szerint mi szülészek, egyelőre legalább, maradjunk meg a régi elnevezéseink és felosztásunk mellett, mert az elég alkalmas arra, hogy a prognosira és a terapiára nézve utat mutasson és eligazítson. Mi azon állapotot, amidőn csak fehérjét találunk a terhes vizeletében, továbbra is *Leyden-féle* terhes vesének, ha meg alakelemek is vannak a vizeletben, terhességi vesegyulladásnak, nephritis gravidarumnak szoktuk elnevezni.

Meg kell emlékeznem még egy másik különös specialitásáról is a terhes állapotnak, melyet a múlt időkben szintén a veseműködés megzavarodásából gondoltak magyarázhatni. A terhesség általános serosus plethorával van kapcsolatban. Egyik-másik terhesnél néha elég nagyfokú oedemák lépnek fel. Ha a szív a rendesnél nem nagyobb, a vérnyomás nem emelkedett, a pulzus puha, fehérje és alakelemek nincsenek a vizeletben, akkor az oedema bizonyosan extrarenalis eredetű s a konyhasó és víz retentióján alapul, ami az organismus colloidjainak terhességi, physikai s chemiai megváltozására enged következtetni. A terhesség befolyása alatt tehát ilyen szöveti átalakulások is kifejlődhetnek, és pedig anélkül, hogy a vese egyáltalában érdekelve volna. A terhességi oedemák elbírálásánál tehát nem szabad sablonizálni.

A terhes állapot ezek szerint produkálhat egyszerű oedemát, amely nem jele valamely vesebetegségnek, de produkálhat veseelváltozásokat is, nephrosist, nephritist. Ez utóbbiak mindenestre megkülönböztendők a chronikus nephritishez társult terhességtől és a terhesség folyamán keletkezett accidentalis acut nephritistől, melyek nem a terhességből folyó, hanem csak hozzá véletlenül társuló szövődmények.

A terhesség tehát fokozottan veszi igénybe a szűrőapparátust, hyperfunctióra kényszeríti a vese-parenchymát, vagyis lényegesen befolyik a vese egészségi állapotára, mert ugyancsak próbára teszi a vitalis kapacitását. De kölcsönösen a vesefunctiók is befolyással vannak a terhes állapotra. Mindenekelőtt azt kellene eldönteni, hogy a terhesség csupán mint munkamegterhelés vagy egyéb oki tényezők útján is támadja-e a vesét? A munkamegterhelés kétségen felül áll. Az egyéb tényezők között a mechanikus nyomás a has szerveire, az erekre, ureterre, meg az idegekre, szintén szerephez jut. Figyelmet érdemel azon körülmény is, hogy a vérpályákba egy nagy, vértelt és gyorsan növő

daganat lesz beiktatva, mely a szívre s ezúton a vénás keringés gyorsaságára is gátló hatással van. Úgy látszik azonban, hogy mindezek felett érvényesül még egy, eddig csak a hatásában ismeretes noxa, amely az egész test, de különösen a vese hajszálereit hozza izgalomba s azoknak a görcsös szűkülését tudja kiváltani. Az úgynevezett terhességi toxicosisok közt a veseinsufficiencia kiváló figyelemreméltó fejezetet alkot. Ha mármost a vese beteg lett, akkor úgy az anyagcseresalak, mint e toxinok visszamaradnak a test nedveiben, főképen a vérben. Meg lesz mérgezve az asszony egész teste. Ha pedig az erekben mérgezett a keringő folyadék, degenerál a fal, törékennyé válik, az asszony itt is, ott is könnyen fog vérzeni s így történik, hogy a vesebetegekben a rendes helyen tapadó lepény is a terhesség folyamata alatt minden külső ok, trauma hiányában is gyakrabban leválik. De meg a vér ezen állapota megadja a magyarázatát annak is, hogy a vesebeteg terhesek magzatának igen nagy százaléka intrauterin elpusztul. A *Cohn*-statisztika szerint az ilyen magzatok 84%-a méhen belül elhal vagy korán születik. A hozzájuk tartozó lepény rendszerint tele van fehér szigetekkel, a tönkrement bolyhok helyén keletkezett elhegesedett vagy elmeszesedett foltokkal. Ezen szigetes elfajulás szintén akadály a placentaris gáz-és anyagcserének s oka lehet a magzat kora halálának.

A terhességnek és a vesefunctióknak ezek szerint egymással mindvégig egyensúlyban kell maradniok. A megbomlott harmonia életveszélyt jelent úgy az anyára, mint a magzatára, s a prognosist ettől kezdve kiszámíthatatlan.

Minden betegség általános terapiájában első helyen áll a prophylaxis. Vigyázzunk a vesékre már a leány kisgyermek-korában. A serdülés idején a meghűlésen kívül a fűzés, az obstipatio vannak befolyással. Obstipatióból keletkeznek a coli-betegségek. A diatahiák, ingerlő fűszerek, alkohol, a folyadékfelvétel szándékos korlátozása mindmegannyi kártékony tényező a vese parenchymájára. A fegyelmezetlenség, a folytonosan megújuló inzultusoknak és következményeiknek a negligálása a terhesség alatt fogja megbosszulni magát. Kiváltképen figyelmet követel a gyenge constitutióval született, astheniásan fejlődő leánytest. Ezeknek a koraházassága például végzetes szövődményeknek lehet a forrása. Az ilyen organismus veséje t. i. a terhességet csaknem bizonyosan nehezen fogja viselni, utána sem regenerálódik s a visszamaradó betegség egyik alapoka lesz az élet lényeges megrövidülésének. Ugyancsak a prophylaxist szolgálják a terhesség lefolyása közben megejtett vesevizsgálatok. A kezdetén kórismézett betegséggel szemben therapeutice könnyebben lehet boldogulni. Legelső tételek a kiválasztások szabályozása és az étrend megszabása. Obstipatiókból újabb mérgek keletkeznek. A diata irányításával meg a máj, a vese működését lehet könnyíteni. Az egyszerű oedemák só- és vele együtt vízretentio folytán fejlődven, ellenük megszorítandó a sófelvétel. Ne felejtjük azonban, hogy teljes sómegvonást nem tűr el a nem-terhes organismus sem. Só hiányában három héten belül az étvágyát vesztí mindenki és elkezdi soványodni. Egy liternyi tejben is 1:8 g só van felolvasztva. *Leyden-féle* terhes vese kímélése céljából már letiltjuk a hústáplálékot, az alkoholt és a fűszereket. Előírás: tej, tejtermékek és egészben fűszermentes vegetarianus koszt, elég folyadékkal. Az asszonyok általában kevés vízzel élnek. A feltételezett mérgek leszürését pedig megkönnyíti azoknak a felhígítása. Concentráltan mérges folyadékból való szűrés alkalmával a vese parenchymája erősen szenved. A nagyobb baj közeledését a vérnyomás emelkedése szokta

bevezetni. A pulzus telt, majd peckelő lesz. Vannak, akik a nyomásemelkedést a fehérje, sőt a vesealakelemek jelentkezésénél is fontosabb prognosztikus tünetnek tekintik. Az emelkedéssel egyidejűleg szédülések, fejfájások, látás-zavarok is keletkeznek, mely tüneteket az asszonyok jóformán semmibe sem vesznek, mert ezen zavarokat ők amúgy is, főként a havi vérzések alkalmából, magukon gyakran tapasztalják. Pedig ezek már prodromák, annyira, hogy együtt constatálván, *Essen Möller* lundi szülészetanár eklampsismusnak nevezte el őket. Vérbocsátásra, ápolásra és szigorú diatára csakhamar elvonulnak a vésztjósító felhők. Legrosszabb a prognosisa természetesen a terhes nephritisnek. Ez az állapot directe a terhesség folyamánya, hevenyész betegség, amely magára hagyva a terhesség előrehaladásával párhuzamosan fokozódik. A chronikus nephritis és az accidentalisan társult hevenyész parenchymás lob is alkalmát adhatja az eklampsiás rohamfejlődésnek. Azonban ezek nem a folyton erősödő endogen toxintermelésnek a közvetlen következményei, mint amilyen éppen a nephritis gravidarum, amely sajátosan terhes-betegség, a terhességi toxicosis súlyos alakja s mintegy előfokozata a görcsökben nyilatkozó s a végeredményében kiszámíthatatlan terhességi complicatióknak, az eklampsiának. Ezzel a nephritissel akár hónapokig feküdjék az asszony. Az ágy egyenletes melege s az izommunka teljes kikapcsolása is a javára válik. Tiszta tejdiéta, közepes mennyiségben valamely alkaliás víz, *Salvator*, az emelkedett vérnyomás csökkentésére szükség szerint ismételt vérbocsátások, az ürülésekről való gondoskodás. Szóval a vese munkájának a megkönnyítése és vesekímélés minden tekintetben. A mindezek ellenére is súlyosbódó nephritis, kiváltképen ha szemfenéki elváltozásokkal van összekötve, indicálja a terhesség megszakítását annak bármely idejében. Az egyszerű amaurosis nem tartozik ide. Az idejében megkezdett ápolás csaknem minden ilyen vesebeteg anyára, magzatra életmentő lehet. Ezért is kellene minden terhes asszonyt az egész kritikusi kilenc hónap alatt s főként a terhesség második felében állandóan őrizetbe venni.

A chronikus vesegyulladásal teherbeesett asszony veséje szülés után is legalább is olyan beteg marad, amilyen a fogamzás előtt volt. A terhességi vesegyulladások ellenben a gyermekágyban meg szoktak gyógyulni. Ez a gyors gyógyulás is bizonyítja, hogy valamely méreg bántotta a vese belső állományát, amelynek kikapcsolására azonban csakhamar rendbejött ez a szerv, ha csak a méreg okozta roncsolás nem volt olyan mérvű, amelyet az organismus már nem tud kipótolni. Az utóbbi esetben továbbra is hiányos marad a vese működése. Az ilyen vesével azután tiltott a terhesség.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület december 15-i ülése.

Elnök: Horváth Ákos. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán

Előadás:

1. Torday Ferenc: *A gyermekkorú heveny fertőző kórok elleni védekezés intézetekben specifikus és nem-specifikus védőoltásokkal.* A csecsemők és gyermekek részére létesített intézetek higiéniáját lerontják a többnyire feltartóztathatatlan házi járványok, melyekkel szemben boxberendezéssel, csak korlátozottan lehet védekezni. Nagyobb ágyszámú, élénk forgalmú, állandóan túlszűfolt intézetekben, amilyen a budapesti állami gyermekmenhely, úgyszólván állandóak a házi járványok, gyakoriak a vegyes fertőzések, nagy a halálozás.

A fertőző kórok elleni intézeti védekezéshez előadó megkísérelte a rendszeres nem-specifikus védőoltásokat, főleg állati vérsavókkal. Teljesen eredménytele-

nül. Ezért a védekezéshez a Ceglédi-úti barakktelepre kitelepített és így az Üllői-úti kórházi osztályoktól teljesen elkülönített menhelyi osztály előadó terveit szerezte egy 14 szobájú felvételi épülettel egészített ki, hol a napi felvételek külön-külön szobákba kerülnek 14 napos vesztgárba.

A specifikus védőoltások sikereiről tud beszámolni. A kanyaró-reconvalescens-serumot *kizárólag* az intézeti védekezés számára tartja fenntartandónak. A magángyakorlat részére ajánlja a védőoltásokat a kanyarót kiállott anyák tejével, illetve vérével, ezek nagyon csökkentik a kanyaróval való fertőződést. *Caronia* által felfedezett kanyarómikroorganizmus tenyésztésével és a veje való oltással a közel jövőben fog foglalkozni. *Bárányhimlőoltásoknak* előadó tapasztalatai szerint nincs nagy gyakorlati haszna. Reconvalescensek vérével, illetve vérsavójával vértett védőoltások biztatók. Szamárköhögés elleni oltások *B.-G.-vaccinával*, illetve *autovaccinával* eredményesek voltak. A diphtheria elleni passiv immunisatio ezen megfigyeléseknél is célszerűnek bizonyult. A vörheny elleni védőoltásoknál a streptococcusvaccina alkalmazásának indokolatlanságát előadó tapasztalatai is igazolták. *Caronia* fölfedezésével a vörheny-bacillus tenyésztésével és a vele való védőoltással előadó nagy arányokban készül foglalkozni.

Mindezen tapasztalatai és az irodalmi közlések révén előadó kívánatosnak tartja azt, hogy a csecsemő- és gyermekintézetekben az intézeti járványok leküzdéséhez rendszeresen végezzenek védőoltásokat.

2. Rokay Zoltán: *A szamárköhögés prophylaxisáról.* Irodalmi adatokkal és az állami gyermekmenhely nagy anyagán szerzett tapasztalatokkal igazolja azt, hogy nagyobb forgalmú, főleg túlszűfolt intézetekben elkülönítéssel nem lehet sikeresen védekezni a pertussis ellen. A specifikus védekezés kiépítésének alapfeltétele a bakteriologikus vizsgálatok rendszeresítése, ahogy erre *Madson* professor kopenhágai állami serumintézete berendezkedett. Az ezen intézetben szokásos *Meyer-Chievitz*-féle bakteriologiai módszerrel végzett vizsgálatai révén hangsúlyozza előadó azt, hogy a Bordet-Gengou-bacillus által előidézett pertussison kívül, amely elleni védekezéshez az irodalmi adatok és részben az előadó tapasztalatai szerint is a Bordet-Gengou-bacillusokból készült vaccinával való védőoltások sokszor eredményesek, vannak elég nagy számú és valószínűleg főképen intézetekben észlelhető oly pertussis-járványok is, amelyekben a betegek felkőhögött váladékából a Bordet-Gengou-táptalajon B.-G.-bacillus nem nő ki, hanem csak sok egyéb különböző kócsir. Előadó a szamárköhögésben először megbetegedett és így a fertőzést közvetítő pertussisos beteg légutából optimalis feltételek mellett kitenyészett, valamennyi mikroorganizmusból készült vaccinával oltotta az ezen beteg által veszélyeztetett csoportot. A vaccinából 4 napi időközben összesen háromszor 0.5–1.0 cm³-t fecskendeztet be subcutan, átlag 20 millió csirtartalommal. Csakis a pertussis klasszikus tüneteit mutató esetek kapcsán védőoltott és kizárólag olyan csoportokat, amelyek a legintensívebb fertőzési lehetőségnek voltak kitéve. Ilyen védőoltásokkal előadónak az intézeti pertussis-járványok elnyomása sikerült tizenkét csoportban 125 gyermeknél 98.4%-ban. A közölt adatok szerint a nem védőoltott kontroll-csoportoknál a megbetegedési arányszám igen magas volt.

Bókay János: A kórházi fertőzések elleni küzdelemben a box-rendszer jogosultsága kétségtelen. A védőoltásokat illetőleg maga is bizalommal néz a *Caronia* által folytatott további vizsgálatok és kísérletek elé. *Czerny* nézetét a pertussis kórtanának nem egységes voltát illetőleg hozzászóló nem osztja.

Gerlóczy Zsigmond: Kanyaróból reconvalescensek serumával végzett oltásai kitünően beváltak, ugyancsak a körülbelül egy év óta alkalmazott, varicella elleni védőoltásai is reconvalescens-serummal. Pertussis ellen teljes sikerrel tud védekezni azzal, hogy a pertussisos mellett levő ágyba nem tesz beteget és szigorúan izoláltan tartja a többiekét; körülbelül másfél évtized óta nem különíti el a különböző fertőző betegeket, ha pertussisuk is van és fertőzés sohasem fordul elő. A már bevált védőoltások mellett a védekezésben továbbra is a higienikus követelések szigorú végrehajtását s azt tartja legfontosabbnak, hogy lehetőleg kisebb kórtermek legyenek a gyermekosztályokon, több kisebb hálóterem árvaházakban, menhelyeken s minden gyermekinternátusban és hogy ily intézetek építési pro-

grammjában a hozzáértő orvosnak döntő szava legyen, vagy legalább is a szakorvos véleményét kérdezzék meg. Az elrontott közintézetet utólagosan nehéz úgy megreparálni, hogy megfeleljen a higienikus követeléseknek.

Torday Ferenc: Szükségesnek tartja, hogy a kanyaró elleni védekezésben a mindennapi életben a női tejjel való oltások szokásossá váljanak, a számarköhögés elleni védekezéshez a fővárosi bakteriologiai intézet rendelkezésére be vaccinatermelésre.

Bemutatás:

1. Pákozdy Károly: *Extramedullaris gerincvelődaganat* esetét. Az 1923. év folyamán a IV. sz. belklinikán észlelt 5 beteg (1 cervicalis, 3 dorsalis, 1 lumbosacralis) közül 4-et operáltak; ezek közül 3 meggyógyult, 1 közvetlenül a műtét után meghalt. Az ötödik beteg az észlelés alkalmával nem egyezett bele a műtétbe, az utóbb nyert értesülés szerint később szintén eredményesen megoperálták. Ismerteti az észlelés főbb adatait és bemutatja a gyógyult betegeket. Az objectív érzészavar területe fölött három betegükön kisebb-nagyobb olyan zónát találtak, melyben csak a felületes érzés kisfokú subjectív megváltozását lehetett kimutatni. A kompresszió helyének, illetőleg a daganat felső pólusának a subjectív megváltozott érzésű terület felső határa felel meg, ha az ismételt vizsgálat alkalmával is állandóan ugyanazon a helyen található. Kiemeli a korai lokálozások fontosságát, melyben igen jó szolgálatot tehet a csak subjectív érzészavar vizsgálata.

Schuster Gyula: A gerincvelődaganatoknál a csekélyfokú bőrérzéstérést a lumbal punctio után alkalmazott 40 cm³ 40%-os urotropinoldattal kifejezetté lehet tenni, mivel ilyenkor a conc. sóoldat rövid ideig tartó liquornyomásemelkedést okoz és a nyomás okozta érzéstérés s keringési zavar a gerincvelőben kifejezett lesz.

Engel Károly: Bemutató által ismertetett eljárás egy oly esetben tette lehetővé a pontos magassági diagnoszt, ahol semmiféle más tünet localisatióra nem utalt. A korai operatív szempontjából igen fontosnak tartja ezen vizsgálati eljárást.

Winternitz Arnold: Az extramedullaris daganat operálása a központi idegrendszer sebészetének leg-hálásabb területe; a műteti technika könnyebb, a prognózis sokkal jobb, mint agytumor operálásakor. Ismerteti igen jó műteti statisztikáját, melynek feltétele az idejében való beavatkozás és a daganat pontos lokálozása.

2. Lehoczy-Semmelweis Kálmán: *Idegentest eltávolítása a női húgyhólyagból sectio altával.* Idegentestek a hólyagba masturbálás, magzatelhajtási kísérletek, kezelések, daganat-, méhenkívüli petezsákattörések, fel nem szívódó fonalak vándorlása stb. következtében kerülhetnek. Az idegentestre többnyire kő rakódik. 22 éves leány hólyagjába jutott hajtű hajlított végével a vertexben rögzített, tojásnyi kőbe volt ágyazva, hegyes vége átfúrta a hólyagfalat, aminek következtében a hólyaggal kommunikáló, nagy tojásnyi praevesicalis tályog képződött. Az idegentestet sectio altával távolították el, a sebet nem varrták, sarjadzással gyógyult, a hólyag jól működik. Régebbi esetben 17 éves asszonyból a terhesség második hónapjában kolpocystotomiával távolították el a hajtűre rakódott és a hólyagban rögzített tojásnyi követ. Az incrustatio helyén a hólyagfal gangraenescált. A hólyag sebet egyesítették, de sipoly maradt vissza, amely két műtét után gyógyult, közben síma szülés és gyermekárv.

Idegentestek a hólyagból spontán távoznak. Ha nincsenek rögzítve, eltávolíthatók a húgycsővön keresztül, a kitágítás után gyakran incontinentia marad vissza. Rögzített testeknél leginkább kolpocystotomia szokásos, szűzeknél vagy praevesicalis exsudatum esetén sectio alta útján való eltávolítás.

Pápay Frigyes: A bemutatott esethez hasonlóról számol be a Bakács-téri kórház anyagából. Erős pericystitis folytán zsúgorhólyagból, annak falába s a környi kötőszövetbe beekelt hajtűt távolították el sectio alta útján. Műtét után a követ elött néhány nappal egy tojásnyi kő spontán távozása óta incontinentiaja is volt, négy hét múlva plasticus műtétet végeztek.

Kisebb, a hólyagban szabadon levő idegentestet per urethram távolítanak el a húgycsőnek esetleg újjnyira való kitágítása után, nagyobb tágitás azonban nem végezhető az incontinentia veszélye nélkül.

A Charité Poliklinika 1923 december 10-i ülése.

Elnök: Meisels Vilmos.

Jegyző: Szemző György.

Bemutatás:

1. Gál Hugó: *Végbél-blennorrhoea* esetét mutatja be, a végbel körül tomeges conyulomata acuminatával. Két hónap óta a beteg 1%-os argentum nitricum instillatiókat kap a rectum előzetes irrigálása után 10 grammos mennyiségben; azota a condylomák, melyek azeiótt sebészi eltávolítás ellenére recidiváltak, nem újultak ki és a bo váladék is megszűnt. Noknél a végbél-blennorrhoea gyakrabban fordul elő. Fertőzés különösen akkor jön létre, ha viszeres csomók vannak jelen, vagy ha a végbél promineál, amint azt többször-szülő noknél gyakran látjuk. A fertőzésre irrigátor, vatta és egyéb betétek használata is ad alkalmat. A végbél-blennorrhoea súlyos szövödménye végbél-szűkület keletkezése, mely, mintegyéb stricturák, a submucosáig terjedő erős gyulladással járhat. Bemutató egy esetben a végbél átjárhatóságát csak Hegar-tágítókkal lehetett fenntartani. Az instillatiók rendszeres alkalmazásával nemcsak a váladék megkevesbedése érhető el, hanem talán a stricturák keletkezése is megelőzhető.

Meisels Vilmos: Amilyen gyakori a végbél-blennorrhoea nőknél, oly ritka férfiaknál; a férfiaknál eioroauto esetek súlyosabbak, noi ulcerosusak, noi intenzív stricturákhoz vezetnek. Hozzászólo egy régebbi esetét említi, akinél strictura, ulcusok és polyposus kinövések voltak jelen. Műtétet végzett, mely a polypusok eltávolításából, a granulatiók lekaparásából és stricturákából való ékalakú excisiókból állt. Olyfokú gyógyulás állt be, hogy a legvastagabb végbél-sondák is keresztül tudtak hatolni. Mindazonáltal újból recidivák következtek be és a beteg végül is periproctitisben meghalt.

2. Liebner Ernő: *Leukaemia lymphatica* esete *prurigós urticariás bőrelváltozásokkal.* 48 éves férfinak 2 év óta fokozatosan fejlődő universalis adenopathiája van. 3 hét óta a faron, majd a törzson és a végtagok mindkét oldalán fejlődő, szétszórt, prurigós urticariás, erősen viszkető enlorescentiák vannak jelen. Vérkép: 38.300 fehérvérsejt, 3.650.000 vörösvérsejt. A fehérvérsejtek 81%-a lymphocytá. Máj- és léptumor áll fenn. A lázperiodusok hiánya és lymphocytosis kizárják a lymphogranulomatosis. A bőrtünetek nem leukaemia cutis kórképének felelnek meg. Röntgen-therapia eredménytelen volt, salvarsannal fog kísérletet tenni.

Előadás:

1. László Ernő: *A prophylacticus jódinjectio által megzavart graviditászról.* Ezen intrauterinalis beavatkozás feltétlenül elvetendő. Adásakor vagy a) nem is áll fenn graviditás és ilyenkor céltalan, vagy b) korai graviditás esete forog fenn, amikor viszont a behatás nyomán elért eredmény attól függ, hogy a pete az uterinalis üregbe jutott-e már, vagy még a tubában való vándorlásának útja közben van-e. Előbbi esetben a beavatkozás útját nyitja a megindított, de be nem fejezett vetélés minden complicatiós lehetőségének, a második esetben pedig a chemial inger nyomán keletkező reactiv lob a beható edzőszer mennyisége és a lob kiterjedése szerint változó hatást fejthet ki: 1. Erősebb reactio esetén a tubára is átterjedő gyulladás endosalpyngitis catarrhalis serosa acuta képeben a tuba falának duzzadásához, ezáltal lumenének szűkítéséhez s a csillószőrös mozgás lassúbbodásához vagy bénulásához vezet, miáltal a pete tovavitelét célzó eme tényező erejét kisebbiti, anélkül, hogy egyben a pete növekedését is késleltetné. 2. Kisebb reactio esetén a pete az intrauterinalis inzultus után jut az uterus ürébe, ahol egy felső rétegétől megfosztott deciduára talál s a hiányzó réteggel arányosan mélyebben fekvő szövetrészetekbe hatol. Az első esetben a beavatkozás az extrauterin graviditásnak lehet előidézője, a második esetben pedig placenta-adhaesio különböző fokának, vagy legalább is oly zavaroknak, melyek a placenta leválási mechanizmusában állanak be.

2. Farkas Sándor: *A gerincoszlop deformitászairól.* A gerincoszlop úgy anteroposterior, mint lateralis irányú deformitásainak, úgy a gömbölyű hátnak, mint scoliosisnak kórtani jelentőségét a belső szervek pathológiás elváltozásainak lehetősége adja meg, eltekintve a sok esetben felette fontos kozmetikai vagy psychikus háttértől. Jelentős momentum, melyre Spitz

ismételten rámutat, hogy thorax-anomaliás egyének tuberculosis pulm.-ra praedisponáltak.

A gerincoszlop deformitásainak kezelése szempontjából főleg az ismert három foknak megkülönböztetése, hiszen ügyesen teljesen precizizált körbontani alapon nyugvo az. Ezért célszerűbb mobilis és fixált deformitásról megemlékezni. A fixáltakat static megfelelő helyzetben redressálni kell, — illetőleg mobilizálni. Ez pedig nehézségekkel jár az esetek legtöbbségében s időlegesen keletlenléseket von maga után, úgyhogy bizonyos ideig rosszabb a görbülés, mint volt a kezelés bevezetése előtt. Mobil, illetve redressált esetben van helye a tulajdonképeni „mechanikus” gyógyító-eljárásoknak; a massage-nak, gimnasztikának s a különböző portatív apparátusoknak. Klappnak kúszó-módszere 10–15%-ban jeles eredményekre vezet szigorú individualizálás mellett. A portatív támkészülékek közül az egyedül csak kozmetikai célokat szolgáló, általában alkalmazásban lévő, szokott alakú acél-bőrkorzettek viselése nem kielégítő. Megfelelőbb a redressió húzást illetve nyomást kifejítő Lange-féle, vagy kombinált Hessing-féle fűző, utóbbi is csak oly módosításban, ahol az apparátusnak iliacalis váza a medencének kellő rögzítéséről gondoskodik.

Gerber Béla: 12 éves leánygyermek, aki 5 év óta jobb szemére vak, amikor iskolába kezdett járni, látási hibájának corrigálására állandóan jobbra hajló testtartást foglalt el, minek következtében balra convex skoliozis fejlődött ki.

Gellért Elemér: Kis gyermekeknél köldök-kólikával, vagy más emésztési zavarokkal kapcsolatban gyakori a „gömbölyű hát”. Erdemes volna a kettő közti összefüggés tisztázására vizsgálatokat végezni.

A Debreceni Orvosegyesület 1923 dec. 13-i ülése, az új sebészeti klinika tantervében.

Elnök: Szontagh Félix.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Hüttl Tivadar: Az újonnan megnyílt sebészeti klinika ismertetése és bemutatása. Erőesebb esetek és statisztikai adatok az elmúlt két év anyagából.

A sebészeti klinika alaprajzi ismertetése után azokkal a kérdésekkel foglalkozik bővebben, amelyek a sebészeti klinikák építésénél mindenkor szóba kerülnek. Ezek közül a legfontosabb, hogy milyen módon képes a klinika az aepsis követelményeinek eleget tenni. Műtőhelyiségeinek száma, célszerű elhelyezése és berendezése az építkezés legkényesebb pontja. Bár ma már tudjuk, hogy a zavartalan sebgyógyulás szempontjából nem annyira a műtőhelyiségek csiramentességének, mint inkább egyéb tényezőknek van fontossága: a több műtőrendszerrel eltekinteni mégsem célszerű. Ez biztosítja a klinikai üzem zavartalan lebonyolítását és megakadályozza egyes műtőhelyiségek túlságos igénybevételét, amely pedig a sebgyógyulás hátrányára van. Kitér a műtőhelyiségek fűtési és világítási berendezéseire. Utóbbiak közül azt tartja legjobbnak, mely a mennyezetről és falakról reflektálva szolgáltatja a fényt. Ismerteti a klinika beosztását, mely centralis építkezés; az épület szárnyaiban vannak elhelyezve a kórtermek és azok melléképületei. Felhívja a figyelmet arra, hogy a klinika felépítése és berendezése, a tudományos felszereléstől eltekintve, a mai értékben 7 milliárd magyar koronába került. Az ideiglenes elhelyezés szabta szűkös viszonyok megszűnével, a klinika fejlődésének újabb szakához ért el. Az elmúlt két év eseményeit lezárni kívánja azzal, hogy ennek a két évnek néhány érdekesebb esetéről, valamint a két év alatt elért műtéti eredményekről beszámol.

Elsőnek a klinika egyik legelső betegét mutatja be, akinél az alkarcsontnak szokatlan elváltozását észlelte. A 22 éves férfial a radius hatalmas csonttömegé alakult át, amelyet részben a Röntgen-vizsgálattal, részint a Wassermann-reactio alapján, mely ++++ eredményt adott, lueses eredetűnek kellett tartani. annak ellenére, hogy a körelőzményben a luesre vonatkozólag semmiféle támpont nem volt, és hogy a beteg klinikai vizsgálata életerős, egészséges emberre engedett volna következtetni. Ostitis fibrosa ellen szólt a betegség fájdalomtalan lefolyása és hogy ez utóbb a könyökizületre és a felkarcsontra is ráterjedt. Az antilueses kezelés két évig eredménytelen volt. Ekkor azonban a csont felé nyíre megvékonyodott. A luest mint *lues hereditaria tarda*-t fogja fel.

Betegbemutatással kapcsolatosan beszámol a klinika *cholelithiasis*-anyagáról. Eddig 101 betegnél végzett epekő miatt műtétet. Betegei közül 92 meggyógyult, 9 meghalt (8.9%). A végzett műtétek szerint csoportosítva az eseteket, kitűnt, hogy míg 78 cholecystectomia közül csak 1 halt meg (1.29%) chloroform-intoxicatio-ban, addig 13 choledochus-drainage közül 5 (38.4%).

Felhívja a figyelmet arra, hogy bár az első csoportba foglalta össze a chronikus cholelithiasisok mellett az epehólyag körüli tályogokat, empyemákat, fekélyes vagy akár gangraenás cholelithiasisokat is — azaz azokat az eseteket, amelyeknél az epehólyag eltávolításával a műtét befejezhető volt —, halálozási százalékuk között mégis nagy a különbség. Ennek alapján elveti a cholelithiasis socialis műtéti javallatát, a belorvosi kezeléssel dacoló és nem dacoló epekőbetegségek megkülönböztetését és a praeventiv műtét mellett foglal állást. Hasonlóképen nagyobb az egyéb betegséggel szövődött epekő-műtéteknek halálozási százaléka. Péregnyúló-ványgyulladásal és epekővel 6 beteg került műtetre, ezek közül meghalt 2, gyomorfekélyvel és epekővel 2, epekővel és hasnyálmirigycystával 1. Utóbbiak gyógyultak. 1 átfürödött epehólyaggal és általános has-hártagyulladással műtött beteget a műtét után 2 nappal meghalt.

Esetével bemutatja, hogy mily súlyos elváltozások lehetnek jelen már az első roham alatt végzett műtét alkalmával is.

Köntzey Ernő bemutat két, kiterjedt *gyomor-resectio* után gyógyult beteget. Az egyiknél ökölnyi, porcokmány corpuscarcinoma miatt történt a műtét, a másik esetnél, melyet Keller dr. a megelőző ülésen már bemutatott, a klinikai tünetek és vizsgálatok alapján ugyancsak gyomor-cs. volt a diagnózis. Utóbbi eset érdekessége, hogy magánál a műtétnél sem sikerül makroszkopice eldönteni a gyomor hátsó falán ülő, zegzugos szélű, dudoros alapú fekélyről, hogy az vajjon egyszerű callosus ulcus-e, vagy pedig már rákosan elfajult. A Billroth II. eljárása szerint kiirtott gyomor szövettani vizsgálatával végül is jóindulatú fekélyt derített ki.

Ezzel kapcsolatban beszámol a klinikán 2 év alatt végzett *gyomorműtétekről*. Resectio végeztetett cs. miatt 9 esetben, 22% mortalitással, ulcus esetében 10-szer, 0 mortalitással. Mint palliativ műtét gastro-entero-anastomosis cs-nál 16, ulcusnál 28 alkalommal történt, 31, illetve 7% mortalitással. Inoperabilisnak találtatott 29 cs., az összes esetek több mint 53%-a.

Perforált gyomorfekély 6 került műtetre. Egy 24 és egy 14 órá. A többi 8 órán belül. Az előbbi kettő meghalt, 4 meggyógyult.

Az esetekből a következő tanulságokat vonja le: 1. Feltűnő az inoperabilis esetek nagy száma, tehát minden valamennyire is gyanus esetben azonnali próbalaparotomia végzendő. 2. A resectio jó technika mellett alig veszélyesebb beavatkozás, mint a gastro-entero-anastomosis. 3. Ulcusnál jelenleg legideálisabb műtéti eljárás ugyancsak a resectio, — ez adja úgy a legjobb közvetlen, mint a legkedvezőbb végleges gyógyulási eredményt.

Balkányi Pál: Két ritka *appendicitis*-esetet mutat be. Az egyiknél már 14 órával az első roham után féregnyúlóványt elrohadva az átfürödés határán találta. A másikonál a lobos féregnyúlóvány sérvkizáródást okozott olvmódon, hogy a tömlőben lévő vékonybélkacsot az odatapadó appendix körkörös lezorította. A két eset kapcsán ismerteti a klinika két éves *appendicitis*-statisztikáját. *Appendicitis* miatt megoperáltak 283 beteget, akik közül acut *appendicitis* volt 133-nak. Meghalt 3 (2.3%), beleszámítva a gangraenás eseteket. Chronikus *appendicitis* volt 92-nek, meghalt 0. Abscessus peri-appendicularis volt 49-nek, meghalt 3 (5.9%). Átfürödésből származó általános has-hártagyulladása volt 9-nek, meghalt 6 (67%). Az összmortalitás 3.9%. A klinika álláspontja az *appendicitis* kérdésében radicalis. Ritka kivételt a klinikai tapasztalat szerint felszívódási hajlamot mutató infiltratum periappendiculare tesz, amely esetben célszerű a műtéttel az infiltratum felszívódása után is még 4 hétig várni.

Loessl János bemutat egy 50 éves nőbeteget, kit szokatlan nagyságú, mindkét oldali vesekővel operáltak. A baloldali követ ez év májusában, a jobboldali követ, amely bár tünetnélküli volt, de nagyságával megközelítette a baloldalt, ez év novemberében, nephrotomiával távolították el. A jobboldali kő eltávolítása előtt

megejtett vesefunctionalis-vizsgálat az először operált bal vese kifogástalan működését mutatta, annak ellenére, hogy az első műtét alkalmával a nagy kő miatt az egész vesének felezése vált szükségessé. Ez esettel kapcsolatosan beszámol a sebészeti klinikán 1921. november óta végzett veseműtétekről, melyek száma 18. Az eseteket a kórkép szerint csoportosítva, ezek között volt 1 vesesérülés, 2 vese-tbc., 2 pyonephrosis, 6 vesedaganat (2 sarcoma, 4 hypernephroma), 3 vesekő, 2 vándorvese, 1 műtét utáni ureter-sipoly. Műtét végeztetett 11-szer nephrectomia (5 transperitonealis, 6 lumbalis), 3-szor nephrotomia, 2-szer nephropexia és 3-szor próbálaparatomia. A műtöttek közül 1 hypernephroma nephrectomia után 24 órával heveny szívgyengeség tünetei között meghalt.

Jelinek Károly a debreceni sebészeti klinika *prostatahypertrophia*-eseteit ismerteti. A radikálisan operált prostatahypertrophiasok leközölt mortalitási statisztikáiban látható igen nagy különbségnek oka a pontos indicatio figyelmen kívül hagyása. Az egész prostatahypertrophia-kérdés lényege a vesék működésében rejlik. A prostatahypertrophias vesét a hydrostatikus nyomástól állandó katheterrel, súlyosabb veselaesio esetén hólyagsipollyal tehermentesíti és ha a functionalis vesevizsgálat (chromoskopia, concentratiós dilutiós próba) eredménye kielégítő, végezhető radikális műtét. Hasonló indicatiók mellett operáló szerzők mortalitási statisztikája 5–10% között mozog. A klinikán 11 prostataectomiát végeztek, akik közül 10 meggyógyult, egy lumbalanesthesia okozta shock-ban halt meg.

Schmidt Lajos a bél tuberculosos megjelenési formáinak és az egyes formák sebészeti jelentőségeinek vizsgálása után a műtéti beavatkozás indicióit és mikéntjét tárgyalja, majd 2 *bélstricturás* beteget mutat be. Az egyik 47 éves asszony, kinek a flexura hepatica helyén 3 cm széles, gyűrűs, heges, majdnem totalis stricturája volt. A lig. gastrocolicumból kiirtott nyirokcsomók szövettani vizsgálata tuberculosist derített ki. Ileo-transversostomia után síma gyógyulás. Másik beteget 20 éves leány, kinek a klinikai tünetek és a Röntgen-vizsgálat alapján mélyen ülő vékonybél-stricturára tették a diagnózist. A műtétről az ileumon 60 cm-rel a Bauchin-billentű fölött fél cm széles, heges, körkörös, majdnem átjárhatatlan stricturát találtak. Ettől orálisan még 5 hasonló strictura volt, melyek között a bél ampullaszerűen szimmetrikusan, karvastagságnyira tágult. A megbetegedett ileumrész, mely 6 szűkületet és ezek között 5 ampullaszerű tágulatot mutat, 70 cm hosszú. A vékonybél többi része és a colon ép. Bélresectio után síma gyógyulás. A bél tuberculosos kívül a betegeknek egyebütt kimutatható tuberculososuk nem volt.

Zempléni V. Gyula: *Hernia perineo-vaginalis* és terhesség. Az eset a ritkaságok közé tartozik. Az irodalom *Köopl* összeállítása szerint hernia perinealis 26 esetét ismeri. Nyolchónapos előszörterhest mutat be. A gáttáji sérv tünetei körülbelül egy év előtt jelentkeztek. Félév óta észleli a beteget, mialatt a sérv a terhességgel nárhuzamosan állandóan növekedik. A jobb cavum ischiorectale tájékán magzatfejnyi, elődomborodó tumor látható. Az egyik sérvkapu a diaphragma pelvis területében a musc. levator ani és a musc. ischio-coccygeus közti rés helyén tapintható, körülbelül 3–4 ujjnyi. A másik sérvkapu a hüvely jobb oldali falában érezhető, ezen át a sérv behatol a hüvelybe, csaknem kitölti. Pontos diagnosis: hernia perineovaginalis (hedro-elytrokele).

A terhesség hátralévő ideje alatt a sérv növekedése várható. A szülésnél előreláthatólag zavart nem okoz, az előlhaladó magzatrészt a sérvtartalmat a hüvelvből áttolja a cavum ischiorectaleba. Műtétes szülés esetén a hüvelvsérülés lehető elkerülése lesz fontos. Esetleges episiotomia az ellenkező oldalon végezhető.

Flischer Gyula: Alaprajzbemutatók kapcsán az orvosi fakultás megnyílt új központi Röntgen-intézetének szervezését s irányelveit ismerteti. Az orvoskari intézetek és klinikák Röntgen-laboratóriumokkal nem lévén felszerelve, az összes ismérveket a központi intézet látja el. Az intézetnek a jelen technikai haladásnak megfelelő három tökéletes berendezése a nagy beteganyagnak minden irányban való ellátását és tudományos feldolgozását teszi lehetővé. Ez nagy előny az egyéb intézetekkel való együttműködés terén, valamint az is, hogy a betegek további sorsa, a műtéti és kórbonctani ellenőrzés könnyen hozzáférhető, ennek megfelelően a rönt-

genologus képzés klinikai és kórbonctani alapokon vehető keresztül. Az intézet kereteiben szervezett tanszék az orvostanhallgatók oktatására szolgál. Az előadások célja a hallgatókkal a röntgenologia javallatait, teljesítményeit, valamint alkalmazásának módját, nemkülönben korlátait megismertetni a gyakorlat céljaira. Az előadások a Röntgen-vizsgálatok vagy kezelésre utalt betegek ellátása kapcsán főleg gyakorlati irányúak. Ezután az egyesület tagjainak az intézet berendezését mutatja be.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Tapasztalatok silistrennel. *Klimesch.* (Wiener klinische Wochenschrift. 1923. 45. sz.)

Szerző az Ortnér-klinika tuberculosis-anyagán silistren adásával szerzett tapasztalatairól számol be Silistrenből (a kovavas tetraglykol estere) naponta háromszor 25 cseppet adtak cukros vízzel keverve és majdnem összes esetekben a hurutos jelenségek és a sputum mennyiségének csökkenését, egyetlen egy esetben (!) pedig a hőmérséklet alábbszállását is észlelték. Emellett természetesen a tuberculosos gyógykezelésének összes factorait is alkalmazták és ennek szükségességét külön ki is emeli. *Cserna dr.*

Az agyi eredetű elhízás és genitális dystrophia röntgenológiai megítéléséről. *W. Raab.* (Klin. Wochenschrift. 1923. 43. sz.)

Az infundibulumban és tuber cinereum-ban fekvő trophiás egycentrumoknak, illetőleg a hypophysis-hormont ezen centrumokhoz juttató utaknak sérülése, mely cystrophia adiposogenitalis-hoz, vagy annak részjelenségéhez (elhízás, hypogenitalismus) vezet, oly módon jöhet létre, hogy a) a harmadik agy-áramnak valamilyen okból fokozott liquornyomása ezen érzékeny agyrészeket a dorsum sellae szélehez nyomja, különösen ha ez magas és meredek, vagy fellünlően vastok; b) rendes liquornyomás mellett a szokatlanul nagy dorsum sellae alulról gyakorol nyomást az illető agyrészletre.

Szerző véleménye szerint a dorsum sellae alakja ilyen módon diagnosztikai jel gyanánt szolgálhat egyes esetekben az agyi eredetű elhízás és genitális dystrophia felismerésére. Ismereti eljárását, mellyel hullakón a szomszédos agyrészeknek a dorsum sellae-hez való viszonyát vizsgálta. *Erdélyi József dr.*

50, insulinnal kezelt cukorbeteg szerzett tapasztalatok. *Noorden és Isaac.* (Klin. Wochenschrift. 1923. 43. sz.)

Az insulin hatása a glykosuriára és az acidosisra főleg minden eddigi kezelést. A jó insulin-kezelésnek egyik fontos felétele, hogy a beteg anyagcseréjét ismerjük, mert a beteget az insulin mellett diéta is kezelni kell; megfelelő jó étrend mellett kevesebb insulinra lesz szükség. Noordenék szerint nem áll az, amit az amerikaiak állítanak, hogy a beadott insulin mennyisége és az elégetett szénhidrat mennyisége közt arány van; szerintük az insulinra való reactio egyéni, ugyanolyan glycosuria és acetonuria mellett egyik embernek több kell a szerből, másiknak kevesebb. Noorden (az amerikaiakkal ellentétben) a kezelés későbbi folyamán is jónak tartja a szénhidratmentes főzeléknappok beiktatását az étrendbe, mert ezzel insulint takarítanak meg. Leginkább javul e szerre a 15–40 éves betegek súlyos diabeteise; az öregek régi diabeteise már makacsabb, de itt is szép hatást láttak. Bár olyan kis vércukornívót észleltek a kezelés alatt, amelyet eddig nem sikerült elérni, a rendes mennyiségre az insulin sem szállítja le a vér cukortartalmát; ezt csak hosszabb és erősebb adagolással lehetne elérni, mely azonban a hypoglykaemiás tünetek miatt veszélyes eljárás. Az acidosisra bámulatosan jól hat az insulin, az acetone még hamarabb eltűnik a vizeletből, mint a cukor. A szerzők is észleltek könnyebb eseteket, melyekben annyira javult a szénhidrat-tollerancia az insulin-kezelés következtében, hogy a szerre többet nem is volt szükség. *Sarvay dr.*

A tikkadtság oka. *Kestner.* (Klin. Wochenschrift. 1923. 41. szám.)

Ívlámpák környezetéből elszivattyúzott levegő, melyben nitrogenmonoxyd van, az arteriális vérnyomást leszálítja. Más fényforrások, melyek sok ultraviola-sugárat bocsátanak ki, szintén termelnek nitrogenmonoxydot. Tikkadt nyári napokon a vérnyomás legtöbbször kimutathatóan csökken, ugyanezen napokon a szél iránya felülről lefelé halad. Föltehető tehát, hogy a fölülről jövő levegőáram, mely az erősebb ultraviola sugárzásnak kitett légrétegekből származik, nitrogenmonoxydot hoz magával és ez okozza mind a vérnyomáscsökkenést, mind a tikkadtság érzését. A nitrogenmonoxydot a szerző különleges berendezéssel valóban kimutatta ilyen napokon az atmoszférában. A relatív páratartalom megszaporodása, amit a tikkadtság érzésének megmagyarázására eddig felhoztak, a valóságban

ilyen napokon egyáltalában nem existált, hogy pedig a nitrogen-monoxidot ilyenkor a levegőben mindaddig nem mutattak ki, az e gáz indifferens chemiai természetén alapszik.

Kiss József dr.

A gyomor funkciójának új vizsgálata. Glässner és Wittgenstein. (Wiener klin. Wochenschrift 1923, 45. sz.)

Szerzők vizsgálatai Glässner régebbi kutatásaihoz csatlakoznak, melyekben parenteralisan bevitt anyagoknak megjelenését vizsgálta a gyomorváladékban. A gyomor működésének szemléltetéséhez a neutralvörös anilinfestéket használják, melynek 1%-os vizes oldatából 4 cm³-t fecskendeznek be intraglutealisán. Az injectiót éhgyomorral adják, majd egy duodenumsondát vezetnek a gyomorba és figyelik a cseppekben kiürülő gyomorváladékot. Normalis gyomor 12—15 perccel a befecskendezés után kezdi kiválasztani a festékanyagot, fokozott gyomorsavelválasztás esetében már nyolc perccel az injectio után, sőt még hamarabb is megjelenik a festék, hypacid gyomorban csak 25—45 perc után, achylás gyomorban pedig még 1½ óras sondázás után sem mutatható ki a festék. Két, gyomor-resectióra került esetben a műtét előtt injektáltak neutralvörös festéket és a kivágot gyomorban a pylorus körül, 3—4 cm szélességben találják a festenyelt váladékot, amiből a gyomorsavelválasztás helyére következtetnek. Véleményük szerint ez az eljárás gyomorműtéteknél az eltávolítandó nyálkahártyaterület elhatárolására alkalmazható.

Cserna dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A nőgyógyászat körébe tartozó rákok kezelése radioactiv anyagokkal. Döderlein. (Strahlentherapie. 1923, 15. kötet, 6. füzet.)

A müncheni női klinikán 1912-től 1918-ig 962 esetben kezelték a nemzőszervek rákjában szenvedő asszonyokat radiummal és mesothoriummal. 755 collumrák közül a kezelés befejezése után öt évvel él és egészséges 13,2%. Ezzel szemben a műtétek végleges eredménye 20—25% szokott lenni. Tekintetbe kell azonban venni, hogy az összes eseteknek csak kicsiny része operabilis, esetei közül csak 14,58%. Ezeknek a megosztása következő volt: a könnyen operálható esetek közül sugaras kezelésre véglegesen gyógyult 43,6%, a határesetek közül 22%, az inoperabilisak közül 6,7%. Azonban le kell vonni azokat az eseteket, melyekben a beteg csak 1—2-szer jelentkezett kezelésre, tehát ez nem tekinthető befejezettnek; a számként így következőképp változnak meg: az első csoportból gyógyult 73,6%, a másodikból 41,2%, a harmadikból 13,1%. Szerinte a méhtest adenocarcinomái kevésbé jól reagálnak sugaras kezelésre. A recidiváló és hüvelyrákoknál nem tudott eredményt elérni.

Gál dr.

A rák Röntgen-kezelésénél tett tapasztalatok az erlangen-i női klinikán. Wintz. (Strahlentherapie. 1923, 15. kötet, 6. füzet.)

Néhány theoretikus megjegyzés keretében azt igyekszik bizonyítani, hogy a Röntgen-sugarak hatálosabbak a radium-sugaraknál. Néhány év óta a méhrákot tisztán Röntgen-sugarakkal kezelik. Megmaradt régi technikája mellett, mely szerinte mindig beválik; ha nem megfelelő az eredmény, akkor a tumor nem kapta meg a szükséges sugármennyiséget. A daganatok biológiai különbözőségének nem tulajdonít nagy szerepet, azonban a szervezet reakcióképességét fontosnak tartja. A szükséges dosist több a daganat felé irányított mezőből adja, a kezelet egy idő múlva megismétli, ekkor a parametriumokat sugarazza be. 1921 óta a besugárzást kombinálja az ú. n. „Verkuperunggal”, azaz a daganatot a besugárzás előtt electrolytikus úton rézzel impregnálja, ezáltal fokozza a sugarak hatását. 5½ évig észlelt esetei közül 18% él.

Gál dr.

A rák sugaras kezelésének biológiájáról. Opitz. (Strahlentherapie. 1923, 15. kötet, 6. füzet.)

Számos betegnél tapasztalt végleges eredményt, akik pedig kevesebbet kaptak a carcinomadosisnál, viszont a legtöbb betegnél, aki carcinomadosist vagy annál többet kapott, hamarosan beállt a recidiva. Kétséges, vajjon beszélhetünk-e ingerlő hatásról besugárzások után, sem az alacsonyrendű állatokon végzett kísérletek, sem klinikai tapasztalatok nem bizonyítják ennek létezését. A ráksejtek pusztulása nem a sugaraknak direct hatása, hanem a sugarak a szervezetben bizonyos változásokat hoznak létre, melyek a ráksejtek pusztulására vezetnek. A sugarak minden élő sejtre hatnak, de különbözőképpen. Az általános hatás a „Röntgen-katerben” és a vérkép megváltozásában jut kifejezésre. Megváltozik a vér alvadékképesége, vércukortartalma. Vannak tényezők, melyek a szervezetet rakra disponálják. Azt találta, hogy rákos betegnél csak igen ritka esetekben fordul elő vagotonia, úgy látszik a vegetatív idegrendszer fokozott ingerlekenysége egyike azon állapotoknak, melyek akadályozzák a rák fejlődését, a Röntgen-kater igen hasonlít azon tünetcomplexumhoz, mely a vagus ingerlése alkalmával fellep. A radiumbesugárzásánál kisebb testfelületeket érnek a sugarak, itt az

általános hatás is kisebb. Mennyiben hatnak a sugarak a belső-secretiós mirigyekre, milyen chemiai változásokat okoznak, még nincsen teljesen tisztázva. Úgy is fel lehet fogni a sugárhatást, mint a szervezet teherbíróképességének fokozását, tehát mint protoplasma-activálást. Igen fontos a rák gyógyulásánál a környező kötőszövet reactiója, ezért szerző sohasem ad oly nagy sugárdosisokat, melyek a kötőszövetet sérthetnék. Az első kezelésnél legfontosabbnak tartja a radiumbesugárzást, melyet nem túlnagy, nagy mezőkből adott Röntgen-besugárzásokkal támogat. A Röntgen-besugárzások időnként megismétli. Eseteiről statisztikát követ, melynek leglényesebb pontja az, hogy válogatás nélkül besugárzott collumrák közül 1—4 év múlva 50% él, ami jobb, mint a műteti eredmények, mivel az esetek 75%-a már ab ovo inoperabilis volt.

Gál dr.

A rosszindulatú daganatok Röntgen-kezelésénél észlelt rossz eredmények okairól. Sippel és Jaeckel. (Münch. med. Wochenschrift. 1923, 38. füzet.)

Szerzők a berlini Bumm-klinikán az utolsó öt évben tisztán Röntgennel kezelt rosszindulatú daganatokban szenvedő betegek sorsát tanulmányozták és arra az eredményre jutnak, hogy ez a kezelés nem váltotta be azokat a reményeket, melyeket hozzá fűztek. Az öt év előtt kezelt 71 rosszindulatú daganat és 83 recidiva közül csak alig egynehány maradt életben, így pl. 10 operabilis collumrák közül csak egy. Ellenben jók voltak a műtét utáni prophylactikus besugárzások eredményei: a collumrák közül 53,7%, a petefészekrák közül 35% maradt életben. A tiszta Röntgen-besugárzások rossz eredményei elsősorban physikai okokra vezethetők vissza. A dosimetria még ma sem megbízható: a milliampéremérő elektromos feltöltés által az igazi értéktől akár 60%-kal eltérő értéket mutathat; a kilovoltmeter bizonyos körülmények közt túl alacsony feszültséget mutat. Szerzők mérési kimutatták, hogy négyezős besugárzás alkalmával legnagyobb dosisok adagolásánál is a test közepe túlkezeset kap, ezért szükséges, hogy a bőrön át való besugárzást radiumkezeléssel vagy hüvelyen át való besugárzással kombináljuk. Az eredménytelenség fő oka a daganatok biológiájában keresendő. A daganatok sugarak iránti érzékenysége különböző, némelyik egészen refractaer; a szükséges dosis nem számítható ki pontosan, mivel ez a beteg tápláltsági fokától, a daganat nagyságától is függ. Jól reagálnak Röntgen-sugarakra mirigy-sarcomák, emlőrák, sokkal kevésbé reagálnak cervixrák, legrosszabbul a medencecsont sarcomái és a külső genitálék laphámrákja. Jól reagáló daganatoknál sem tudhatjuk soha, mikor jön a recidiva vagy metastasis és elrontja az eredményt. Nagy daganatok alig befolyásolhatók; minél kisebb a daganat, annál jobban reagál, ebből magyarázhatók a prophylactikus besugárzások jó eredményei. Nyolc év alatt 289 collumrákot operáltak 13% mortalitással; a prophylactikus besugárzottak közül öt év után él 53,7%, a nem-besugárzottak közül 35,6%. A prophylactikus besugárzott petefészekrák közül él 35%, ezek közt volt két metastatizált rák is. Ha a metastasisok nem lokalizálódnak a kismendencére, hanem a hasúr magasabb részére is ráterjednek, nem lehet eredményre számítani. Fontos a gyógyulás szempontjából a szervezet ellenállóképessége is. Óreg vagy más betegségek miatt gyengült szervezet nem reagál jól a sugarakra. A rák histológiai szerkezetéből nem lehet sugár-érzékenységek fokára következtetni. Számos tapasztalat alapján a klinika a tiszta Röntgen-kezelésről ismét visszalért a kombinált radium-Röntgen-kezelésre, de ez sem oly jó, mint az operatív eredmények kombinálva prophylactikus besugárzással. 108 operabilis, kombináltan besugárzott eset végleges gyógyulási száma 24%. Ugyanígy 108 operált és prophylactikus besugárzott eset végleges gyógyulási száma 53,7%. Ezért a klinika most ismét operálja az operabilis eseteket. Az operabilitás határán álló eseteknél, vagy kés számára nehezen hozzáférhető daganatoknál ajánlatos a besugárzás, itt egyes esetekben vártlan gyógyulás, vagy legalább is az élet meghosszabbítása érhető el.

Gál dr.

Gyermekorvostan.

Hydranencephaliáról. Hofmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1923, 40. sz.)

A szerző mikrocephalia kapcsán észlelt hydrokephalusról számolt be. A koponya kopogtatása alkalmával nyert magas tympanikus hang a koponya belsejében uralkodó nyomás fokozódására utalt. Az ennek kapcsán végzett lumbalpunkciónál nyert magas érték (370 mm) ezen felvétel helyességét igazolta. A Strasburger-féle transparentia-vizsgálat teljes felvilágosítást adott a folyadékfelgyülemlés fokáról. A szerző ezen esetét egyedülállóan tartja, mert Bókay esetei makrocephal koponyákra vonatkoztak. Ugyanezen vizsgálati módszerek segítségével sikerült hydrokephalus externust is élőben kórismézni.

Steiner Béla dr.

A bajorországi strumaprophylaxis kérdéséhez. Trumpp. (Münch. med. Wochenschrift. 1923, 48. sz.)

Minthogy a bajor járásorvosok egyrésze a strumának a

háború óta való nagyobb elterjedését jelenti, esetleges tömeg-prophylaxist indokoltak tart, mely azonban csak úgy volna hatásos, ha a golyva-esetek nagyrésznél egységes okát sikerülne megállapítani s ennek megfelelően a biztos ellenszert nyújtani. Alapvető tehát annak a kérdésnek biztos eldőltése, hogy a jódehység-hypothesis megállja-e a helyét vagy sem. Ha igen, akkor ajánlja svájci mintára a tömeg-prophylaxist, ha nem, akkor a golyva valódi főokának megállapítása lesz feladatunk. Vas J. dr.

A bajorországi struma kérdéséről. Pfaundler és Wis-koff. (Münch. med. Wochenschrift. 1923. 48. sz.)

A bajor járásorvosokhoz a golyva elterjedése ügyében szétküldött kérdőívek részletes feldolgozásának eredményeként konstatálják, hogy a háború óta a golyvának tömeges elterjedését az egész országban nem igen észlelték. Még ha a pubertaskori pajzsmirigy-megnagyobbodásokat hozzá is számítják a golyvákhoz, számuk akkor sem közelíti meg a svájci struma-számot. Mindazonáltal nem tagadható, hogy vannak strumában gazdag helyek, főleg alacsonyabban fekvő, népes községek ezek. Általában leányoknál gyakoribb a struma, mint fiúknál. Belsősecretióos zavarokat a struma kapcsán ritkán észleltek s akkor is inkább hyperthyreoidismus tünetei voltak. Ezek alapján az egész országra kiterjedő hatóság, schematikus tömeg-prophylaxis nem indokolt s csak az egyes golyvaesetek érdemének különös figyelmet, ahol ha ósági orvosok javaslatára utálnak ki a jódozott sót. Hasonló eladat háramlana az iskolaorvosokra a gyermekek pontos ellenőrzésével. Az állam feladata pedig volna odahatni, hogy a megfelelő jódkészítmények a lehető legolcsóbban beszerezhetők legyenek. Vas J. dr.

Kísérleti vizsgálatok a tbc. lefolyásáról újszülött és kifejlett tengerimalacoknál. Kleinschmidt. (Deutsche med. Wochenschrift. 1923. 42. sz.)

Szerző vizsgálatai főleg arra irányultak, hogy egyrészt ugyanannyi mennyiségű tbc.-bacillus milyen elváltozást idéz elő a különböző korú malacoknál, másrészt, hogy a testsúly-szerinti különböző mennyiségű fertőzés dózis van-e befolyással a tbc. kifejlődésének fokára, gyorsaságára? Kísérletek nem végződtek egyformán, mert dacára egyenlő fertőző adagnak, a lefolyás nem volt egységes, másrészt a súlyszerinti fertőzés dózis különbözőségénél a lefolyás mégis nagyjában ugyanaz volt. Szerző azonban ezt nem tartja alkalmazhatónak (legalább is ilyen formában) a csecsemőre is, mert közismert dolog, hogy csecsemőnél kis fertőzés dózis is a legtöbbször a legsúlyosabb elváltozásokat idézi elő, viszont idősebb gyermekek a nagy fertőzés dózis dacára is (súlyos phthisikusokkal való hosszabb együttléssel) sokszor intactak maradnak az fertőzéssel szemben. Vagyis a gyermekeknek bizonyos egyéni tényező (dispositio?) játszik kétségtelenül szerepet. E körülményt tartja szerző még vizsgálálandónak. Rohrböck Ferenc dr.

THERAPIA

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

Átlátszatlan oldatok intravenás befecskendezésének technikájáról.

Írta: Thurzó Jenő dr. egyetemi tanársegéd.

Valamely gyógykezelési eljárás a gyakorlatban általános elterjedésre csak akkor tehet szert, ha alkalmazásának technikája lehetőleg nem jár nagyobb nehézséggel. Ezért látjuk a gyakorlatban azt, hogy egy-egy újab therapiás eljárás technikájában rendszerint mindig újabb és újabb újításokat és egyszerűsítéseket hoznak be. Ezt látjuk a salvarsan-therapia technikájának fejlődésében is.

Átlátszatlan oldatoknak, pl. az utóbbi években elterjedt alkalmazást nyert silbersalvarsannak, neosilbersalvarsannak, valamint a Linser-féle „kevert-fecskendő“-s (Mischspritze) eljárásnál a szintén átlátszatlan neosalvarsan és higanykészítmény keverékének intravenás befecskendezésénél a fecskendő dugattyújának visszahúzása által nem győződhetünk meg teljes biztonsággal a tűnek az ér lumenében való helyes fekvéséről. Ugyanis a beáramló vérnek a sötét s átlátszatlan oldattal való keverődése nem észlelhető jól. Az ezen gyógy-

¹ Oelze ajánlatára a Mischspritzében a novasurol helyett a *cyarsalt* használhatjuk. Ugyanis a neosalvarsan-oldat ezen készítménnyel keverve átlátszó marad és a fecskendő dugattyújának visszahúzásakor a beáramló vérsugarat nem fedi el átlátszatlan colloid-csapadék.

szerekkel való kezelés mellett tehát kevésbé gyakorlot-tak gyakrabban okozhatnak kellemetlen paravenás infiltrációkat, melyek a kevert-fecskendő eljárásnál sokkal malignusabbak, mint az egyszerű salvarsan-infiltratumok.

A silbersalvarsan és neosilbersalvarsan technikájában számos újítást ajánlottak egyes szerzők már ezen készítmények alkalmazásának első idejében, de általánosan egyik eljárás sem terjedt el.

Az ajánlott eljárások nagyrésznél a tű és fecskendő közé különféle toldalékosöveket alkalmaznak. Ezáltal azonban az egész fecskendő-apparatust nehezebben kezelhetővé teszik. Másrészt az ajánlott egyszerűbb eljárások nem nyújtanak elegendő biztosítékot a paravenás injectiók kikerülésére. Már a 20 cm³-es fecskendő használata a silbersalvarsan-injectióknál bizonyos technikai nehézséget jelent a tapasztalás szerint a 10 cm³-es fecskendő használatával szemben. A neosilbersalvarsan éppen azon tulajdonságánál fogva, hogy könnyebben oldható és ezért könnyebb technika mellett adható, a gyakorlatban inkább nyert elterjedést és ma már a silbersalvarsan-oldatot kiszorította a lues therapiájában.

Egyes egyéneknek az adipositas miatt, vagy igen finom és kicsiny cubitalis vénáik miatt tényleg még a gyakorlot-tak számára is bizonyos nehézséggel jár a salvarsan-injectio, még inkább azonban az átlátszatlan oldatok intravenás befecskendezése. Ezen esetekre nézve ajánlotta W. Koche, hogy igen vékony tűvel a csukló- vagy lábháti vénákba adjuk a neosalvarsan-vagy silbersalvarsan-oldatot.¹

A Linser-féle kevert-fecskendő eljárásnak az általános gyakorlatban való elterjedése miatt újabb ismét gyakrabban felvetődik az átlátszatlan oldatok intravenás befecskendezése technikájának kérdése. Egyszerű eljárást ajánlott L. Lenz a silbersalvarsan-befecskendezés technikájára nézve. Az ezüstsalvarsan 4-5 cm³ desztillált vízben oldja és a fecskendő dugattyújának visszahúzása által az oldatot egész 10 cm³-ig hígítja fel vérel és így az átlátszatlan folyadék volumenének nagyobbodásából győződik meg a tű helyes fekvéséről. Ezen eljárás hátránya az, hogy a silbersalvarsan kismennyiségű aqua destillatában nem jól oldható, másrészt pedig töményebb silbersalvarsan-oldatok befecskendezésénél sokkal gyakrabban fordul elő az angio-neurotikus tünetcsoport fellépése, mint a híg oldatoknál. Ezenkívül gyakran észlelhető az, hogy ha kissé vékonyabb a tű, vagy a fecskendő dugattyúját kissé gyorsabban húzzuk vissza, a tű helyes fekvése mellett sem látható a fecskendőben az átlátszatlan oldat volumenének nagyobbodása.

A Pilcz által ajánlott és sokak által gyakorolt eljárás is több hátránnyal bír. Ezen módszernél a tű beszúrása után annak lumenén figyeljük meg a vér kicsepegését és csak azután tesszük reá a fecskendőt a tűre. Megjegyezzük ezenkívül, hogy mindkét eljárásnál a tűvel és fecskendővel végzett manipulációk utólag könnyen megváltoztathatják a tű hegyének helyes fekvését. Különösen vékonyfalú, finom vénákkal bíró egyéneknek tényleg a befecskendezés műveletekor igen könnyen történhetik a tű hegyének utólagos deviatioja. Ezért ajánlotta újabb Schlesinger és Schoeps, hogy a kar vénáinak gummicsővel való leszorítását a tű beszúrása után ne oldjuk fel, hanem csak a befecskendezés után, mert esetleg ez a manipulatio is a tű hegyének deviatioját okozhatja, s paravenás infiltratumok keletkeznek.

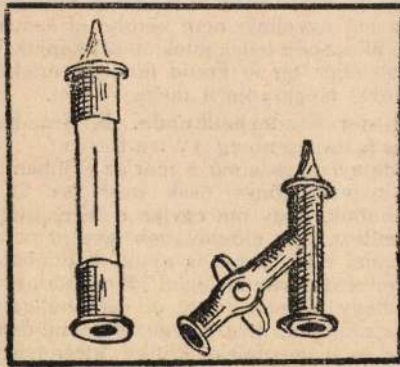
R. Braun által használt illeszték és a külön e célra készült üvegfecskendőnél a két toldalékosó egyrészt bonyolulttá teszi a befecskendezés műveletét, másrészt tetemesen meghosszabbítja a befecskendő-készülékét és ezáltal az erőkar nagyobb fokú megnyújtásával a dolgozó kéz munkáját bizonytalanná teszi. Az L. Dub által közölt eljárásnál pedig a közbülső illeszték capillaris cső és mint ilyen a viscosus és alvadásra hajló vérnél a lument könnyen elzáró coagulomok képződésére vezet-het.

¹ Ha finom, vékony tűvel adjuk az intravenás injectiókat, gyakran tapasztaljuk, hogy először vért szívhatunk a tűn keresztül, azután a tű helyes fekvése mellett is vagy csak légbuborékok jönnek a fecskendőbe, vagy általában a dugattyú mozgása nehezült meg. A vékony tűben t. i. igen könnyen keletkezhetik véralvadék. Ezt elkerülhetjük, ha a tűt előzőleg steril olaj- vagy paraformum liquidummal fecskendezzük keresztül s azután levegővel többször átfúvatjuk.

Heil által leírt eljárás csak improvizációnak tekinthető, a gummitoldalékok miatt a tűnek az ér lumenében való tartását nem biztosítja. Heitz és Engelson eljárásai ugyancsak bonyolult illesztékesöveik miatt nehezítik meg sok tekintetben az injectiók technikáját.

Mindenzen komplikált oldalékesövek emellett még a fecskendőkészüléknek ú. n. „holt-terét” is eléggé megnövelik és így a befecskendezés után számbavehető salvarsan-mennyiség marad még vissza.

A debreceni Benedek-klinikán a Knauer-Enderlen-féle intracarotidális befecskendezések technikájában a mult esztendő óta új eljárást alkalmazunk (lásd: Benedek és Thurzó: Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde 1923, 78. köt., 3-6. füz. 243. oldal). amelynek előnye az, hogy a befecskendezés bármely szakában átlátszatlan oldatnál is a tűnek a carotis lumenében való fekvéséről meggyőződhetünk.



Az ábrán feltüntetett kétféle illeszték alkalmazását átlátszatlan oldatok intravenás befecskendezésénél is használjuk és alkalmazásukat igen előnyösnek tartjuk.

Az egyik illeszték-cső, amelyet a fecskendő és a tű közé iktatunk, egy a fecskendő és tű végéhez és a tűhöz alkalmazkodó fémillesztékrészek között 8 mm hosszúságban látható kis üvegcső, melynek belső volumene $2\frac{1}{2}$ mm átmérőjű. A másik szintén igen alkalmas és könnyen kezelhető illeszték, egy oldalágas kis fémcsőoldalék. Az egész fémcső 9 mm hosszú, egyik végén a tűhöz alkalmas keskenyebb fémrész van, a másik végét pedig a fecskendőre illeszthetjük. A kis oldalág egészben 8 mm hosszú, felül kis fémcsapal, amely az oldalággal párhuzamos állásban nyitott, keresztállásban pedig zárt. A kis csap igen könnyen kezelhető és így elfordítása nem okozza a tű utólagos deviatióját.

Az egész kis fémkészülék azt az előnyt is nyújtja, hogy a fecskendőkészüléket alig hosszabbítja meg (csak néhány mm-rel) és így a beszúrás technikáját nem nehezíti meg s a fecskendő „holt-terét” szinte csak elhanyagolhatóan nagyobbítja; továbbá a fecskendővel együtt könnyen sterilizálható. Ezen fémilleszték alkalmazásakor a beszúrás után a nyitott csapon keresztül a tű helyes fekvése mellett megfigyelhetjük a vér kicsepegését és ezután a kis csapot elfordítva, teljes biztonsággal injiciálhatjuk az ezüstsalvarsan- vagy neosilbersalvarsan-oldatot.

A két kis fémillesztéket a Weszely és Társa Utóda cég (Budapest) készíti.

Irodalom: L. Benedek u. E. von Thurzó: Zur Technik der intracarotidalen Injektionen von undurchsichtigen kolloidalen Lösungen. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. 1923, 78. köt., 3-6. füz., 243. old. — R. Braun: Deutsch. med. Wochenschrift. 1920, 14. sz., 399. old. — L. Dub: Deutsche med. Wochenschrift. 1920, 30. sz., 381. old. — Heil: Münch. med. Wochenschrift. 1919, 54. sz. — F. Heitz: Münch. med. Wochenschrift. 1920, 16. sz. — Heitz u. Engelson: Münch. med. Wochenschr. 1919, 54. sz. — W. Hoffmann: Münch. med. Wochenschr. 1920, 13. sz., 373. old. — L. Lenz: Deutsche med. Wochenschrift. 1919, 52. sz., 1440. old. — E. Pilcz: Deutsche med. Wochenschr. 1920, 24. sz. — F. Schlesinger u. J. Schoeps: Berl. klin. Wochenschrift. 1921, 2. sz. — Steny: Technik der Silbersalv.-Injektionen. Münch. med. Wochenschr. 1919, 48. sz.

HETI KRÓNIKA

Az orvostudományok meggyőző kihatása mind nagyobb téren mutatkozik. Eleinte csak a görög gimnasztika, a spártai edzés, a római és pún katonai testnevelés egészítette ki a lélek nevelését. Mercurialis „De arte gymnastica” című könyvében, 1569-ben, már az orvosi szempontokat is kiemelte, amelyeket Rousseau és Pestalozzi harmonikus munkatervbe foglaltak össze a pedagógiai törekvésekkel. E közös befolyások eredőjeként fejlődött ki a tanintézetekkel kapcsolatos testnevelés és az iskolaorvosi intézmény, amely külföldön sokkal fejlettebb, mint nálunk.

A francia orvosok az idén ősszel Bordeauxban testnevelési kongresszust tartottak, amelynek három szakosztálya volt: az élettani, testnevelési és sportügyi. Érdekesebb eredményei a következők: Boigey kimutatta, hogy az erősebb testi munka folyamán átmenetileg a vörösvérsejtek és lymphocyták, továbbá a baso- és acidophil vérsejtek megszorodnak, a neutralis polynuclearisok pedig megfogynak. Richard óva int a 6-9 éves gyermekeket kifárasztó erősebb testgyakorlattól; elég ha az naponta félórát végez tornajátékot. A 15-18. életév előtt nem szabad sporttraininget kezdeni; a magasabb sport csak felnőtteknek való. Roher és Foucarde-Prunel az új bordeauxi községi testnevelőintézetet ismertette, amely Röntgen- és sportélettani laboratóriummal is be van rendezve és nyitva áll mindenkinek, aki a testnevelés terén tudományos búvárkodásokat akar végezni. Az alpinismus és a hegyi iskolák hatásáról az anaemiás, malariás és neurastheniás személyeknél Fourmant értekezett.

Valamennyien hangoztatták, hogy az iskolaorvosok szerepét a testnevelés terén ki kell terjeszteni; legyen az alsóbb osztályokban mindennap tornaóra, illetőleg szaporítottassanak a játékorák. Tegye a miniszter kötelezővé az iskolákban a zuhanyfürdők használatát; a városok alapítsanak iskolai sporttelepeket; a sportemberek képezzék orvosi tanulmány tárgyát.

A hiányos tápláltság gyakori baj a tanulóknál, még a gazdagkülföldön is. Ezért pl. Angliában már az 1921/22. tanévben 600.000 gyermeket részesítettek iskolai étkeztetésben; utóbb a rendelkezésre álló eszközök hiányossága miatt az étkezettek számát redukálták; New-Yorkban tavaly kezdték az elemi iskolákban a gyermekek ingyenes ellátását. Az elért szép eredményektől buzdítatva, és mert a tanulmányi előmenetel is javult a jobban táplált gyermekeknél, az idén még inkább ki fogják terjeszteni ezt az intézkedést. Ismeretes, hogy átmenetileg nálunk is bevezették az iskolai étkeztést a külföldi missziók; kívánatos volna, hogy újra és állandóan lábra kapjon. New-Yorkban Health-day-eket rendeznek évenként az iskolákban és ezeken népszerű egészségi kérdéseket fejtegetnek a tanulók előtt. New-Orleansban viszont a Charity Hospitalban elhelyezett beteg gyermekek tanulmányáról gondoskodnak oly módon, hogy magánadományokból kórházi iskolát létesítettek.

Sok jót mondanak az erdei és napiskolákról; az idén nyáron Angliában mindenfelé működtek ilyenek. Nagy városokban, ahol nincsenek elég nagy iskolai kertek vagy városi játszótérek, az iskolák tetőzetét alakították át a tanulók solariumává. Ezt tudvalevőleg nálunk is megtették a cukor-utcai új iskolai épületnél — de a tanulókat nem eresztik fel a tetőre, nemhogy rendszeresen használnák azt! A tanítónak (tanárnak) érzékkel kell bírnia az iskola-egészségügy iránt. Nálunk hihetetlen az ósdi vaskalaposág: volt elemi iskola, ahol az órákózzal alatt mozdulatlanul kellett, a padra helyezett kezekkel ülnie a tanulóknak, ahelyett, hogy a folyosón futkosva, kissé felüdülhettek volna. Ha az iskolaorvosi intézmény fejlettebb volna, akkor az orvos meg tudná az ilyen visszaélést akadályozni.

Az iskolaorvosi intézmény Németországban fejlődött a legmagasabbra. Ott, de egyebütt is a Nyugaton a „Jugendamt” még iskolai ápolószemélyzetet is tart; az iskolaorvosnak a gyermekről pontos szem-, tüdő- és fogorvosi adatokat gyűjtenek és statisztikákat vezetnek. A bőrbajok is igen elterjedtek a tanulók között (pedicul, scabies, trichophytia, impetigo, tuberculosis stb.) és ezért külföldön rendszeres évi ellenőrző szemlék vannak bőrgyógyászok vezetésével. Lassar már 1893-ban tanulmányozta a berlini iskolákat dermatológiai szempontból és állítottatott fel iskolai fürdőket. Nékám pedig 1896-ban a budapesti iskolákat vizsgálta.

át és közölte javaslatait az iskolaorvosi szaklapban; volt osztály, ahol a tanulók 95%-a tetves volt.

Reichel az iskolaegészségüggyel kapcsolatban az *alkoholveszedelemre* hívja fel a figyelmet. Szerinte a példa iránt fogékony gyermeki lélekben még a protestáns egyházi szertartásban szereplő bor, a szülői ház példája, továbbá a költőknek a bort magasztaló bordalái is ártalmat okozhatnak; Reichel szerint csak abstinens orvos válhatik jó iskolaorvossá.

Párizs városához Bellan nyújtott be egy javaslatot az iskolaorvosi szervezet megreformálásáról. E szerint az iskolaorvosok egy központi szervezet tagjai lesznek: az iskolaorvosok egy *medecin inspecteur en chef* alá tartoznak, akinek működését két főorvos (medecin-chef adjoint) támogatja. Egy-egy iskolaorvos fizetése átlag 8–10.000 frank lesz. Párizsban az iskolai napfürdőkön, ápolói személyzetten kívül most úgynevezett szakorvosi rendeléseket, dispensaire scolaire-eket is szerveznek.

Még Szovjet-Oroszországban is új és az eddiginél helyesebb alapokra helyezik az iskolaorvosi intézményt: a tervezet szerint az iskolaorvosok mellé a szülőkkel való érintkezés céljából tanácsadókat (a német Elterneratokat mintájára) adnak, iskolai poliklinikákat, orvos-pedagógiai és szünidei telpeket létesítenek nap- és légfürdőkkel stb.

Az orvos szerepe azonban az intellektuális nevelés terén még tovább megy. A gyermekek még kevésbé egyforma szellemi képességűek, mint a felnőttek. Vannak, ha nem is imbecill, de elmaradott vagy egyoldalúan fejlett, viszont vannak az átlagon felül álló, általánosan vagy egyes irányokban különös tehetségű gyermekek is. A mai korban, amikor mindenkinek energiájára szükség lenne, a szellemi képességeket is meg kellene menteni, ami persze még nem jelent phalanster-szerű beavatkozást. A nem normális pszichéjű tanulóknak irányításához orvos-pszichológusra van szükség. Helyes gyógypedagógiai oktatással sok olyan ember, aki egyébként az államnak terhére válnék, kenyérkeresetre, sőt még értékes munkára is alkalmassá lehetne. Az átlagnál tehetségesebbek kiválasztását nálunk az Élet végezte; ez azonban igen kegyetlen censor. Németországban nemcsak a Geistigminderwertig-ek részére vannak már külön, orvosilag irányított iskolák, hanem Berlinben, Hamburgban, Breslauban, Mannheimben, Leipzigben stb. „*Begabtschule*“-k is működnek a kiválóbb tehetségűek számára.

Ha valahol a világon, úgy nálunk fontos, hogy a nevelés egészségi szempontból is mintaszerű legyen: kultúrfölényünket csenevész generációval nem tudjuk fenntartani. Az ifjúság az a kor és az iskola az a hely, ahol azok a betegségek, amelyek később gyógyíthatatlannak válnak (tuberculosis, idegbajok, bőrbajok) még *idejekorán* felismerhetők és talán megelőzhetők. A belső secretio anomáliái, amelyek sok bajnak okai, szintén a serdülő tanulókorban mutatkoznak először.

Az iskolaorvos kiképzésénél arra kellene tehát törekedni, hogy az európai látókörre tehessen szert. Ehhez pedig csak *külföldi tanulmányút révén* juthat. Bőségesen meghozná kamatait az a költség, amelyet az állam a jövő generáció egészségűreinek kiképzésére fordít.

Herczeg Árpád dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Einführung in die physiologisch-klinische Methodik, für Studierende der Medizin. P. Liebesny. (Urban u. Schwarzenberg, 1923.)

A 224 oldalas könyvecske összefoglalóan azokat a physiologiai vizsgálóeljárásokat tárgyalja, melyek a klinikai munkában szükségesek. Tíz fejezete közül a gyakorlóorvos számára értékes az első öt fejezet, amely a vér, vérkeringés, szív, tüdő, emésztés és gyomor, valamint a vizelet vizsgálatával foglalkozik. A VI. fejezet az elektromos eszközöket és vizsgálóeljárásokat rövid klinikai vonatkozásokkal tárgyalja, de a fejezet túlságos tömörsége miatt nehézkes. A VII. fejezet a békán végezhető összes kísérletek összefoglalása; gyakorlati értéke kevés, orvostanhallgatóknak hasznos tudnivalókat gyűjt egybe. Az idegrendszer vizsgálatát a VIII. fejezetben elég jól tárgyalja, míg a IX. és X. fejezet a fül, illetőleg a szem vizsgálati módszereit foglalja össze dicséretes részletességgel. A könyv az orvostanhallgatók számára készült és nekik jó szolgálatot tehet, de mert az orvostudomány minden ágában szokásos vizsgálóeljárásokat egyaránt tárgyalja, annak gyakorlóorvosok is jó hasznát vehetik.

Boros dr.

Lexikon der gesamten Therapie. (W. Marle.) II. kiad. 6. és 7. füzet (Kältebehandlung—Nahrungsmittel) megjelent (Urban és Schwarzenberg, Wien). Ugyanazzal a gondnal és részletességgel tárgyalta e füzetek, mint az előbbieket, melyekről korábbi számunkban már megemlékeztünk.

Sz.
Az emberi elme. II. kötet. Érzelem, ösztön, akarat és egyéniség. Ranschburg Pál dr. (26 ábrával. Budapest, 1923. Pantheon kiadása. 14+270 lap.)

Sokkal gyorsabban, mint ahogy vártuk, megjelent e munka II. kötete s befejezése. Így most már áttekinthetjük egész nagyszerűségében egy magyar elmének mélyreható munkálkodását. Míg az első kötetet már ismertettük, most szerző a második kötetben az érzelmi jelenségeket (érzelmeik, indulatok, hangulatok) tárgyalja elsősorban, azoknak önállóságát, befolyását az értelmi működésre, az indulatok és hangulatok elméleteit stb. különösen figyelve. Majd az alsóbb- és magasabbrendű ösztönök, szokások, akarat és figyelem jelenségeire tér át. Míg végül az egyéniség fejezetében az érzelmi képességek, a typosok, a véralkát és a jellem kapcsolatait keresi a testalkattal s egyúttal a lelki átöröklés kérdését is idecsatolja. Terünk nem engedi, hogy hosszasan ismertessük a rengeteg anyagot, de így is látható, hogy szerző figyelmét nem kerülte el semmi sem s így az elmetan mai állásának teljes áttekintését kapjuk. Csak röviden még, hogy e kötetben tér ki Freud tanának értékelésére, melynek kellő kritikával megszabja a maga értékét.

Reuter C.

Lehrbuch der Kinderheilkunde. B. Benedix. (Nyolcadik kiadás. Urban és Schwarzenberg. (Wien-Berlin).)

A 638 oldalnyi terjedelmű s már az előbbi kiadásokban jól ismert és kedvelt könyv csak nyert az új kiadásában. Nyugodtan állíthatjuk, hogy ma egyike a leghasznosabb műveknek e téren, mindazt, amit előszavában ígér, nemcsak hogy megtartja, hanem annál még többet is nyújt. Különösen a diagnosztikai és therapiái részei vannak igen jól csoportosítva s kitűnően kidolgozva, úgyhogy nemcsak az orvostanhallgató, hanem a gyakorlóorvos is mindent, még a legmodernebb dolgokat is megtalálhatja benne — a megfelelő kritika kíséretében. Előnye a műnek az is, hogy minden fejezet után rövid kis irodalmi összeállítást találunk, mely megkönnyíti az utánaolvasást. Természetesen az összeállítás nem teljes, de a könyv rövidsége nem is engedne meg többet.

A betegségeket az egyes szervek megbetegedései szerint tárgyalja, kissé furcsán hat, hogy pl. a diphtheria nariumot és a laryngitis crouposát a légzőszervek megbetegedései között találjuk, de ez az elv nincs egészen consequensen keresztülve, mert pl. a diphtheria faucium már a fertőző betegségek között s nem a garat megbetegedéseivel lehet fel. Mindezek azonban semmit sem vonnak le a munka értékéből.

A könyvet 93 tanulmányos, világos s jól megválasztott szövegközlő ábra és hét színes tábla díszíti.

A munka kiállítása elsőrendű, nyomása szép, kitűnő papírja a kiadót dicséri.

Bókay Zoltán dr.

Handbuch der Tuberkulose. J. A. Barth, Leipzig. (Herausg. von L. Brauer, G. Schröder, F. Blumenfeld. Harmadik átdolgozott kiadás. 1923. 4. köt., 484 lap. Alapár: 18.)

C. Hegler ír az acut általános miliaris tuberculosisról. Részletesen foglalkozik a baktériumok betörési helyével s a betörés következményeivel. A bacillusok a vérben nem szaporodnak, a vér csak továbbítja azokat, viszont az intima-tuberculomokból ismételtel jutnak bacillusok a vérbe s különböző szervekbe. A betörés helyének nagysága és a metastasisos miliaris gümők száma nem arányos. Az alkat sajátosságában keresi annak okát, hogy a gyermek, az eunuch disponált acut miliaris tuberculosisra. Kiváló körülménynek tekintti a kanyarot, számárköhögést, lymphogranulomatosis, Gümös exsudatum gyors felzívódásakor az előbb comprimált nyirokereket megnyitása folytán ezekben bejuthatnak a tuberculosis-bacillusok és miliaris gümőkór támadhat. A klinikai tünetek közül igen jellemzőnek mondja a relatív lymphopeniát s hangsúlyozza, hogy az érhártyagümő sokszor csak néhány nappal a halál előtt fejlődik ki. A baj kórjelatáról azt mondja, hogy eddig nem ismerünk olyan esetet, melyben az acut általános miliaris tuberculosis meggyógyult volna.

H. Kleinschmidt ír a gyermekkor tuberculosisáról. A gyermek tuberculosis-fertőzését elsősorban a bacillust köhögőkkel való együttlétre vezeti vissza és azt állítja, hogy néhány napos, sőt néhány óráig tartó együttlés is elegendő a fertőzés létrejöttéhez. Sokkal kisebb jelentőséget tulajdonít a contact és a por útján való infectiónak. A typos bovinussal való infectio a tej útján jelentős, bár a gyermekkori tuberculosis okozta halálos egyáltalán nem arányos ugyanazon vidéken a szarvasmarha-tuberculosis elterjedtségével. Tagadja, hogy a gümőkóros családból származó gyermek, ha a beteg családtagok nem voltak egyúttal az infectio forrása, ha azok a gyermekkel nem érintkeztek, inkább veszélyeztetve volna, mint az ép családból származó gyermek; másfelől gümőkóros ascendentitől öröklött védőanyagokban is kételkedik, mert az idült tüdőgümőkór, melyet enyhébb lefolyású gümőkórnak tekintenek, éppen nem gyakori

a gümőkóros családból származó gyermekek, sőt ilyen körülmények közt fordul elő leggyakrabban az acut miliaris tuberculosis.

Az exsudatív diathesis szerinte nem disponál tuberculosisra. Ha a gümőkór exsudatív diathesissel kombinálva jelentkezik (esetleg miután ezt a latens diathesist manifestté tette) olyan tünetcsoport — scrophulosis — támad, mely exsudatív diathesis nélkül nem jöhet létre. Az asthenias constitutio nem a mellkas alakjánál fogva, hanem a kisebb ellenállóképeség folytán, melynek egyik fele a habitus, disponál gümőkóra. Öröklött dispositiónak mondja, hogy családoként más és más szerveket támad meg a gümőkór, hogy a gümőkór valamely család tagjain néha ugyanazon korban, hasonló lefolyással és hasonló alakban fejlődik ki. Részletesen tárgyalja ezután a hörgőmirigy-tuberculosis tüneteit, a tüdőgümőkór különböző alakjait, a többi szervek tuberculosisát, a tuberculin-diagnostikát, a prophylaxist, a gyógyítást. G. Hoppe-Seyler ír az ekkor tuberculosisáról, K. Ziegler pedig a Hodgkin-fele betegségről ad összefoglaló áttekintést. A szövettani viszonyok változása után e betegségnek a tuberculosishoz való viszonyával foglalkozik és arra a következtetésre jut, hogy e granulomának gümős volta nincsen bebizonyítva, hanem hogy az másodlagos gümős fertőzésre disponál és hogy az néha gümős elváltozásokhoz csatlakozik. G. Deyke a leprának vonatkozásaival a tuberculosishoz foglalkozik. M. Klimmer tárgyalja az állatok gümőkórját. H. Gran a belső szervek gümőkórjának, H. Lininger a külső tuberculosisnak véleményezésével foglalkozik. A könyv kiállítása kifogástalan, 60 ábra és két színes tábla díszíti. H. F.

Verletzungen und chirurgische Krankheiten der unteren Extremität. Prof. Erich Sonntag. Diagn. und therap. Irrtümer u. d. Verhütung. 11. füzet. 205 oldal. 25 szöveggözü ábrával. Verlag von Georg Thieme Leipzig 1923.

A klasszikusan megírt Albert-féle diagnostikán kívül a de Quervain- és a Cemach-féle diagnostika mondhatnánk feleslegessé teszi újabb sebészi diagnostikák kiadását. Az előttünk fekvő munka érdeme az, hogy nemcsak a diagnostikai, hanem a therapiai tévedések elkerülését is célozza. Ezt el is éri azért, hogy szerzője gondos részletességgel sorolja fel mindazt, amire az alsó végtag sebészi megbetegedéseinek ügvelnünk kell. A gyulladások, sérülések (törések) és deganatok tárgyalása közben kimerítően ismerteti a leggyakrabban előforduló kórformákat: coxitis, veszülötletet csípőficam, combnyaktörés, ischias gonitis, varicositas, ulcus cruris, különböző lábdeformitások s. b. A therapiás részben az általa kipróbált eljárásokon kívül az újabb irodalomban megjelent ajánlatokat is felhossa. A törések kezelésében az extensió eljárás híve. Különös figyelmet érdemelnek a könyv azon részei, melyek a csak újabban ismert és sok tévedésre alkalmat adó Perthes-féle, Schlatter-féle és Röhler-féle csontmegbetegedésekre vonatkoznak. A könyvet, mely szép kiállításban, 25 jó, főleg Röntgen-ábrával jelent meg, úgy a gyakorlóorvos, mint a sebész sok haszonnal forgathatja.

Novák Miklós dr.

Gyógyítás Röntgen-, radium- és ibolyántúli sugarakkal. Írta: Kelen Béla dr.

A „Népszerű természettudományi könyvtár” ezen negyedik kötetében oly tudós ismerteti a nevezett sugarak hatásmódját, akinél hivatottabbat nem találhatnánk hazánkban; éppoly jó szakphysikusa a radiológiának, mint szakorvosa s ez bebizonyosodik könyvében is. A könyv nagyobbik fele a Röntgen-sugarak physikai tulajdonságaival és az e sugarakkal való gyógyítással foglalkozik, kisebbik fele a radioactiv anyagok (radium, thorium, actinium) és a napfénynek, valamint a mesterségesen előállított ibolyántúli sugarak physikájával s azok gyógyalkalmazásával. Az orvos a phototherapie javallatait tanulhatja meg belőle, de főleg a tárgyról való physikai ismereteit egészítheti ki oly mértékben, amelyben illik, hogy minden orvos értsen a tárgyhoz. Ha laikus olvassa a könyvet, úgy physikailag sokat fog belőle tanulni, orvosilag többet, mint kívánatos. A közönséget orvosilag ennyire felvilágosítani (e kritika nem a könyv írójának, hanem a kiadó vállalatnak szól) nem célszerű, mert hypochondereket és kontárkodókat nevelünk ezáltal. A radioactiv anyagokkal való gyógykezelés sejezetében a direct sugárhatalás mellett kissé röviden tárgyalta a szerző a radium-emanatio belgyógyászati alkalmazását és nem tárgyalja, hogy az emanatio alkalmazása kárt is okozhat, főleg vérzést. Sajnálatos, hogy a gyönyörűen megírt és egyébként csinosan kiállított könyv, bizonyára az általános nehéz viszonyok folytán, kissé túlegyszerű ábrákkal van illusztrálva.

Benczur dr.

VEGYES HÍREK

Előfizetőinkhez és Olvasóinkhoz!

Bücsüzönkat kezdjük és jövődönket szeretnénk vele megalapozni. Egy küzdelmes éven át tartottuk az Orvosi Hetilap zászlóját oly körülmények között, amelyekben sok ilyen derék kultúrzászló hanyatlott le. Nem a mi érdemünk, hanem azoké, akikhez szólnak, akikben bízni mertünk s akik nem hagytak el, akárhogy marcangoltak is bennünket a minden kulturális életet elfojtató anyagiak. Hanem törhetetlenül vállalták abból a maguk terhet. Mi csak egyre ügyeltünk. Arra, hogy ebből az áldozatkész küzdelemből a magyar orvosi kultúra kerüljön ki sértetlenül és diadalmasan; hogy az a hatalmas és értékes productio, ami az itthoni és külföldi laboratoriumokban és kórtermekben termelt, idején eljusson a gyógyítás munkájában fáradó, szakmája haladására büszke, annak gyümölcseire áhító orvos-társainkhoz s így közkinccsé legyen. Törekvésünket elismerés és ennek nyomában hű támogatás kísérte. Bizton remélhetjük tehát, hogy amíg mi céljainkhoz hívek maradunk, zászlónk árboca törhetetlen és magas lesz, mert hű és erős kezek fogják azt tartani.

Bízó reménnyel szólnak tehát e legsúlyosabb év végén s az immár állandóbb gazdasági viszonyokkal kecsegtető új évfolyam kezdete előtt előfizetőinkhez és olvasóinkhoz (kikből, azt hisszük, rövidesen új támogatóink lesznek), hogy minél előbb újítsák meg előfizetéseiket Hetilapunkra és társfolyóira. Ez azért fontos nekünk, hogy idején tájékozódást szerezhessünk az egész jövő esztendő gazdasági lehetőségei felől, különösen a példányszámra nézve, mert bizony ma főlős példányokat később belépő előfizetők reményében nyomtatni nem lehet.

Bár Hetilapunkat a negyedik negyedben negyedívvél megnöveltük, az előfizetési díjat nem emeljük s — hogy megszüntessük annak folytonos változtatását — a jövő év elejétől kezdődőleg aranykoronában állapítjuk meg s minden héten meg fogjuk adni lapunk homlokzatán a szorzót, mellyel az előfizetési díjat meg kell szorozni.

Az 1924-ik évre beküldendő előfizetési díjak a következők: 1. Orvosi Hetilap egész évre 10 K. 2. Orvosképzés félévre 2 K. Magyar Orvosi Archivum félévre 1'25 K. (Szorzó: 6500.)

Mivel a külföldi előfizetéseket az elmúlt évben nem emeltük, de valutáris eltolódások miatt is a külföldi előfizetéseket a következőképp kellett rendeznünk: 1. Orvosi Hetilap egy évre Csehszlovákiában 120 cseh korona; Jugoszláviában 300 dinár; Európa más országaiban 20 svájci frank (esetleg magyar koronában); tengerentúli országokban és Ázsiában 4 dollár. 2. Orvosképzés egész évre 40 cseh korona, 100 dinár, 70 svájci frank, illetőleg 1 1/2 dollár. 3. Magyar Orvosi Archivum egész évre 30 cseh korona, 75 dinár, 5 svájci frank, illetőleg 1 dollár. Félvagy negyedévre megfelelő törtrészek küldendők be.

Vámosy Zoltán.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 22-i rendes közgyűlésének programja: 1. Elnöki megnyitó: Bókay János: Az ó-év mérlege és óhajok az új évre. 2. Főtítkári jelentés. 3. Pénztárosi jelentés. A közgyűlés után tartandó tudományos ülés programja: 1. Irsay István: Klinikai cardiodynamikus vizsgálatok. 2. Fekete Sándor: Az újszülöttek lázas állapotáról.

Az orvostanhallgatók létszáma egyetemeken. Az egyetemeken novemberi kimutatása szerint Csonkagyarországban ebben a félévben 4742 orvostanhallgató volt beiratkozva: Budapest 2765, Pécs (részben Budapesten) 1039, Szeged 551 és Debrecen 397. A numerus clausus tetemesen lepassztolta azt a fölösleget, melyet az új határok között élő ország már nem bírt volna el.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint dec. 9-től dec. 15-ig előfordult hasihagymáz 13 (1), kanyaró 6 (0), vörheny 39 (1), szamárhurut 8 (0), ronszó torok- és gége 9 (0), influenza 2 (2), bárányhimlő 43 (0), járványos fültőmirigylob 5 (0), vérhas 13 (3), lépene 1 (0). Járványos gygyercagyhártyalob, trachoma, küteges hagymáz, hólyagos himlő, gyermekágiy láz, ázsiai kolera, veszettség, takonykór nem fordult elő. A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvés, hízás, nap- és légkürák. Pneumothorax.

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

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

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

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

RÖNTGEN-ODELGA

PÁLYÁZATOK.

A Szeremle községben megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása a községi orvosok részére megállapított fizetés (IX. fiz. osztály) és a vármegeyi szabályrendeletben megállapított látogatási díjak. Felhívom a pályázókat, hogy előírt képesítésüket, eddigi működésüket és a kommunizmus alatti magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket 1924. évi január 20-ig hivatalomhoz adják be. A választás megtartása iránt később fogok intézkedni.

Kalocsa, 1923. évi december 12.
6418/1923. kig. sz. Dr. Markó főszolgabíró

Röntgen Reiniger - Gebbert - Schall-gyártmány, egyenáram, 120 Voltos, teljesen jó karban, felszereléssel együtt **eladó.** Megtekinthető u. 3-tól 1/26-ig Dr. Schmidt, VIII, Rökk Szilárd-u. 17. II. 1. sz.

A tudományos világ által elfogadott
legjobb
fertőtlenítő szer a

SALAN

Salan-Művek Vegyészeti Gyár R.-T.
Budapest-Ujpest

ORVOS ÚR!

A napokban megküldöttük Önnek részletes, alapos szakszerűséggel megírt ismertető levelünket gyártmányunkról:

A SZENT ISTVÁN MALÁTAKIVONATRÓL.

Reméljük, hogy ezt figyelmesen átolvasta és készítményünket, mint a legjobb és legolcsóbb tápszert, betegeinek rendelni fogja.

KÖZÖSSÉGI POLGÁRI SERFŐZŐ ÉS SZENT ISTVÁN TAPSZERMŰVEK RT.

A jászkarajenői „MIRA” gyógyforrástelep ásványvizei:

„MIRA” természetes keserűvíz.

Narancsszínű címke. Indicatiók: Accidental obstitatio, heveny bélhurut, mérgezések, a belek kitisztítása, műtétek, vizsgálatok, szülés előtt, vérelvonás a belek felé, szoptató nők elválasztása stb.

„MIRA” glaubersós gyógyvíz.

Zöldszínű címke. Indicatiók: Chronikus székrekedés, idült gyomorhurut, vastagbélhurut, dysenteria, epekő, sárgaság, májbajok, plethora abdominis és következményei, aranyér, diabetes, kövéréség stb.

„BABY” gyermekhashajtó ásványvíz.

Lilaszínű címke. Indicatiók: Gyermek székszorulása, heveny gyomorbélhurutja, ismeretlen eredésű lázas megbetegedése stb.

Aggok, leromlottak hashajtóvize.

Részletes ismertetésekkel, felvilágosítással szolgál: „MIRA” gyógy- és keserűvízforrás rt. Budapest V, Hold-u. 1. Telefo: 147-33
Vezérképviselő: PÁTRIA rt. Budapest IX, Mester-utca 53. Telefon: József 6-34. — Főraktár: EDESKUTY L. c. s., V, Erzsébet-tér 8. Telefon: 16-32.

JECATIN (Szab. bej.)

CSUK MÁJOLAJ-GYERMEK-ÁPCSOKOLÁDÉ

Tartalmaz 30 százalék vegyítiszta esukamájolajat a legfinomabb cacaovajjal és cacaovajjal készítve. Gyermeknek nagy előszeretettel szedik bonbon helyett. A legelső orvosprofessorok által kipróbálva.

Rendelés: Rp. 1 doboz (250 g) Jecatin tápcsokoládé, 6-8 drb. naponta.
Kapható minden gyógyszerárban!

ATUBERCULIN „PEROS” ADI-
GOLÁSÁDRAKÉLŐDYEIT NYÚJTJA
MINDEN MELLEKHATÁS
NÉLKÜL.

a Tuberoidei
D. MOELLER BERLINI EGYETEMI TANÁR SZERINT
KÉSZITI:
SCHWEIZER APOTHEKE BERLIN
MAGYARORSZÁGI FŐRAKTÁR:
BALLA SÁNDOR és TÁRSA
GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA BUDAPEST, VII, WESSELÉNYI U. 69.

Pyrenol
EXPECTORANS SEDATIVUM
ANTIRHEUMATICUM
ANTIFEBRILE
SZIVBETEGEKNEK IS MINDEN AGGODALOM
NELKUL HETEKEN AT ADHATO TELJES
THERAPEUTIKUS ADAGOKBAN.
napi adagja 1-5 gramm, gyermekeknek megfelelően kevesebb.
GOEDELCKE & CO. CHEMISCHE FABRIK, LEIPZIG-BERLIN
MAGYARORSZÁGI FŐRAKTÁR:
BALLA SÁNDOR és TÁRSA
GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA BUDAPEST, VII, WESSELÉNYI U. 69.

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 KÖZLEMÉNYEK:

Berde Károly: A vörösvértetek sülyedési sebessége bőr- és nemibetegéknél. (675—679. oldal.)

Iff. Somogyi Zoltán: A tabeszes látóidegsorvadás kezelésével elért eredményekről. (679—680. oldal.)

Kubányi Endre: Bőrtransplantációs kísérletek isoagglutinációs alapon. (680—682. oldal.)

Hensch Valéria és Kramár Jenő: A vizelet phosphat- és diastasetartalmának értékelese a csecsemőkori rachitis diagnózisánál. (682—683. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1923 december 22-én tartott 88. rendes közgyűlése. (683—684. oldal.)

A Magyar Röntgen-Társulat első tudományos ülése 1923 november 12-én. (684—685. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Bőr- és nemihórtan. — Gyermekeorvostan. — Urologia. (685—687. oldal.)

Therapia. Dóczy Gedeon: Adatok az acne vulgaris therapiájához. (687—688. oldal.)

Heti krónika (688—689. oldal.)

Vegyes hírek. (689—690. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A szegedi m. kir. Ferenc József tudományegyetem bőr- és nemibeteg-klinikájának közleménye (igazgató Poór Ferenc dr. egyet. ny. r. tanár).

A vörösvértetek sülyedési sebessége bőr- és nemibetegségeknel.

Írta: Berde Károly dr. klinikai tanársegéd.

A sülyedési reactio (S. R.) a dermato-venereológusok figyelmét sem kerülte el. Az irodalomban különösen a *lues*t illetőleg már néhány, nagyobb beteganyagon végzett vizsgálatnak általában egymást fedő eredményeit találhatjuk meg (Nathan és Herold, Popper és Wagner, Schönfeld, Mayr, Baetzold, Pewny, György, Kersting), a gonorrhoeára vonatkozóan Mayr, Pewny, Mierzecki tanulmányai ölelnek fel nagyobb beteganyagot, míg bőrbetegségeket illetőleg aránytalanul kevesebb észleletről számol be Mayr, Pewny és Kersting, s e három szerző észleletei sem mindenben fedik egymást.

Magam rendszeres vizsgálat tárgyává óhajtván tenni a bőr- és nemibetegek vértestsülyedési viszonyait, 766 egyénen 1100 ilyen vizsgálatot ejtettem meg. A vizsgáltak közül 46 egészséges kontroll-egyén, 371 bőr- és 349 nemi beteg volt, illetőleg az utóbbi számba foglaltak közül néhányan urológiai megbetegedésben szenvedtek. A vizsgálatokat Haselhorst pipettás methodikája szerint végeztem, szem előtt tartva úgy e nevezett szerző és Kovács Kálmán, valamint Horvát, Kok, Gragert által a *Linzenmeyer*-féle methodust illetőleg felállított cautelákat, amennyire ez utóbbiak a Haselhorst-féle módszerre alkalmazhatók. Az eredményt egy ízben, egy óra múltán olvastam le.

A 46 egészséges egyénen végzett vizsgálatnál megállapítottam, hogy az általam alkalmazott módszernél a physiologiás sülyedés határául egy órai idő alatt a 15 mm tekintendő. Életkorok szerint az 5-ik életévtől a 63-ikig egészségesek vértestsülyedésén törvényszerű különbségeket nem találtam, ellenben nemek szerint igen, amennyiben 25 egészséges nő átlagos sülyedési értéke 9 mm-nek, 21 egészséges férfié átlag 4 mm-nek bizonyult. A menstruatio befolyását öt esetben figyeltem meg s az mindenikben növelte a sülyedési értékeket: kettőben a physiologiás határ fölé, három gravida, mindenik a terhesség második szakából, fokozott sülyedési értékeket adott.

A physiologiás vértestsülyedés e jelenségeit illetőleg az összes szerzők tapasztalatai, bármely methodus-

sal dolgoztak is, megegyezők lévén az általam tapasztaltakkal, Haselhorst módszerét ilyen vizsgálatok végzésére alkalmasnak, de egyszerűsége és kényelmessége miatt is igen megfelelőnek találtam.

A beteg egyéneken megejtett vizsgálatokkal a célom a következő kérdésekre való felelet keresése volt: *Van-e különbség az egészséges és a bőr-, valamint nemibeteg egyének vértestsülyedése között?*

Mutat-e a sülyedési reactio bőr- és nemibetegéknél valamelyes szabályszerűséget, s mely klinikai jelenségekkel vagy pathologiai tényekkel áll párhuzamban?

Felhasználható-e a sülyedési reactio diagnostikai vagy prognostikai segédeszközül?

A 371 bőrbetegen megejtett vizsgálatok 58 különböző bőrbetegségre vonatkoznak, s e betegségek osztályozásában főnököm, Poór professor úr aetiologiás rendszerét tekintettem irányadónak.

A complex oki tényezőktől előidézett gyuladásos bőrbetegségek csoportjából az *erythema exsud. multifforme* 3, az *erythema nodosum* 3, és *menstrualis exanthema* 1 esetében a sülyedés mértéke a normalis határt messze túlhaladta. A sülyedés foka arányban állott úgy a bőr gyuladásos jelenségeivel, mint a vizsgált beteg szervezetének általánosan befolyásolt voltával. A legalacsonyabb értékeket (átlag 52 mm-es sülyedést) az *erythema exsud. multif.* esetei adták, ezeket meghaladta az *erythema nodosum* átlag 61 mm-es sülyedése, míg extrem fokot ért el a sülyedés azon betegünknel, kinek menstruációi alkalmával 41 fokig emelkedő lázak kíséretében arát erysipelasszerű elváltozás torzítja el. Intoxicatiós eredetű *erythema* négy más, láztalan, felületes és kevés gyuladásos jelenséggel járó esetében a sülyedési viszonyok normalisak voltak. *Dermatitis exfoliativa generalisata* két esete közül az egyik láztalan, jó erőbeli állapotban levő egyén, ki — bár köztakarója csaknem teljes kiterjedésében beteg volt — normalis sülyedési értékeket mutatott s pár hét alatt gyógyult. Társa, kinek *lues latens* és manifest tüdő-tbc. is fennállott, extrem magas értékeket adott s néhány hónap múlva meghalt. Négy heveny, kiterjedt *urticariás* betegünk mindenike emelkedett értékeket mutatott, átlag 30 mm-es sülyedéssel, ezzel szemben három chronikus, alig néhány és csak nehezen kiváltható urticával bíró betegünknel a sülyedési viszonyok egyöntetűen normalisak voltak. *Ekzémás* beteget 55-öt vizsgáltam meg. Heveny folyamatok mellett valamivel gyakrabban találtam emelkedettnek az értékeket, mint chronikusoknál, előbbieknél t. i. 60, utóbbiaknál 49 százalékban. Az átlagos sülyedési érték azonban mind-

két csoportnál azonos módon 26 mm volt. A legmagasabb értékeket adták a nedvező, pörkös és impetiginosus alakok, valamint a nagykiterjedésű folyamatok. Exsudatív diathesisel bíró gyermekek ekzémái mellett mindig gyorsult sülyedést találtam. Szemben az ekzémával, *dermatitis artificialis*-nál tíz eset közül csupán kettőnél találtam emelkedett értékeket s ezeket sem merném tisztán dermatitisük rovására írni. Egyiküknél chronikus nephrosis állott fenn, emellett dermatitise is az egész has bőrére kiterjedő hólyagos-vérzéses folyamat volt, a másik előzőleg tályogmegnyitás műtétén esett át s a frissen behámosodott műtési heg környékén a bőr kiterjedt jodoformdermatitis képét mutatta. Négy psoriasisos, normalis sülyedési viszonyokat mutató egyénnél *cignolin-oldattal* és kenőccsel therapiás célból nagy bőrterületeken idéztem elő erős hámlással járó dermatitist, mely aztán növelte is 3—4 mm-rel a sülyedési értékeket, de a normalis fölé ezek akkor sem emelkedtek. Pusztán egy ötödik esetben, hol a gyulladást heves exsudatio és hólyagképződés kísérte, fokozódott a sülyedés 24 mm-re. A gyógyszeres kiütések közül négy salvarsandermatitis 100%-ban emelkedett értékeket adott. Közülük kettőnek sülyedési értékét a specifikus kúra bevezetése előtt normalisnak találtam, mivel azonban az illetők salvarsandermatitisük fellépte előtt higany-, illetve bismuthinjecciónban is részesültek, s e therapiás beavatkozások tapasztalataim szerint gyakran növelik a sülyedés sebességét, ezen esetekből valamelyes, a salvarsandermatitisre vonatkozó általános értékű következtetést levonni nem tartom célszerűnek.

A physikai hatások alatt keletkező bőrbántalmak közül három *másodfokú égési* esetet vizsgáltam meg. Egyiküknél tyúktojásnyi égési hólyag mellett normalis, két jelentősen nagyobb terjedelmű esetben fokozott sülyedési értékeket találtam. Szénsavhóval mesterséges *fagyasztásokat* végezve therapiás célokból a bőrön, öt eset közül csak azon egyetlennél fokozódott a sülyedés a normalis határ fölé, kinél a fagyasztást 38 fokig emelkedő lázas reactio követte. *Kvarclámpával* (Höhensonne) mesterségesen előidézett, nagykiterjedésű, de kevésbé intensív *erythema* négy eseténél a vértestsülyedés sebességén a besugárzás következtében változást nem észleltem. Ellenben 20 mm-rel növekedett az egy hasonló, de igen intensív gyulladással, hólyagképződéssel járó esetben, valamint egy a tarkóra, vállakra, lapockatájékra és felkarokra kiterjedő súlyos *erythema solare* esetében is.

A fajlagos fertőzések következtében keletkezett bőrbántalmak közül 41 exogen pyoderma esetét vizsgáltam meg. Hét *impetigo Fox* esetünk mindenike emelkedett értékeket mutatott. *Folliculitis simplex* 10 esetében azonban csak 20%-ban haladta meg a sülyedés a normalis határt s ezen eseteknél nem annyira a folyamat kiterjedt volta, mint inkább a gyulladással járó tünetek élénksége volt szembetűnő. A lényegében azonos *sykosis coccogenes* öt esete normalis értékeket adott, *folliculitis decalvans* egy esete szintén. Minél kiterjedtebbé, mélyebbé és intenzívebbé válik azonban a szőrtüszőből kiinduló genyes gyulladás, annál gyakrabban és annál nagyobb mértékben befolyásolják általa a vértestek sülyedése. Így 12 *furunculosis*-esetből 11 ad emelkedett értékeket, átlag 35 mm-es sülyedéssel, 5 *carbunculus*-esetnek pedig mindenike, átlag 48 mm-es sülyedéssel. Endogen eredetű pyodermának, *septikaemia bullosa*-nak egy letalisan végződő, magas lázakkal kísért esete extrem magas értéket, 115 mm-es sülyedést mutatott.

Ami a vértestsülyedés sebességének fokozódását a gümös bőrbetegségeknél illeti, első helyen a *tbc. cutis propria* áll. Három eset mindenike igen magas értékeket adott, bár ismerve e betegségnek másodlagos voltát, a fokozott sülyedés nem a bőrfolyamatnak tulajdonítandó. Mindjárt utána az *erythema induratum Bazin* következik, mindkét esete jelentősen magas értékekkel. *Scrophuloderma* öt esete közül csupán egy mutatott normalis sülyedést, babnyi terjedelmű, felületes fekély,

mely boralatti képletekkel nem függött össze. *Lupus vulgaris* 21 esete 33%-ban normalis, 67%-ban kórosan emelkedett értékeket mutatott. A fokozott sülyedést fel-tüntető paciensek között akadtak erőteljes, jól táplált egyének, kiknél a bőr gümös folyamata nagy területeket még nem borított el, ezeknél azonban a száj- és az orrüreg nyálkahártyájának lupusos affectióit, a fekélyes szétesés előtérben állását, mutilatiót, a gyors recidívára való hajlandóságot, vagy, mint extrem sülyedési értéket mutató esetünkénél, a folyamat nagy kiterjedése mellett annak rapid terjedésre való tendenciáját figyelhetjük meg. *Tbc. verrucosa cutis* egyik esete normalis, a másik, hol lymphomák is voltak jelen, extrem magas értéket adott. 18 *lupus erythematodes* 50%-ban normalis, 50%-ban kórosan fokozott értékeket mutatott. A sülyedési sebesség fokozódása és a folyamat terjedelme között párhuzamot nem találtam, a két legnagyobb terjedelmet mutató eset pl. egyenesen alacsony értékeket adott, szemben azon jóval kisebb terjedelmű esetekkel, hol a klinikai kép szerint a gyulladás élénksége állott előtérben, mint az *erythema, oedema* s a folyamat relative gyors progrediálása. E betegség általános sülyedési értékei normalis és kóros sülyedés mellett is jóval alatta maradnak más gümös bőrbetegségek értékeinek. Míg másoknál az átlagos érték mindeniküknél magasabb az 50 mm-nél, addig ez az *erythematodes*-nél 27 mm-t tett ki.

A dermatomykosisok közül *pityriasis versicolor* 7, *erythrasma* 5, *favus* 7, *trichophytiasis superficialis* 15 esete 100%-ban normalis sülyedési értékeket adott. Egyedül a *trichophytiasis profundanál* találtam négy eset közül egyben emelkedett értéket, egy idősebb férfi nagykiterjedésű, makacs folyamatánál.

Az állati szervezetektől előidézett folyamatok közül a *pediculososis* 9, *poloskacsipések* 3, *scabies* 7 esetében 100%-ban normalis volt a sülyedés. Másodlagos pyoderma ezek közül egyik esetben sem állott fenn, ellenben jelen volt egyik *pediculososis*-esetünkénél az egész köztakaró lichenificatiója és melanodermája, jeleül a bőr hosszú idő óta fennálló izgatott voltának. Fejtetveséghez csatlakozó kiterjedt dermatitis és pyoderma két esetében azonban mérsékelten fokozott értékeket találtam.

Az ismeretlen mikroorganizmusoktól előidézett fertőzések közül a *pityriasis rosea* 3, *molluscum contagiosum* 3, és *condyloma acuminatum* 7 esetében 100%-ban normalis volt a sülyedés.

A fajlagos, de ismeretlen fertőzésekkel keletkező granulomák közül pusztán egy *Kaposi-féle sarkoid* esetét volt alkalmam megvizsgálni, mely dacára kiterjedt voltának, normalis értéket mutatott. Belső szervek részéről metastasisok jelei nem állottak fenn.

Az ismeretlen oki tényezőktől előidézett, részben fajlagos természetű gyulladások közül *lichenplanus* két esetében normalis értékeket találtam. *Psoriasis vulgaris* 12 esete 50%-ban normalis, 50%-ban emelkedett értékeket adott. Ez a bőrbetegség az, hol a vértestsülyedés foka és a klinikai jelenségek qualitativ vagy quantitativ viszonyai között semmiféle összefüggést találnom nem sikerült. Csaknem az egész köztakaróra kiterjedő, makacs folyamatok éppúgy alacsony értékeket adtak, mint pl. csak a könyökön vagy térden székelő, therapiára prompt reagáló esetek, viszont más esetekben ugyanilyen végletek extrem magas értékeket adtak.

A pemphigus-csoportból két dermatitis herpetiformis esetét vizsgáltam. Egyikük fél év óta fennálló, gyakori és számos, néha vérzéses hólyagokkal, máskor Quincke-oedemákkal járó, rohamszerű eruptiói mellett 82 mm-es sülyedést, míg a másik hat év óta hosszú időközökben jelentkező, enyhe, néhány kisebb savós hólyagot mutató esetében normalis sülyedési viszonyokat találtam. *Herpes simplex* 3 esete normalis, zoster egyik esete, egyetlen, de typikus hólyagcsoporttal, szintén normalis, míg egy kiterjedt, több csoporttal bíró esetben emelkedett értéket mutatott.

A világrahozott festékes és *érnaevusok* 5, valamint a *keratosis pilaris* 3 különösen kifejezett esetében a sülyedés normalis volt.

A bőr primaer elfajulásai közül a nem terhességi *chloasma* 2 esetében gyorsult sülyedést találtam, *vitiligo* 5 esetében normalisat. Nagyobb kiterjedésű *ulcus cruris* 2 esetében a sülyedés lényegesen gyorsult volt, ugyanígy a művileg előidézett *börnekrosisosok* mellett is. E nekrosisosok pyrogallus-savas kenőccsel lupus-betegeken therapiás célból idéztem elő, s ezek közül négy esetben végeztem sülyedési próbát. Férfityényri, sőt nagyobb lupusos bőrterületeket felmaratva, a nekrosis beállta s az elhalt szövetcafatok demarkálódása idején a vértestsülyedés az előző mérésnél találtakhoz képest 12–46 mm-rel mutatott többet, lépést tartva a felmaratott terület nagyságával s a procedurát követő általános reactiókkal.

Az érzési kör zavarai közül *pruritus universalis* három esete egyaránt emelkedett értékeket mutatott, de mindháromnál gyaníthatólag belső okai voltak a viszketésnek. Egyiküknél tabes dorsalis, másiknál albuminuria, a harmadiknál ikterus gravis állott fenn. *Prurigo Hebrae* két esetét vizsgáltam meg. Egyike enyhén kifejezett bőrtünetekkel és mérsékelt duzzadt nyirokmirigyekkel normalis értéket mutatott s rövidesen gyógyult. A másik, nedvező, crustosus ekzemával súlyosbbitott, nehezen gyógyuló alak, emelkedett értéket adott. *Prurigo circumscripta* (Lichen simpl. chron. Widal) 7 esete a chronikus ekzemához közel azonos módon 57%-ban normalis, 43%-ban gyorsult sülyedést mutatott. A klinikai kép minősége vagy terjedelme és a vértestsülyedés foka között különösebb összefüggést nem találtam. Ami a bőr függelékeinek az elváltozásait illeti, a seborrhoeás betegségek közül 12 *seborrhoea oleosa és sicca, acne cum comedonibus* esetét vizsgáltam meg, mindenike normalis sülyedési viszonyokat mutatott. Ugyanilyenek a viszonyok a *dermatitis seborrhoicánál*, melynek hat esete közül csak azon egyetlen adott 46 mm-es sülyedést, melynél a beteg fejébőrön másodlagosan diónyi abscessusok keletkeztek. Hasonlóképen normalis volt a sülyedés *rosacea* négy eseténél. *Dyshydrosis* nyole esete mindaddig, míg a kiütés hólyagjainak fedele fel nem foszlott, nem ekzematisálódott vagy be nem fertőződött, normalis értékeket adott. Nagyobb kiterjedésű, ekzematisált vagy impetiginosussá vált alakjai mérsékelt a normalis fölé emelkedett értékeket adtak.

A szőrzet betegségei közül *alopecia areata* és *trichorrhexis nodosa* összesen öt esete normalis értékeket adott.

Jóindulatú álképleteket szándékosan nem vizsgáltam, pusztán a *xanthomára* voltam figyelemmel, lévén ennek bizonyos nexusa a vérplasma cholesterin-tartalmával. Három egyennél végzett vizsgálat normalis vértestsülyedési viszonyokat mutatott. A rosszindulatú álképletek közül egy inoperabilis *clitorisrák* extrem magas értéket adott, egy kezdődő, babnyi, kimutatható mirigybeszűródéssel még nem bíró *alsóajakrák* extrem alacsonyat. *Ulcus rodens* négy esete közül kettő normalis, kettő fokozott sülyedést mutatott, anélkül, hogy ez utóbbiak akár terjedelemben, akár terjedésük gyorsasága vagy metastasisképzés által az előbbiekhöz képest valamelyes különbséget tüntettek volna fel.

Nemibetegét és az urogenitalis rendszer alsóbb szakaszainak néhány betegségében szenvedő egyént 349-et vizsgáltam meg.

15, complicatio nélküli *lágycékély* esetében 88%-ban találtam a sülyedési viszonyokat normalisnak. Mérsékelt gyorsult volt a sülyedés két nagyobb terjedelmű és a therapiával hosszan dacoló fekély mellett, melyek közül az egyik serpiginosus tendenciával bírt. 7, *bubóval* komplikált eset sülyedése 100%-ban gyorsult volt. E gyorsulás nem az illető mirigy beszűremkedésének kezdetén, hanem csak annak genyes beolvadása alkalmával állott be. A geny kiürülése és a bubo gyógyulása után a sülyedési értékek a normalisra szállottak alá. Az összehasonlítólá megfigyelt *idiopathikus*

bubók négy eseténél ugyanezen jelenségeket észleltem, de átlagosan magasabb értékekkel. Míg a lágycékély kapcsán keletkezett bubók mellett a sülyedés átlagos értéke 31 mm volt, idiopathikus bubóknál ez 54 mm-ig emelkedett.

Férfiak *heveny, elülső húgycsökankójának* 30 esete 100%-ban normalis értékeket adott. Még lymphangoitissal és el nem genyedő lymphadenitissal, meg periurethralis infiltratummal komplikált esetei sem haladtak meg az egészségesek sülyedési értékeit. Urethritis gonorrhoeica totalis 21 esetéből is 71% normalis értékeket mutatott s csak 29%-ban jelentkezett igen kiskokú gyorsulás. Ugyancsak normalis értékeket adott három enyhe, láztalan gonorrhoeás cystitis. Ellenkezőt tapasztaltunk azonban, ha a kankó egyéb complicatiói felléptek. Így epididymitis 12 esete és heveny prostatitis 6 esete 100%-ban mutatott gyorsult sülyedést, néha igen magas értékekkel, valamint ugyanilyent mutatott két kankós izületgyulladás esete is. Míg a totalis húgycsökankó emelkedett értékeket feltűntető eseteinél az átlagos sülyedési érték csak 21 mm volt, addig prostatitisnél 37, epididymitisnél 41 mm.

A gonorrhoeás esetekkel párhuzamosan néhány nem gonorrhoeás urológiai eset vértestsülyedését is megvizsgáltam. *Sexualis neurasthenia* hat, *urethritis catarrhalis* szintén hat esetében, valamint fiatal egyének megnagyobbodott *prostatája* és annak *atonidája* mellett négy esetben normalis értékeket találtam, míg nem gonorrhoeás cystitisek közül hat a normalis értékek között is feltűnően kiskokú sülyedést mutatott, ezzel szemben három súlyos cystitis, melyek közül kettő néhány héttel később letalisan végződött, extrem magas értékeket adott. Egy nem gonorrhoeás, torpid, sondázás kapcsán keletkezett epididymitis-eset láztalan állapot mellett normalis sülyedést mutatott.

A női *urethritis gonorrhoeica* 10 esete 100%-ban járt normalis sülyedéssel. Tisztán az *endometriumra* szorító kankós fertőzés 10 esetében 30%-ban gyorsult, 70%-ban normalis volt a sülyedés. *Urethritis és endometritis gonorrhoeica* együttes esetei közül 33-at vizsgáltam meg s ezeknek 33%-a normalis értékeket mutatott, 67%-a fokozottat. Klinice gyógyultan vizsgálva kilenc esetet, hétnél normalis értékeket, kettőnél emelkedett, de az előző vizsgálat eredményéhez képest 27, illetve 11 mm-rel alacsonyabbértéket találtam. *Adnexitis gonorrhoeica* 12 esetének mindenike emelkedett értékeket mutatott a felvételkor (átlagosan 70 mm), a gyógykezelés folyamán ezen értékek többé-kevésbé alábbszálltak, és pedig átlagosan 31 mm-re, de normalis értéket a klinice gyógyultan való elboesátás alkalmával csak 25%-nál találtunk, míg 75%-nál az értékek még emelkedettek voltak, bár a felvételi értékeknél jóval alacsonyabbak. A sülyedés mérve arányos volt a klinikai tünetek súlyosságával, a lázzal, az érzékenységgel, a tumorral és a hasfal defensussával.

Ami végül a *luest* illeti, *primaer sclerosis* 20 esetéből kilenc normalis értékeket adott, közülök ötnél a WR. még negativ, négyenél már positiv volt. Gyorsult sülyedést mutatott 11 sclerosis-eset, köztük kettőnél a WR. negativ, kilencnél positiv. Ahol a scleradenitis inguinalis már klinice kimutatható, ott a sülyedés még negativ WR. mellett is gyorsult. *Secundaer lues* multiplex efflorescentiái mellett 32 eset 100%-ban emelkedett értékeket adott, átlagosan 60 mm-es sülyedéssel. Legmagasabbak az értékek a friss, első exanthemánál, melyek néha a 100 mm-t is meghaladják. A későbbi s a köztakarón vagy nyálkahártyákon kisebb számban jelentkező secundaer tünetek mellett az értékek már alacsonyabbak, de még a csak egyes testtájakra, mint pl. a külső nemiszervekre, az anus környékére vagy a torokképletekre lokalizált hypertrophizált papulák vagy plaque-ok csoportja mellett is túlhaladja a sülyedés a physiologiás határt. Csupán egyetlen secundaer stadiumban levő egyén mutatott normalis sülyedési viszonyokat, fiatal nő, kinek bal kisajkán egyetlen, lencsényi, hámmal fedett, száraz papulája volt. *Tertiaer lues* 15

esetéből öt normalis sülyedési viszonyokat mutatott. Ezek közül egy periostitis luetica, négy pedig kisterjedelmű, gummás bőrfolyamat volt. 10 nagyobb terjedelmű, gummás bőrfolyamat fokozott értékeket adott, átlagosan 51 mm-es sülyedéssel. A sülyedési értékek szemmel láthatóan lépést tartottak a gummás folyamat terjedelmével s a fellágyulás és szétesés fokával. *Lues latens* 65 esetéből 48 normalis értékeket adott, míg 17 esetben a sülyedés gyorsult volt, átlag 27 mm-rel. A secundaer stadiumbeli és a késői lappangási időszakban levő *latens lueses* paciensek sülyedési viszonyai között szabályszerű különbséget nem találtam. A *metasyphilitis* betegségek közül 16 tabes dorsalis esete fele részben gyorsult, felerészben normalis sülyedést mutatott. *Lues hereditaria tarda* 10 esete 100%-ban normalis értékeket adott. Mind a tíz esetnek positiv WR. mellett keratitis parenchymatosája volt, a Hutchinson-féle trias valamely másik vagy mindkét másik tagjával társulva. Emellett esetenként szájkörüli rhagadok nyomai vagy bizonyosfokú nyeregorr volt jelen. Szövetszéteses vagy gyulladáshozó tünet a corneán kívül nem volt található.

Ugy a bőr-, valamint a nemibetegségek eseteiben a gyógyulás közeledtével vagy rövidebb-hosszabb idővel utána az előzőleg kórosan gyorsult sülyedés újból a normalis határok közé szorult vissza. Egyedül a *lues*-nél találtam ezen általános szabály alól feltűnően sok kivételt, s bár ez irányú vizsgálataim még nincsenek lezárva, az a feltevésem látszik valószínűnek, hogy az antilueses kúra folyamán a szervezetbe juttatott higany és bismuth toxikus hatásuk révén tartják fenn a vértetek mérsékelten gyorsult sülyedését néhány hétig még a kúra befejezése után.

Ha e felsorolt észleletek alapján a bőr- és nemi betegségeknek a vörösvértetek sülyedési viszonyaiban megnyilvánuló szabályszerűségeket keressük, úgy első sorban leszögezhetjük, hogy kevés oly kóralakot találunk, melynek egyik-másik vagy mindenik esete ne mutatna az egészséges emberének teljesen megfelelő sülyedési viszonyokat. Pusztán a köztakarónak valamely körülmény folytán való alterált volta nem elégséges ahhoz, hogy a vértetek sülyedési sebességén változás jöjjön létre. Ennek előidézéséhez különös tényezőknek kell jelenlenniük. A vértestsülyedés gyorsulása a vérplasma fehérjearányának eltolódásán alapulván, csak olyan esetekben várhatjuk a sülyedés meggyorsulását, ahol a bőr betegsége és a szervezet általános chemismus között bizonyos szorosabb viszony áll fenn. Észleleteim valóban azt mutatják, hogy minél szorosabb a viszony a bőrelváltozás és az organismus összessége között, annál gyakrabban és annál nagyobb mértékben válik gyorsabbá a vértetek sülyedése. Így 100%-ban gyorsultnak találjuk azt olyan bőrelváltozásoknál, melyek lényegükben csak symptomák, a köztakarón lokalizálódó jelenségei más szervek, pl. az endokrin mirigyek, az anyagforgalom stb. betegségeinek, vagy az egész szervezet intoxikált voltának. Így az erythema multiforme és nodosum, acut urticaria e causa interna, chloasma, pruritus e causa interna stb. eseteiben, vagy azon bőrbetegségeknek, melyek tudvalevőleg más szervek hasonló aetiologiájú megbetegedését kísérik, mint a tbc. cutis propria, erythema induratum Bazin. A bőrtüneteket illetőleg teljesen azonos dermatitis artificialis csak 20%-ban mutat gyorsulást, szemben a heveny ekzémával, mely 60%-ban növeli a sülyedési értékeket, de ahol az általános szervezetnek bizonyos diathesise, sőt Pulay szerint a vérplasmának jelentős chemiai elváltozásai vannak jelen. Ezzel szemben, mint láttuk, 100%-ban mutatják a normalis vértestsülyedés jelenségét azok a bőrbetegségek, melyek az általános szervezet állapotát nem befolyásolják vagy annak kóros állapotával nem függenek szükségképen össze, mint pl. a felületen gombás megbetegedések, az epizoonok és dermatozoonok által előidézett bőrelváltozások, feltéve, ha másodlagosan nem társult hozzájuk infectio. Ugyanígy viselkednek a világrahozott fejlődési rendellenességek s a bőr függelékeinek nem gyulladáshozó elváltozásai is.

Minél élénkebbé válik azonban a kontaktus a köztakaró saját megbetegedése és az organismus között, annál nagyobb mértékben és annál gyakrabban válik gyorsabbá a vértetek sülyedése. Észleleteim szerint úgy a bőr-, mint a nemi betegségeknek első sorban a heveny gyulladás s a bakteriummérgek és a szétesési termékek felszívódása képezik azon feltételeket, melyek mellett a vértetek sülyedése gyorsulást szenved. Ahol ezen feltételek mindenike hiányzik, ott a sülyedés mértéke a normalist meg nem haladja, viszont kísérletileg előidézve e feltételek bármelyikét — akár a bakteriummentes gyulladást, előidézve ultraibolya sugarakkal vagy cignolinak a bőrre ecsetelésével, akár bakteriummérgek bejuttatását tuberculin- vagy gonococcusvaccina befeccskendésével, akár a szövetszétesést előidézve bőrnecrosis létrehozásával pyrogallussavas maratás útján —, a vértetek sülyedése előzőleg normalis értékeiből kórosan emelkedett értékekbe csap át, ha a kvantitatív feltételek is adva vannak. Mert e három kvantitatív feltétel sem képes a vértestsülyedést fokozni, ha a köztakarónak csekély területén vagy csak csekély intenzitással történik. Egy bizonyos terjedelmet és intenzitást kell elérniük, hogy hatásuk érvényesüljön. A gyulladás intenzitásában levő különbség adja részben okát annak, hogy az acut urticaria és acut ekzema sülyedése meghaladja a chronikusét, az ekzémaké a torpid dermatitis seborrhoicáét, a kvarclámpával előidézett súlyos dermatitisé az enyhe erythemáét stb. A nagyobb mérvű szövetszétesés és felszívódás s a bántalmazott terület kiterjedtebb volta okozza azt, hogy pl. folliculitis simplexnél csak 25, furunculosisnál már 90, míg carbunculusnál 100%-ban gyorsul a sülyedés, hogy míg trichophytiasis superficialis normalis értékeket ad, a profundánál az a normalis fölé emelkedhetik, hogy a secundaer *lues* friss, általános exanthemája extrem magas értékeket ad a solitaer papula normalis sülyedése mellett, hasonlóképen a bubó, az epididymitis, az adnexitis az egyszerű lágyfekély, illetve a nyálkahártyára szorító kankós gyulladás normalis sülyedési értékei mellett.

Ezek után felmerül a kérdés: felhasználható-e, hol és milyen mértékben a sülyedési reactio a bőr- és nemi betegségek klinikumában? A sülyedési értékek fokozódása, mint láttuk, nem specifikus jelenség s inkább a beteg bőr és az organismus között fennálló kóros chemiai kontaktus mértékének, valamely bőrbetegség kvantitatív intenzitásának kifejezője, semmint valamely betegség specifikus és kizárólagos tünete. Nincs olyan heveny gyulladással vagy szövetszéteséssel járó bőr- vagy nemibetegség, mely kisebb intenzitás és terjedele mellett ne adhatna normalis, fokozott intenzitás és nagyobb terjedele mellett emelkedett értékeket. Ez a körülmény a diagnostikában igen szűk és igen bizonytalan tere szorítja ezidő szerint a sülyedési reactiót. Még kisebb tere szorítja a reactio diagnostikai értékét a dermatovenereologiában egyrészt azon körülmény, hogy kétes esetekben a sülyedési reactionál megbízhatóbb klinikai vagy specifikus laboratoriumi diagnostikai eszközök állanak rendelkezésünkre, másrészt hogy az organismus más szerveiben székelő számos egyéb megbetegedés is növelvén a sülyedési értékeket, adott esetben vagy mindezen betegségek fennforgását ki kell zárni, vagy csupán a kóros sülyedés hiányát, azaz a negativ sülyedési reactiót értékesíthetjük. Mindezen korlátozó körülmények szem előtt tartásával, kellő óvatossággal értékelve a reactiót, annak negativ megnyilvánulása általános pruritus és acut urticaria esetén a bántalom exogen eredete mellett, kiterjedt foltos exanthema esetén *lueses* eredet ellen szól. Kétes külső condylomák mellett condyloma acuminatumra utal. Súlyos tünetekkel járó heveny hátsó húgyvesék kankós esetén még megnagyobbodott prostata mellett is valószínűtlenné teszi a prostatitis fennforgását, epididymitis esetén pedig annak kankós eredete ellen szól. Ezzel szemben a positiv sülyedési reactio az általános szervezet állapotát nem befolyásoló bőrbetegségek, gombás folyamatok, nem gyulladáshozó megbetegedések

stb. kapcsán egyéb betegségek fennforgására tereli a gyanút.

A sülyedési reakciónak e bizonytalan diagnosztikai értéke mellett nagyobb értéket tulajdoníthatunk a prognostikában. Ismerve azon tényt, hogy úgy a bőr-, mint a nemibetegségeknek a vértetsülyedés foka az egész szervezet alterátságának kitejezoje, segítségével a betegségnek a szervezet szempontjából való jelentőségére következtethetünk. Prognostikai tekintetben úgy a positiv, mint a negativ reactio értékesíthető, positiv reactio esetén azonban itt is megállapítandó, hogy vajjon a sülyedés gyorsulását valóban a szóbanforgó, vagy valamely más betegség okozza-e? Különösebb hasznát láthatjuk a reakciónak azon komolyabb prognosissal járó bőrbetegségeknek, melyeknél a klinikai tünetek nem adnak kielégítő támpontot a szervezet alterált voltának foka s a beteg jövődő sorsa felől. Így a gümös bőrbetegségeknek magunk is azt tapasztaltuk, hogy a normalis sülyedést mutató betegünk gümös bőrfolyamatai egyrészt lassabban progrediálnak, therapiás beavatkozásainkra kedvezőbben reagálnak, ritkábban és kisebb mértékben reidiválnak, mint a fokozot sülyedési mutatók. Universalis erythroderma exfoliativummal bíró betegünk normalis sülyedési értékeket mutatott s rövidesen felgyógyult. A lőrből kiinduló rosszindulatú daganatok és sarkoidok mellett a normalis sülyedési értékek a betegség relativ jobbindulata mellett szólnak s ugyanezt mondhatjuk a gyulladással vagy szövetszéteséssel járó összes bőrbetegségekről. Ami a noi gonorrhoea kismencedebeli complicatióit illeti, tapasztalataink azon a határon belül, ameddig a venereologus munkaköre terjed, teljesen fedik a gynaekologusok részéről számos oldalról megállapított tényeket. Úgy a noi-, mint a férfi-adnexumok és a hólyag kankós gyulladásainál a klinikai tünetek mellett igen előnyösen használható fel a sülyedési reactio egyrészt azon időpont megállapítására, hogy mikor szabad megkezdenünk a helyi műszeres kezelést, másrészt, hogy mikor tekinthetjük gyógyultnak a gyulladást folyamatot. További megfigyelést érdemel, mert a gyakorlat számára esetleg jelentős eredménnyel járhat, a gyorsult sülyedést mutató lappangó luesesek sorsának alakulása, továbbá a salvandersomatitis, és, mint legújában *Klopstock* felveti, a lueses ikerus sülyedési viszonyainak tisztázása.

A fentieket összefoglalva leszögezhetjük, hogy a vörösvértetek gyorsult sülyedése a bőr- és nemi betegségeknek a szervezet általános befolyásolt voltának jele, s mint ilyen, elsősorban a heveny gyulladások, bakteriumtoxinok és szétesési termékek felszívódásának eseteiben jelentkezik. Amennyiben e feltételek bizonyos kiterjedésbeli vagy intenzitásbeli fokot elérnek, bármely bőr- vagy nemi betegség kapcsán a vörösvértetek sülyedési sebességének fokozódását eredményezhetik. A jelenség nem specifikus, de bizonyos kóralakokra állandóan jellemző. A sülyedési reactio diagnosztikai célokra csak igen szűk körben és igen óvatosan használható fel, nagyobb jelentősége nyílik a prognostikában. Néhány gyakorlati kérdést illetőleg további vizsgálatok után a bőr- és nemibetegségeknek is újabb eredményeket várhatunk tőle.

Irodalom. *Fahreus*: The suspensionstability of the blood. Acta med. scandinav. 55. köt. 1-2. füz. — *Linzenmeyer*: Kritisches Sammelreferat. D. m. W. 1922, 30. sz. — *Haselhorst*: Praktische Brauchbarkeit der Senkungsprobe. D. m. W. 1922, 33. sz. — *Mayr*: Die Sedimentierungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen. Archiv f. Derm. u. Syph. 134. köt. — *Schönfeld*: Untersuchungen über Sedimentierungsgeschwindigkeit. Arch. f. Derm. u. Syph. 136. köt. — *Pewny*: Über die Blutkörperchen-senkungsgeschwindigkeit. Derm. W. 1922, 23. sz. — *Pewny*: Die Blutkörperchen-senkungsprobe in der Urologie. W. kl. W. 1922, 30. sz. — *Molnár*: A vörösvértetek sülyedési gyorsasága. O. H. 1923, 4. sz. — *Haller Ö.*: A vértetek sülyedési ideje. O. H. 1923, 22. sz. — *Kovács K.*: A vértetek sülyedési reakciójának értéke. O. H. 1923, 27. sz. — *Sachs u. Öttingen*: Zur Biologie des Blutplasmas. M. m. W. 1921, 12. sz. — *Popper und*

Wagner: Über die Sedimentierungsgeschwindigkeit des Luetikerblutes. Med. Klin. 1920, 36. sz. — *Kok*: Zur praktischen Ausführung der Blutsenkungsprobe. M. m. W. 1923, 9. sz. — *Vida*: Über die Verwendung der Blutkörperchen-senkungsgeschwindigkeit in der Gynäk. M. m. W. 1923, 9. sz. — *Horvát*: Bemerkungen zur Methodik der Blutsenkungsprobe. M. m. W. 1922, 50. sz. — *György*: Über die Senkungsgeschwindigkeit der r. Blutkörperchen im Säuglingsalter. M. m. W. 1922, 26. sz. — *Gragert*: Fehlerquellen bei der Bestimmung der Erythricytensenkungsgeschwindigkeit. M. m. W. 1923, 24. sz. — *Kersting*: Über die Senkungsgeschw. der r. Blutkörperchen mit bes. Berücksichtigung der Haut- und Geschlechtskrankh. Derm. Zeitschr. 39. köt., 1-2. füz. — *Póór*: Dermatologia, 1922. — *Pulay*: Stoffwechsel und Haut. 1923. — *Bätzold*: Senkungsgeschw. bei Lues congenita. M. m. W. 1922, 23. sz. — *Gerlóczy*: A vérszéklet ülepedési sebességét szabályozó tényezőkről. M. O. Arch. 1923, 3. füzet. — *Klopstock*: Zur differenzialdiagn. Abgrenzung des Ikerus spl. vom Ikerus syph. Med. Klin. 1923, 33. sz.

A budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem I. számú szemklinikájának közleménye (igazgató: Grósz Emil dr. egyet. ny. r. tanár).

A tabeses látóidegsorvadás kezelésével elért eredményekről.

Írta: *Ilf. Somogyi Zoltán dr. egyetemi tanársegéd.*

A tabeses látóidegsorvadás kezelése egyik legszomorúbb s legháládatlanabb fejezete a szemészeti therapiának. Sajnos, ilyen esetben elért eredményünk legfeljebb arra szorítkozik, hogy a megindult sorvadási folyamatot rövidebb-hosszabb ideig késleltesse.

A venerologusok legújabb megállapodása szerint a positiv syphilitis gyógykezelésének oda kell irányulnia, hogy újból positiv Wassermann-reactio ne fejlődjék ki, mert csak így érhető el, hogy a spirochaeták nagy tömege mind elpusztuljon s egy spirochaetafészék se maradjon meg lappangva. Ilyen irányból kiindulva, nagyon indokoltnak tartanak egy érlyes antilueses kezelést, mely higany, salvarsan és jó kombinációjából álljon. Ha azonban az érlyes higanykezelés mellett a betegek testileg leromlanak, akkor a higanykezeléstől el kell tekinteni s helyette a higany-arsenes kezelésre kell áttérni; ha ezt sem bírja a beteg, akkor csupán jódekezeléssel kell megelégedni.

A (tabeses) látóidegsorvadás a tabesnek — az esetek egy részénél — korai symptomája lehet, mely a praetaxiás stadiumban szokott előfordulni. Későbbi előfordulása ritkább. A kezdődő bántalomnak korai felismerése rendkívül fontos. Az orvost figyelmeztetik: a betegek látáspanaszai, adaptációs zavarái; a látóidegfőn éles szélel bíró decoloratio s a tárgyi és színes látóterekben beszűkülések, defectusok stb.

A tabeses látóidegsorvadás kezelésére vonatkozólag neves ophthalmologusok igen eltérő véleménnyel vannak.

Greeff szerint, aki 1922. év végén a jeni szemészgyűlésen egy 6 éven át stabilizált, biztosan megállapított tabeses atrophias esetét mutatta be, a látóidegsorvadás — legalább is korai stadiumában — activ-progressiv syphilitikus processusnak fogható fel. Ilyen esetben nem szabad tétlenül nézni a folyamatot, hanem bevezetendő az energikus antilueses kezelés. Szerinte a salvarsan semmiképp sem káros a látóidegre, még ha az megbetegedett sem. Nehéz dolog azt állítani, hogy a higanykezeléstől rosszabbodhatik az állapot, még ha a higanykezelés mellett a látás élessége csökken is olykor, mert ha a betegséget magára hagyjuk, a látás minden esetben úgyis romlik. Az természetes, hogy a kezelési eredmények nem fényesek; éppoly természetes, hogy javulást sem tapasztalhatunk atrophianál, hiszen az egyszer szétesett idegrostok többé nem egyesülhetnek. A bántalomnak biztosan megállapított syphilitikus természete minden esetben felbátorítja őt arra, hogy energikus, combinált antilueses kezelést kezdjen. A salvarsan adagolásában 0.45 g-ig megy.

Hippel szerint a látóidegsorvadásnál fellépő luetikus gyulladási jelenségek még nem bizonyítottak s az energikus kezelésnek jogossága sem eldöntött dolog.

Wagenmann nem látott kombinált antilueses kezeléstől egyetlen esetben sem rosszabbodást; sőt nyugalmi állapotot s a látás megmaradását is észlelte. Szerinte a látóidegsorvadás első stadiumában a higany- és salvarsan-kezelés a syphilitre való tekintettel is végzendő. Hangsúlyozza, hogy a látóidegsorvadás folyamata s a látás hanyatlása igen különböző lehet. Olykor gyors lefolyású a sorvadás a bevezetett higanykúra mellett s azt a benyomást keltheti, hogy a higany okozta. Ilyen gyors látáshanyatlást azonban higanykezelés nélküli esetekben is észlelt. Ajánlja a higany- és salvarsankezelés előtt a jódot.

Loevenstein a salvarsan intravenás adagolását enyhe intralumbalis levegőbefúvással köti össze, hogy elősegítse a salvarsannak a liquorba jutását.

Bartels szerint a tabes esetek különbözőek, a spirochaeta-törzsek szerint s az individuum szerint. Ez magyarázza a különbözőségeit a kezelési eredményeknek, még a klinikailag azonos esetekben is. Amíg a tabes változatait nem tudjuk előre felismerni, minden esetet kezelni kell, hogy köztük a gyógyíthatókat is megtaláljuk.

Uthoff a progressiv látóidegsorvadást ascendáló, degeneratív processusnak tartja. Szerinte gyógyulás vagy tartós javulás a folyamatban nem észlelhető; úgy a higany-, mint a salvarsankezelést elveti.

Hessberg nem találta a salvarsankezelést tabes látóidegsorvadásnál károsnak, hanem az elégtelen kezelést tartja ártalmasnak, mely mintegy izgató dosisként szerepel. Okvetlenül szükségesnek tartja az energikus salvarsankezelést.

Lauber szerint a higany és salvarsan hatását lényegesen támogatja a mesterségesen előidézett láz.

Krückmann szerint szemtükrileg s a functio szempontjából nem különböztethető meg a tabes látóidegsorvadás a paralytikustól. Éppen a paralysis vagy a tabes symptomáinak hiánya ösztönzi őt arra, hogy energikus antilueses kezelést kezdjen. Ha ellenben az opticus-atrophia előrehaladt s a paralysisnek vagy luetikus gyulladásnak a központi idegrendszerben támpontja, tünete nincsen s csak a tabes genuin atrophia esete foroghat fenn, csupán jódkészítmények adagolására szorítkozik. Az előbb említett esetben adott higany- és salvarsan-kezelésnél gyakran látott gyors rosszabbodást s sohasem észlelt megállapodást vagy javulást. Az izgató therapiát ily esetben teljesen elveti, mert az csak a lappangó gócek reaktiválását eredményezheti.

Az I. számú szemészeti klinikán az utolsó két év alatt 30 tabes atrophia lefolyását volt alkalmam észlelni. Az előfordult esetek nagy számából azokat vettük kezelés és észlelés alá, hol a folyamat még nem haladt nagyobb mértékben előre. A betegeket esetenként 2 évtől 3 hónapig terjedő ideig észlelhettem. Eseteink túlnyomó többségénél — a betegek bementése szerint — 1–2 évtizeddel lueses infectio járt elől. Egy esetben jelentkezett csupán az első decenniumban az atrophia nervi optici mint a tabes korai tünete. Minden esetben a pupillaris reflex, szemfenéki lelet megállapítása, a tárgyi és színes látóterek felvétele után vérvizsgálat végeztetett. A vérvizsgálat Wassermann-, Sachs-Georgi- s Meinicke-reactiókkal történt. Minden esetben történt alapos belvizsgálat is; egyrészt a szemészeti diagnózis megerősítésére, másrészt hogy megtudjuk, hogy nem forog-e fenn a beteg szervezete részéről a kombinált erélyes antiluetikus kúra helyességét megdöntő contraindicatio. Csak a vérvizsgálat pozitivitása esetében s a belvizsgálat figyelembevételével kezdtünk kombinált antiluetikus kúrát, mely mellett egy betegem állapota sem romlott rohamosan. (Az antiluetikus kezelést legnagyobb részben a budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikáján végezték.)

Az antiluetikus kezelés higany-salicyl olajos sus-

pensiós oldatának a testsúlynak megfelelő dosisából (átlagosan 5–6 centigrammból) — mely ötnaponként intragiutealisan injiciátatott — s hetenként egyszer neosalvarsan vizes oldatának intravenás infusiójából állott. Az antilueses kúra turnusosan, intermittáló módon történt. Egy kurában 12 higanyinjecióval 40–80 centigramm higany jutott a szervezetbe s 6 neosalvarsan-injectioval 2.5–3.0 g neosalvarsan, melyből 0.60 g-nál nagyobb dosist a betegek egyszerre nem kaptak, két betegem kapott a higany- és salvarsan-kezelés mellett — ezek hatásának elősegítésére — phlogetan-injectiokat parenteralisan. Káros vagy előnyös hatását egyik esetben sem észlelhettem. Három betegem, financiai okból, csupán higanyinjeciókat kapott; ezeknél a teljes amaurosis gyorsan beállt. Az olyan esetekben, hol a vérvizsgálat ismételtén is negatívnak bizonyult, csupán jódkáliumot alkalmaztunk. A betegek az antilueses kúra alatt havonként ellenőriztetek látás- és látótérvizsgálatokkal, hosszabb időközökben újabb belvizsgálattal is. Kezelésünk eredményére felvilágosítást nyújt a következő kivonatos statisztika:

Az észlelt 30 esetből 23 esetben (76%-ban) volt a vérvizsgálat *positiv*. A belvizsgálat eredménye 22 esetben tabes dorsalis incipiens volt (73%). A látás gyorsan hanyatlott, a teljes amaurosis kifejlődött 4 esetben (13.3%). A folyamat tovább lassan progrediált 16 esetben (53.3%). Stagnált a kórfolyamat 10 esetben (33.3%). Ezek közül egy 23 hónapig, egy 16 hónapig, egy 1 esztendeig stagnált. A többi hét eset ennél rövidebb ideig észleltetett, így ezeknek az eredményeknek az értéke csekély. Legjobb eredményeket a sorvadási folyamat késleltetését illetőleg ott láttam, hol a látóidegsorvadás még az első stadiumban volt, a látóidegfőn enyhe decoloratio volt csupán észrevehető, a fehér és színes látóterek pedig semmi vagy csak kevés defectust tüntettek fel s a látásélesség is csak keveset gyengült. Ilyen esetben ha a beteg erőbeli állapota is megengedi s luesre támpont található, indicálnak tartom — *szemészeti szempontból is* — az erélyes kombinált antilueses gyógykezelést. Nem indicált az antilueses kezelés a tabes látóidegsorvadásnak olyan eseteiben, hol a látás *lényegesen csökkent* volta mellett normalis, vagy csaknem normalis a fehér látótér, míg a színes látóterek nagyobb defectust mutatnak, vagy a színlátás idő előtt el is veszett. Nem ajánlom továbbá, ha jó látásélesség mellett a fehér és színes látóterek nagymértékben *egyöntetűen szűkültek*.

A m. kir. Erzsébet-tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Bakay Lajos dr. egyetemi ny. r. tanár).

Bőrtransplantációs kísérletek isoagglutinatíós alapon.

Írta: Kubányi Endre dr. egyetemi tanársegéd.

A bőrtransplantatio tanát Reverdenitől számítjuk (1869). Reverdeni a granulatiós területek hámosítására a comb külső felületéről ollóval lencsenagyságú bőrdarabkákat vágott ki s ezen kis átültetett szigetekkel igyekezett a bőrhiányt behamosítani.

A bőrtransplantatio további úttörője Thiersch (1866). Elődje módszerét lényegesen megjavította. Eljárása szerint akár 20–25 cm hosszú és 8–10 cm széles lebenyt is nyerhetünk s egyben használhatjuk fel.

Azon sebfelület bőrrel való befedése, ahol a tájék kevésbé párnázott, a Thiersch-lebenyekkel nem lehetséges. Ezen esetek ellátására ajánlotta Krause (1893) a róla elnevezett bőrlebenyt, mely a bőrt egész vastagságában foglalja magába. A két utóbbi eljárás szerint végezték az utóbbi évtizedekben a bőrtransplantatiót.

Újabban Braun 3–4 cm²-es bőrdarabkákat implantált a sarjszövetbe.

A transplantatio kérdését az 1911. évi német sebészkongresszus tette vita tárgyává. Referensei: Lexer, Schöne és König, összegezve az eredményeket, arra a

megállapodásra jutottak, hogy az autotransplantatiók legtöbbnyire sikerel járnak; a homoplastikus transplantatiók csak bizonyos, eddig még nem körvonalozott esetekben végződnek eredménnyel; a heteroplastikus transplantatiók pedig magasabbrendű állatokon mind-ezideig sikertelenek voltak.

Intézetünkben a homoplastikus bőrtransplantatiókkal végeztünk kísérleteket. Szem előtt tartva a régi tapasztalatot, hogy a transplantatio szempontjából legfontosabb: a transplantatum, a transplantálandó terület és a transplantatio kivitele.

Az eddigi kísérletek azt bizonyítják, hogy homoplastikus transplantatióknál a fiatalabb egyénről, pl. csecsemőről vagy gyermekről vett *transplantatum* inkább tapad meg, mint az idősebb egyénről vett. Allítoág csecsemőről vett lebeny az anyán könnyen tapad meg, fordítva alig.

Befolyással van a *transplantálandó terület* nagysága, mélysége, vérellátása, környékének épsége, a váladék minősége.

A *transplantatio kivitelek* igen fontos a sebfeület előkészítése, a szívorú asepsis és a vérzés pontos csillapítása. Egyes különös esetben fontossággal bírhatnak a bőr pigmentációjai (fehérről négre való átültetések) s a temperaturakülönbségek.

A transplantatiók sikerének és sikertelenségének további esélyei már csak hypothesiseken alapszanak. Az említett fontos körülmények mellett *Ullmann* szerint nagy szerepet játszik a két egyén vérenek biochemiai különbsége. *Ullmann* azt mondja, hogy ha sikerülne az egyének biochemiai állapotát megközelítően egyenlővé tenni, úgy a homoplastikus transplantatio sikere nagy százalékban javulna. *Ribbert*, *Schöne*, *Ehrlich* szerint a homotransplantatio legtöbbször azért nem sikerül, mert minden egyénben különböző fehérjetestecskék vannak. *Negré* szerint a két egyén vérenek sótartalom-különbsége játszik nagy szerepet. *Loen* szerint a transplantálandó vérsavója méregként hat a transplantatumra. *Dungern* és *Ehrlich* azt állítják, hogy a transplantatumra méregként a lysinek és agglutininek hatnak.

Az utóbbi gondolatmeneten haladva, intézetünkben végeztünk homoplastikus transplantatióknál egész új szempont szerint jártunk el; ugyanis a bőrlebensyt mindenkor oly egyéntől vettük, akinek a vörösvértestjeit a bőrt igénylő savója nem agglutinálta. Ezen eljárásunknál a vértransfusio főfeltételével analog jártunk el, ahol tudvalevően csakis azon esetekben reactiómentes (hidegrázás, hőemelkedés nélküli), azaz hasznos a transfusio, ha isoagglutinációs vér kerül a vért igénylő érrendszerébe. Az ember vére agglutinatio szempontjából négy csoportra oszlik. Mi azt vettük vizsgálát tárgyává, hogy *ugyanazon csoportba* tartozó egyének homotransplantatióinál milyen makroszkopiai és mikroszkopiai elváltozásokat észlelhetünk. A kérdés, melyet fölvetettünk az, hogy megtartva a transplantatio ismert szabályait, *hogyan tapad meg olyan transplantatum, amely isoagglutinációs egyénről lett véve?* Egyszersmind vizsgálat tárgyává tettük azt, hogy az ilyen homoplastikus transplantatio mellett ugyanazon egyéneken milyen sikerrel jár az autotransplantatio? Eseteinkben a következő technikát követjük. A bőrt igénylő vena cubitalisából 1—2 cm³-nyi vért veszünk, amelyet megcentrifugálunk, s a nyert savóból egy cseppet tárgylemezre csepegtünk, ehhez a bőrlebensyt adó egy csepp vérével keverjük. Ha az igénylő savója az adó vérével 5 percen belül nem agglutinálja, úgy a két egyén isoagglutinációs. A műtétet helybéli érzéstelenítésben végezzük. A sarjfelületet kanállal lekaparjuk, a sebszéleket fölfrissítjük, a vérzést steril gase rányomásával csillapítjuk, de a sebet nem töröljük végig, nehogy a finom hajszálereket betömeszelő fibrinréteget eltávolítsuk, a fibrinréteg pedig ragasztóanyag a bőrhiány és lebeny között. A vérzésesillapításkor az érlekkötést is elkerüljük, mert a visszahagyott fonálcsozó idegentestként szerepel. A műtét alatt vigyázunk, nehogy fölöslegesen zúzzuk vagy vongáljuk a transplantatu-

mot. A lebeny rögzítésére öltést nem használunk. Az utókezelés alatt csak kevés gase-zel kötjük át. A *Thiersch*- és *Krause*-lebenyek megválogatásánál ügyelünk arra, hogy a *Krause*-lebenyt lehetőleg jobb vérellátású helyre ültessük, a *Thiersch*-lebenyek kevesebb vérellátású helyen is megtapadnak.

Eseteink a következők:

1. Özv. G. J.-né, 54 éves. Carcinoma mammaeival operáltuk. A radicalis műtét után 8 cm²-nyi területet nem tudunk bőrrel fedni. A műtét 8 nap alatt per primam gyógyult. A defectus helyén az alap élénk sarjadzást mutat. A műtét után 10 napra F. I.-né, 30 éves egyén combjáról vett *Thiersch*-lebenyekkel fedjük a defectust. Ötödik napon kötésváltás. A transplantatum megtapadtnak látjuk, scarificálásra vérzik. A második hét vége felé egyes helyeken a transplantatum elszintelenedik, a harmadik hét folyamán pedig több helyen pörk alakjában leválik. A pörkök alatt öt életképes hámszigetet találunk, amiből már élénk hámosodás indult meg. A negyedik héten az egész defectus behámosodott, niveanja kissé az ép bőr fölé emelkedik. Színe a környezetétől eltérő, élénkpiros. A 8 cm²-nyi transplantatum tehát nem egészben, hanem csak szigetenként tapadt meg és négy hét alatt az egész defectust behámosította.

2. F. I.-né, 58 éves. Jobb alkarját három hónappal azelőtt kutya harapta meg. A Pasteur-intézetben oltották. A harapás után a bőr nagy darabon elfeketedett és lassan darabokban kiesett. A defectus az izomig terjedt, terjedelme 6 cm², kezelésre két hónap óta semmiféle gyógyulási hajlamot nem mutat. Seb gyógyulása az előbbivel teljesen megegyező. A 6 cm²-nyi defectust egy, annak közepéből kiinduló, megtapadt hámszigeteske hámosítja be. Három hét alatt teljesen gyógyult. Jellemző, hogy a gyógyult terület lényegesen kisebb, egyharmada az eredeti defectusnak.

3. M. J., 54 éves. D.: Ulcus cruris l. dextri. Terjedelme 27 cm². A fekély másfél év óta áll fenn. Osztályunkon 10 hónap óta fekszik s 5 hónap óta semmiféle gyógyulási hajlamot nem tapasztalunk. A hiány lateralis részét B. A. 36 éves isoagglutinós egyén combjáról vett *Thiersch*-lebenyekkel fedjük. Kötésváltás az ötödik napon. A transplantatum megtapadtnak látszik. Scarificálásra vérzik. Kötést a sebre nem teszünk, csak egy réteg steril gase-t s az operált végtag fölé szalmafonatos takaróvédőt. A második héten a transplantatum egyes részei elfeketednek, a harmadik héten pörkök alakjában leválnak. A pörkök alatt számos kis, hámosodó szigeteskét találunk. Az egyik ilyen jól fejlett hámszigetből a hetedik héten próbaexcisiót végzünk s a következő szövettani leletet kapjuk:

A transplantatiós területről kimetszett szövetdarabkát mindenütt meglehetősen vastag szaruréteg borítja. A hám stratum germinativuma feltűnően sok magoszlást mutat és mindenütt fixált hámsapokat képezve nyomul be az erősen gömbejszövetekkel infiltrált kötőszövetbe. A lefűződött hámsapok némelyikében kezdődő elszarusodás látszik, a kötőszövet capillaris hálózata erősen fejlett, a transplantált bőrlebensyt tökéletes megtapadást mutat, sőt a nagyszámú lenyúló hámsapból azt a következtetést lehet levonni, hogy fejlődésre képes is.

4. U. J., 56 éves. D.: Ulcus cruris lateris dextri. Terjedelme 22 cm². A fekély három év óta áll fenn. Nyolc hónap óta fekszik osztályunkon. A szokásos ulcus-kezelésre nem gyógyul. Három hónap óta semmiféle gyógyulási hajlamot nem mutat. A fekély lateralis részét D. S. 30 éves isoagglutinós egyén combjáról vett *Thiersch*-lebennyel fedjük.

A műtét az előbbivel egy napon történt. A sebkezelés is teljesen megegyező. A sebgógyulás annyiban tért el, hogy a sarjadzás renyhébb és lassabban halad előre.

Mint hogy mindkét hiány igen nagy, 27 és 22 cm², mindegyiknél csak a lateralis részt fedtük homoplastikus úton, a medialis részt pedig autoplastikusan. Az autoplastikusan fedett hiányoknál a transplantatumok mindenütt a maguk teljes egészében tapadtak meg és négy hét alatt fedték az általuk fedett defectust.

Összegezve az eredményeket, azt látjuk, hogy négy esetben végeztünk isoagglutinós egyénekről vett lebenyekkel homoplastikus transplantatiót s a sebgógyulás mind a négy esetben hasonlóan ment végbe: a transplantatumok nem a maguk teljességében tapadtak meg, hanem csak szigetenként. Az elhalt részletek pörkök

alakjában váltak le, de a pörkök leválásakor alattuk már élénk hámosodás volt constatálható. Végeredményben tehát sikerült elég nagy hiányokat fednünk isoagglutinációs egyénekről vett Thiersch-lebennyel.

Kísérleteink eddigi eredménye tehát, hogy isoagglutinos egyénekről vett homoplastikus transzplantatumok megtapadnak; további vizsgálatok lesznek hivatva eldönteni, hogy vajjon a két egyén isoagglutinos tulajdonsága-e az a biochemiai tény, amely a Lexer-, Schöne- és König-féle megállapodás lényegét képezi.

Irodalom: *Thiersch:* Archiv f. klin. Chirurgie. 1874, 17. — *Krause:* Archiv f. klin. Chirurgie. 1893, 46. — *Lexer:* Neue deutsche Chirurgie. 1919, 26a. — *Goldmann:* Zentralblatt f. Chirurgie. 1906, 29. f. — *Braun:* Beiträge z. klin. Chirurgie. 1903, 37. — *Goldmann:* Beiträge z. klin. Chirurgie. — 1894, 11. — *Wildmann:* Beiträge z. klin. Chirurgie. 1902. — *Enderlen:* Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 1898, 48. — *Wilde:* Archiv f. klin. Chirurgie. 1922, 415. — *Takahasi Miata:* Archiv f. klin. Chirurgie. 1922, 170. — *Lexer:* Verhandlungen. 1911, 386.

Az Erzsébet-tudományegyetem gyermekklinikájának (igazgató: Heim Pál dr. nyilv. r. tanár) és a Pázmány Péter-tudományegyetem kórtani intézetének (igazgató: Preisz Hugó dr. nyilv. r. tanár) közleménye.

A vizelet phosphat- és diastasetartalmának értékelése a csecsemőkori rachitis diagnosisánál.

Irták: Hensch Valéria dr. és Kramár Jenő dr.

A rachitis diagnosisának felállítása a csecsemőgyógyászatban csupán a klinikai tünetek mérlegelése alapján történik. Tudjuk azonban, hogy az angolkóros elváltozások alapját képező anyagcserezavar a klinikai tünetek fellépését jóval megelőzi, viszont előbb is szűnik meg s gyógyulását lassan követi csak nyomon az angolkóros tünetek visszafejlődése. A rachitis ezen florid, fennálló anyagcserezavart mutató időszakának megállapítása egyszeri klinikai vizsgálattal nem mindig könnyű, sokszor pedig csak úgy lehetséges, ha a csecsemőt egy ideig figyelemmel kísérjük és az első vizsgálatnál talált tünetek súlyosbodásából, illetve visszafejlődéséből következtetünk az angolkóros folyamat progressivására vagy gyógyulására.

A sóanyagcsere legfeltűnőbb megváltozása angolkórnál, melynek kimutatása feltétlenül bizonyítja a florid stádium fennállását, a hiányzó vagy csökkent calcium- és phosphorfelszívódás. Ennek kimutatása azonban, miután többnapos rendszeres anyagcserevizsgálatot tételez fel, a gyakorlat számára hozzáférhetetlen. Pedig a mi angolkórtherapiánk sokkal céltudatosabb lenne, ha beavatkozásunk hatásosságát az anyagcserezavar figyelemmel kíséréssel ellenőrizhetnők, nem is beszélve annak a lehetőségéről, hogy az anyagcserezavart korán felismerve még abban a stádiumban gyógyíthatnók, melyben az klinikai tünetet még nem is okozott.

Mi azt tűztük feladatunkul, hogy nagyobb beteganyagon vizsgáljuk, nem volna-e lehetséges az angolkóros anyagcserezavar fennállásának valamely egyszerű, a gyakorlat számára hozzáférhető indicatorát találni. Erre két mód kínálkozott. Anyagcserevizsgálatokból tudjuk, hogy az angolkór florid időszakában a kiválasztott calcium és phosphor mennyisége erősen megnő, úgyhogy a rachitises vizelet phosphortartalma a normálisénál jóval nagyobb: megkísérelhetjük tehát célunkat egyszerű phosphatmeghatározásokkal megközelíteni. A másik út volna a vizelet diastasetartalmának a meghatározása. Már régebbi vizsgálóknak is feltűnt ugyanis, hogy angolkórosok vizeletének diastasetartalma a normalisét jóval felülmúlja; újabban *Dodds* ezt annyira jellemzőnek tartja angolkórra, hogy ennek alapján a hasnyálmirigy elváltozását veszi fel.

Mindenekelőtt különböző korú, különbözőképpen táplált egészséges csecsemőknél végeztünk phosphat- és diastasemeghatározásokat, hogy így a normalis ér-

tékekről képet nyerjünk. A phosphatokat *Neumann* szerint, a diastasetartalmat *Wohlgemuth* methodusával* határoztuk meg. A diastaseértéket 100-nak vettük (D. 37°/24 óra = 100), ha 1 cm³ higítatlan vizelet 1 g keményítőt tudott bontani. A továbbiakban több mint száz, különböző súlyosságú angolkórosban szenvedő csecsemőt volt alkalmunk vizsgálni. A klinikán fekvő csecsemőknél rendszeren 24 órai vizeletet vizsgáltunk; miután azonban meggyőződünk arról, hogy a napi ingadozások távolról sem közelítik meg az angolkóros és egészséges csecsemők vizelete között fennálló nagy különbséget, a klinika járóbetegrendelésének anyagán végeztünk vizsgálatainknál, ahol a 24 órás vizeletgyűjtés különben sem lett volna keresztülvihető, megelégedtünk egyes vizelet részletek többszöri megvizsgálásával. Ezáltal a kapott értékeink veszítettek ugyan pontosságukból, viszont ilyen módon kísérleteinket sokkal tágabb körben végezhetjük.

E vizsgálatokból kitűnt, hogy

1. a vizelet phosphat- és diastasetartalmának változása feltűnően parallel halad egymással,

2. a florid angolkórosban szenvedő csecsemők vizeletének phosphat- és diastasetartalma rendszeren kétszer, néha azonban 8–10-szer akkora, mint a hasonlókorú és hasonlóan táplált nem angolkóros csecsemők vizeleté még akkor is, ha ez utóbbiak könnyebb táplálkozási zavarban szenvedtek. *Moll* vizsgálatai óta ugyanis tudjuk, hogy acut táplálkozási zavaroknál a vizelet phosphattartalma nő, ez az érték azonban az egyszerű dyspensiánál messze a rachitises érték mögött marad. Ki kellett azonban zárni vizsgálatunkból az angolkórra jellemző értékeket mutató intoxicatiót, továbbá a *Leiner*-féle dermatitist; nem alkalmasak a vizsgálatra lázas, vagy hólyaghurutban szenvedő csecsemők sem.

Vizsgálataink kapcsán három kérdésre iparkodtunk feleletet adni.

I. *Nem nyújt-e a vizelet phosphat- és diastasetartalmának meghatározása támpontot valamely angolkóros folyamat floriditásának megítélésénél olyankor, midőn a physikalís vizsgálat eredménye bizonytalan?*

Vizsgált és klinikailag diagnosztizált angolkóreseinknek 66%-a mutatott a vizeletben biztosan rachitises értékeket, egy elenyésző hányadnál az angolkóros és normalis határan mozgó értékeket találtunk, míg az esetek 33%-a határozottan negatív eredményt adott. Hogy e vizeletvizsgálatok eredményei a további klinikai lefolyásnak a három csoport minden egyes esetében megfelelték-e, biztosan nem állíthatjuk, miután eseteinknek az ambulans praxistól adódó részét szem elől vettük; azoknál a csecsemőknél azonban, akiket hosszabb időn keresztül megfigyelhettünk, a talált leletek a további klinikai lefolyással megegyeztek. Különösen tanulságosak voltak a harmadik csoport esetei, melyek sokszor a florid rachitis csaknem összes klinikai jelei mellett normalis vizeletleletet nyújtottak; ezeknél a betegség további lefolyása valóban mutatta, hogy ők a vizsgálat időpontjában az angolkórnak már lezajló stádiumában voltak. Példaként csak egy ilyen esetet említünk:

S. *István*, 5 hónapos, rosszul táplált csecsemő, tápláléka tejhígítás. Ezideig angolkórját nem kezelték.

III. 16. Nagykutacs 4 ujjnyi, mindkét oldalt közvetlen a lambdavarrat mellett fillérnyi craniotabes. Mérsékelt epirhysis-duzzanat. A vizelet phosphattartalma $P.O_5 = 0.05\%$, diastasetartalma D. 37°/24 ó. = 3.12. III. 25. Kutacs 3 1/2 ujjnyi, esontlágulás mindkét oldalt kisebbedett. $P.O_5 = 0.04\%$, D = 8.3. IV. 2. Kutacs 3 ujjnyi, craniotabes eltűnt. $P.O_5 = 0.04\%$, D = 6.24. IV. 10. Lényeges rachitises elváltozást nem mutat.

II. *Nem jelzi-e a vizelet phosphat- és diastase-értéke az angolkóros anyagcserezavar fennállását még az első klinikai tünetek jelentkezése előtt?*

* Vizsgálataink lezárása után *Adam* egy módosítást közöl, mellyel a *Wohlgemuth*-féle methodus néhány hibaforrását iparkodik kiküszöbölni. *Adam* szintén igen magas diastase-értékeket talál angolkórnál. (Klin. Wochenschrift 1923, 33. sz.)

Ennek lehetőségét mutatja a következő eset:

B. Erzsébet, 4 hónapos. Tápláléka a klinikán anyatej + savanyú soványtej. A vizsgálat időpontjában klinikailag teljesen egészséges volt, úgyhogy a normálértékek megállapításához kontrollképen akartuk felhasználni. A vizeletvizsgálat azonban meglepetés-szerűen olyan magas értékeket mutatott, minőket eddig csak florid angolkór eseteinél láttunk. Eleinte egészen tájékozatlanul állottunk ez érthetetlen leletekkel szemben, midőn csaknem két hét múltán, az ápolónővér a jellegzetes fejjizadást jelenti.

A közelebbi adatok a következők:

II. 27. Nagykutacs $3\frac{1}{2}$ ujjnyi. $P_2O_5 = 0.18\%$, $D = 12.5$.^{*} III. 6. Status idem. $P_2O_5 = 0.21\%$, $D = 12.5$. III. 10. Tarkóizzadás. III. 13. $P_2O_5 = 0.46\%$, $D = 37.5$. III. 22. $P_2O_5 = 0.47\%$, $D = 50.0$. Nagykutacs 4 ujjnyi. IV. 5. Baloldalt kezdődő craniotabes.

Mint látható, ez esetben csaknem két héttel előzte meg a fokozott phosphat- és diastasekiválasztás az első klinikai tünetet, a tarkóizzadást.

Ha figyelemmel kísérjük a 3—8. hónapban levő egészséges csecsemők phosphat- és diastasekiválasztását, elég gyakran fogunk találkozni olyan csecsemőkkel, akik érthetetlen módon néhány napon át, esetleg egy héten keresztül is rachitisnek megfelelő leletet nyújtanak anélkül, hogy klinice annak akár a vizsgálat időpontjában, vagy hosszabb időre utána a legkisebb jelét is mutatnák. Meg vagyunk győződve arról, hogy amint az angolkór gyakran könnyű, csupán egy-két héttig tartó tünetekkel jár, éppúgy vannak olyan egészen könnyű esetei is, melyeknél az anyagcsere-zavar olyan rövid ideig tart, hogy klinikai tünetek megnyilvánulására nem is kerül már sor.

III. Felhasználható-e a vizelet phosphat- és diastasetartalmának meghatározása a veszületett fejbüblágyulás s az angolkóros craniotabes között teendő differentialdiagnosishoz?

Ismeretes, hogy Kassovitz² és követői a fejbüblágyulást a veszületett, angolkór jelének tartották; a ma uralkodó általános felfogás szerint azt inkább veszületett csontosodási zavarnak, gátlásnak tekintik, melynek az angolkóros csontlágyuláshoz semmi köze. A fejbüblágyulás rendszerint klinice is könnyen diagnosztizálható; fennállása már a születéskor, állandó kisebbedésre való hajlama, jellemző elhelyezkedése a fejbübon (Kuppenerweichung, *Wieland*³), sajátságos pergamenszerű rugalmas tapintata azok a sajátságok, melyek rendszeren könnyen megkülönböztethetővé teszik az angolkóros craniotabestól. Mindamellett találkoztunk néha olyan eseteivel is, midőn a differentialis diagnosis nem olyan könnyű. Miután a csecsemő hozzátartozói sokszor észre nem veszik, ezért kezdete nem mindig állapítható meg, másrészt elhelyezkedése néha annyira nem jellegzetes, hogy könnyen angolkóros lágyulást utánozhat, ha még ezenkívül belenyúlik a harmadik hónapba is — amint azt sokszor látjuk —, akkor igazán gondolkodóba esünk a felett, hogy a látott elváltozás konszolidálódóban lévő fejbüblágyulás-e, vagy kezdődő craniotabes? Ilyenkor csak a folytatólages klinikai megfigyelés dönthet.

Nekünk tíz esetben volt alkalmunk klinikailag biztosan diagnosztizált fejbüblágyulás tüneteit mutató csecsemő vizeletét vizsgálni. Egy esetben sem találtunk a rachitises értékeket még messziről megközelítő leletet sem. Ezáltal adva van a lehetősége annak, hogy az atypikus fejbüblágyulást kezdődő florid angolkóros lágyulási folyamatoktól elkülönítsük. A már lezajló stadiumban lévő craniotabestól való megkülönböztetése természetesen ezen az úton nem lehetséges.

Irodalom: ¹ *Dodds*: The British medical Journal 1922, április. — ² *Kassovitz*: Jahrb. f. Kinderheilk. 1909, 69. — ³ *Wieland*: Über sog. angeborene und frühzeitige erworbene Rachitis. Berlin, 1910. Karger.

^{*} A normalis érték felső határa e korban hasonló táplálék mellett: $P_2O_5 = 0.15\%$, $D = 8$.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 december 22-én tartott 88. rendes közgyűlése.

1. Az óév mérlege és óhajok az újévre.

Elnöki megnyitó.

Tartotta: *Bókay János dr.* egyetemi tanár, a Budapesti Királyi Orvosegyesület elnöke.

Tisztelt Közgyűlés!

Alig néhány nap múlva újból egy küzdelmes évet temetünk s előttünk áll a rejtelmes újév s ezúttal is az évzárás alkalmával megállapítani törekszem lefolytatott tudományos munkálkodásunk mérlegét és előre nézek a jövőbe.

Apponyi Albert gróf tiszteletbeli tagunk hangsúlyozta csak nemrég az Egyesült-Államokban tartott egyik beszédében, hogy az „*akarat*” csak akkor produktív, ha az „*cselekvő akarat*” és állami szempontból elsőrangú fontosságú, hogy a nemzet testének minden egyes atomja, a névtelen polgár is, teljes akarattal, a maga teljes kiműveltségében őrszem legyen a maga helyén s akarjon a legjobb lenni a maga hivatásában, hogy a nemzet együttes munkája a legjobb egyéni munkákból tevődjen össze. Ha egyesületi életünkön a lefolyt évben végigtekintünk, örömmel konstatáljuk a nemes versengést s a „*cselekvő akarat*” érvényesülését egész munkálkodásunkban. Örömmel állapítjuk meg, hogy tudományunk világitó fátylaja e falak között élénken lobogott, s a folyton fokozódó munkakedv biztosítja, hogy e láng a hazai orvostudomány javára a *Vesta*-templom „*ignis perpetuus*”-aként lobogni fog a jövőben is. Örömmel regisztrálhatjuk, hogy eljutottunk újból oda, hogy nemcsak importálunk tudományt, de exportálunk is, miáltal a külföld figyelmét újból magunkra irányítottuk, sőt a külföld kezd keresni a velünk való szorosabb tudományos kapcsolódást és kezdi összefonni és vezetőképességét helyreállítani azon szálaknak, melyeket a világháború s a gyűlölködés annyira összekuszált, sőt szét is szaggatott.

Két évvel ezelőtt ugyanezen helyről idéztem egy bolognai olasz lap cikkét, mely „*L'ombra di Banco*” címmel látott napvilágot, s melyben szerző megjósolta, hogy az entente-államok tudósvilágának intranzigens *Macbeth*-jei hiába erőlködnek, mert *Banco* szellemétől nem fognak megszabadulni s exclusiv congressusaikon, melyekről a szövetséges államok szakembereit oly kíméletlenül kizárták, ott kísértett mindenkoron *Banco*, a kizárt tudományosság szelleme. Ma a szellem már megnyugodva rihihet, a gyűlölség elült s az elzáró sorompók ledűltek.

Czerny illustris professor-társam írta nekem két év előtt, midőn kérdést intéztem hozzá, hogy a német tudósnak mi az álláspontjuk a külföldi összeköttetések helyreállításáról: „*wir wollen so lange warten, bis sie an uns herantreten*”. S ez az idő immár elérkezett, anélkül, hogy erőszakoltuk volna s a tudomány egyesítő ereje, melyet *Helmholtz* a Montpellier-i egyetem 600-ik évfordulója alkalmával hangsúlyozott, újból beigazolódt. Az ősi olasz római belorvoscongressus már tagjai között látta meghívás folytán az összes nemzetek képviselőit (közöttük minket magyarokat is), s ez kétségtelenül csak előnyére vált, s a francia „*Académie de Médecine*” falai nem repedeztek meg, mert egyik nagyérdemű francia szakember egy magyar szaktárs tudományos megállapításait saját tapasztalataival megerősítette. *Dereng tehát nemcsak keleten, de a nyugaton is!*

A tudományos munka, hála a Gondviselésnek, nálunk is teljes erővel megindulhatott s a tudós újból visszavonulhatott lombikjai és nagyítóüvege mellé s kutathatja tovább a természet rejtélyeit. S hogy ezt megtehettük s állapotaink kezdenek, bár esigaléntekkel, a háború előtti boldog helyzethez közeledni, abban az államhatalom segítségével mellett valóban jelentős szerep jut az Egyesült-Államok hatalmas, altruistikus *Rockefeller Foundation*-jének, mely hathatós anyagi támogatással immár harmadik éve istápolja orvosegyetemi intézeteinket, mely támogatás nélkül ezek bizonyára még ma is jórészt tétlenségre volnának kárthatva. De egyáltalában nem kicsinylendő azon anyagi és erkölcsi támogatás sem, melyben a magyar orvosi tudományos kutatást a nemzetek szövetségének szellemi

együttműködő bizottsága, a magyar tudománytő bizottság, a felsőoktatási egyesület s a magyar akadémia, valamint egyes maecenasok részesítették s részesítik a jelenben is. S mindez hazafias örömmel kell hogy eltöltsön mindenkit, mert a tudományos munka a nemzeti vagyon egyik nagyértékű forrása s maga után vonja a tudósnak fokról-fokra nagyobb és nagyobb megbecsülését is, s a kanadai állam példát adott erre, midőn az insulin fölfedezőjének, F. G. Bantingnak 7500 font évjáradékot szavazott meg élethossziglan. Úgy látszik, eltűnnek lassan azon idők, midőn — fájdalom — megtörténhetett azon szegényletes dolog, hogy az angol Haffkine, a choleraoltások tudós fölfedezője s a sárgaláz moszkítókat által való terjesztésének szerencsés megállapítója: Walter Red, nyomorban haltak meg.

A lefolyt 1923. év századik évfordulója volt azon nevezetes évnél, mely a magyar szellemi életnek magvetésre nézve oly dús és szerencsés éve volt s azok a rég elhunyt szellemóriások, kiknek emlékét a magyar nemzet ezen évben ünnepelte, minden igaz hazafi keblét mély kegyelettel, de egyszersmind büszke önérettel is töltötte el, mert látta az Isten áldotta magyar földnek gazdag természetét a multban. S ha mégis kétellyel szívünkben nézünk a rejtelmes jövő felé, a félszemű nagy magyar költőnek Hymnusa csendüljön meg füleinkben, melyet Kólcsey mint a nemzet örök dalát és imádságát 100 évvel ezelőtt alkotott meg, s éljen bennünk a meggyőződés, hogy a költő fohásza újból beteljesedik.

Ezen hó óhajjal kívánom hogy átlépünk az óév mesgyéjén, midőn a feltartóztathatatlan idő mutatója a XII. órát túllépte s templomaink öreg és jobb időket látott harangjai országszerte megkondulnak, hogy üdvözljék az újévet.

Legyen jelszavunk a jövőben is az „in labore salus“.

Elnöki bejelentések: A TÉBE az egyesület céljaira egymillió koronát adományozott.

Elnökség könyvtáralapot létesített, melyre az egyesület néhány tagjának adakozásából eddig 2,650.000 korona gyűlt össze.

2. Johan Béla főtitkári jelentése:

Jelentésének első részében főtitkár hangsúlyozza a szakosztályok működésének nagy fontosságát. Az egyesület elnöksége az igazgató-tanács határozata értelmében felkéri a szakosztályokat, amelyek eddig még nem működnek, hogy munkájukat újra kezdjék meg. A továbbiakban bejelenti az igazgató-tanács döntéseit a pályázatok ügyében. A döntések a következők: 1. A Balassa-díjalap-jutalomdíjat: Poór Ferenc Dermatologia c. munkájának; 2. a Tauszk Ferenc-jutalomdíjat Tóth István: A méh fibromyomának gyógyításáról tartott előadásának; 3. a Widder Ignác-jutalomdíjat Holló Gyula: Klinisch-diagnostische Zerteilung der chronischen tuberculösen Lungenkrankheiten der Erwachsenen és Juvenile Tuberculoseformen bei Erwachsenen c. munkájának; 4. a Seenger Ede-jutalomdíjat Szondi Lipót: A növes zavarai és a belső elválasztás, és Vigh Ágoston: A Piermer-féle vérszegénység gyórfolyása és gyógykezelése c. munkájának; 5. az Orvosi Hetilap-jutalomdíjat Székely Ágost: A budapesti Pasteur-intézet 25 évi statisztikája, kapcsolatban a veszettségre vonatkozó gyakorlati kérdésekkel c. munkájának; 6. a báró Herczel Manó-jutalomdíjat Verebélyi Tibor: A lépkürtés javallatai c. munkájának; 7. a Mészáros Károly-jutalomdíjat Johan Béla: A laza kötőszövetbe juttatott bakteriumok eltűnésének módjára vonatkozó kísérleti szövettani vizsgálatok, különös tekintettel a leukocyták viselkedésére c. munkájának; s végül 8. Fridrich Vilmos-jutalomdíjat Juba Adolf: Az egészségtan alapvonalai c. munkájának ítélte oda. Ezután bejelenti, hogy az igazgató-tanács Bumm berlini, Döderlein müncheni nőgyógyász-professorokat, Starling professort, a londoni physiologist, Feer Emil zürichi és Jundel stockholmi gyermekgyógyász-professorokat, Dieppen Pál freiburgi orvostörténelem-professort, Sir Georoes Newmann, az angol Board of Education chief Medical officerjét, Russel és Gunn professorokat — az előbbi a Rockefeller Foundation directora, az utóbbi a párisi iroda vezetője — levelezőtagnak ajánlja. Rendes tagnak 83 orvos jelentkezett, akiket az igazgató-tanács is ajánl.

3. A pénztáros jelentése szerint az Egyesület évi bevétele 7,549.513 korona, kiadása 9,312.782 korona, deficit: 1,763.269 korona. Az Egyesületnek ez évben még 6,766.434 koronára van sürgősen szüksége.

A közgyűlés 1924. évre a tagdíjat 5000 koronában, 1924. év első felére a pótdíjat 10.000 koronában állapítja meg. A pótdíjat és tagdíjat január hó 31-ig kell befizetni, minden késedelmes hónap után 10—10%-kal több fizetendő.

A közgyűlés végül 9 külföldi levelező és 84 rendes tagot választott.

A Magyar Röntgen-Társulat első tudományos ülése 1923 november 12-én.

Elnök: Gergő Imre dr. Jegyzőkönyvvezető: Révész Vidor dr.

Gergő Imre dr. elnök üdvözlöi a Magyar Röntgen-Társaság nagy számban megjelent tagjait; hangsúlyozza a társulás szükségét: a Röntgen-szakmával foglalkozó orvosok szellemi és erkölcsi kapcsolatát; utal a tudományos ülések céljára: annak lehetőségére, hogy a folyton haladó Röntgen-kutatás eredményét a szakorvosok egymás közt megbeszéljék és megvitassák. Azon kívánsággal, hogy a M. R.-T. mindig hazánk régi kultúrájának fejlesztésén, embertársaink javára, az igaz tudomány, az orvosi becsület és kari összetartás szellemében működjen, — az ülést megnyitja.

Bemutató:

Holitsch Rezső dr.: *Arthritis deformans coxae*: A 36 éves férfinak 12 év óta fáj mindkét csípőizülettája és fokozatosan romlik a járása. Sérülésre nem emlékezik, leest tagad, a többi izülete ép. Az alsó végtagok izomzata gyengébb, a csípőizületben a mozgások aktive és passive erősen korlátozottak.

Röntgen-lelet: A combnyakat felül is, alul is, a csontkép intenzitásához hasonlóan tömött, intensiv, körülbelül 1 1/2 cm szélességű tömött árnyék kíséri, mi az acetabulum felső peremétől a trochanter majorig, illetőleg az ülőcsonttól a trochanter minorig terjed, a peripherián tömöttebb a nyak felé eső oldalon kissé halványabb, úgy hogy a nyakkontur vonala még éppen felismerhető. A nyak állása normalis, az izületi rés erősen megkeskenyedett, alig 1—2 cm-nyi. A combfej formája rendes. Chronikus polyarthritist kizárható. Egyébként is az nem szokott ilyen hatalmas mészlerakódásokat produkálni. Secundaer polyarthritist chronica progressiva ellen szól az acut lázas kezdet hiánya is. Trauma nincs az anamnesisben, azonkívül az elváltozás mindkét oldalt egyforma. Tuberculosis is kizárható. Perthes sem jön számításba. Kizárások, továbbá a tömeges mészlerakódás alapján is (mit úgy foghatunk fel, hogy a tokszalagnak teljes elcsontosodása történt, magának az izületnek tulajdonképeni ankylosisa nélkül) arthritis chronica deformansnak kell a folyamatot tartanunk.

Fischer Ernő dr.: A bemutatott deformitást statikus és nem lobos eredetűnek tartja.

A statikus eredet eldöntése fontos, mert ehhez igazodik a therapiás eljárás, melynek iránya a statikus eredetnél a mobilisatio, lobosnál a fixatio.

Holitsch dr.: Statikus eredet ellen szól az, hogy a collum femoris szögállása egészen normalis, a combfejes normalis és külső vizsgálatnál a csontváz többi csontján és izületén kóros elváltozás nem vehető észre.

2. Lax dr. és Révész dr.: *Ulcus callosum penetransból fejlődő gyomorcarcinoma* érdekes esete. Lax fejtegeti az ulcus carcinoma-kérdés mai állását, és az ulcus carcinoma kórszövettanára vonatkozó vizsgálatok eredményét. Ismerteti egy 36 éves nő esetét, kinek öt év óta vannak ulcusos panaszai. Röntgenel ismételtelen ulcus penetrans callosusmot mutattak ki a kisgörbület alsó részén. Panaszai megfelelő kezelésre mindig enyhültek. Mi 1921 decemberében konstataituk ugyanezt nála, amikor is a székletében vér volt kimutatható. Már ekkor feltűnt a Röntgen-leletben az, hogy a fekélytől distalisan lévő kisgörbületi konturvonal rigid, infiltrált. Tizenegy hónappal később, amikor a beteg újból kissé leromlott, a Röntgen hatalmas telődési defectust mutatott, a

kisgörbület pylorikus részén. Az okkult vérzés negatív volta dacára is az ismételt consiliumok a műtét mellett döntöttek. A kivett nagy (jó gyermekökölnyi) daganat teljesen hegtömegnek bizonyult, melynek a közepében azonban az Entz professor készítette szövettani vizsgálat szerint, egy kis carcinoma volt. Ez esetben tehát a rák teljesen atypusos helyen indult meg.

2. Révész dr.: Röviden ismerteti az ulcus carcinoma Röntgen-diagnostikai jeleit, valamint ennek a kérdésnek a Röntgen-literatúrában való mai állását. Majd rámutat arra, hogy ezen esetben, hol négy-öt éven át biztosan konstataált ulcus callosum penetrans volt a kisgörbület alsó részén, a pylorikus rész nyilvánvalóan heges infiltrációjához egyszerre csak egy rövid idő alatt kifejlődő typusos tumorra mutató óriási telódési defectus társult, amiből carcinomás degenerációra következett. A műtét és a szövettani lelet azt a két nagyon érdekes dolgot derítette ki, hogy egy ilyen hatalmas nagy tumor is hegtömeg lehet, másrészt, mint fentebb láttuk, a hegtömeg közepében, tehát atypusos helyen, egy egészen kezdeti stádiumban levő kis carcinoma volt.

Hozzászól: **Holitsch, Haas, Polgár.**

Előadás:

1. Biró Ernő dr.: *A strumacarcinómák Röntgen-kezeléséről.* A statisztikák szerint az összes strumák 3%-a carcinomás. Míg a sebészeti kezelés prognosisa a legkitűnőbb szerzők szerint is a lehető legrosszabb, helyesen kivitt Röntgen-kezelés mellett még előrehaladt, sőt metastasisos eseteknél is végleges gyógyulások érhetők el. Előadó négy esetéről referál, melyeknél a sebészeti kezelés részben nem volt kivihető, részben a recidivát nem tudta kizárni. Ezen négy súlyos esetben Röntgen-kezeléssel 3, 4, 5 éve tartó gyógyulást tudott elérni. A besugárzások természetesen nehézfém-filterrel történtek.

Hozzászól: **Holitsch, Fischmann, Weisz A., Révész.**

2. Schönwald József (Kalocsa) bemutatja az Elektromed. Werkstätte (München) által készített „Reflex“-lemezt és több felvételt. A gyár állítása szerint a többi lemezekkel szemben negyedrésznyi ideig tartó expositio mellett is rendes áteső fényben hibátlannak mutatózó felvételeket lehet készíteni (subexponált lemezek, ráeső fényben túlexponáltak pedig közönséges lámpa fényénél áteső fényben mégis alkalmasak a leolvasásra. Használható erősítőernyővel is, megfelelően rövidebb ideig tartó expositióval.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Reflex-Röntgen-lemezek. Pleikart és Stumpf, München. (Münch. med. Wochenschrift 38. sz.)

A fényérzékeny réteg fehér, a fényt visszaverő, áttetsző opálüvegre van öntve, mely azon tulajdonsággal bír, hogy Röntgen-sugár hatására fluorescál. Az üveg világító ereje nem olyan nagy, mint az erősítőernyőé, de előnye, hogy nem szemcsés. Erősítő hatása főleg a kész kép megtekintésekor érvényesül. Az opálüveglemez vizsgálható ráeső, vagy áteső fényben. Leghelyesebb mindkettőt alkalmazni (pl. ráeső napfényt, hátulról villanyfényt). A ráeső sugarak visszaverődnek, miáltal a kép kontrasztosabb lesz, az áteső fény pedig egyenletesen megvilágítja a lemezt. E kétféle megvilágítás megfelelő kombinációjával a kép egyes részeinek árnyékmélysége a legelőnyösebben változtatható meg.

A reflexlemez kb. egyötöd résznyi annyi ideig kell exponálni, mint a többi közönséges Röntgen-lemez. Erősítőernyőt is alkalmazhatunk hozzá. A kész felvétel megtekintéséhez nem kell világítószekrény. A nem megfelelően exponált lemez is használható: ráeső fényben nézzük a rövid ideig, áteső fényben a túl hosszú ideig exponált lemezt. A közönséges lemeznél valamivel drágább, a kettős rétegű filmnél olcsóbb.

Kapható: Elektromedizinische Werkstätte G. m. b. H. München, Rottmannstrasse 14. Erdélyi József dr.

A leukocytaindex. Krebs. (Klinische Wochenschrift 1923, 48. szám.)

Ha a neutrophil leukocyták számát egy tört számlálójába

írjuk, ugyanezen tört nevezőjévé pedig a lymphocyták számát tesszük, egy viszonyszámot kapunk, amelynek közepes értéke 28, azonban 19-től 33-ig még szintén normalisnak veendő. Ez a szám a leukocytaindex. Az indexgörbe nem halad mindig párhuzamosan az összes fehérvérsejtek görbéjével és belőle ilyenkor prognostikai következtetések vonhatók le. Acut fertőzéseknel az index rendszerint emelkedett. Változatlan, vagy csökkenő leukocytaszám mellett emelkedő index rossz prognosist ad, hasonlóképpen az abnormisan magas index növekvő leukocytosis mellett. A normalis alá esik az index a legtöbb betegség után, a postinfeciós lymphocytosis folytán. Hirtelen ingadozások gyulladásoz szövődményt jelentenek. Kiss József dr.

Adalék a mellékvese funkciójának ismeretéhez. Laqua Kurt. (Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1923, 36. köt., 4. füzet.)

Szerző nyolc esetről számol be részben a saját, részben mások észlelése nyomán, melyekben az egész bal mellékvesét, illetve négy esetben még a jobb mellékvese felét is eltávolították. Vizsgálta a vérnyomás, vérkép és vécukor viselkedését operatio előtt és után. A vérnyomás, a varakozás ellenére sem süllyedt, hanem vagy átmenetileg pár napon keresztül nagyobb lett, vagy normalis maradt. Csak az operatio folyamata alatt ingadozott erősen a vérnyomás más sebészeti beavatkozások észleleteivel ellentétben. A vérképben csak a fehérvérsejtek mutatnak változást, oly módon, hogy az operatio utáni napokban a leukocyták átmenetileg megsaporodnak, míg a lymphocyták relative megkevesbednek. Egy esetben, midőn polyglobulia volt jelen, a vörösvérsejtek száma az operatio után maradandóan a normalisra süllyedt, különben a vörösvérsejtek semmi változást nem lehetett észlelni. A cukoranyagcserében sem jön létre eltérés, eltekintve a szénhidrátoleranciának pár napig fennálló kismértékű csökkenésétől. A mellékvese részleges extirpációjának eredménye tehát nem felel meg a theoretikus várakozásnak. Ennek oka az lehet, hogy vagy a megmaradt mirigy rész vikariáló módon hyperfunctionál, vagy az elpusztított mellékvese-állomány funkcióját más endokrin mirigy fedezi. Vitéz Csik László dr.

Az idült szívelégtelenség kezelése. Romberg. (Deutsche med. Wochenschrift. 1923, 44. sz.)

Sokszor tűzásba esnek az orvosok a hús, só és folyadék megvonásával. Napi 1 1/2 liternél kevesebb folyadékmennyiséget ritkán kell ajánlani a betegnek; sőt egyes hypertoniásoknak és zsugorvesés embereknek még ez a mennyiség is kevés lesz. A konyhasót egyhuzamban öt napnál hosszabb időre megszorítani nem szabad. A digitalis hatóanyagai között csak az a különbség, hogy az egyik hamarabb hat, mint a másik. Nem a készítmény kiválasztása, hanem a helyes adagolás a fontos. Általában legjobb 3x10 g pulvis fol. digitalist adni; arhythmia perpetua, lázas esetekben többre is lesz szükség. Kevésbé ismert mellékhatása a digitalisnak, hogy néha maga a digitalis zavarja a vizeletelválasztást (talán szűkíti a vese ereit); ilyenkor nem szabad ezt tovább adagolni. Az idült szívelégtelenség sok esetben jóformán állandóan szükség lesz a digitalisra, ilyen esetek különösen: arhythmia perpetua 100-on felüli pulzussal, a vitiumosok bármilyen okból eredő lázas megbetegedése; lélekzöszervek megbetegedései, melyek jobb-szív-túltengést okoztak (kyphoscoliosis, emphysema, bronchitis stb.). Indokolatlan az arteriosclerosis hypertoniás betegek hússzegény étrenddel való kezelése; ez csak veseelégtelenség esetében szükséges, különben akár 150 g húst is megengedhetünk naponta. Nem eléggé ismert, hogy hypertoniás emberek éjjel nehézlégzési rohamokat kapnak, anélkül, hogy ilyen emberekben a szívelégtelenség tüneteinek csak nyomait is megtalálják; ezeket diuretikummal, dioninnal és az étrend szabályozásával kell gyógyítani. A hypertoniát egyáltalában túl active kezelik; a legfontosabb a nyugodt élet úgy lelkiben, mint testekben; időnként egy-egy érvágás. Ugyanez áll az arteriosclerosisra is. Gyakran nem ismerik fel az aortitis lueticát (fájdalom a szegycsont mögött, systolés zörög, Röntgenben tégult aorta), melyet salvarsannal kell kezelni, ha a szív tűrhetően dolgozik, ha azonban kifejezetten insufficiens a szív, akkor az insufficiencia kezelendő. Sarvay dr.

Bőr- és nemikórtan.

Bruck-féle reactio. K. Bruck. (Klin. Wochenschrift 1923, 37-38. sz.)

B. kisebb laboratóriumok részére reakcióját közelközőkép módosította: 1. Kivonat-suspensio elkészítése (1. r. emberszív-kivonat + 1 r. 10% NaCl, cseppenkint hozzáengedni). 2. 0'1 inact. savó + 0'2 10% NaCl + 0'2 kivonat-suspensio. Összerzés. 24 óra szobahőmérséklet, majd 1 cm³ 10% NaCl hozzáengedése és rázás után leolvasás. A pozitívok kicsapódást, a negatívok homogen zavarodást mutatnak. Több ezer esetben kipróbálva a Wassermann-reactióval egyező eredmény. Kudlich.

Az ekzémások vérserumának Ca- és K-tartalmáról s a Ca-therapiáról általában. Urbach és Simhandl. (Klin. Wochenschrift 1923, 34. sz.)

Az ekzémások vérszerűségének Ca és K-tartalma azoknak egymáshoz való viszonya is normalis (10'28—12'40% Ca és 18'26—22'80% K). ellentétben Pulay és Richter adataival (11'90—32'70 mg% Ca), akiknek Ca-ion-értékei is (2'42—5'04) oly magasak, hogy ezeknél a szervezet súlyos zavarainak kellene beállni.

A Ca-therapiát illetőleg a két véglet között állanak. Az eselleges javulás azonban a Ca-nak nem a régebben hitt edényfalsűrítő és gyulladásgátló hatása, hanem vagy az idegek útján történő befolyás, mint azt az analgetikák (morphium, chloral, salicyl), továbbá az atophan alkalmazásánál látjuk, vagy a szervezet reakcióképességének nemspezifikus átforgatása, mint pl. a vérlebecsátás. Csakis ily alapon javult a Ca-therapia nedvedző ekzémáknál.

Kudlich.

Erythematoid benign. epithelioma. E. G. Graham Little. (Brit. Journ. of Dermat. and Syphilis 1923 dec.)

E néven Graham Little egy eddig nem definiált kórformát írt le, amelyet ő az utóbbi négy év alatt hét esetben észlelt. Ezeket eleinte „multiplex rodent ulcer”-nek vagy „generalizált rodent ulcer”-nek tartották. Darier is foglalkozott a bántalommal. A betegség érdekes módon három esetben psoriasisos egyének-nél fordult elő, egy esetben pedig a családban carcinoma volt.

Ez az epithelioma középkorú egyéneknek, inkább nőknél fordul elő. Az egész testen elszórt plaqueokból áll, amelyek ha teljesen ki vannak fejlődve, első pillanatra lupus erythematosus benyomását keltik: hyperaemiás, sáncszerű szegéllyel bíró plaqueok. Közlebbi megtekintéskor azonban a szegély olyannak látszik, mint az epithelioma: viaszfehértű szegélye van (csak-hogy hiányzik a kifekélyesedés). Ez a Little-féle betegség borsónyi, viaszfehértű, gyöngyszerű papulával kezdődik, melynek centrumja később besüpped, hyperaemiás lesz; a végkimenetel nem fekély, hanem felületes atrophia vagy heg. Az egyes plaqueok borsónyi nagyságtól 5×6 cm nagyságúak is lehetnek. A betegség mindig multiplex, az egész testre elszórt, különböző nagyságú plaqueokból áll. Még 30 évi fennállás után is abszolút jóindulatú. Szövettanilag a betegség basal-sejtű epithelioma benyomását kelti, de acinosus hámburjánzása van és soha sincsenek a kötőszövetben különvált hámszigelek.

A diagnózisnál meg kell különböztetni ezt a betegséget más epitheliomáktól: a rodent ulcer és a Brooke-féle betegség előhaladásában kifekélyesedik, malignus lesz. A rodent ulcer a feje lokalizált; a Bowen-féle praecarcinomas bőrelváltozás vörös csomócskákból áll, amelyek hyperkeratikusak, néha papillomatousak és nedvezők. Mindezek a tulajdonságok a Little-féle epitheliománál nem fordulnak elő.

A therapiában Darier a Röntgen-sugaras kezelést ajánlja, míg Little és Pringle csak a szénsavhóval való kezeléstől látott jó eredményt.

Herczeg.

A lepra kezelése thymollal. M. Hamzah. (Klinische Wochenschrift 1923, 42. sz.)

H. Sumatra szigetén leprás betegeket a szokásos jodium marrhuatta (carbolsavas oldatban) készítménnyel kezelte. Az intramuscularis injectiók udása közben carbolsav-dermatitist kapott a kezén; ezért a carbolsavat thymollal helyettesítette és ekkor azt tapasztalta, hogy a betegeknek az addig makacs leprás jelenségek rohamosan javultak. Azután tovább kísérletezett, csak thymololdatot (Rp. Thymol 10 + 01. jec. aselli 100) adva intramuscularisan. Ilyen kezelés közben a lepromák visszafejlődtek, az alopeciák helyén ismét kinőtt a szőrzet, a mal perforant-ok és a fekélyek begyógyultak, a hyper- és anaesthesiák elmúltak és akiknél izomsorvadások voltak, azok ismét alkalmasokká váltak nehéz izommunka végzésére. Tekintve, hogy a lepra már évszázadok, sőt évezredek óta foglalkoztja az orvosokat, érdemes H.-nak ez észleletéről is tudomást vennünk.

Herczeg.

A pellagra szőrványos fellépése Berlinben. Buschke és Langer. (Klin. Wochenschrift 1923, 42. sz.)

Ujabb időben mindinkább tanulmány tárgyává teszik az anomaliás elhelyeződésű pellagra-eseteket. B. és L. közül egy ilyet, amely nemcsak a napfénynek kitett bőrterületekre volt lokalizálva, hanem a többi bőrnél pigmentáltabb genitális tájakra és a könyök- és hónaljhajlatokra is. A folyamat inkább száraz jellegű volt, a megbetegedett területek feltűnően erősen pigmentálva, infiltráltak, hámlók és hyperaemiás szegéllyel körülvéve voltak. A betegnek táplálékában kukoricaliszt fordult elő. B. és L. osztja Modinos felfogását, amely szerint a pellagra tulajdonképeni oka a sympathikus idegrendszerben keresendő, aminek oka viszont a mellékvesék belsejében elégtelenségében rejlenék. Modinos mellékvese-kivonatokkal jó therapiás eredményeket is ért el. Tapasztalati tény továbbá az is, hogy a nők között gyakoribb a pellagra.

Több oldalról az a jelenlegi felfogás, hogy a pellagra nemcsak actinikus szenibilizálásra fejlődik ki, hanem mechanikus és vegyi ártalmak is kiválthatják. Elősegíti kifejlődését a szervezet nagyfokú leromlottsága. A bántalom nemcsak a fénynek kitett területeket támadja meg, hanem általánosságban a természetől fogva és fény hatására erősebben pigmentált területeket.

Herczeg.

Gyermekorvostan.

Normalserum mint kanyaró elleni prophylacticum. Rietschel. (Deutsche med. Wochenschrift 1923, 44. sz.)

Ha kanyarófertőzésnek kitett gyermeket a Degkwitz-féle reconvalescens-serummal nem olthatta a szerző, mivel ez nem állott mindig a rendelkezésére, normalserumot injiciált s ezzel a módszerrel igen jó eredményeket ért el. Lehetőleg a kanyarót kiállott anyától vagy idősebb testvérektől vett vért injiciált, kb. 25—30 cm³-t. Ha mégis megkapta egynemelyik gyermek a betegséget, úgy az igen enyhe lefolyású volt s ezáltal activ immunitást is szerzett. A kanyarót kiállott ember véreben tehát védőanyagok keringenek s nem egy aspecificus serumhatás eredménye, ha a beoltottak nem kapják meg a kanyarót.

Tüdös dr.

A születések csökkenése Németországban és Franciaországban. Prinzing. (Deutsche med. Wochenschrift 1923, 45. szám.)

A szerző egy francia cikkírónak, Ambroise Got-nak adatait hozza, aki az 1871—1914 közötti időben Németország 66%-os szaporodását szembeállítja Franciaország 11%-os szaporodásával. A háború után, bár főleg bevándorlások útján, 3%-kal gyarapodott Németország lélekszáma, míg Franciaországé ugyanezen időben csökkent. Közül egy táblázatot, mely szerint az 1919—1921 közötti időben Németországban 1000 lakosra 4'4-től 10'7-ig terjedő születési többlet áll fenn, míg Franciaországban ugyanezen időben egy izben 6'7 a visszaesés, a többi évben pedig csak 1'8-től 4'1-ig terjedő a születési plus. A német és francia nagyvárosok aránya kb. egyforma, de utóbbiakban sokkal nagyobb a halálozás és, amit a francia cikkíró legjobban fájlat, a születések csökkenése Franciaországban főleg a vidéken van meg, ellentétben Németországgal, ahol ez a folyamat a vidéken sokkal lassúbb és kisebb arányú.

Pollermann dr.

Az újszülöttek testsúlya és az anyai táplálék vitamin-tartalma közötti összefüggés. H. Katz és W. König. (Klin. Wochenschrift 1923, 2. köt., 45. sz.)

A szerzők Abel elve alapján, mely szerint az újszülöttek testsúlya és az anya táplálékának vitamin és pedig A-vitamin-tartalma között egyenes arány van, a háború előtti és a háború utolsó és utáni évek újszülött-anyagát vizsgálták, és pedig az 1910., 1911., 1912., továbbá az 1917., 1918., 1920. évből, egyáltalán összehasonlítva a béke és a háború alatt és után születettek súlyait. Arra az eredményre jutottak, hogy a bekevevekben a téli hónapokban születettek testsúlya általában kisebb, mint azon hónapokban, amikor a tej, vaj, tojás, zöldfőzelék, melyek tudvaleg fő képviselői az A-vitamin-tartalmú táplálékoknak, könnyebben beszerezhetők. A háború és béke újszülött-anyagát összehasonlítva, általában nagyobb testsúlyúaknak találtak a béke anyagát.

Mindezek mellett teljesen nem fogadhatják el Abel nézeteit, amennyiben a születési súly nem csupan az anya vitamindús táplálkozásától függ, amit bizonyít azon tény, hogy oly hónapokban is találnak igen alacsony születési súlyt, amikor a vitaminhiány, ha nem is kizárt, de nagyon valószínű. Éppígy nem helyeslik Abel feltevését, ki teoriáját megfordítva a szűkmedencék melletti szülés lefolyását látná befolyásolhatónak. Erdemesnek tartják azonban normalis medencéjű, de gyenge asszonyoknál a terhesség utolsó hónapjaiban vitamindús agyagok, pl. csukamájolaj forcierozását, mint Abel azt egy esete alapján ajánlja.

Farnos Ilona dr.

A pertussis befolyása a tuberculin-reactióra. Galli. (La Pediatría, 1923, okt. 15.)

150 pertussisban levő gyermeket vizsgált, de csak 48 gyermeknél végezhetett rendszeres Pirquet-reactiót; 85'4%-ban talált energiát s így a morbilli 100%-os energiája után mindjárt a pertussis következik a scarlatina 83%-a előtt. Ez a pertussisnál talált energia 60—90 napig tart.

Ágoston dr.

Lues congenita bismuth-kezelése. Genose és Mazzacava. (La Pediatría 1923, okt. 15.)

A római gyermekklinikán 18 esetben végeztek L. c.-nál bismuth-kezelést. Különböző bismuth-vegyületeket használtak. Luatol 1 cm³-ében 0'10 g a hatóanyag, bismucol 2—5 cm³-es fiolában 0'5—1 cg a hatóanyag, spironal 1 cm³-e 1 cg hatóanyagot tartalmaz. Egy-egy kúránál közönségesen 20—30 cg-ot adtak, de adtak 60—70 cg-ot is minden baj nélkül. Legjobban bevált a bismucol (bismuth-colloid). Helyi gyulladást s a bismuth kiválasztásánál kellemetlenséget nem kaptak. Igen melegen ajánlják a bismuthot, annak kevésbé mérgező volta és az injectio fájdalommentlansága miatt. A gyógyító hatása kisebb ugyan, mint a salvarsané, de különösen az arsenel és higannyal szemben resistens luesnél igen szép eredményeket láttak.

Ágoston dr.

Urologia.

Sacro-lumbalis behatolás a vesesebészetben. V. Richer. (Journ. d'urolog. 1923, 16. köt., 1. sz.)

Az anatómiai intézetben végzett kísérletek alapján ajánlja főleg olyan esetekben a vesének a sacro-lumbalis közben ejtett metszésből való feltárását, melyeknél a hiluson, vesemedencében vagy az ureter felső szakaszán kell műtétet végezni. Ideális behatolás továbbá a vándorvese felvarrásához is. A behatolás előnye, hogy a vesét nem kell helyéből kimozdítani, kis beavatkozásnál túlságosan kihámozni és így nagyobb vérzés és a fertőzés veszélye kisebb. A behatolás a gerincoszloppal párhuzamosan, a széles háliozomzat szélétől kissé a középvonal felé történik. A széles háliozom bonyóját hasítva, annak medialis szélét a háliozommal együtt félrehúzzuk. Alatta ugyanilyen irányban a transversus bonyóját és a quadratus lumborumot kell még átmetszeni, amikor is a laza perirenalis zsírszövetből a vese könnyen szabadabbá tehető. A vesekocsány jobboldalt a második ágyékcsigolya magasságában, baloldalt valamivel feljebb fekszik.

Adler Károly dr.

A phenolsulphoptalein-próba szerepe a prostatektomia műtéti indiciójánál. M. Negro és G. Colombet. (Journ. d'urolog. 1923, 16. köt., 1. sz.)

A prostatektomia utáni halálozás legnagyobb részét a legtöbb szerzőnél a veseelégtelenség okozza. A veseműködés műtét előtti meghatározását a szerzők 58 esetben végezték P. S. P.-nal, párhuzamosan a vér ureum-tartalmának meghatározásával és az Ambar-együtthattal és minden esetben a P. S. P.-próba mutatkozott a legpontosabbnak. A vér ureum-tartalma a táplálkozással befolyásolható, az Ambar-együtthattal pedig nehéz technikája mellett némely esetben a klinikai tünetekkel és a műtét utáni lefolyásnak nem megfelelő értékeket mutatott, szemben a P. S. P.-próbaival. Természetes, hogy minden esetben az egyéb szervi elváltozások figyelembevétele kell hogy a vizsgálatot kiegészítse. A szerzők mindig intravenásan alkalmazták a P. S. P.-t és normalisnak a 10 percen belül való megjelenését és egy óra alatt minimalisan 45%o kiválasztását vették. Igen szemléltetően mutatja a próba a rossz veseműködésnek a hólyagbéli pangás megszűnte után fellépő fokozatos javulását és ugyancsak itt mutatkozik a másik két vizsgálati módszer elégtelensége.

Adler Károly dr.

THERAPIA

A debreceni kir. magy. Tisza István-tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye (igazgató: Neuber Ede dr. ny. r. tanár).

Adatok az acne vulgaris terapiájához.

Írta: Dóczy Gedeon dr. egyet. tanársegéd.

Az acne vulgaris terapiája az utolsó években erősen kibővült. A belsősecretiós mirigyek élet- és kórtani ismereteinek újabb és szélesebb alapra való helyezése, a fénytherápia rohamos fejlődése, a parenteralisan adott nem-specifikus anyagok, valamint a colloid-chemia vívmányainak tágabb körben való alkalmazása, mind közreműködtek abban, hogy a helyi kezeléssel elért eredményeket igen sok esetben megjavították, sőt helyi kezelés nélkül is sokszor szebb és tartósabb gyógy-sikert mutattak fel.

Az alábbiakban 64 esetről számolok be. A helyi kezelést valamennyi esetben mellőztem. A beteganyagot három csoportba osztottam, és pedig: 1. belső secretio, 2. parenteralisan adott nem-specifikus anyagok, 3. fénytherápia csoportjába.

Belső secretio.

A belsősecretiós mirigyek termékei bizonyos izgató anyagok: a hormonok. E. Hering¹ a hormonokat két csoportba osztja: assimilatiós és dissimilatiós hormonokra. Az első csoport tagjai szerepet játszanak mindazon folyamatokban, melyek az élő állomány felépítéséhez vezetnek (az anyagcsere ú. n. anabolikus fázisában.) A második csoportbeliek az élő állomány szétesését idézik elő, illetve ez irányban kedvezően működnek közre (az anyagcsere ú. n. katabolikus fázisában.) Ezek alapján nyilvánvaló, hogy mindennemű assimilatiós izgalom a dissimilatió akadályozottságát tételezi fel és fordítva.

A belsősecretiós szervek extract anyagai éppúgy, mint a heteroproteinek, anaphylaxiás tüneteket válthatnak ki. Biedl és Kraus² azt találták, hogy az ana-

phylaxiás jelenségek a peptonjellegű fehérjemérgezés tüneteire hasonlók. Ezideig még nincs eldöntve az a kérdés, hogy anaphylaxia esetében méreghatás, vagy colloidalis egyensúlyzavar forog-e fenn, amelynek következménye anatómiai és funkciós elváltozás volna. Kopaczewski (Paris) munkái colloidalis zavar fennforgása mellett szólnak.

Általánosságban minden egyes belsősecretiós szerv a saját működésén kívül még más szervek működésére is lehet módosító hatással. Ez a viszony természetesen fordított irányban is fennáll.

A thyroideának, a hypophysisnek s a thymusnak hatás tekintetében bizonyos közös tulajdonságaik vannak, amelyek a fiatal szervezetre igen erős befolyást gyakorolnak. Eseteimből főleg a működés-zavar vagy működés-kiesés kapcsán fellépő anyagcsere-elváltozások és a csirmirigyek normalis működését gátló hatás bírnak jelentőséggel. Felnőtteken a fenti belsősecretiós apparatus működésében beálló zavar súlyos anyagcsere- és nemi funkciós elváltozásokat von maga után, mindenekelőtt a hypophysis működésének zavarára.

Hollander³ szerint a fejlődő puberalis csirmirigy tevékenysége a faggyúmirigyek működésére fokozó hatást fejt ki. A mirigykiürülés ezzel a fokozott működéssel nem tud lépést tartani. Az acne kifejlődésekor a kórképhez még a következő, bakterium-fejlődést elősegítő momentumok járulnak: a szövet csökkenő oxidálóképessége, a hyperaemia és a congestio. Két acnefeleséget különböztet meg: 1. olyan acnefeleséget, mely sovány, vérszegény, fokozott anyagcserejű egyéneknek fordul elő, ezekély ellenállóképességgel fertőzővel és intoxicatióval szemben, ez a *thyreoidtoxicosis*; 2. lomha, plethorás, túltáplált egyénekben lefokozott anyagcserevel lefokozott thyreoidismus lép fel. Előbbiek a szokásos kezeléssel kívül naponként 3-4-szer 5 g mellékvesét kapnak, két hónapon keresztül, az utóbbiak gondos ellenőrzés mellett 3-szor 1/4 g thyroideát, ugyan-csak naponként, két hónapon keresztül. Hollander szerint here- és ovarium-adagolások feleslegesek, és egyedül adva semmi hatást nem fejtenek ki.

Luithlen⁴ azt írja, hogy az acne vulgaris keletkezésére vonatkozó észleletek (fellépés a pubertas idejében, bőrlenségek a climacteriumban stb.) a csirmirigyek hatására mutatnak. Mivel kísérleteiben a colloidtherápia egyedül nem fejtette ki a kívánt hatást, organotherapiával egyesítette (ovarium-tabletta, illetve hypophysis-extractum). A colloidtherápia hatása alatt át-hangolt anyagcsere-támogatják a belsősecretiós mirigyek elválasztott anyagai (hormonjai) által kiváltott anyagcsere-elváltozások.

Pick⁵ 17 esetben adott thelygan-, illetve testogan-tablettákat, vagy pedig ugyanezt az anyagot injectióban. Adagolás 5-6 héten keresztül 3-6-naponként egy-egy tablettát, vagy 10-10 injectio, kétheti szünet közbeiktatásával. Négy esetben eredménytelen maradt a kezelés, öt esetben jelentéktelen, nyolc betegnél feltűnő jó hatást ért el.

Lapinsky⁶ észleletei szerint a thelygan a nők acne vulgarisára szembetűnő hatást fejt ki.

Scholtz⁷ pluriglanduris megbetegedésnek tekinti az acne vulgarist és éppen ezért a legcélszerűbb kezelési módnak az összetett szervkivonatok hosszabb időn keresztül adott kis adagait tekinti.

Négy esetben adagoltam két hónapon keresztül naponként 3-szor 1/4 g pajzsmirigyét. Két esetben jelentékeny javulás állott be: a hyperaemia csökkent, a papulák laposabbak lettek, de teljes tünetmentességet nem észleltem. A javulás a kúra befejezése után kb. 7 hétig tartott. Két javult eset elmaradt és így megfigyelésük nem volt lehetséges. A kezelés a folytonos szívellenőrzés miatt nehezen végezhető.

Két elhárjasodott nőnek két hónapon keresztül naponként 3-szor 5 g mellékvesét adtam. A mellékvese-kezelés javulást eredményezett, majd a folytatólag öt-naponként adott hat hypophysis-injectióra nyolcheti tünetmentességet észlelhettem. A betegek azóta nem jelentkeztek.

Parenteralisan adott nemspecifikus anyagok.

Ezekről általában elmondható, hogy az acne vulgaris pustulák alakjánál jó hatást fejtenek ki. Így mint segítőszerek a terapiában igénybe vehetők.

A tejet, az aolant, a terpichint, a 10 és 20%-os terpentint, a caseint és a caseosant 3-3 esetben próbáltam ki. A caseosan-hatás az egyedüli, amelytől nyolcheti tünetmentességet láttam. A többiek a folyamat terjedé-

sét olykor gátolják, egyes esetekben tünetmentessé is teszik, de múltó hatásúak. Caseosantól jó eredményt látott *Stoerber*.⁵

A kombinált hatású staphylopatren igen kedvező eredményt váltott ki két esetben. Az egyik betegnél az első injectio után öt nap múlva adott következő injectióra (2½ cm³) kb. 20 perc múlva shik lépett fel. A shok 1 cm³ (10 eg) coffeinum natr. benz adására pár perc alatt elmúlt. Ezután a prophylaktikusan adott 10 eg coffein-injectio után shok nem fordult elő. *Ruete*⁶ által említett tartós utóhatást ezideig nem volt alkalmam megfigyelni.

Öt esetben az autovaccina 6—8—10 injectióra megszüntette a pustula-képződést. Az autovaccinát ½ cm³-rel kezdtem (500 millió csira) és négy-öt naponta ¼ cm³-rel emeltem az adagot, egészen 2 cm³-ig. Szükség esetén ez utóbbit ismételttem. Az autovaccinát háromhetenként frissen készítettem. A bőr alá adott autovaccina-injectióra beálló duzzanat, bővérőség, beszűródés az egyidejűleg alkalmazott ólomvizes parakötésre igen hamar elmúlt.

A gyári vaccinák közül a leucogen és staphar két-két esetben jóhatásúaknak bizonyultak. A gyógyszeremény az autovaccinát nem éri el.

*Pautrier*⁷ által ajánlott intramuscularis kén-injectio a parenteralisan adott nem-specifikus anyagokhoz hasonló hatást fejt ki. Mind a két beteg intenzív fájdalomról panaszkodott.

Fénytherápia.

*Kissmeyer*⁸ 1922-ben a stockholmi kongresszuson az ívfény acne vulgarisra való kiváló hatásáról számolt be.

A Röntgen-sugarak kis dosisban a sejttevékenység élnkülését, emelkedését eredményezik. Ily módon hypofunctio állapotok megfelelő dosissal gyógyászati-lag kedvezően befolyásolhatók. Számos ily irányú kísérletezés történt. Így *Brock* a thymust psoriasis, *K. Wagner* az ovariumot Basedow, *Stephan* a pankreas diabetes, *Holzknicht* és *Steinach* a csirmirigyeket impotentia eseteiben sugarazta be kisebb Röntgen-adagokkal.

*Thedering*⁹ egyesített kvarc és Röntgen-kezelést ajánl. Egy-két kvarc hámlasztás után — midőn már a reactio lezajlott — tíznaponta ¼ E. D.-től egészen 1 E. D.-ig terjedő dosisú besugárzást alkalmaz. Ezt az adagot háromheti szünet után megismétli. Ilyen kezelés mellett kb. 10 hét alatt gyógyulás állt be.

*Hochmann*⁷ ½ milliméteres aluminiummal szűr, *Schmidt*⁷ 7 Wehneltes szűretlen sugarakkal dolgozik. *Hasen* háromhetenként ad filter nélkül, az E. D.-nél yalamivel kisebb adagot. *Highman*⁷ módszere a következő: hétnaponként 10—16-szor 1 H., mely után 90%-ban kielégítő eredményt tapasztalt. Észleletei szerint ki-újulásokra két-három hasonló besugárzás elegendő. Belgyógyászati therapia és diaeta elősegítik a gyógyulást.

Witherbee és *John Remer*⁷ dosisa: ¼ H. E. D., vagy 1 H. szűr nélkül. A kezelést még akkor is folytatják 12—16 héten keresztül, ha 8—10 hét után acne-papulák már nem jelentkeznek. *Pitcher*⁷ az egyesített diatherma- + Röntgen-kezelés mellett foglal állást. Indurált acnenál 1 mm-es aluminiumos-szűrőt használ kis dosissal. *Jacoby*⁷ csak makacs esetekben végez besugárzásokat, és pedig hetenként Coolidge-csővel ¼ H. E. D.-t szűr nélkül, 10—16 ülésben. *Knox*⁷ még makacs esetekben is jó eredményt ért el Röntgen-kezeléssel.

24 esetben alkalmaztam Röntgen-kezelést. A pustulás alakoknál autovaccinával egyesítettem a Röntgen-kezelést. A dosis tíz esetben tíznaponta szűr nélkül 15—30 F., három vagy négy ülésben. Ezután 6 hét és 14 hét múlva újabb besugárzás ugyanezen dosis ismétlésével. Három acne indurata esetében ½—1 mm-es aluminium-szűrővel 40—80 F. három-négyhetenként, ugyanezen schema szerint. 11 acne papulo-pustulosa esetében ½ mm-es aluminium-szűrővel 30—60 F. négy ízben, háromhetenként s utána 6 és 14 hét múlva ugyanazon dosist ismételttem.

A Röntgen-kezelést puberalis hypofunctio két esetében a thelygan, illetve testogan alkalmazása tette teljessé (Pick módszere szerint).

Röntgenezésre igen szépen javuló két dysmorrhoeás nőbeteg acneja glanduovin-kezelés (*Richter*) után tünetmentessé vált. Az adagolás módja: két-háromszor hetenként, ½—1 fioláig emelkedve hat injectio. Ezután két hét szünet és ismét hat injectio ugyanolyan módon. Shok kétszer lépett fel a kezelés folyamán, azonban az injectiók közötti idő kitolásával ez többé nem fordult

elő. A shok után következő két injectiót 5—5 napi pihenővel adva, rátérhettem a rendes, hetenként két-háromszori adagolásra. Célszerű az injectiókat a fellépő szívdobogás, a különböző fokú, azonban múltó szédülés miatt fekvő helyzetben adni és utána kb. félóraig a beteget pihentetni.

Röntgen-sugarakkal kezelt eseteim 80%-ában 4—6 hónapi tünetmentességet észleltem és a 10%-ban elszórva fellépő acnepustulák 2—3 autovaccina adása után leszáradtak. A hátralevő 10% megfigyelésre nem jelentkezett.

Összefoglalás:

A Hollander-féle thyreoidtoxicosisok és hypothyreoid acneféleséghez még egy dysfunctio vagy correlatiós alcsoport felvételét tartanám szükségesnek. Ez utóbbiban a tünetek szerint még thelygan, testogan, hypophysis és glanduovin adagolása is indokoltnak látszik.

Egyes organotherapiás kezeléseket sikertelenségét a dysfunctio figyelmen kívül hagyása magyarázza.

A parenteralisan adott nem-specificus anyagok az acne therapiájában igénybe vehetők, elsősorban a caseosan. Hatásuk jónak mondható, de múltó. A combinatiók közül a staphylopatren ajánlható, esetleges shok egyidejűleg bőr alá adott 10 eg coffeinnel megelőzhető.

A pustulosus acne eseteiben mindenkor bevált segítőeszköz az autovaccina. A gyári készítmények közül a leucogen és a staphar tesznek jó szolgálatot. Természetesen hatásban az autovaccinát nem érik utól.

A Röntgen-kezelésre kapott igen jó eredményeket helyi hatásnak tudom be, azonban nem lehetetlen, hogy a besugárzott bőrterületekben biológiai elváltozások lépnek fel, hasonlóan a nem-specifikus therapiához, s ezek az elváltozások (elbontott fehérje, gyulladási termékek stb.) a belsősecretiós mirigyek működését kedvezően befolyásolják, s ilyen módon karöltve adódik a jó gyógyhatás.

Irodalom: ¹ *Loewy-Zuntz*: Physiologie. — ² *Biedl*: Innere Sekretion. — ³ *Archiv f. Dermat. u. Syphilis*, 1921, 131. köt. — ⁴ *Medizinische Klinik*, 1922, 46. sz. — ⁵ *Deutsche med. Wochenschrift* 1921, 18. szám. — ⁶ *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1921, 140. köt. — ⁷ *Zentralbl. der Haut- und Geschlechtskr.* 1921. és 1922. évfolyam.

HETI KRÓNIKA

A letűnő év százados határemléke volt a múlt sok nevezetes eseményének. Az év első napján ismétlődött századoszor Petőfi születésének éve. Madách Imre, Radákovich József (Vas Gereben), Pákh Albert is 1823-ban születtek. Ekkor írta Kölcsey a magyar nemzet Hymnusát és ekkor jelent meg Bolyai Farkas világhírű geometriája is. Ebben az évben mondotta ki Monroe, az Északamerikai Egyesült Államok elnöke híres doctrináját, mely hazája nagyságának és imperialistikus politikájának csirája lett.

A 23-as év azonban orvos-természettudományi szempontból is emlékezetes. 300 évvel ezelőtt, 1623-ban jelent meg David de Planis Campy könyve,¹ amelyben először javasolja a syphilis gyógyítására az arsen használatát. 200 év előtt fejezte be életét Leeuwenhoek, Joblot, Wren és 100 évvel ezelőtt Jenner, vizont ekkor született Rudolf Leuckart, Schiff, Esmarch és mások.

Athanasius Kircher (1602—1680), a zseniális Jézus-társasági atya volt az első, aki mikroszkopikus lényeket látott, melyeknek létezését azonban már Marcus Terentius Varro, a legnagyobb római polyhistor (Kr. e. 116—27.) is sejtette. (Rer. rustic. 1. I. 12, 2.) Kircher, aki az ő 30—40-szeresen nagyított „Microscop“-jával vizsgálódott, persze nem adhatott pontos leírásokat könyvében (*Scrutinium physico-medium contagiosae Luis, quae dicitur Pestis stb.* 1658 Lipsiae), mégis határozottan mondja, hogy a rothadás csak mikroszkoppal észlelhető lényektől függ, amelyeket ő contagium animatumnak nevezett (...non nisi post admirandum Smicroscopii inventum, omnia putrida innumerabili vermium oculo non armato insensibilium foetura sca-

¹ Címe: La Vérole reconnue, combattue, et abatuë sans suer et sans tenir chambre, avec tous ses accidens. Lutetiae Parisiorum, 1623.

tere cognitum fuit)¹ és, hogy a fertőző betegségek is rothadásszerű folyamatok eredményei, melyeket „animalculák, vermiculák” okoznak. Kircher csak annyiban tévedett a felfedezésében, hogy ő a microbák létrejöttét a generatio spontanea szerint értelmezte. Ő volt azonkívül az első, aki hypnotikus kísérleteket is végzett és katalépsziát idézett elő állatoknál.

Leeuwenhoek Antony (szül. Delftben, Hollandia, 1632-ben), vagyos, gondatlan életet élő hollandi polgár, szorakozásból megtanulta az optikai lencsék köszörülését és oly tökélyre vitte a nagyítók készítését, hogy több száz mikroszkopja között 300-szorosan nagyítók is voltak. Ezekkel szorgalmasan folytatta Kircher bűvárokodását; ő látott 1675-ben először infusoriumokat, amelyeket, helyesen, állatkáknak (dierkens, beesjes, cleijne schepsels) nevezett. Ő ismerte fel a hajszálerek szerepét a vérkeringésben, a harántcsikolt izomrostokat, a szívizomrostozat elágazódását, a dentinesatornácákát és a szemlencse rostos szerkezetét: itt némileg tévedett, amennyiben a lencsét aktív összehúzódásra és tágulásra képesnek gondolta. A spermiumokat ugyan tanítványa, Ham észlelte először a mikroszkopban, de Leeuwenhoek, aki azokat animalcula seminisnek nevezte el, hangoztatta először fontosságukat a pete kifejlődésénél. E nézetét azonban az „ovulisták” megtámadták. Leeuwenhoek adta a Schwammerdam által már 1658-ban látott vörösvértestestecskének pontos leírását is; továbbá hangoztatta, hogy a comedo nem féreg, mint azt általában hitték. Felfedezései később feledésbe merültek és csak a XIX. század közepén kezdték újra méltatni, amikor Kölliker újból felfedezte a spermiumok szerepét a termékenyítésnél és a szívizomrostok elágazódását.

Leeuwenhoek kutatásait a tudóst jellemző szenvedéllyel és élvezettel végezte. Eredményeit a londoni Royal Society-vel 375 és a francia Tudományos Akadémiával 27 levélben közölte. Az előbbinek tagja is lett. Joggal tarthatjuk őt a mikrographia megalapítójának.

Valamivel később született, de szintén 1723-ban halt meg egy másik protozoologus, az alig ismert *Louis Joblot*. Ennek fő érdeme a generatio spontanea tanának megeafolása volt. Ezt általában Pasteurnak, Spallanzaninak, vagy Needhamnak tulajdonítják, pedig Joblot már 1718 előtt eldöntötte ezt a kérdést. Szénát főzött ugyanis egy nyitott és egy zárt edényben; az első néhány nap múlva infusoriumokkal volt tele, míg az elzártban csak akkor léptek ilyenek fel, ha ahhoz előbb levegőt bocsátott. Joblot volt az első, aki hó által sterilizált. Érdemeit csak Konarski (1895) és Brocard (1905) méltatták megfelelően.

Leeuwenhoekkel egyidőben élt (1632—1723) *Sir Christopher Wren*, az a zseniális építész, aki az 1666. évi tűzvész által elpusztított Londont újjáépítette és ezzel annak mai képét megalkotta. Ő természettudományokkal is foglalkozott és először alkalmazott intravenás injectiókat; kutyáknak opiumot és crocus metalorumot (antimon) fecskendezett be. Ugyanabban az időben (1654—56) adták először a ma annyira aktualis vértransfusiót is. (Francesco Folli, R. Lower, R. Coga.) Wren egyébként Willisnek „Cerebri anatome” című könyvéhez rajzolt szép képeiről ismeretes.

Edward Jenner (sz. 1749) szintén 1823-ban halt meg. Ő oltott himlő ellen először (1796) borjúnyirokkal.² Korszakot alkotó munkája „An Inquiry into the Causes and Effects of the Variola Vaccina” címen 1798-ban jelent meg. Már sok száz év előtt ismerték Salernóban, illetőleg a Keleten a himlőpustula immunizáló hatását. Így történt, hogy Lady Montague, a konstantinápolyi angol követ felesége 1718-ban és 1721-ben egy-egy szelíd járvány alkalmával gyermekeit beojtatta emberi himlőnyirokkal; ez az eljárás mégsem terjedt el, mert nagyon veszélyes volt. Viszont a tehenészek észlelték, hogy a tehénhimlő-pustulával való fertőzés megvédi az embert az emberi himlő ellen. Jenner érdeme volt, hogy

az ilyen elszórt észleletek jelentőségét felismerte, azok alapján eljárást dolgozott ki, amely azóta az egész emberiségnek áldást hozó közkincsévé vált. E vizsgálataiban Jenner még az anaphylaxiát is megfigyelte. Eljárásának érdekében Jennernek sok harcot kellett megvívnia. Bár az angol parlament 20.000 font állami támogatásban részesítette, mégis sok ellenfele volt, akik módszere ellen nagy sikerrel agitáltak. Angliában a „conscience paragraph” ma is megengedi a szülőknek, hogy gyermekeiknek beojtását megakadályozzák. Jenner, mint sok más akkori orvos, nemcsak hivatásában volt kiváló, hanem mint költő, zenész, botanikus és zoologus is kitűnt.

Az 1823. év viszont nyereségeket is hozott az orvosi tudománynak. Ekkor született *Rudolf Leuckart* († 1898); Leipzigben, mint a zoologia tanára működött. Felfedezései a bélférgekre, főleg a trichina életére vonatkoznak. Ő és Küchenmeister alkalmazta először a helminthológiában az experimentumot: cyticereusokat (borsókákat) nyelt le kísérletképen és meggyőződött arról, hogy beleiben ezektől taeniák fejlődnek ki. Fő műve: „Die menschlichen Parasiten und die von ihnen herrührenden Krankheiten” két kötetben, 1863-ban és 1872-ben jelent meg. Családi életének szomorúságai elől (fia öngyilkos lett, leánya korán elhalt) a tudományban kereste és találta meg a vigaszt.

Moritz Schiff (1823—1896) az összehasonlító anatómia tanára volt Bernben, itt, de Firenzében és Genfben is zoológiával és fiziológiával is foglalkozott; még pedig a vagus-, a vasodilatator-idegek és a központi idegrendszer fiziológiájával. Kocher előtt már 1856-ban észlelte a thyreoidea kiirtásával kapcsolatos belső-secretiós zavart és a thyreoidea-transplantációnak és -etetésnek jótékony hatását. 1859-ben a mesterséges diabetest tanulmányozta.

Friedrich von Esmarch (1823—1908) Kielben volt tanár. Ő a német „Samariterwesen”-nek megalapítója. Főmunkássága a hadisebészetre vonatkozik. Az ő eszméje volt az arteriosus vérzésnél életmentő „Esmarch-féle pólya”, amely azóta általános használatba került.

Az 1823. évi politikai viszonyok sokban hasonlítottak a maiakhoz. Mint egy óriási szikla, vagy sárkó, úgy nehezedett a világra a Belle Alliance, a „Szent Szövetség”, amelyet a levert Napoleon ellen kötöttek Európa császárai. Az 1823-as év és korszaka azonban annyi kiváló embert szült — akik a tudományt, művészetet és általában a kultúrát felvirágoztatták —, hogy rövid forradalmak után a békének és újjáéledésnek évtizedei következhetnek. Egy aranykor, amelyhez hasonlót a világ addig soha nem látott. Bárha száz év múlva ugyanezt írhatná valaki!

Herczeg Árpád dr.

VEGYES HÍREK

Tiltakozó szót kell emelnünk. Megdőbbenés, szégyen és harag tolmácsa ez a szó. Megdőbbenés a vakmerőségen, szégyen a megalázásért, harag az erkölcsi silányságért, mellyel három megmondhatatlan napilap az orvosi rendet sérteni merészelte. Az *Est—Pesti Napló—Magyarország* hármaskiadóhivatala levelet küldözgetett szét az orvosoknak, melyben a szellemi ledérség önjellemző stylusával „a mult lomtárába sodródott megdönthetetleneknek látszott szokásokat” és hivatkozva „az anyagi élet elhatalmasodására a lelki, az erkölcsi, a szellemi javakon”, ezt az anyagi rabigát tetézni kívánja „egy életrevalóan hasznos ajánlattal”. Vállalja, hogy az orvosok receptblokk-szükségletéről „díjmentesen, minden ellenszolgáltatás nélkül” gondoskodik, ám „a magyar kultúra (!?) érdekében hozott áldozatkészségét nem tartja titokban s a receptlapok aljára oda nyomtatja a három lap szignumát, mindössze a három szót: Az *Est, Pesti Napló, Magyarország*”.

Nem kell tartózkodnunk az ítéletkimondás egyetlen lehetséges szavától: ez infamia. A fizetőpincér számolószelvényei és a rikkancs reklámcédulái közé rántani az orvos receptjét, vétkes megmondhatatlanság és erkölcsi absurdum. Orvos, ki ilyen papíron írja rendelvényét, hirdetőronggyá silányítja e fontos és zárt okmányt, megérdemli a beteg megvetését, beteg, kinek szenvedését és testi csapását reklámközvetítésre akarja felhasználni egy rikkancsá sülyedt orvos, méltán háborodhatik fel az értelmi brutalitás és profanizáló izléstelenség e merényletén. Ekkorát sülyedt volna rendünk az utóbbi időben, hogy ilyesmivel lehessen reátamadni? Meggyőződésünk, hogy nincs orvos, ki ennek az

¹ Csak a csodálatos mikroszkop felfedezése után vált ismeretessé, hogy az összes rothadó anyagok szabad szemmel nem látható férgek számtalan sarjától hemzsegnek.

² A Jenner által beoltott első ember neve James Phipps volt; mint Joseph Meister, akit Pasteur először vaccinált rabies ellen és Keanu, akit Arning leprával oltott be, az ő neve is belekerült az orvosi irodalomba, csakúgy, mint Pilátusé a Credoba.

erőszakos kufarkodásnak visszatartó voltát ne érezné. Ha mégis élne orvos, ki az anyagiasító szellem erkölcsörlő eszmévilágában ájult izléssel és rokkant öntudattal méltóságvesztő és olcsó kiszolgálójává szegődnek ily alacsony üzleti érdekek, az orvosi rend sérthetlenségét őrző hivatalos keretek meg fogják találni az eszközöket, melyekkel közösségüket a rend e tagjaitól megvédjék.

A magyar orvosi facultásokról írt terjedelmes cikket a *Presse Medicale* december 8-i számának első oldalain Valkányi Rezső dr., a Verebély-klinika műtőorvosa, az Orvosi Hetilap francia referense. Az okosan átgondolt és elrendezett cikk, melyet Csonka-Magyarország térképe és a budapesti klinikák fényképei egészítenek ki, bevezetésében a magyar nemzet eredetéről, történelméről és kultúrhivatásáról ad néhány magvas szóban felvilágosítást, aztán a budapesti egyetem keletkezéséről, multjáról és jelenéről vázol kifejező képet. Az orvostan-hallgatók számára és az orvosszükségletéről a háború előtt és után, valamint az új helyzet követelte intézkedésekről: a numerus claususról és az új vidéki egyetemokről. Felsorolja a Franciaországban tanult magyar professorokat, a jelenlegi nyilvános rendes tanárok neveit, a vizsgarendet s a tanulás eszközeit, megköszönve ama párizsi könyvkereskedések előzékenységét, melyek kedvezményes áron szállítják tankönyveiket a magyar megrendelőknél. (E kedvezményt épp a cikk írója eszközölte ki tavalyi párizsi útja alkalmával.) Végül a cikkíró a francia-magyar csereutak kölcsönös hasznáról, az érdeklődés és megismerkedés szükségéről beszél, felemlíti a budapesten fennálló francia irodalmi tanszéket s a két nemzet közeledésének alapjául szolgáló közös jellemvonásokra figyelmeztet. Köszönjük e cikket írójának és közlőjének egyaránt.

Újabb közegészségügyi rendeletek. A Népegészségügy december 15-i száma a következő rendeleteket közli:

A közkórházi orvosok, tisztviselők stb. ellátási díjait a 72.640/1923. N. M. M. sz. rendelet úgy szabályozza, hogy az utalványozási joggal felruházott hatóságok a mindenkor kiadott kormányrendeletek alapján állapítsák meg és folyósítsák. Természetbeni lakások fűtési és világítási költségei sajátból fedezendők, viszont a tüzelőanyag készpénzváltása ezentúl kijár.

Az oltási és újraoltási díjat a 113.345/1923. N. M. M. sz. rendelet 2 koronáról f. évi november 1-én kezdődő hatállyal 30 koronára emelte.

A községi és kórorvosok lakáspénzének és lakásszükségletüknek építés útján való fedezéséről a 119.200/1923. N. M. M. sz. körrendelet úgy intézkedik, hogy a lakáspénzt legalább a IX. fizetési osztálynak megfelelő lakáspénz mértékéig, de a szükséghez képest magasabbra is emelteti. Ahol pedig állandó lakás bérlet vagy vétel által nem volna biztosítható, ott a községet építésre kötelezi.

A bűnvádi ügyekben alkalmazott szakértők díja az 51.803/1923. I. M. sz. rendelet szerint ezentúl az 1912-ben megállapított díj ezerszerese, a bírósági fogházaknál esetenként alkalmazott orvosok díja az 1920-ban megállapítottak kétszázötvenszerese.

A kiütéses typhus elleni védekezés céljából a 114.464/1923. N. M. M. sz. körrendelet a Weil Félix-féle vérpróbát, tetvenitést, fertőtlenítést, a beteg elkülönítését, az érintettek megfigyelését, kóborcigányok, vándorló egyének vizsgálatát teszi kötelezővé.

Értesítés — felhívás.

Kartársak! A gyűjtött kölcsönösszeg kamatainak hováfordítása immár tárgytalanná vált, amennyiben kartársunk, P. M. dr., kinek érdekében az egész actiót kezdeményeztük, kisenvedett. Nemcsak collegiális, de emberi kötelességünk is volt azonban, családjának a temetkezési költségek és egyéb elodázhatatlan szükségletek fedezésére egy nagyobb összeget is juttatni, ami a tőkének további 4—5 heti kamatjából fog megterülni. Ez okból a kölcsönök visszafizetését csak február 1-jével kezdhetjük meg, mely naptól fogva a kölcsönzött összeg a gyűjtőnél, kinek ívén az aláírás történt, átvehető.

A vissza nem igényelt kölcsönösszeg ellenben a collegák nagyrészeinek kívánsága szerint orvosoknak, illetve azok hozzátartozóinak nyújtandó támogatás céljára ugyancsak mint kölcsönösszeg a legalkotmányosabb formában tovább fog kezelni, gyarapítani és kamatoztatni. Az ügy iránt érdeklődő kartársakat — természetesen csak azokat, kik a multban való, vagy a jövőben történő hozzájárulással jogot szereztek a hozzászóláshoz, — felhívjuk, hogy szíveskedjenek 1924 január hó 30-án, szerdán este 6 órakor a Budapesti Orvosi Kaszinó (VII., Erzsébet-körút 49. II.) külön termében tartandó értekezleten meg-

jelenni, mely alkalommal úgy a tervezetet, mint általában a további teendőket, valamint a kezelési módokat is közösen fogjuk megállapítani. Az összes kartársakat pedig nagyon kérjük, járuljanak mindannyian e kölcsönhöz, hiszen anyagi áldozattal alig jár, sőt kitűnő befektetés, mert egy nemes, nagy ügyhöz segítik véle az orvosi rendet.

Budapest, 1923 december 30.

A kezdeményező bizottság nevében:
Lichtmann Samu dr.

A Budapesti Orvoskör 1924. évben is megtartja szokásos sorozatos előadásait. Ez alkalommal a syphilis tanának haladását tüzte ki az előadások tárgyául, melyet bakteriologiai, venerologiai, belgyógyászati, szemészeti és ideggyógyászati szempontokból ismertetnek Kiss Gyula, Török Lajos, Lévy Lajos, Richter Hugó, Imre József. Az előadásokat a Budapesti Kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében tartják meg minden második hétfőn este 1/27 órakor. Az első előadás január 14-én lesz. Orvoskollegákat szívesen lát vendégül a Budapesti Orvoskör.

Réthy Aurél dr. orr- és gégeorvos rendelését Üllői-út 11. sz. alá helyezte át. Telefon: J. 39—90. Rendel. d. u. 4—6.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint dec. 16-tól dec. 22-ig előfordult hasihagymáz 13 (4), kanyaró 14 (0), vörheny 68 (4), szamárhurut 11 (0), roncsoló torok- és gégegyulladás 17 (1), influenza 9 (1), bárányhimlő 51 (0), gyermekágyi láz 1 (1), járványos fültőmirigylob 5 (0), vérhas 19 (4), trachoma 4 (0). Küteges 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 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.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

TÁTRA - SANATORIUM

OTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m.

Az ideális tátrai magaslati klímának előnyel egyesítve modernül berendezett physikai-dietetás sanatorium gyógyító tényezőivel.

Remek, napsütéses, őszi időjárás. Kiváló őszi kúrák. Elsőrangúdiéta konyha, fekvőcsarnokok, szénsavas, fenyő-, forró-, fenyőfürdők, vizgyógyintézet, Zander-quarz-, Sollux-, diathermia-, villanyos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratórium. Indicatók: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas, asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalescentia. — Tuberculosusok, fertőző- és elmebetegsége kizárva. Sanatoriumi nap-pauszálár 50 Ké-től fölfele. — Fel. Főorvos: dr. Rutich Jenő. Menetjegyirodában, világosítást nyújt, fürdővizumot szerez dr. Adorján László. Vigadó.

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

DAJKA-INTÉZET, VI, Sziv-u. 69. — Wassermannna vizsgált szoptatók dadák felett állandóan rendelkezik. — Telefon: 93-22

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. Pajor Sanatorium
Budapest VIII, Vas-utca 17.

Sebészet, szülészet, urológia, orthopédia és Zander-osztályok

