

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: VÁMOSSY ZOLTÁN, ISSEKUTZ BÉLA, ENTZ BÉLA, GORKA SÁNDOR, CSÍKY JÓZSEF.

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK:

Somogyi Zsigmond: Tapasztalatok a partigen-eljárással bőrtuberculosis esetében. (37. oldal.)

Sehestyén Gyula: Az Achilles-in előrehelyezése izolált peroneus és ischiadicus bénulásnál. (39. oldal.)

Molnár István: A vörös véresejtek sülyedési gyorsaságának diagnostikai értéke a nőgyógyászatban.

Göbl Albin: A gümöbacillus kimutatásáról a liquor cerebrospinalisban. (42. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1923. jan. 27-én tartott XI. és 1922. dec. 2-án tartott VII. rendes tudományos üléséről. (43—44. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Bőr- és nemikórtan. — Fülgyógyászat. — Gyermekorvostan. (45—48. oldal.)

Könyvismertetés (48. oldal.)

Vegyes hírek (a hirdetések 3. old.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem bőrkórtani klinikájáról. (Igazgató: Nékám Lajos dr. ny. r. tanár.)

Tapasztalatok a partigen-eljárással bőrtuberculosis esetében.

Írta: Somogyi Zsigmond dr. tanársegéd.

Ha egy külső kórok és a létrehozott rendellenesség közt az összefüggés annyira világos, mint pl. mérgezés vagy crotonolajjal létrehozott bőrgyulladás esetében, akkor nem kell további okot vagy feltételt keresnünk. Így gondolkodtak a kísérleti bacteriologia kezdeti időszakában a bacteriumok okozta minden betegségről és elég hosszú időnek kellett eltelnie, míg megállapították, hogy egy fertőző betegség keletkezésénél a feltételek complexumában a kórokozó parasita obligát, nem helyettesíthető feltételén kívül szükséges még a szervezet részéről is egy feltétel: az immunitás hiánya.

Immunitás alatt, mint közismeretes, a kórokozókval és azok mérgeivel szemben való ellenállóképeséget értjük. Különösen fontos ennek az ellenállóképeségnek ismerete olyan fertőző betegséggel szemben, mint a tuberculosis, hol ugyanaz a kórokozó a leggazdagabb változatosságú tünetcsoportokat hozhatja létre, aszerint, hogy minő az ellenállóképesége a szervezetnek, illetőleg az illető szervnek. Klinikailag is nagyon fontosnak látszik tehát, hogy rendelkezésünkre álljon valamilyen módszer, mellyel a tuberculosis-immunitást mérni és esetleg fokozni tudjuk. És érthető az érdeklődés és láz, mellyel az orvosok minden egyes eljárást fogadnak, mely tuberculosis-immunitást tud létrehozni; ilyennek remélték annakidején a Koch-tuberculint, a Spengler-féle IK-t, napjainkban a Friedmann-vaccinációt és a Much-Deyke-féle partialantigen-eljárást.

Much abból a feltevésből indult ki, hogy a forgalomban levő tuberculinek azért nem hozzák létre a várt hatást, mert nincsenek feltárva. A másik hibája a tuberculineknek az, hogy mérgező, lázt stb. provokáló anyagokat tartalmaznak. Szerinte tehát immunizáló eljárás csak akkor vezet sikerre, ha

1. az oltóanyag a tbc.-bacillus minden anyagát reactiv, tehát immunitást képző formában tartalmazza;

2. a tbc.-bacillus mérgező alkatrésze el van távolítva.

Ezeknek a feltételeknek úgy tett eleget, hogy híg tejsavval való kezelés útján egy oldható L és egy oldhatatlan R részt állított elő. Az oldható (L) a mérges rész, szerinte az alt-tuberculinlázat, helyi és gócreakciókat létrehozó tulajdonsága tisztán ennek az L alkatrésznek hatása. Az oldhatatlan maradékot (R) tovább kezelve, A (fehérje-

csoport), .N (viasz, közömbös zsírsavak) és F (zsírsavak, lipidok) alkatrészeket izolált. Szerinte a szervezetben eme háromféle partiális antigennel szemben háromféle partiális immunitest képződik; az egyes partiális immunitás erőssége egyenként és az egyénnél időnkint változik. A tbc.-immunitást a három componensnek különböző variációja adja. Eme részleges immunitást egyenként kell meghatározni és a hiányzót activ immunizáló eljárás segítségével kell pótolni. A különböző partiális immunitások egymás hatását keresztezik és a szervezet immunitásába betekintést csakis az egyes partiális immunitások meghatározásával nyerhetünk; éppen így az immunitást is csak az egyes componensek, a partiális immunitásoknak növelésével emelhetjük.

Deyke és Much szerint úgy a szerzett, mint az örökölt immunitás két componensből áll: a celluláris és vér-immunitásból. Általában a heveny fertőző betegségek-nél a vér-immunitásnak, az idősült fertőző betegségek-nél a szöveti immunitásnak van jelentősége, tehát tbc.-nél is a celluláris immunitás a fontos, ez állandó, míg a vér-immunitás folyton változik és ez az oka annak, hogy akár az opsonin-index meghatározásával, akár complementkötési eljárással tbc.-nél hasznosítható eredményeket nem kapunk. Ezzel szemben a sejt-immunitás többé-kevésbé állandó, ez a fontos a fertőzés kifejlődésénél, a betegség lefolyásánál és a gyógyulásnál. Szerintük ez a szöveti immunitás megismerhető oly módon, hogy különböző töménységű antigenből intracutan injectiót adunk és az a leghigabb concentratio, melyre még a szervezet papula- vagy erythema-képződéssel reagál, adja az immunitás nagyságát. Ezt az eljárást immunitás-analysiseknek, az adatok töménységének értékét az immunitás titerének nevezték.

Deyke és Much nagyobb anyagon nyert vizsgálatokból kiderítették, hogy a partialis antigénnel a reakciók általában a következő értékekkel zajlanak le:

A 1:10 milliótól egészen	...	1:1000 millióig
F 1:10.000-től	"	1:10 "
N 1:1000-től	"	1:1 "
MTbR 1:10 milliótól	"	1:1000 "

tehát a partialantigének-nél az arány N:F:A=1:10:1000. Ezt normaltiternek nevezték; ha ettől eltérés van, ha egyik partialis immunitás hiányzik, vagy csekélyebb mértékben van meg, ez a szervezet immunitásának zavarát jelenti. A partialis antigen-therapia feladata a hiányzó partialis immunitesteknek systematikusan keresztülvit activ immunizáló eljárás segítségével való pótlása. A partialis antigenek a fentemlített concentrációkban és Partigen gyári név alatt kerülnek forgalomba.

dett. É szerint az igen élénk reagálóképesség egybeesik a folyamat kiterjedt vagy progrediáló voltával, ami Much elméletével nehezen hozható összhangzásba. A gyengén vagy sehogy sem reagáló eseteknél azonban egyformán találunk jelentéktelen és hatalmas kiterjedésű, jóindulatu és progrediáló folyamatokat. A partigen egyáltalában nem mond a prognosztisra illetőleg többet, mint a klinikai kép.

Therapiás célból összesen 60 esetben, és pedig lupus vulg. 35, lupus erythem. 10, scrophuloderma 4, tbc. verruc. cutis 2, tuberc. papulonecr. 3, erythema Bazin 4, follic. scrophul. 1, Poncet-tbc. 1 esetében alkalmaztunk partigen kezelést. Minden egyes esetben előbb meghatároztuk az immunitás titerét és a leghígabb, még reakciót okozó oldat 0.01 ccm.-jével (vagyis a következő hígítás 0.1 ccm.-jével) kezdtük a kezelést. Bejáró betegek másodnaponként, fekvő betegek eleinte másodnaponként, később naponként kapták az injecciót subcutan a gerincoszlop és scapula közé. Az oltás csaknem teljesen fájdalommentes volt, néha, különösen a töményebb oldatoknál csekélyfokú, 4–5 nap alatt eltűnő infiltratum jelentkezett. Lázat vagy egyéb kellemetlenséget sohasem észleltünk. Eldöntendő, vajjon lehet-e partigennel gócreakciót létrehozni, MTBR 1:100.000, A 1:100.000, F 1:1660, N 1:1000, tehát a legtöményebb oldatokból adtunk néhány esetben 1/2–1 ccm-t, de sem láz, sem gócreactio nem jelentkezett, holott ugyanezen betegeknél 2–6 mg alttuberculin kifejezett gócreakciót és általános tüneteket hozott létre. Betegeinknél részben külső okokból, részben idővesztés elkerülése céljából legtöbb esetben egyéb terapiát is (éles kanál, Paquelin, pyrogallus, tejsav, Röntgen stb.) alkalmaztunk. Eredményképpen megállapíthatjuk, hogy a fizikális eljárásokkal kezelt betegek partigen egyidejű alkalmazás mellett nem gyógyultak gyorsabban, mint a partigennel nem kezelt betegek. Kontrollképpen mégis 19 betegnél a partigen-therapián kívül semmi egyéb eljárást nem alkalmaztunk. Ezek mind ambulans betegek voltak, hogy a klinikai kedvezőbb hygiénés viszonyok okozta javulást ne írassuk a partigen-therapia javára. E sorozatban lupus vulg. 5, lupus erythem. 5, scrophuloderma 2, tuberc. papulonecr. 3, erythem. Bazin 2, follicul. scrophul. 1, Poncet-tbc. 1 esettel szerepel. Ezek közül lupus vulg.-nál, lupus erythem.-nél Poncet-tbc.-nél az állapot nem változott, erythema Bazin javult mindkét esetben, tbc. papulonecr. javult 2, változatlan 1 esetben, follicul. scroph. gyógyult, scrophuloderma javult 1, változatlan 1 esetben. Ezek szerint úgy az eredmény, mint az eredménytelenség megfelel az egyéb tuberculinok hatásának.

Betegeinknél 36 esetben még a kezelés befejezése után újabb titermeghatározást végeztünk, vagyis meghatároztuk a dinamikus immunitást, mint azt Müller nevezi. Itt azt látjuk, hogy 30 esetben magasabb titeret kaptunk, ami az immunitás javulása mellett szólna. Ezt azonban a klinikai állapot egyidejű javulása nem kísérte.

Eredményeinket összefoglalva megállapíthatjuk:

1. Börtbc.-nél a cutanreactio általában töményebb partigenekre jelentkezik, mint tūdőtbc.-nél.
2. Börtbc.-nél a zsírsavcsoporttal szemben határozottan fokozott érzékenység van jelen.
3. Káros hatást, vagy kellemetlen melléktüneteket sem a cutan, sem a subcutan injeccióknál még nagy concentrációnál sem láttunk.
4. Gócreakciót partigenekkel létrehozni nem sikerült.
5. Therapiás eredményeink nem állanak az alttuberculinall elért eredmények fölött.

Leghálásabb köszönetemet kell főnökömnek, Nékám Lajos egyet. ny. r. tanár úrnak kifejezmem, mert a vizsgálatok keresztülvitelével megbízott, a klinika törtbc.-anyagát rendelkezésemre bocsátotta és munkámban mindvégig támogatni szives volt.

Irodalom: Deyke-Altstaedt: Münch. med. Woch. 1917 21. szám. — Fischel: Wiener klin. Woch. 1918 11., 12., 13. sz. — Much: Die Partigengesetze. Leipzig 1921. — Much: Tuberculose. (Ergebnisse d. Hygiene etc.) Berlin 1917. — Much: Immunität (Bauer-Schröder, Berlin, 1913. kézikönyvből). — Müller: Beitr. zur Klin. d. Tuberc. 39. kötet, 2. sz. — Polland-Kiene: Dermat. Zeitschr. 1920 5. sz. — Römer-Berger: Deutsche med. Woch. 1916 21. sz. — Tuszevszky: Therap. d. Gegenwart 1920 7. f. — Wick: Klinisch-Therap. Woch. XXVI. kötet, 37–44. sz.

A m. kir. Erzsébet tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Bakay Lajos egyetemi ny. r. tanár.)

Az Achilles-ín előrehelyezése izolált peroneus és ischiadicus bénulásnál.

Írta: *Sebestyén Gyula dr.* egyetemi tanársegéd.

A bénulásos dongaláb és dongalóláb műtéti kezelése fontos fejezete a sebészetnek; számos oly ínplasztikai eljárás ismeretes, mely ezen kóros elváltozások javítását célozza. E műtétek egyes izomcsoportokat rövidítenek meg, vagy egyes ép izomcsoportok támadópontjait a kívánt működés szempontjából áthelyezik, de legelőször e két eljárás kombinációjából állanak — szem előtt tartva a lábfej mozgathatóságát.

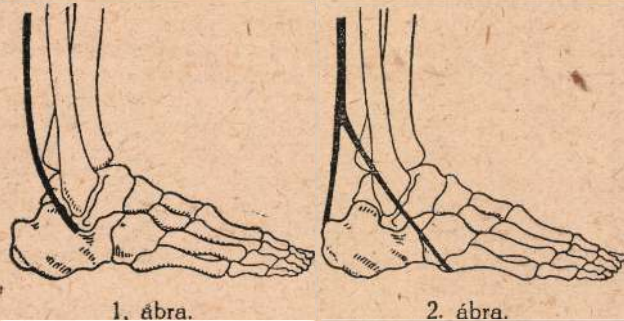
Igy a m. peronei és a m. extens. dig. long. bénulásakor megrövidítik a peroneusokat, egyidejűleg átültetik a m. tibialis ant.-t az os cuboideumra, a dorsalis flexio pronatio elérése végett (*Lange*). Ugyanígy célból helyezték át az Achilles-ínt a láb laterális oldalára (*Lorenz*). A hiányzó peroneusműködés pótlásának egyik legszebb, szintén erőátvitelen alapuló módja az, amidőn a kiesett peroneusműködést a m. tibialis anteriorra bízuk oly módon, hogy az egyidejűleg megrövidített peroneusokat a m. tibialis anteriorral vagy annak egy lehasított nyálábjával egyesítjük. Matti, különösen hadisérülteknél, hasonló indicióval ugyanilyen műtetet végez, azzal a különbséggel, hogy erőforrásul a gastrocnemiusokat használja fel s a bénult peroneus longus inát az Achilles-ín egy nyálábjával egyesíti.

Ezen eljárásokat nagy háborús anyagunkon kipróbáltam és arra az eredményre jutottam, hogy elméletileg akármilyen jól gigondoltak, szem elől tévesztik a gyakorlati célt. Nem is szólva bonyolult voltokról, mindig meg kell gondolnunk azt, hogy mindegyikük erőátvitelen alapszik. Tapasztalásból tudjuk, mit jelent, ha az izomnak rendellenes mozgást kell eredményeznie, legyen bár csak az izom tapadási helye megváltoztatott; számításba kell vennünk számos mellékkörülményt, az operált beteg egyéni sajátosságát is — sok egyéb tényező teszi még a fenti műtétek eredményét kockára; végül a legfinomabb műtéti technika mellett is előforduló letapadások és összenövések mindennél jobban bizonyítják, hogy ezek az elméletileg szépen gigondolt műtétek végeredményben nem váltják be a hozzájuk fűzött reményt. Ha sikerült is egyes esetekben a lábfej motilitását bizonyos fokig javítani, pár hó múlva újra jelentkezett a járást akadályozó, peroneusbénulásra jellemző lógó lábfejartás, s a lábfejnek megterheléskor beálló supinációs kibillenését ezen eljárások segítségével sohasem sikerült megakadályozni. Ez más szóval azt jelenti, hogy az operált betegnek amellet, hogy lábfejét kielégítően mozgathatta, mégis egész életén át viselnie kellett a mesterséges peroneus-sínt. Célnak pedig nem az, hogy pótoljuk a hiányzó dorsalis-flexiót s megadjuk a lehetőségét esetleg a pronationnak is, hanem hogy jó járófelületet alkossunk, amelyet az illető járáskor minden orthopádiai segédeszköz nélkül tökéletesen megterhelhessen.

Ezen gondolatból indultam ki, midőn az Achilles-ínt vettem szemügyre: a m. gastrocnemius két feje a sípcsont felső harmadán egyesül, hatalmas, széles inba megy itt át, melybe erősítésképpen még a musculus soleus is belép hátulról. Így az Achilles-ín már az alszár felső harmadán jelentős képlet; eredése és tapadása közt az eltérés csak méretbeli: eredésénél ugyanis széles, tapadásánál inkább vaskos köteg, de alkotó rostjainak száma úgy eredésénél, mint tapadásánál ugyanaz. Nagyban segített törekvésemben az Achilles-ínnak ezen anatómiai szerkezete, szokailan széles eredése, mely által elvitázhatalanul az első helyre kerül az alszár összes számbavehető inával szemben. Amint az itt következő műtéti leírásból kitűnik, ezen körülmény teszi lehetővé, hogy az Achilles-ín eredésének kétharmadát leválasztva, a leválasztott részt pedig még egyszer felezve, még mindig oly hatalmas ín-részlet áll rendelkezésünkre, mely kellő elhelyezés mellett teljes biztosítékot nyújt a lábhat tökéletes rögzítésére.

A n. peroneus és n. ichiadicus bénulásakor, amikor

az idegműtét nem vezetett kellő eredményre, vagy technikai okokból kivihetetlen volt, az Achilles-ínon mindig a következő műtétet végzem: Az Achilles-ín feltárása tapadásától eredéséig, az alszár közepén túl kb. 2—3 haránt-ujjnyival. Az előttünk fekvő inat eredésétől tapadásáig felezzük oly módon, hogy a felező vonal az inat egész hosszában két egyenlőlten részre osztja. A nagyobbik lateralis részlet a rostok kétharmadát, a kisebbik medialis részlet egyharmadát tartalmazza. A medialis rész eredésétől tapadásáig változatlan marad, kivéve azon esetet, amidőn a lólábállás correctiója ezen ín-részlet meghosszabbítását is követeli. Szükség esetén a medialis ín-részlet meghosszabbítására a közismert Bayer-féle módszert használhatjuk. A lateralis ín-részlet tapadásától eredéséig felszabadítjuk oly módon, hogy tapadását átvágva, az inat magasra emelve, fölfelé húzzuk s a gastrocnaemiusok izomhasáról leválasztjuk oly magasan, amíg csak kifejezett rostokat tartalmaz. Ezek után következik a műtét egyik legfontosabb szakasza: ez a laterális ín-részlet meghosszabbításából áll. Ezen célból a laterális ín-részletet a fentihez hasonló módon ismét két egyenlőlten részre osztjuk, egy nagyobb külső és kisebb belső nyálábra. Helyesen hosszabbítjuk a laterális ín-részletet akkor, ha széjjelválasztó vonalunk az Achilles-ín eredésének mértani közepén fut. Szétválasztó metszésünket a lateralis ín-részleten nem folytatjuk egész hosszában, mivel ezen ín-részletnek meghosszabbtása a cél. Ha most a lateralis ín-részlet külső nyálábját eredésénél a gastrocnaemiusokról leválasztjuk és lefordítjuk, az ín készen áll az előrehelyezésre. Ezen eljárás írásban talán bonyolultnak látszik, műtétkor azonban magától adódik. *Akkor dolgoztunk helyes technikával, ha az előrehelyezendő ín-részlet egész lefutásában egyenletesen erős köteg s ha a lábfejre kerülő lateralis ín-részlet külső nyálábjának distalis részlete az Achilles-ín összes rostjainak épp a felét tartalmazza.* Ezek után a külső boka fölött a bőrt alkalmas eszközzel tunnellsaljuk, az V. lábközépcsont táján ejtett segédmetszéssel keresztül a lefordított ín-részletet előrehúzzuk s az V. lábközépcsont proximalis részletének csonthártyájához rögzítjük. Csak az okozhat nehézséget, hogy a gastrocnaemiusok összehúzódása és elernyedése folytán az Achilles-ín hosszát változtatja s így a már feszesen rögzített ín hirtelen meglazulhat. Ezt úgy kerüljük el, hogy az ín rögzítése előtt a lábfejet maximális dorsalisflexióba hozzuk s végleges rögzítését megismételjük mindaddig, amíg meg nem győződünk arról, vajjon az előrehelyezett ín-részlet a különben lógó lábfej számára valóságos függesztőkészüléket alkot-e? Műtét után a lábfejet három-négy héten át körkörös gipszkötésben tartjuk, ennek eltávolítása után a láb hegyesszögéből derékszögig sülyed és ezen állásában megmarad.

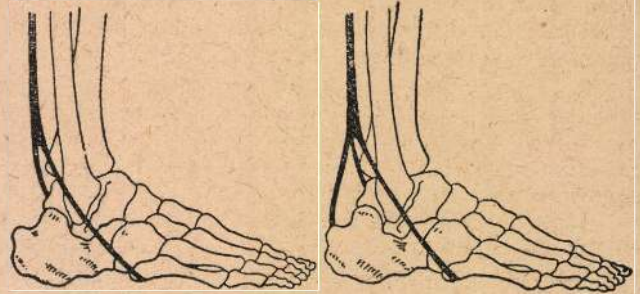


1. ábra.

2. ábra.

A mellékelt vázlaton csoportosítottam azon eljárásokat, melyek az említett javallatok alapján szóba jöhetnek az Achilles-ínon. Hangsúlyozandó, hogy az Achilles-ínnak a maga egészében való előrehelyezése meghosszabbítás nélkül teljesen céltalan. Az I. ábra ezen álláspontomat bővebb magyarázat nélkül is kellően bizonyítja, hiszen épp ezen eljárásnak lényege, a felfüggesztés lehetősége esik el, kellő előrehelyezhetőség hiányában. A teljes Achilles-ínnak meghosszabbításával párosult előrehelyezése statikai szempontból kárhóztatandó, mivel így az alszár egyedüli ép izomcsoportjának: a gastrocnaemiusoknak eredeti tapadásuk irányában való hatását teljesen felfüg-

geszti. Részemről peroneusbénulásnál kivétel nélkül a II. ábrán látható s előzőleg bővebben vázolt műtéli eljárást alkalmaztam. Ischiadicus-bénulásnál, ahol a gastrocnaemiusoknak sincs szerepük, a III. és IV. ábrán jelzett eljárásokból választottam, az eset súlyossága szerint. A legtöbb nálunk kezelt bénulásához súlyos contractura is társult, úgyhogy jóformán minden ínplasztikát (egyidejű) redressement előzőtt meg.



3. ábra.

4. ábra.

Ezen műtét útján sikerült tehát hatalmas heges köteg segítségével a művi peroneus-sínt természetes sínnel, természetes függesztőkészülékkel pótolni. Peroneusbénulás eseteiben a járást akadályozó lógó lábállást corrigálom; ha a n. peroneus prof. ép, a m. tibialis ant. részéről kielégítő dorsalisflexiót észleltem, amely működésre ezen izom kellő felfüggesztés hiányában képtelen. Ischiadicus-bénulásnál, a gastrocnaemiusokat bizonyos szempontból mégis erőcsoport gyanánt fogva fel, felezésükkel egymásra megsemmisítően ható erőhatások segítségével a bénult lábán dinamikai egyensúlyt létesítek s így a contracturák (lóláb) újbóli kialakulását megakadályozom, a megterhelés pillanatában bekövetkező supinációs kibillenést megszüntetem. Ezáltal minden lehetőség megvan a készülék nélkül való járásra.

Több szerző, más javallatok alapján végzett műtétekből, melyek az Achilles-ín átültetéséből és feldarabolásából állanak, következtetve, ezen eljárást mint élettani szempontból meg nem felelőt elveti. Részemről számos eset után káros statikai elváltozást nem észleltem; szerintem hasonló esetekben ily értelemben physiologiai szempontokról szó sem lehet. Teljes sikerrel alkalmaztuk eljárástunkat nemcsak hadisérülteknél, de egyéb természetű peroneusbénulásnál is. Első ilyen irányú műtéteimet négy évvel ezelőtt végeztem, jelenleg tehát abban a helyzetben vagyok, hogy végleges eredményekről számolhatok be.

Az itt vázolt eljárás az említett javallatok alapján eddig használatban nem volt, az eddig ismert és használatos műtéli eljárások pedig nem pótolhatják.

Közlés Budapest székesfőváros Bakáts-téri szülészeti és nőgyógyászati osztályáról.

A vörös vérszövetek sülyedési gyorsaságának diagnostikai értéke a nőgyógyászatban.¹

Irtá: Molnár István dr.

A vörös vérszövet-sülyedés-kérdésének nagy irodalma van, melynek összefoglaló áttekintésétől e helyen el kell állnom.

Valamennyi szerző megegyezik abban, hogy bár igen sok tényező befolyásolja a vérszövet gyorsult sülyedését, mégis a *genyedékes megbetegedéseknél a sülyedés oly gyors, hogy azt semmiféle más factor előidézni nem tudja.* Továbbá kifejezett határ állapítható meg a meghatározott út megtételéhez szükséges időre (Linzenmeyer), illetve a bizonyos idő alatt megtett útra vonatkozólag (Goebel, Westergren).

Gynaekologiai téren a német irodalomban Fähræus után Linzenmeyer saját találmányú eprouvettáival, Rumpf

¹ Előadott a Közkórházi Orvostársulat 1922 dec. 20-án tartott ülésén.

és Haselhorst a pipettás methodussal és legújabban Pewny a Linzenmeyerétől ellérő beosztású eprouvettákban végzett ezirányban kísérleteket. Miután kísérleteimet Linzenmeyer methodusa szerint végeztem, így eredményeinket is csak az övével állíthatom párhuzamba. Linzenmeyer a vörös véresejsülyedési próba diagnostikai értékét a gynaekológiában így praecizirozza:

1. A véresejsülyedés főértéke abban áll, hogy 30 percen aluli sülyedési idő acut lobos genitalis folyamat mellett bizonyít. Kivételek a tubaris rupturák nagy intra-abdominalis vérömlennyel. Továbbá:

2. 1 órán aluli véresejsülyedési időnél még virulens csírok lehetnek jelen. Ilyen esetben legjobb a műtéttel még várni. Egy óránál tovább tartó sülyedésnél már laparatomizálhatunk, 2 óránál tovább tartónál pedig már latens inféctiót sem kell többé félni.

Linzenmeyer hívta fel a figyelmet, hogy oly esetekben, midőn az anamnaesis, a közérzet, hőmérsék, pulzus és a vizsgálati lelet semmi támpontot sem ad, hogy a test valamely részében van-e virulens genyedés, úgy az érzékeny véresejsülyedési próba nagy segítségünkre van.

A véresejsülyedési próba nagy gyakorlati értéke miatt mi is végeztünk kísérleteket közel 300 esetben.

Minden tekintetben Linzenmeyer methodusa szerint jártunk el. 0.2 cm³ 5% natrium citrat-oldathoz szívünk fel venából 0.8 cm³ vért pontosan kalibrált abszolút száraz Pravaz-fecskendőbe. Vigyáztunk, hogy levegőbuborékok ne jussanak a fecskendőbe. A keveréket 2—3-szor óvatosan összeráztuk. Vizsgálatainkat mindig szobahőmérséklet mellett végeztük.

Normalis, egészséges egyéneknek a vörös véresejtek sülyedési ideje általában 3—6 óra.

Menstruáció idején mindig gyorsult a vörös véresejtek sülyedése. 20 esetünkben 10—40 perccel rövidült meg a véresejsülyedési idő.

50 különböző korú grávida átvizsgálásakor a véresejsülyedés-gyorsulás csupán a terhesség második felében jelentkezett az ötödik hónaptól kezdődőleg. — A sülyedési idő általában a két órát nem haladta meg. A graviditas második felében különösen gyors volt a vörös véresejsülyedés a boka-oedemában szenvedő gravidáknál. — Ezeknél mindig egy óránál kevesebb volt a vörös véresejtek sülyedési ideje. Igen nagymérvű vörös véresejsülyedést találtunk Wassermann pozitív gravidáknál. Egyiknél a nyolcadik hóban 35', másikkál a kilencedik hónapban 30' volt a véresejsülyedési idő. E jelenséget különben a gyermekgyógyászatban, mint a congenitalis lues diagnostikumát igyekeztek értékesíteni.

Miután a vörös véresejsülyedési próba mint a graviditas korai diagnostikumája nem bizonyító erejű, a terhesség előrehaladottabb szakában viszont egyéb bevált eljárások állanak rendelkezésünkre, myoma és graviditas közt differentiálásra nem használható.

Nyolc méhenkivüli terhességi esetünkben két tubaris rupturánál találtunk igen gyors sülyedést. Egyiknél 17', másikkál 9' volt a sülyedési idő. Laparatomia egyiknél bűzös, másikkál suppuráló haematokelét derített ki. A hasfal mindkét esetben per secundam gyógyult. Távozásakor az elsőnél a véresejsülyedés ideje 68', a másikkál 56' volt.

A többi operált extrauterin graviditási eseteink sülyedési ideje 20—60' között ingadozott, valamennyi per primam gyógyult.

Intact extrauterin graviditasunk egy volt egyórás sülyedési idővel. A többieknek tubaris abortus, illetve tuba ruptura állott fönn jelentékeny intraabdominalis vérömlennyel, mindig egy órán belüli véresejsülyedési idővel.

Extrauterin graviditas és lobos adnextumor közötti differential diagnózis szempontjából a véresejsülyedési próba egymagában nem bizonyító erejű, mivel mindkettő gyorsítja a véresejsülyedést. A hirtelen kifejlődő acut anaemia mindig döntő tényező.

Általában adnextumornál a csekély mértékben fokozott véresejsülyedési gyorsaság többnyire méhenkivüli terhességnek felel meg, míg a nagymértékben gyorsult sülyedés lobos folyamatnak. Ezek természetesen csupán

irányvonalak, melyek minden más klinikai symptoma figyelembevételével együtt értékesíthetők.

95 adnextumornál végeztük a véresejsülyedési próbát. Ezek egy részénél kérgesen fixált retroflexió, továbbá kisebb-nagyobb parametran exsudatumok állottak fenn. Ezek közül 30-nál végeztünk laparatomiat. A vörös véresejtek sülyedési ideje mindenkor meghaladta az egy órát. Egy esetben (ovariális abscessus) kivételesen 35'-es sülyedési idő mellett operáltunk. Mindkét alsó végtagon jelentkező súlyos thrombophlebitis lezajlása után a beteg gyógyultan távozott.

Többi laparatomizáltunknál a sülyedési idő egy órán felül volt. Mind per primam gyógyult. Csupán egy esetben (myomás uterus kiterjedt ovarialis abscessussal), melynél exstirpatio totalist végeztünk és amelynél műtét közben az ovarialis abscessus tokja megnyílt és belőle bő geny öntötte el a műtési területet, gyógyult a hasseb per secundam. Műtét előtt 3 óra 35' volt a véresejsülyedési idő. Még három ízben fordult elő, hogy a megrepedt pyosalpinxekből geny öntötte el a műtési terrénomot. E három alkalommal amputatio uteri supravaginalis sec. Chrobakot végeztünk és minden drainage nélkül zártuk a hasat. Műtési indicatio mindháromnál lobogó adnexitis volt. Mindhárom per primam gyógyult. A sülyedési idő e három közül az elsőnél 1 óra 10', a másodiknál 1 óra 30', és a harmadikkál 1 óra 50' volt műtét előtt.

15 colpotomisált Douglas abscessusnál, illetve felpuhult adnex tumornál a tenyészet genyeltöket (staphylococcus pyogenes, bacterium colit) mutatott. A véresejsülyedési idő valamennyi esetben 10—20' között változott. Conservative kezelt nagyszámú adnex, para- és perimetritikus és pyometrás betegeinknél is azt a megfigyelést tettük, hogy a vörös véresejtek sülyedési gyorsasága a lobos folyamatok visszafejlődésével vagy újra fellobbanásával ment parallel. Benne egy lényegesen finomabb indicatort találtunk, mint a hőmérsék-görbe, a leukocythaszám és az eddig szokásos provocatiós eljárások. (Diathermia, forró öblítések, terpentinjecció stb.) Eklátans példa 2 pyometrásunk. Egyiket 13' perces sülyedési idővel vettük kezelés alá. Egy hélig naponta desiniciens méhüri öblítéseket végeztünk nála, mire a vörös véresejtek sülyedési ideje 48 perc lett. Másik pyometrásunknál hasonló kezelés mellett 22 percről 60 percre emelkedett a vörös véresejtek sülyedési ideje.

Eddig diathermiát vagy más provocatiós eljárást végeztünk és a reactio jelentkezése szerint igyekeztünk megkülönböztetni a régi megnyugodott és a subacut folyamatokat egymástól. E sok időt elrabló provocatiós eljárások nehézségeinek elkerülésére is jó a véresejsülyedési próba.

Curettagé előtt, sőt felszívó kezelés (massage, forró irrigatiók stb.) megkezdése előtt is utbaigazítást ad a vörös véresejsülyedési próba, hogy nem szerepel-e kezdődő acut vagy subacut gyulladási folyamat a méh függelékeiben?

Benignus tumoroknál 20 esetünkben normális véresejsülyedést találtunk. Így 5 cystánál, 2 dermoidnál és 13 myománál. Kivételesen egy kocsánycsavarodott cystánál 50' volt a véresejsülyedési idő. 3 erősen vérző submucosus myomásunknál 40—70' között váltakozott a véresejsülyedési idő. A tuberculotikus jellegű tumorok általában jelentős véresejsülyedési gyorsaságot mutatnak. Egy esetünkben 34' volt a véresejsülyedési idő, mely menstruáció alatt 24'-re csökkent.

Malignus tumoroknál gyorsult a véresejsülyedés, de különösen széteső inoperabilis carcinomáknál. Továbbá carcinomák intensív rádium- és Röntgen-kezelése után. 12 esetünkben kezelés után 1/2—3/4 órával is megrövidült a véresejsülyedési idő.

6 esetünkben kezdődő carcinomák nem mutattak gyorsult véresejsülyedést. Ezen alapon a normális sülyedési idő post operationem nem bizonyít recidivamentesség mellett.

Laparatomisáltunknál közvetlen műtét utáni első napon 10 esetben végeztünk összehasonlító vizsgálatot, mikor is általában 10—40 perc közt váltakozó véresejsülyedési időrövidülést találtunk a műtét előtti sülyedési idővel szemben.

Vizsgálatainkból kiderül, hogy a lobos adnexmegbetegedések kapcsán végzett műtétek prognosisa egyenes arányban van a vörös vérszövetek sülyedési idejével. Mennél hosszabb idő szükséges a vérszöveteknek a meghatározott út megtételére, annál jobbak a gyógyulási kilátások. Eseteink azt demonstrálják, hogy ha a vér vörös vérszövetjeinek sülyedési ideje legalább az egy órát meghaladja, úgy a műtéli területen a belső genitáliák bacteriumai vagy egyáltalában nem virulensek, vagy virulenciájuk csökkent és a szervezet a továbbiakban könnyen megbirkózik velük. A gyulladás ismételt fellebbbanásának veszélye már nem áll fenn.

A vörös vérszövet-sülyedési próbában bevált diagnosztikai segédeszközt nyertünk a lobos adnexmegbetegedések és a gyulladásos folyamatok következtében fixált uterus helyzetváltozások alkalmas operálási idejének meghatározására. Ezért nem nélkülöznénk szívesen, miután a tapasztalat megtanított bennünket, hogy nagyon bizonytalan a genyedet sterilnek hinni azért, mert lázat nem okoz és provocalióra nem reagál.

Magától értetődik, hogy mint hibaforrásokat, minden más nem gynaekologiai lobos megbetegedést előre ki kell zárni. Így a náthát, bronchitist, tuberculosist, pyelitist, sőt nagyobb fokú anaemiát is stb.

A vörös vérszövet sülyedési gyorsaságának vizsgálása számára a legnagyobb tér a gyulladásoknál nyílik, amelyek a gynaekologiai megbetegedések jelentős részét teszik. A vörös vérszövet sülyedési gyorsasága itt jól bevált mértéknek bizonyult a gyulladásos folyamat stádiumára és kiterjedésére vonatkozólag. Mint ilyen, értékes kiegészítés az anamnesishez, a hőmérsékhez, a leukocythaszámhoz és a tapintási lelethez.

Összefoglalás. A vörös vérszövet-sülyedési próbát igen értékes diagnosztikai segédeszköznek tartjuk a gynaekologiaiban: 1. a lobos és nem lobos adnexlumorok közti differential diagnosis felállításához;

2. a lobos megbetegedések és ezekkel komplikált méhhelyzetváltozások műteti idejének meghatározására;

3. curettage előtt nem egészen kifogástalan adnexleletnél, midőn semmi egyéb támpontunk nincs;

4. extrauterin graviditas és adnextumor közötti differential diagnostikai szempontból csak a többi klinikai tünetek mérlegelésével együtt értékesíthető;

5. irányt mutat általában minden lobos gynaekologiai megbetegedés gyógykezelésében.

Közlemény a fővárosi Szt. István kórház VII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Hasenfeld Artur dr. egyetemi magántanár.)

A gümöbacillus kimutatásáról a liquor cerebrospinalisban.

Írta: Göbl Albin dr. orvos.

Meningitis tuberculosa eseteiben a víztiszta liquorban állás után finom pókhálószzerű fibrinhálózat válik ki, mely a folyadék felszínéről a kémlecső aljáig húzódik. Ha a fibrinhálózatot tárgylemezen vékonyan kiterítjük — így szól a legtöbb közkezeletben forgó könyvben az idevágó utasítás — és Ziehl-Nielsen szerint festünk, akkor a gümöbacillus az esetek 60—100%-ában kimutatható. Az utasítások úgy állítják be a dolgot, mintha a fibrinhálózat vékonyan való kiterítése magától értetődő, könnyű feladat volna. Mikor a kezdő vizsgáló az eljárást megkísérli, szomorúan tapasztalja, hogy a fibrinonál odatapad a platinkacshoz, minden egyes megmozdulására zsugorodik és végül gombostűfejnyi alakatlan tömeggé ugrik össze, melyet igen gyakran még a platinkacsról sem sikerül lekaparni, nemhogy valamelyes kiterítésről szó lehetne. Már pedig az egész eljárás sikere, a Koch-bacillus kimutathatóságának lényege azon fordul meg, sikerül-e a fibrinhálózatot a tárgylemezen vékonyan kiteríteni.

A liquor centrifugálása útján nyert üledékben is kimutatható meningitis tuberculosa eseteiben a Koch-bacillus, mégis érdekes, hogy ma a szerzők legnagyobb

része a fibrinhálózatban való Koch-keresés mellett foglal állást, mint megbízhatóbb eljárás mellett.

Lichtheim, majd Fürbringer már 1895-ben beszámolt nagyobb számú Koch-positív liquorletről. Lichtheim a liquorban kiváló tengelyfonalat emelte ki, fedőlemezen szétbontotta („zerzupft“) és úgy festette. Közleményében kiemeli, hogy assistenseinek nagy türelme nélkül kevesebb esetben kapott volna pozitív eredményt. Első eredményét véletlenül kapta egy még nem diagnoskált meningitis tuberculosa-esetben. Ezzel megcáfolja azt az állítást, hogy a meningitis tuberculosa klinikailag elegendő biztonsággal diagnoskálható, és tulajdonképpen nincs szükség arra, hogy a gümöbacillus kimutatásával a klinikai diagnosis helyességének nagy valószínűségét absolute biztossá tegyék. Igaz ugyan, hogy a klinikai hosszabb megfigyelés biztossá tehet minket a meningitis tuberculosa diagnoskálásában, azonban gyakorlatilag mégis ki kell emelni, hogy a liquor Koch-positív volta néha már a klinikai tünetek első napjaiban teszi biztossá a diagnoszt, amikor nem egyszer még fennjáró betegen történhetik a szomorú prognoszt nyújtó diagnosis megejtése.

Nagyobb jelentőséget nyert ez eljárás tudományos szempontból akkor, amikor meningitis tuberculosa gyógyult eseteit közölték, melyekben a meningitisnek kétségtelenül gümökóros eredete a lumbalpunkciós folyadékban talált bacillussal, illetőleg a pozitív eredményű állatoltással igazoltatott. Bókay 1914-ben közölt cikkében 29 gyógyult esetet gyűjtött össze az irodalomból, melyek közül 16 esetben volt a liquor Koch-positív.

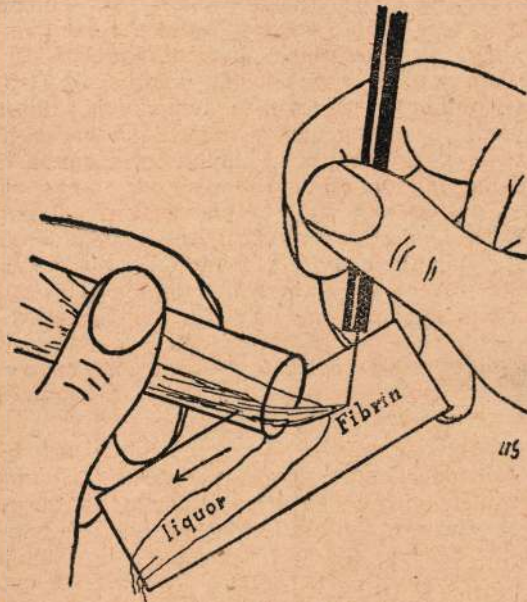
Fürbringer 1893-ban 37 halálos meningitis tuberculosa-esetben 27-szer (80%) találta a liquort Koch-positív-nak, kiemelve, hogy eredményeit centrifuga használata nélkül kapta. Már ő figyelmeztet a laboratoriumi tévedések előfordulására. Egy lázas, öntudatlan állapotban fekvő beteg liquorában Koch-bacillusokat mutattak ki, a boncolás pedig typhust derített ki. Beigazolódott, hogy olyan tárgylemezt használtak a liquor vizsgálatához, melyen előzőleg gümökóros egyén köpetét vizsgálták és a tisztítás alkalmával néhány Koch-bacillust ottfejtettek. Önként következik ebből, hogy csak új, gondosan megtisztított tárgylemezt szabad használni a vizsgálatához.

Említettük, hogy a meningitises liquorban a fibrinhálózat csak bizonyos idő eltelével válik ki. E célból némely szerző 24 óráig jégszekrénybe, más 24 órára thermostalba teteli a liquort, ismét más 12 órai szobahőmérsékleten való állással is beéri. Gyakorlati szempontból fontos, hogy ellenőrizzük a fibrinhálózat kiválásának idejét, mert nem egyszer ez már negyedóra múlva bekövetkezik szobahőmérsékleten és ne várjunk addig, amíg a „fibrinhálózat“ „tengelyfonáll“ zsugorodik össze, mert így elmulasztjuk azt az optimális időpontot, amikor a fibrinhálózatot a legvékonyabban teríthetjük ki és a legszebb készítményt nyerhetjük.

Hangsúlyozandó, hogy a fibrinhálózat kiválása a liquorban nem korjelző meningitis tuberculosa-ra (Engel). Osztályunkon is láttunk két olyan esetet, melyben a liquor fokozott fehérjetartalma mellett fibrinhálózat kiválása volt észlelhető és a szemfenéki vizsgálat neuritis lueticát mutatott (Horváth dr.), amit a további észlelés és az anti-lueses kúrara való javulás igazolt. Kiemelendő, hogy a chorioidealis tuberculomoknak szemtükörrel való kimutatása a meningitis tuberculosa diagnoskását éppoly határozottsággal dönti el, mint a liquor Koch-positív volta.

Osztályunkon a Koch-bacillusnak a liquorban való kimutatására a következő eljárást alkalmazzuk: a lehetőleg vérmentes liquort két kémlecsőben elosztva fogjuk fel. Megvárjuk szobahőmérsékleten a fibrinhálózat kiválásának megjelenését. Gondosan megtisztított új tárgylemezt felfordított pohár tetejére tapasztunk néhány csepp vízzel és a poharat a tetején levő tárgylemezzel úgy állítjuk egy nagyobb Petri-csészébe, hogy a tárgylemez felülről nézve ferde síkban álljon le és előre, amint azt az alanti ábra mutatja. A fibrinhálózat könnyebb kiteríthetőségének biztosítására a kémlecsövet kevéssel a liquor felső határa felett lereszelhetjük, hogy a fibrinhálózzal minél kisebb utat tegyünk meg a kémlecső száraz részén. Esetleg már eleve rövid, széles kémlecsöveket használunk

a liquor felfogására és azokat lehetőleg csaknem egészen megtöltjük. Tűmódra kiegyenesített platinkacsot tapasztva a fibrinhálózat tetejéhez, bal kezünkkel egyenletes, lassú fordulással megdöntjük a kémlőcsövet és mikor a kiömlő



fibrinháló felső része a tárgylemezhez ér, a jobb kezünkben tartott platintű mozdulatlanul rögzíti a tárgylemezen a fibrinhálózatot.

Kiöntés közben a kémlőcsövet a nyíl irányában elhúzzuk, amikor a kiömlő liquor legyező alakjában teríti fel a fibrinhálózatot, melynek alsó részlete a legvékonyabb és legszélesebb; többnyire itt találjuk meg a Koch-bacillusokat. A Petri-csészében felfogott liquor további vizsgálathoz (fehérjetartalom, centrifugálás) még felhasználható, A megszáradt készítményt lángon fixáljuk és szabályszerűen festjük.

Osztályunkon eme már hét év óta alkalmazásában lévő eljárással meningitis tuberculosa eseteiben kb. 80 százalékban találjuk meg a Koch-bacillust, ami megegyezik a szerzők más technikával nyert adataival. Azért tartottuk érdemesnek közölni a kiterítésnek vázolt módját, mert az idevágó közleményekben elegendő utasítás nem található, másrészt rávonatközö ábrát sem találunk.

Irodalom. G. Cornet (Nothnagel): Die akute allgemeine Miliartuberculose. — Lichtheim: B. kl. W. 1895. 11. sz. — Fürbringer: B. kl. W. 1895. — Bandelier-Röpke: A gümőkór klinikája. — Trembur: Klin. Jahresbericht, Bd. 24. — Bókay: O. H. 1914. 19. sz. — Bókay: A gyermekorvos tankeönyve. — Kolle-Hetsch: Bakteriologie. — Eskuchen: Die Lumbalpunktion, 1919.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 január 27-én tartott XI. rendes tudományos üléséről.

Elnök: Horváth Ákos.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutatás.

1. Csépai Károly: *Bismuttal kezelt agyalapi lues*. 32 éves nő 1 év óta szenved lues cerebriben. Híganybedörzsölésre súlyos dermatitist kapott. Jódkészítményekre conjunctivitis, acne, majd arcoedemák jelentkeztek. Ezüstsalvarsan-kezelés a rosszul fejlett vénák miatt nehézségekbe ütközött. 15 gr ezüstsalvarsan után állapot javult, de nem kielégítően, sőt mult év augusztusában papullák is jelentkeztek. Újból próbát tettek higannyal intramuscularis injectiók alakjában, de ismét súlyos dermatitissel reagált. Erre elhatározták, hogy kísérletet tesznek bismuttal. Richter-féle bismoluolt adtak ötnaponként, amit jól tűrt, 10 injectio után (18 cm³ bismoluol) a Wa.-r. ugyan positiv maradt, de a lues cerebri tünetei szépen visszafejlődtek.

Hozzászólás.

Poór Ferenc: A bismutkészítmények közül a bismoluolt 51 esetben alkalmazta, melyek közül 37 esettel vihette végig a

therapiát, a többi idő előtt eltávozott a kórházból. Az I. stadiumban 5 seronegativ eset a kúra végén is seronegativ maradt (100%), 6 seropositiv közül 3 (50%) vált a kúra alatt negativvá. A II. stadiumban 18 eset közül 11 (61%) vált negativvá, 4 (22%) positiv maradt. A III. stadiumban 8 eset; mind a 8 positiv maradt; káros mellékhatásokat nem tapasztalt. A syphilitidek fel-tűnő gyorsan múltak el. Egyedüli bántó körülmény a fogak szélén mutatkozó tartós, vagy talán állandó feketés szegély. További kísérletekre lesz szükség s csak később dönthető el véglegesen, hogy a jogosan nagy reményeket ébresztő bismutkezelés hatása tartós-e, végleges-e a syphilitisnél.

Bemutatás.

2. Mező Béla: a) *Érdekes nephrectomia*. Bár a férfibeteg genyedő bal veséjét eltávolították, sipolya maradt vissza és állapotá folytonosan rosszabbodik. Bemutató a bal lumbocostalis szögletből kiinduló, majdnem függőlegesen a csipőtányérig haladó heget talált, amelynek közepén levő sipoly nyílásából a lumbalis tájra gyakorolt nyomásra bőven ürült törmelékeny geny. A szokatlan irányú metszés azt a gondolatot keltette, hogy a vesét talán nem is távolították el. Ezt ureter katheterezéssel eldönteni nem tudta, mert az ureternyílás hegesen el volt záródva. A röntgen lágyrész-felvétel egy nagyobb ívű halvány körvonalat mutatott, ami véleményét megerősíteni látszott. Vagy bent van a vese és ez tartja fenn a genyedést, vagy pedig a lágyrészek gümőkóros megbetegedése az, amellyel a szervezet már megküzdeni nem tud. Kétségtelen volt, hogy mindkét esetben csak a műtét segíthetett. Ez helybeli érzéstelenítéssel történt. A hashártya az izomzatra erősen letapadt, a mögötte levő kötőszövet megvastagodott. A vesét a kérges heges területen belül a megszokott helyén tapintani nem tudta. Végre is abban a biztos tudatban, hogy a vese még helyén van, a kb. 4–5 mm vastag kérges kötőszövet hosszanti feltáráásával a vesére jutott. Az eltávolított vese másfélszer akkora, dudoros felületű, cavernákkal átszőtt volt. A beteg per primam gyógyult, a műtét óta 30 kilót gyarapodott.

b) *Ureterkatheter captivus*. 2 év előtt egy 54 éves elesett férfibetegét 48 órás anuriája miatt ureterkatheterezi. A bal ureterkatheter 10 cm után megakadt, a jobb látszólag a vesemedencéig halad. Mivel az utóbbiból vizelet nem ürült, a kathetert újból megmozgatja, amikor az, kis akadály legyőzése után, további 5 cm-rel feltolható, és fehérjédús véres vizeletet ürít. A katheter eltávolításakor pár cm kihúzása után megfogódott. A tükrö segítségével könnyű volt megállapítani, hogy a megfogódás oka az ureterben van: spasmus nem lehetett, mert könnyen fel volt toltató. Úgy magyarázta tehát azt, hogy az ureterben levő ovális kő mellett a katheter elhaladt és hogy a tojásalakú kő, a katheter súrlódása folytán, hossztengegyével hátrántul helyezkedett el. Ezért attól a szándékától, hogy először a bal ureterkővet szabadítja ki, elállott és a jobb vese feltáráására határozta el magát.

A műtét más viszonyokat derített ki. Az ureter felső, 3 cm hosszú darabja még egyszer oly tág volt, mint az alatta következő rendes vastagságú rész és a kettőt egymástól heges gyűrű választotta el. Mivel a szűkületet tágítani kellett, az uretert a szűkület felett hosszirányban megnyitotta és a résen át a kathetert el akarta távolítani. Ez azonban a leszakadás veszélye nélkül még innen sem sikerült. Az ureterben nem volt kő, a vesemedence azonban kövekkel teljesen kitöltöttnék látszott. A vesét kibuktatni nem lehetett. Ezért nephrotomiát végzett, amikor kiderült, hogy a vesemedencében 3 uratkő volt. Egy kicsi, lencsemagnyi, ami elzárta az uretert s amit a katheter visszatolt a medencébe; és két, egyenként kis diónagyságú, korallalakú kő. E kövek egymással szemben le voltak csiszolva. Az ureterkatheter a két koralkő között haladt el és azokat az eltávolítás alkalmával, súrlódás folytán, egymáshoz húzta. Ez volt a katheter megfogódásának az oka. A műtét után pár órával exitus. A boncolás baloldali ureterkővet, nagyfokú baloldali hydro-nephrosist, myodegeneratiót és bronchopneumoniát állapított meg.

3. Dalmady Zoltán: *„Szilárd jodtinctura”*. A „Jodograph” név alatt forgalomba jövő („Chemia” vegyipari r. t.) készítmény lényegében szín jod 5–10%-os oldata mentholban, pálcika alakban. Szesszel megnedvesített bőrön enyhe dörzsöléssel oldva, a jodtincturának minden tekintetben megfelelő bevonatot ad,

melynek antiseptikus és hyperaemisáló tulajdonságai a menthol révén még kifejezettebbek. Általában mindenütt, ahol a jod-tinctura alkalmazása akár prophylactikus, akár gyógyító célból indicált, az igazi helyett bizvást használható. Előnye, hogy az ember teljesen veszélytelenül hordhatja zsebében vagy műszertáskájában s hogy használata igen takarékos. Nyálkahártyákon és hámfosztott területeken nem használendő, mert ehető érzést okoz.

4. Torday Árpád: *Fehérvérsejt-csökkenés heveny fertőző betegségekben.* Hasi hagymáz, kiütéses typhus, tüdőgyulladás, gümőkór, egyszerű toroklob, lázas hörghurut, diphtheria, járványos agygyulladás, diphtheria-serummal kezelt esetek, vérhas eseteiben végzett vizsgálatok nem jártak egyöntetű eredménnyel s csak kisebb számban adnak pozitív eredményt. Kanyaró 15 esete, egy kivételével, negatív. Legnagyobb százalékban pozitív a reactio scarlatinánál. 64 betegen 92 vizsgálatot eszközölt és 54 vizsgálatnál 59%-ban kapott pozitív eredményt. Ha ezen statisztikából a 30 napon túl végzett vizsgálatokat levonja, akkor a scarlatina átlag 70%-ban adja a haemoklasiás reactiót; az 5—15 napon vizsgált eseteknél 79%-ban. A reactiónak túlságos diagnostikai értéket nem tulajdonít, mégis azt hiszi, hogy a klinikai megfigyelés segédeszközéül szolgálhat, úgyhogy segélyével a scarlatinás betegek megfigyelési időtartamát jelentékenyen meg lehet rövidíteni.

Hozzászólás.

Budai István: Cholangitis purulenta esetében pozitív haemoklasiát észlelt. Az esetet hastyphustól kellett elkülöníteni. Utóbbi ellen szólt már maga a leukocytosis (18,000), az erős icterus s a jobb alsó tüdőlebenyben észlelhető szőröcsölés, mint helyi tünet; végül furibund deliriumokat észleltek, ami a májszövet rapid pusztulásával együtt arra enged következtetni, hogy a májsejtek szétesése alkalmával a vérbe s a központi idegrendszerbe heves psychomotoros ingerként ható anyagok kerülnek. Hasonló jelentősége lehet a Gerlóczy tanár által észlelt ama ténynek, hogy heveny fertőző betegségek (pl. sepsis) előhaladottabb szakában, ha a deliriumban utazási téveszmék mutatkoznak, az kedvezőtlen prognostikai jel. *Friedmann* hypothesisének sarkpontjává a leukocyták egyenlőtlen eloszlását tette. Bizonyítékai közül azonban hiányzik a legegyszerűbb és legmeggyőzőbb. Ha ugyanis szétesés útján tűnnek el a leukocyták, úgy albumoseknak kell a vizeletben megjelenniök, amint azt ök rendszeresen észlelik, pl. a vörheny gyógyulása folyamán, midőn a leukocytosis apadni kezd. Ha pedig a capillariskokba húzódnak vissza a fehérvérsejtek, akkor a vizelet albumose-kémlésének következetesen negatívnak kell maradnia.

Zárszó.

Torday Árpád: Az emésztési leukocytosisnál Seeliger és Gerjke vizsgálata szerint a leukocytáknak a capillariskokban való bennrekedése mellett azoknak a makrophagok s a reticulo-endothelsejtek által való pusztulása is végbemegy.

Előadás.

Friedrich László dr.: *A modern physiko-chemiai módszerek alkalmazása a gyomordiagnostikában.* Azon törekvés, hogy a gyomor működésére indirect úton következtessünk, még eddig biztos eredménnyel nem járt; talán a levegő part. CO₂ tartalmának meghatározása fog támpontot adni. Addig is a secretio vizsgálatakor a gyomortartalom vizsgálatára vagyunk utalva különböző próbareggelik s ebédék útján. Ezeknek azonban nagy hibáik vannak. Elsősorban befolyásolják a secretio menetét a motilitásbeli eltérések, melyeket nem szabad figyelmen kívül hagyni és a secretio megindulása s lefolyása is egyénekenként változó. Ezért helyesebb az ú. n. szakaszos próbareggeli alkalmazása. Előadónak jól bevált e célra 300 cm³ 50%-os alkoholos oldat. De nemcsak vizsgálati módszereinknek van sok hibájuk, hanem a váladékvizsgálat kivételében is tévedésben vagyunk. A titratiós aciditás nem ad exact képet az ú. n. actualis aciditásról, mely a disszociált H-ionok mennyiségét jelenti. E célra alkalmasak az indicator-sorok. Úgy a Michaelis, mint Shohl és King által ajánlott indicator-sor igen használhatónak bizonyult. Gyakorlati eredményeket ez az eljárás nem mutat fel, de exact tudományos vizsgálatoknál elengedhetetlen. (Ez indicatorokat demonstrálja és ezekkel végzett vizsgálati eredményeit táblázatokba foglalva vetíti.) Az összaciditás

a neutralis pontig való titrálással állapítható meg; ebből levonva az actualis aciditást, a potentiális aciditást nyerjük, mely a gyomorban levő savkötőképes anyagokról ad felvilágosítást. Gyakorlatilag csak megközelítő értékei fontosak a sósavnak; e célra szerző a colorimetrikus eljárás alapján egy színskálát szerkesztett. Mindezen vizsgálatokban nagy előnyük van a fehérjementes próbaebédéknek. A pepsin meghatározásakor exact és jó methodus a refractometriás, melyről szintén saját tapasztalatai alapján beszél.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1922 december hó 2-án megtartott VII. rendes tudományos üléséről.

Elnök: Bókay János.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutatók.

1. Sarbó Arthur és Winternitz Arnold: *Emberi mellékpajzsmirigy-átültetések tetania strumipriva és tetania idiopathica eseteiben.* 42 éves nőbeteg golyvás vidékről való; anyja is golyvás volt. Kisgyermekkorá óta van golyvája, amely súlyos légzési nehézséget okozott. Emiatt 1918-ban strumectomiát végeztek rajta, mely után 2—3 hónapra a végtagokban zsibbadás, majd jellemző tetaniás görcsök léptek fel, főleg havibaj ideje körül. Erőtlenedett, erősen fogyott, felvételkor önmagával tehetetlen vénasszony benyomását tette. Nem állván rendelkezésükre parathyreoidea tabletták, a calciumtherápia pedig hatástalannak bizonyulván, Winternitz tanár egészséges, fiatal egyénből származó mellékpajzsmirigy-átültetést a pajzsmirigy-részlettel együtt a jobboldali musc. obl. abdominis aponeurosis alá. Láztalan lefolyás mellett a tetaniás görcsök enyhülnek, velük együtt a tetania latens is. A beteg psychéje is határozottan feltisztult. Hetedik nap újabb transplantációt végzett a baloldali ferde hasizomba, melynek már a hírére nagy izgalomba jön a beteg és újabb súlyos tetaniás rohamot kap. A második átültetés után kevés és sokkal enyhébb görcs mutatkozik, azután május végétől mind a mai napig nem jelentkezik. Trousseau-tünet már az első műtét óta nem volt. A Chvostek-tünet jobboldalt eltűnt, b. o. gyenge, a latens tetania jeléül. Erb-tünet nincs. Az átültetelt képletek már hónapok óta nem tapinthatók; valószínűleg felszívódtak. Ezenkívül thyreoidea, majd hormoglandularis kezelésben is részesült, mire állapota lényegesen javult: ma bot nélkül jár, arca megtelt, a ráncok nagy része eltűnt, psychéje feltisztult s az azelőtt igen gyakori kényszersírás és kényszernevetés lényegesen alábbhagyott.

A második esetéről megjegyzi, hogy a 17 éves fiú tetania idiopathica tünetével került osztályára és tekintettel az előbbi jó tapasztalataira, a calciumkezelés hatástalanságára s a parathyreoidea tabletták hiányára, ugyancsak epitheltest-átültetést javasolt, amit Winternitz tanár hajtott végre. Basedow-struma miatt operáltak kimetszett parathyreoideáját, ugyancsak a musc. obliquus abdominis aponeurosisába ültette. Néhány napon át magasabb láza és tetaniás görcsei voltak, de hamar láztalanná lett, az ültetvény szépen odatapadt, a seb per primam gyógyult, a tetaniás görcsök megszűntek s csupán a latens tetaniának jele: a Chvostek-tünet maradt meg. Ezen esetek alapján foglalkozik a tetania kóroktanával, amelyben a parathyreoideák lényeges szerepét elismeri ugyan, de elfogadja Chvostek, Loewenthal és többek álláspontját, hogy a parathyreoideán kívül toxicus, autointoxicatiós vagy fertőző mozzanatnak is szerepet kell tulajdonítani.

Winternitz Arnold: A túlságos radicalismus strumaműtéteknél oka azon súlyos kieséseknek, mint aminő az itt bemutatott egyik eset, hol struma-műtét kapcsán lépett fel a tetania és cachexia thyreopriva. Figyelmeztet arra, hogy strumaműtétekor nem szabad mind a négy art. thyreoideát lekötöni, inferiort meg kell tartani. A visszahagyandó csonkok a műtét utáni hetekben sorvadnak, amit szintén számításba kell venni. Tekintelbe veendő a struma szöveti szerkezete is, amennyiben

parenchymás és hyperfunctió (Basedowos) golyvák mellett kisebb thyreoida-részletek is elegendők a belső secretio ellátására, míg colloidos, cysticus, szóval degenerált és hypofunctió golyváknál nagyobb darabokat kell visszahagyni.

Hozzászólások.

Büchler Pál: Három cachexia parathyreopriva esetet észlelt: az elsőnél a jobb felső végtagon súlyos mézsfelszívódás mutatkozott, a másikban a transplantatum kigenyedt és a beteg cachexia thyreoprivában halt meg; a harmadik esetben a transplantatum nem genyedt el, de a beteg cachexiában meghalt.

Manninger Vilmos: Transplantatio parathyreoida értékét azon súlyos esetekben látja igazolva, ahol minden egyéb eljárás hatástalan és amelyekben a rohamok a transplantatio következtében megszűntek. Azt hiszi, hogy a legtöbb esetben a transplantatum csak időlegesen hat, amit egy esete bizonyít, amelyben a transplantatum később kilökődött, de a beteg mégis meggyógyult. Egy másik esetében a javulást kétszeri terhesség szakította meg, amely alatt súlyos tetania jelentkezett, de a terhesség megszakításával újból latenssé vált.

Zárszó.

Sarbo Arthur: Büchler esetei, minthogy az átültetett parathyreoidák elgenyedtek, nem használhatók fel a transplantatio értékesítésében, míg Manninger, Obál, Verebély és saját eseteiben az átültetésnek tetaniás görcsöket szüntető hatása kétségtelen volt.

Bemutató:

2. Sarbo Arthur: Juvenilis taboparalysis képeben jelentkező heredolues esete. 19 éves egyénnek már három hónapos korában orvos által megállapított és kezelt syphilise volt. 3½ éves koráig szépen fejlődött, ekkor falura került egy földművescsaládkhoz, ahol már feltűnt, hogy nem tökéletes; csintalan volt, lopott, verekedett, rosszul tanult. Később gyárakba járt, de sokáig seholy sem tartották. Két hónap előtt kezét, lábát fájditotta; járása tántorgó lett, órahosszat egyazon helyzetben maradt, maga alá piszkított. A tabes tünetei kétségtelenek voltak: fényremerev pupillák, térd- és Achilles-reflexek hiánya; bamba arc, beszéde halk, orrhangzós, ajak-tremor által kísért, szellemi korlátoltság, időről tájékozatlan. Vérben és liquorban úgy a Wa., mint a Sachs-Georgi ++++. Pándy ++. Ez alapon bemutató is taboparalysisnek tartotta. Koránál sokkal fiatalabbnak látszik, hónaljiszőre egyáltalán nincs, fanszőre alig, a herék kicsinyek. Ezek alapján hypophysis megbetegedésre gondolva, megröntgenezték. A Röntgen kimutatja, hogy a sella turcica mellső proc. clinoides le-tompult, a hátsó legnagyobb részét hiányzik, a csonthiány szélei elmosódottak. 5 depogen injectiót kapott eredménytelenül, mire áttértek a trepolinectiókra. A III. injectio után feltűnik, hogy a beteg mindinkább élénkül, végül a VI. injectio után az egész körkép megváltozik, decubitusai begyógyulnak, helyről, időről tájékozódik, spontán beszél, munkába akar menni. A lefolyásból, valamint a Röntgen-leletből és a kezelés hatékonyságából arra következtet, hogy nem tabeshez csatlakozó paralysis progressiváról van szó, hanem minden valószínűség szerint gummás folyamatról. A trepolban hatékony antilueses szert ismert meg és dacára azon hátrányának, hogy hamarosan bismutzegélyt okoz, adott esetben alkalmazandónak véli. Ezen bemutatására azonkívül az készítette, hogy ezen eset az experimentum tisztaságával bizonyítja azt, hogy ikerterhességben az egyik magzat lueses lehet, a másik pedig egészséges. A bemutatott beteg iker, ikernővére teljesen egészségesen jött a világra, heredolues nélkül, amit az is bizonyít, hogy ikernővére férjhez menve, férjétől heveny syphilit szerzett.

Előadás.

Tóth István: A méhfibromyomák gyógyításáról. (Egész terjedelmében megjelenik az „Orvosképzés”-ben.) Előadásának vezérfonala: a) a myoma jelentősége; b) mikor és mennyiben kell gyógyítani? c) hol van helye a gyökeres gyógyításnak műtét útján? ennek eredményei; d) mennyiben gyógyítja a myomát a R.-sugár? veszélytelen-e? e) a radikális operálás és a R. alkalmazási körének határai. — Hogy erre megfelelően, klinikájának 5 évi myomás anyagát tanulmányozta át és ismerteti minden szempontból összeállított táblázatokban. 5 év alatt 958 myomás betegük volt a klinikán, 10 csoportba osztja: 1. Csúpn

megfigyelés alatt volt: 80; † 3, és pedig 2 thrombosis, embolia fulm.; 1 gangraenás góc, peritonitis. 2. Méhüri vizsgálat: 70; † 1, elevesedett myomagóc. 3. Polypus myomat.: 31; † 1, gangraenás góc. 4. Hüvelyen át myoma-enucleatio: 30; † 1, pyosalpinx felrepedése, peritonitis. 5. Hüvelyen át teljes méhkiirtás: 56; † 2; mindkettő kivérzett, sarcomásan deg. nagy myomával. 6. Hasmetszés útján myomektomia: 23; közte 4 terhesség mellett; † 1, elgenyedt intralig. haematoma. 7. Hasmetszés útján teljes kiirtás: 212; számos szövődménnyel veszteség nélkül. 8. Más okból végzett hasmetszésnél: 39 esetben találtak myomát; † 1, béllenövés, ileus. 9. Myomás méhhez szült: 35; abortált 11; előbbieket között 22 spontán szülés, 13 műtét. 10. Röntgeneztek 371 myomását, 52-nél a kezelés különböző okból abbamaradt, amenorrhoeát értek el 315 esetben, eredménytelen volt 4-szer, recidivált 11.

Részletesen foglalkozik azon kérdéssel: mi módon gyógyítja a R. a myomát; a R.-hatás nem egyéb, mint castratio csak a petefészket teszi tönkre. Ismerteti a R.-ártalmakat, az adagolás tökéletlenségeit s behatóan foglalkozik a R.-castráltak ú. n. „kiesési tünetei”-vel; különösen fiatal, 40 év alatt levő nő szenved sokat a R.-castratio után. E ténynek bizonyítására levélben keresték föl operáltjaikat s röntgenezettjeiket, a válaszokból kitűnt, hogy míg R. után 80-90% szenved hevülésekben, a petefészek megtartásával radikálisan operáltaknak csak 33-40%-s míg a 40 éven alul röntgenezettek 33-30%-át győtri kínzó hevülés, hasonlókorú operáltakat csak 6-60%-ban.

Már e szempontból is a R. fölé helyezi a radikális operálást. De másrészt akit megoperáltak, egyszersmindkorra megszabadult bajától, míg R. után sok a recidiva, a daganat növekedése; 27-et operáltak, akik előbb alapos R.-besugárzáson estek át. — Az ideális gyógyítás a radikális operálás, a röntgenezés csak megalkuvás. Ezért előadó, ha az operálás feltételei megvannak, ezt ajánlja, ezt cselekszi; ha nincsenek meg, megalkuszik és röntgenez.

Megoperálja a 40 év alatt, vagy még helyesebben mondva a klimax előtt közvetlen nem álló myomás nőt. A korra való tekintet nélkül meg mindazokat, akiknél csak gyanu is van submucosus gócra, eltávolítja a nagy subserosus myomákat, a degenerált, tömlős, oedémás, sarcomás myomákat, azokat, akiknél a daganat mellett ascites van; mindazokat, akiknél ovarialis daganatot gyanít, avagy adnextumoraikat talál; megoperálja a klimax küszöbén is azokat, akik jelenleg tőlünk elszakítva nem járhatnak fel röntgenezésre; megnyitja a hasat és nem kísérletezik R.-nel, ahol nem tiszta a diagnosis. Az operálás mikéntjének részleteivel nem foglalkozhatik, de principiumként törekszik a petefészek megtartására.

Röntgenezi a klimax korába lépő myomásokat s mindazokat, kiket nem tanácsos megoperálni: szívhajos, vesehajos, tüdőbeteg, leromlott, kivérzett, elhájásodott betegeket és ilyenkor hálás a sorsnak, hogy rendelkezésére áll a R.-sugár, mint ma a legjobb palliatív gyógyítómód. Sok esetben megkísérli a R.-t azoknál, akik a késtől való félelmükben nem egyeznek bele a műtétbe, de semmi esetre sem ott, ahol nem tiszta a diagnosis.

Álláspontja ma a myoma gyógyítását illetőleg: nem operálás vagy röntgenezés, hanem operálás és röntgenezés.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A sóanyagcsere kórtanáról. Jungmann. (Klin. Wochenschrift 1923. 1. sz. 18. o.)

A szerzőnek boncolásra került esetében appendicitisből származó áttételes tályog tönkretette a neurohypophysist és részben a mirigyes részt is; utóbbinak egy részlete ép maradt. A beteg átmenetileg diabetes insipidus tüneteit mutatta, később azonban jó konyhasó- és vízkiválasztás, valamint a koncentrációképesség kismértékű zavara mellett (1020-ig) mindössze a vér konyhasótartalmának megszaporodása (700 mg) és a vérsavó hyperosmosisa ($\delta = -0.62\%$) utalt a sóanyagcsere zavarára. Jungmann az átmenetileg jelentkezett insipidust a gyulladáson

duzzanatnak a középagyra gyakorolt nyomásától származtatja, noha lehetséges, hogy e hypophysisnek a középagyra való hormonos befolyása változott a betegség folyamán. A diabetes insipidus kórképében egyaránt részvesz a víz- és sókiválasztást szabályozó központok zavara, kétségtelen azonban, hogy úgy a vízkiválasztás, mint a sókiválasztás centrális eredetű izolált zavara is előfordul. (Veil.) Pákozdy Károly dr.

A reticuloendothelialis icterus tanának alapjairól. Rosenthal és Fischer. (Klin. Woch. 1922. 46. sz.)

Allandóan Lepehne kísérleteivel bizonyítják, hogy az icterus pathológiájában, illetőleg az epefesték képzésében milyen nagy szerepe van a reticuloendothelialis sejtszisztemnek. Lepehne galamboknak collargol-injectiókat adott és ezután mérgezte a galambokat AsH₃-nel, az állatok nem kaptak icterust, a reticuloendothelialis sejtszisztem pedig telis tele volt ezüstszemcsével. Lepehne szerint az ezüstszemcsék e sejteket bénítják és azért nem keletkezhetett icterus, mert ezek a sejtek képezik az epefestéket. Ugyanezt állítja Eppinger. Ezzel szemben a szerzők megjegyzik, hogy különben sem mindig sikerül a galambot AsH₃-nel úgy mérgezni, hogy icterust kapjon, és emiatt a Lepehne-féle alapkísérelt veszt értékéből; megjegyzik azt is, hogy az ezüst legálább is in vitro az arzénnek antidotuma. A Minkovszki-iskola tagjai, ahova a szerzők is tartoznak, a fenti kísérleteket ellenőrizték; megfigyelték egészséges és collargollal kezelt galambok székében az epefesték mennyiségét és nem találtak különbséget. Galambokon műtéttel mechanikus icterust csináltak és akár collargolozták az állatot, akár nem, különbséget az icterus súlyosságában nem találtak. A Minkovszki-iskola tehát a kísérletekből azt a következtetést vonja le, hogy a májon kívül is képződhet epefesték, de még nincs bebizonyítva, hogy a máj közreműködése nélkül is létrejöhet az icterus. Sarvay.

A hegesedő szívburokgyulladásokozta szívkörzárás felismerése és gyógyítása. Volhard és Schmieden. (Klin. Wochenschrift. 1923. 1. sz. 5. o.)

I. rész (Volhard). A szívburok heges megvastagodása és zsugorodása különböző tüneteket okoz, aszerint, amint főleg külső összenövés keletkezéséhez, vagy inkább a szívburoknak a szívhez való tapadásához vezet. A két folyamat gyakran, bár különböző mértékben, együtt is előfordul. A külső összenövés főleg a systole alkalmával rónak nagy munkát a szívre; ezekre jellemző a szívcsúcs systolés behúzódása és a szívtájéki diastolés visszapatlanása; ilyen esetben jöhatású lehet a mellkasi szívföldtől részének eltávolítása, a Brauer ajánlotta kardiolytic. Súlyosabb következményekkel jár a concretio, amely különösen a diastolés telődést akadályozza; ennek eddig össze nem foglalt tünettanát ösmerteti a szerző. Jellemző a fellüő aránytalanság a nyilvánvalóan szíveredetű súlyos pangás és a csaknem negatív szívelet között. A diastolés telődés akadályozott volta miatt a szívcsúcs systolés behúzódása és a diastolés visszapatlanás nem jöhet létre; fellüő a nyaki vénák nagy teltsége, amely felüléskor és felálláskor is megmarad és amelyet a vénás vérnyomás nagyfokú emelkedése kísér. Jellemző módon egészíti ki a Volhard által „beömlési pangásnak” nevezett kórképet a jobb szív kitágulásának hiánya. Miután minden egyéb kezelés eredménytelen, Volhard ajánlatára ismételt megkísérelték a szívet körülvevő megvastagodott szívburok egy részének kimetszését. A sikertelenül végződött első esetek után Schmieden két esetben teljes és maradandó eredménnyel végezte e műtétet. Volhard szerint a nem nagyon régi és főleg a reumás eredetű esetek alkalmasak a műtetre; gümőkóros pericarditis operálása kevés sikerrel kecsegtet. A szívburoknak főleg a balkamrát fedő része alkalmas a kimetszésre, mert itt a szívizom esetleges beszakadása kevésbé veszedelmes.

II. rész (Schmieden). Részletesen ismerteti a műtét technikáját, melyet először Rehn végzett eredményesen. A bal n. phrenicus átmetszése alig kerülhető el; a kimetszett szívburok plasztikai pótlását nem tartja szükségesnek. Eredményt a műtéttől olyan esetben lát, amikor a heges szívburok a régi epicardium rétegétől jól elválasztható, vagyis ha a hegedés nem terjed a szívizomzat állományába. Pákozdy Károly dr.

Néhány fémsóemulsió terapiás alkalmazásáról. Saxl P. (Med. Klinik. 1923. 2. sz. 59. o.)

Az ezüstchlorid és mercurchlorid (calomel) frissen előállított, igen finom eloszlású emulsiójának úgy a vízben suspendált, mint a vérsavóba oltott bacteriumokra nagyon jó bactericid hatása van; a hatás az emulgeált részecskéhez kötött, intenzitása ezeknek finomságától és mennyiségétől függ, s megfelelő a hasonló töménységű ezüstnitrát- és mercurnitrátoldat hatásának. A sóemulsió legnagyobb része a vérsavóban és más fehérjés közegben, így gyulladással nyálkahártyán, sebfelületen hosszabb időn át oldatlanul megmarad. Saxl kísérleti állatokon és emberen tett tapasztalatai alapján mindkét sóemulsióját jól alkalmazható külső desiniciensnek tartja; alkalmazásukkor izgalmi tünetek nem jelentkeznek. A belsőleg adott calomel-emulsió jól felszívódik, s már $3 \times 0.02 - 0.05$ gr.-os adagban

jó bélfertőtlenítő és diuretikus hatású, jól csillapítja a májbetegségekben jelentkező viszketést is. Polyarthritisz-betegeken tapasztalt jó hatása alapján valószínűnek tartja a per os adott ezüstchlorid-emulsió felszívódást is. A fémsó-emulsiók sem subcutan, sem intravenás befecskendezésre nem alkalmasak.

Pákozdy Károly dr.

Az anaemia perniciosa gyógyítása. Rosenow. (Klin. Wochenschrift. 1923. 1. sz.)

A Biermer-féle anaemia perniciosát mindig két irányban próbálták orvosolni: vagy eltávolítani azt az ismeretlen mérget, mely a vörösvérsejteket feloldja, vagy pedig izgatni kell a csontvelőt, hogy a súlyos haemolysis dacára is elég vörösvérsejt álljon a szervezet rendelkezésére. A lovak anaemia perniciosájából kiindulva az ismeretlen mérget a belekben sejtették, ezért a béltractust felülről átmosták, adsorbeáló anyagokat (állati szén, boluss alba) stb. adták a betegeknek, azonban javulást ezekről a szerektől nem láttak. Ezeknél fontosabbnak tartja a szerző, hogy az ilyen beteg bőséges, vegyes kosziót kapjon és hogy a fermentjeit sósav, pepsin és pankreon adagolásával gyarapítsuk. A sokszor igen súlyos glossitis javítására az anaesthesin-porokat ajánlja. Hálásabb dolog a csontvelő izgatása; s itt első helyen áll ma is az arzén, melyet semmi sem tudott kiszorítani. A szerző leghatásosabbnak tartja a per os adagolást (Sol. Fowleri, Aqu. menth. pip. aa, 3×3 csepp fölmenőleg 3×30 cseppig napjában) és ajánlja, hogy ezt heteken, hónapokon át szedessük a beteggel. Bár nagyon jól tűrik az ilyen belegek az arzént, mégis látott Rosenow két arzén-polyneuritist a kezelés következtében. A csontvelő izgatásával javít a beteg állapotán a vértransfusio is; ehelyett azonban az egyszerű Weber-féle eljárást ajánlja, mely abban áll, hogy a betegnek $10-20$ cm³ vért fecskendezünk be a glutaeusokba. Ez eljárás után, mely szükség esetén megismételhető, nagy javulásokat láttak. Természetes, hogy a vért ajándékozó egyének malaria- és syphilismentesnek kell lenni. A lépküirtás is a csontvelőt izgatja és éppen olyan tüneti kezelés, mint az arzénkezelés. Igaz, hogy majdnem minden anaemia perniciosás beteg javul a lép kiirtásra, de a javulás csak hetekig-hónapokig tart. Tökéletesebb a gyógykezelés ott, ahol a vészes vérszegénységnek az okát megtaláljuk: a bothriocephalus és a taenia által okozott anaemiánál a férget el kell űzni; a lues anaemiánál salvarsant kell adni; a terhesek anaemiájánál pedig a terhességet meg kell szakítani. Sarvay.

A sympathiás idegek trophiás funkciója. Brünig. (Klin. Wochenschrift. 1923. 2. sz. 67. o.)

Az idegek sérülése után jelentkező trophiás szöveti károsodásokat a sérülés helyén keletkezett neuromának, illetőleg a heg okozta nyomásnak a sympathicus rostokra gyakorolt izgatató hatása váltja ki. A neuroma eltávolítására, vagy az ingervezetésnek periarteriális sympathicus-kimetszés útján történő megszakítására a trophiás szöveti károsodás rövidesen meggyógyul. A vasomotoros-trophiás neurosiseket hasonlóképpen a sympathiás idegrendszer fokozott izgalmi állapota váltja ki, s a periarteriális sympathicus-kimetszés ezeket is megszünteti. A műtét tonuscsökkentő hatása nemcsak a beavatkozás helyétől periferián, hanem attól centrálisan is érvényesül. Brünig a cauda equina lövési sérülése után a beteg sarkán keletkezett négy éves mély trophiás fekély miatt az arteria femoralis mentén sympathicus-kimetszést végzett, s nemcsak a sarkon levő fekély, hanem a beteg farán levő, ugyancsak négy éve minden egyéb kezeléssel dacoló nagy decubitus is gyorsan meggyógyult. Leriche megfigyelései alapján lehetségesnek tartja, hogy apró neuromák keletkezése és a sympathicus izgalma szerepelhet a chronikus appendicitis, sőt a postoperatív gyomor-, illetve jejunumlekély keletkezésében is.

A sympathicus-tonus csökkenése vagy megszűnt a regenerációt segíti elő, illetőleg hypertrophiához vezet. Erre mutatnak Leriche nyúlkísérletei; az állat fülén létrehozott sebész gyorsabban gyógyul azon az oldalon, amelyen a nyaki sympathicus ganglion supremumát kiirtják. Megerősítik ezt azok a megfigyelések is, amelyek szerint kiterjedt neurofibromatosis esetében (szerző ezt a sympathicus idegek megbetegedésének tartja) az idegekhez tartozó szervekben körülírt hypertrophia keletkezését látták; a kiterjedt neurofibromatosis valószínűleg nem izgalmi állapothoz vezet, hanem a sympathicus-tonus csökkenését, vagy az ingervezetés megszűnését okozza. Pákozdy Károly dr.

Sebészet.

A chloraethyl-bódítás gyermeknél veszélyes. Seiffert. (Deutsche med. Wochenschr. 1923. 2. sz.)

Dacára, hogy a gvereklinikán csak kivételesen alkalmazták a chloraethylt, rövid időn belül két esetben okozott kellemtelenséget. Mindkét esetben 25 csepp chloraethylt adtak aetherbódító kosárban a 2-3 éves gyermeknek. Pár perc muiva szaporá kihagyó pulsussal megszűnt a légzés. 3-4 perces mester-

seges légzésre, szívmassagera és kámforbefecskendésre a gyermekek ismét magukhoz tértek. Azóta a chloraethylt bódításra nem használják s aether alkalmaznak, mellyel baj még sohasem történt. Schmidt.

Az átfürödött gyomor- és duodenum-fekélyek műtéti kezeléséről. Zoepffel H. (Zentralblatt für Chir. 1922. 51. sz.)

Gyomor duodenum-fekélynek a szabad hasüregbe való átfürödésakor a régebben általánosan szokásos egyszerű fekélyelvarrás vagy az egyidejűleg végzett gastroenteroanastomosis helyett, — ha a beteg állapota csak némileg is megengedi — a pylorus resectiót ajánlja. (Leggyakrabban Billroth II.—Kronlein—Mikulicz módszere szerint végzi.) A hasüregt minden alkalommal bőven kiöblíti és utána elsődlegesen zárja. Statisztikai adatokkal igazolja eljárásának célszerű és eredményes voltát; a palliatív műtét 56%-nyi halálzárással szemben a resectióé csak 21%.

Czirer.

A francia sebészi élet eseményei 1921—22-ben. Paul Mathieu. (La Medecine IV. évf., 1. sz. 1922 okt.)

Az általános sebészet terén három kérdés állott előtérben: az érzéstelenítés, a sugaras kezelés és a vaccina-gyógyítás. Az első illetőleg: a nitrogennyel tisztítatlan, ha a piros phenolphthaleint elszinteleníti, ilyenkor, továbbá magas vérnyomású egyéneknek alkalmazása veszélyes. A franciáknál sokkal kiterjedtebben végzik a gerincgáyi érzéstelenítést, miht nálunk (többnyire szintén novocainnal). Az eközben néha fellépő teljes apnoé ellen Hertz és Bloch életmentőszertül intraduralis coffein-injectiót ajánlanak a gerincsatornába, míg Abadie d'Oran az érzéstelenítés előtt három órával ajánl preventív coffein- vagy strychnin-injectiót, ezenkívül novocain helyett inkább stovaint. A párizsi sebészársaság múlt év őszén tartott ülésén vitatárgy volt az uterusfibroma sugaras kezelése. Fredet, az előadó, tiszta fibrománál jónak mondotta a besugárzást, azonban helyette műtétet javasolt nagy hasúri fibrománál, mely megkisebbedése közben a medencébe beékelődve súlyos tüneteket okozhat, továbbá ha fibrona mellett rákról is lehet szó. Számos szerző emelt szót a radiumkezelés (curietherapie) mellett méhnyak- és nyelvráknál. A vaccina-gyógyítást illetőleg Mathieu dicséri az antistaphylococcus-vaccinát osteomyelitisnél, továbbá Delbet polyvalens vaccináját adnex-genyedéseknél, melyek így hideg állapotba hozva operálhatókká válnak. A részletes sebészet köréből is több figyelemreméltó munka jelent meg. A gyomorfekély kezelésében mindjobban térít hódít a radicalis műtéti irányzat: anastomosis helyett resectio (gastroctomie). Ennek az irányzatnak gyümölcse Pierre Duval munkája, aki nagyszámú esetben sikerrel végzett resectiót átfürödött fekélynél. A hasba öntött folyadék kitakarítása és a beteg gyomor rész kiirtása után drainage nélkül, primára bevarrta a hasat, több ízben az átfürödés előrehaladott stadiumában. Mathieu maga 15 esetben megelégedett a perforációs nyílás zárásával és a hasüreg kitisztításával, csak két esetben operált Duval szerint, az egyikben igen nagy volt az átfürödés nyílás, úgyhogy nem tudta elzárni, a másikban az átfürödésen kívül több más kérges fekély is volt a gyomorfalban. Latarjet és Wertheimer Lyonból a gyomoridegek, a phrenicus („pneumogastrique”) és sympathicus resectióját ajánlják fekélynél és tabeszes gyomorkrisisnél. Gregoire megaduodenumnál mesocolon alatti duodeno-jejunostomiát, Robineau röntgennel kórismézett nyombél-gurdélynál annak resectióját végezte egy-egy érdekes, ritka esetben. Nevezetes G. Gosset fölfedezése, aki szövettanilag subepithelialis cholesterin-incrustatiókat talált szabad szemmel málnaszerűen kinéző epehólyag-nyálkahártyában. Ha ezek bejutnak az epehólyag üregébe, körülöttek epekó keletkeznek. Ezenkívül Gosset hangsúlyozza a nyombél-szondázás fontosságát epeutbántalmak kórismézésénél. A nyaksebészetet illetőleg Lenormant 70 esetét gyűjtötte össze az irodalomból a carotis-test különben ritka daganatának. A daganat viszonylagos jóindulatúságára való tekintettel saját operált eseteiben megóvta a phrenicust és a többi szomszédos képletet, mindössze a carotis externát irtotta ki, ami teljesen veszély és következmény nélküli. Vesu a sebészársaság ülésén az uranostaphylophasia műtétének eredményéről számolt be a saját és Jalagier statisztikája alapján. Ezek szerint farkastoroknál a normalis bonctani viszonyokat öt közül négy esetben sikerült egy- vagy többüléses műtéttel helyreállítani, a rendes beszélőképességet azonban csak minden negyedik esetben, mert a szülők a kívülről nem látszó torzképződmény miatt rendszerint csak későn hozzák gyermeküket műtetre. Fontosnak tartja a szápadizmok kímélését műtéténél és ajánlja a szápad hiányzó részének kiképzésére az ornyálkahártya felhasználását. Előadásához hozzászóltak Broca és Ombredanne. A végtagsebészet körében Raymond Grégoire arteriovenosus aneurysmáknál sürgős javallatnak tartja gyökeres műtetre az asystolia fellépését, mely a műtét után ismét eltűnik. Egy szép esetet mutatott be Lenormant a sebészársaságnak, melyben teljes sikerrel végzett arthroplasticát gonorrhéus arthritis után ankylosált térdizületben. Az acut gonorrhéus arthritis kezelésében figyelemreméltó Dujarier munkája, aki arthrotomiát végez

drainage nélküli zárással és Auvray-é, aki intraarticuláris serum-injectiókat alkalmaz.

Valkányi.

A gonorrhéus arthritis kezelése. Rouvillois. (La Medecine IV. évf. 1. sz. 1922 okt.)

A gonorrhéus ízületi gyulladásokat célszerű bonctanilag osztályozni. Vannak egyszerű hyarthrosok, melyek jóindulatúak s legtöbbször minden kezelés nélkül teljesen meggyógyulnak. A valódi gonorrhéus arthritis mindig súlyos, általános tüneteket okoz, az izzadmány vagy plasticus, rostonyás, mely szervülve rohamos gyorsasággal vezet ankylosishoz, vagy genyes, ez utóbbi gonococcus-tartalmú, attól mentes, vagy kevert bacteriumflorájú lehet. Ezen elkülönítés azonban klinikailag sokszor nem vihető keresztül, annál is inkább, mert átmeneti alakok is vannak. A kezelést illetőleg 2 főmódszer van: 1. az arthrotomia a) aetherrel vagy serummal való kimosás után drainage nélküli zárással, korai mozgattással, b) zárás nélkül, Willems-szerinti kezdetleges, csupán activ vagy combinált, activ és passiv korai mozgattással, 2. biológias kezelés, éspedig — miután a vaccina-kezelés az ízületi gonorrhéánál nem sokat ér — a Pasteur-intézetben Nicolle által készített antigonococcus-serummal való kezelés. Ezen utóbbi, Paraf szerinti eljárásnál punctio után a kiszivott geny helyébe ugyanannyi vagy valamivel kevesebb serumot fecskendünk be 3—4-szer egymástutáni napokon vagy másodnapoként, ugyanekkor az ízület környékébe is beadunk intramuscularisan vagy intravenásan 20—40 cm³-t, hogy a fertőzés tovatéréjét meggátoljuk. Arthrotomiát végezzünk a könnyen hozzáférhető térd- és vállizületben, a drainage nélküli zárás előtt serumot öntve bele, ezenkívül minden esetben, ha az izzadmány plasticus, nem pungálható, míg a kéztő- és a bokaizületben, hacsak lehetséges, punctiót és utána serum-injectiót alkalmazunk. Mindkét beavatkozás minél korábbi időszakban történjék.

Valkányi.

Bőr- és nemikórtan.

A hónalj verejtékmirigyének abscessusáról. Prof. Franz Rost. (Klin. Woch. 1922. 46. sz. 2283. lap.)

A hónalj verejtékmirigyének abscessusa klinikailag is különbözik a furunculustól; mélyebben fekszik a genyecsap, és genysecrétio a nyílásból mindig hiányzik. Szerzőnek fel-tűnt, hogy ezen abscessusok rendszerint felületes bőrelváltozások, mint intertriginosus eczemák, solaris dermatitis, impetigok után jönnek létre. Szerző szövettani készítményekkel igazolja, hogy a genyedés a mirigyek közötti kötőszövetben kezdődik és korai esetekben a mirigyek epithelje ép, míg késői esetekben a folyamat a mirigyhámra is ráterjed, de mindig a kötőszövetes tokon belül marad. Ezek alapján a verejtékmirigyek abscessusát a nyirokutak útján és nem pedig a kivezetőcsőbe jutott genykeltők útján létrehozottaknak tekinti. Fentiekből a szerző a terapiára azt a következtetést vonja le, hogy a sebészi beavatkozások — incisio, excochleatio — mellett a Röntgen-therapiára és caseosan-injectióra is szükség van.

Somogyi.

Az alszárfelekélyek kezelésének egy újabb módja. L. Simon. (A Münch. med. Woch. 1922. 16. sz.)

Szerinte a gummiszivacs alkalmazása nagyon jó eredményt adott, kb. 100 betegnek kipróbálva. Először a fekély környéke a venosus pangástól megszabadítandó; másodszor a fekély váladéka távolíttassék el; harmadszor granulatiós sarjszövet ne emelkedjék a bőrniveau fölé. A jól megtisztított sebkörnyékre bőrvaselint kenünk, a fekélyre hydrophil-gazet teszünk, erre egy réteg vattát és erre jön a seb környékét 2—3 cm-rel túlhaladó gummiszivacs. A szivacsot mullpólyával kell ráerősíteni, hogy az ide-oda ne csúszhasson. A beteg ezen kötéssel járhat, s ez annál inkább is szükséges, mivel az alszárizmok megfeszülésével és elernyedésével a szivacs szívó hatását jobban tudjuk kihasználni. Vigyázni kell, hogy a fekély fölötti kötést a váladék át ne igya, ha ez bekövetkeznék, akkor újabb vattaréteget iktatok a szivacs alá. Este a kötést levesszük, ha erős a secretio, akkor nedves borogatást teszünk reá, ha kevés a váladék, bőrvaselines kötést. Másnap ezen eljárást megismétlem, előbb azonban a fekélyt az esetleg reápatadt bőrvaselintől gondosan megtisztítjuk.

Dr. Fröhlich.

Az ideggyphilis biológiai problémái. A. Hauptmann. (Klin. Wochenschr. 1922. 43. sz.)

A régieknek lues nervosa, paralyticus natus problémáit, melyek arra vonatkoznak, hogy az ideggyphilisek keletkezésénél a döntő tényező a kórokozó vagy a szervezet-e, a mai kutatás úgy oldhatja meg, hogy meg kell vizsgálni a spirochaeták morfológiai és biológiai tulajdonságait, továbbá a szervezet védekező erejét. A morfológia e téren még semmi eredményt nem ért el. A biológiai vizsgálatokat Levaditi és Maric kezdték el, de a neutrop és dermatop virusra vonatkozó eredményeiket Jahnel a házinyúl-spirochaetosis lehetőségének felvetésével

támadja. Szerző sokkal értékesebbnek tartja Plaut és Mulzer eredményeit, kik háziyulaknál azt találták, hogy az ú. n. „Truffi“-törzs korán kifejezett primár affectiót, a liquorban csekély vagy semilyen elváltozást hozott, míg az állatok az ú. n. müncheni törzsrre későn és jelentéktelen primár affectióval, de gyakran, korábban fellépő kifejezett liquor-elváltozással reagáltak. Szerző szerint ennek oka nem a szervezetben, hanem a spirochaetában van, amennyiben az utóbbi esetben a kórokozó nem gyakorolt olyan erős ingert mint antigen a szervezetre, hogy az ellenanyagokat elegendő számban termeljen. Szerinte ez utóbbi esetben a szervezet a spirochaetákat fermentatív úton, extracellularisan bontja le és a szabadabbá váló toxin hoz létre különböző megbetegedéseket (parasyphilitis epilepsia, opticus atrophia, endarteriitis syphilitica). Míg ha a szervezet immunanyagokkal rendelkezik, a lebontás, intracellularisan történik és toxinok nem válnak szabadabbá. Fentiek szerint szerző a meta-lues ideális therapiájául a szervezetnek immunanyagképzésre való ösztönzését (malária, kenőkéúra), specifikus immuntestek bevitelét (secundár-luesesektől vagy inficiált állatoktól vett vérrrel), phagociták szaporítását (malária, láztherápia) és a salvarsant ajánlja.

Alopecia totalis, cataracta és körömelváltozások tünet-csoportja. Papastratigakis. (Paris Medical 1922. No. 47.)

A homloktájon kezdődő alopeciából két év alatt teljes alopecia, azután cataracta a bal szemem és vele egyidőben a kéz ujjainak körmén hosszant lefutó vonalak és törékenység képében throphikus zavarok fejlődtek ki. Az idegrendszerben zavar nem jelentkezett. E kóros tünetcsoport a szerző szerint az ectoderm tisztán epitheliás származékainak (bőr, köröm, szemlencse) distrophiája. A szintén ectoderm eredetű idegrendszer épségét úgy magyarázza, hogy az az előbbiektől eltérően védőanyagokkal van átszőve. A közvetlen okot testicularis belső secretiók elváltozásokban keresi. Bár erről a csoportmegbetegedésről az irodalomban nem találni adatot, a szerző mégis azt gondolja, hogy gyakrabban fordul elő, csak hogy a saját szakmájukkal foglalkozók figyelmét elkerüli más szervek jelenlévő kóros állapota.

A liquor cerebrospinalis állapota zoster-nél. R. Targowla. (Paris Medical, 1922. 47. sz.)

Más szerzők is már észlelték, hogy zoster-nél a liquor kórosan elváltozott: hypertensio, hyperalbuminosis és lymphocytosis van jelen. Szerző vizsgálataiból kiderül, hogy ha a zoster mint intercurrens betegség lép fel olyan bajnál (dementia paralytica), amelynél a liquor amúgyis kórosan elváltozott, akkor a zoster fellépése és megszűnése nem változtat semmit a liquor fennálló állapotán.

Herczeg dr.

A fájdalom gyógyítása herpes zoster-nél paraffinnal. Howard Fox. (Journ. of the Am. med. Assoc. 1922. No. 24.)

Darier ajánlotta a jól záró (ú. n. occlusiv) kötéseket a fájdalom megszüntetésére; újabban Fox álmatlanságot okozó fájdalom esetekben. — A folyékony paraffint a bőrre permetezi, föléje absorbeáló gyapotot helyez és azt pólyával rögzíti. A fájdalomcsillapító hatás csak 24 óráig tart; ha nem változtatjuk a kötést, a fájdalom újból jelentkezik és csak újabb paraffinos kötés után szűnik meg. Nagyon kell vigyázni az előző paraffin eltávolításakor, hogy a herpeses hólyagokat meg ne represszük. A fájdalommegszüntető hatás zoster-nél csak az eruptiv stádiumában érvényesül; sem a kiütést megelőző, sem a consecutiv neuralgiás fájdalmat nem enyhíti. A betegség időtartama nem rövidíthető meg ez eljárással, mert a herpes zoster egy bizonyos időtartamhoz kötött betegség.

Herczeg.

Erythema nodosum epidemiás fellépése. A. Walgren. (Beitr. z. Klinik d. Tbc. 53. kötet. 1. füzet. 143. lap.)

Szerző két családi erythema nodosum endemiát észlelt. Mind a két családban familiaris tbc. volt kimutatható és az erythema nodosum-ban megbetegedés volt. Szerző szerint az erythema nodosum egy sui generis ismeretlen, csekély fertőző-képességű kórokozó által létrehozott betegség, melyhez a tbc. — különösen a friss, virulens fertőzés — praedisponitót teremt. Az erythema nodosum ezenkívül a szervezet ellenállóképességét tbc.-vel szemben csökkenti és a szerző ezzel magyarázza az erythema nodosum után fellépő tbc.-s megbetegedéseket, saját esetében pleuritist.

Somogyi.

Fülgyógyászat.

A C⁵-ös hangvilla szerepe a hallóideg vizsgálatánál. W. Uffenorde. (Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 4. 1922. S. 120.)

Többé-kevésbé egykorú, normális hallású egyéneken, úgy-szintén fülbajban, ill. hallóidegbántalomban szenvedő betegek sorozatos vizsgálatot végzett szerző a C⁵-ös (4096) hangvillával és a Struycken f. monochorddal s arra az eredményre jutott, hogy a diagnostikailag nehéz esetekben, különösen balesetek kapcsán létrejött sérülések véleményezésénél a monochord nem

nélkülözhető; míg az általános fülészeti gyakorlat részére a magas hangok felső határának meghatározása céljából a C⁵-ös hangvillában kitűnő segédeszköz áll rendelkezésünkre. Ha vizsgálataink közben azt találjuk, hogy a vizsgált egyén a C⁵-ös hangvillát 25—31 mp-nyi időtartamig képes hallani légevezetési úton, akkor a hallóideg megbetegedését kizárhatjuk. Viszont a percipiálás időtartamának megrövidülése vagy meghosszabbodása a fülbántalmak lefolyásánál bír nagy jelentőséggel.

Zimányi dr.

Gyermekorvostan.

Variola és vaccina-immunitás. Gíns. (Mediz. Klinik. 1922. 42. sz. nov. 23.)

Már a legrégebb szerzők között is akadt olyan, ki hajlandó volt az állati himlőt az emberi himlő analogonjának tekinteni, így Sacco, kimutatta, hogy a juh-himlő váladékát emberre oltva, himlő ellen immunitás nyerhető. A régi szerzők, Jenner, Sacco és Pearson rég tudták, hogy minden állatfajta himlőjével oltva, az oltás nemcsak a saját fajta himlőjével szemben, de minden más himlővel szemben is immunizál. Az oltásánál ú. n. csoport-immunitás jön létre, melyet máshol nem találunk. Biologailag tehát az állati himlőt az emberi himlő közeli rokonának kell tartanunk.

A vaccinatiót szükségesnek tartja. Már a 12 éves gyermekek jórésze (22,3%) nem tekinthető immunisnak, 12—30 éveseknél ez a szám kb. ugyanaz, 36—40 éveseknél 49,2%, 40 éven felüliekénél pedig 62,04% volt. Az oltottak zöménél a vaccina-immunitás már a 4-ik napon kezdődik, a 12-ik napon legnagyobb. Ha az immunitás bekövetkezése elhúzódik, vaccina generalisata állhat elő. Különbséget tesz vaccina generalisata és eczema vaccinatum között: az első 2—4 nappal a localis reactio tetőpontja után jelentkezik, a másodiknál az általános tüneteket a vaccina-hólyag fejlődésével egyidejűleg látjuk előállani.

A vaccina generalisatát ő a variola és vaccina közötti összekötő tagnak tartja, hol a vaccina-vírus felvette a variola-vírus tulajdonságait.

Ha ezen vírusok a szervezeten belül találkozhatnak, pl. egy inficiált egyént az incubatio ideje alatt oltunk be, akkor az esetek legnagyobb részében a védőoltás megvédi a szervezetet a variola kitérésétől, mert a variola incubatioja hosszabb, mint a teljes immunitás beállásának ideje vaccinatióval. Néha azonban ily immunitás nem következik be, melynek okát adni nem tudjuk.

Az oltási kényszer nagyszabású kísérlet volt az activ immunisatio terén, amennyiben kimutatta, hogy az oltott népeség körében úgy a variola-morbiditás, mint a variola-mortalitás óriási módon visszament.

De más is ki lehet mutatni. Ha Berlin variola-mortalitását nézzük, azt láthatjuk, hogy a védőhimlőoltás óriási átalakító hatású volt, amennyiben a gyermekekre oly veszélyes kór ma az öreg emberekre vált veszélyes betegséggé. Ez az egyedülálló character-változása egy fertőző betegségnek is elegendő bizonyíték arra, hogy a himlőoltási kényszer és az előírások helyesek és fenntartandók.

Bókay Zoltán dr.

KÖNYVISMERTETÉS

A kankó, a syphilis és a nemi gyöngeség. Dr. Orlowszky. (Kiadó: Kurt Kabitzsch, Leipzig.)

Három népszerű leírás. A gonorrhoeáról szóló füzetecskében túlságosan sötét színekben tünteti fel ezt a betegséget; a kezelő eljárásokat részletezi, nagyon nagy jelentőséget tulajdonít az abortív kezelésnek. A prophylaxis szempontjából károsnak véli a condomnak használatát, és lapis oldatot ajánl. Ricord-t gyakran idézi és mégis ellenzi a Ricord által a syphilis prophylaxisa szempontjából ajánlott kenőcsöt.

A Syphilisről szóló füzetecskében az előbbit ellentétben túlságosan optimistikus. Egy helyen azt állítja, hogy secundár syphilis esetek közül 88% meggyógyul. Felesleges beteg részére a Wassermann reactiót és a therapiát oly részletesen tárgyalni. Itt is, még inkább helytelenül hangsúlyozza az abortív kúra és a primár affectio excisiojának nagy hasznát.

A nemi gyöngeség című füzetben körülményesen ír az impotentia kezeléséről. E füzetecske olvasására, azt hiszem, a kevésbé inveterált impotentia súlyosabb impotentiává lesz.

Általában nem tartom a füzetecskét alkalmasnak arra, aminek a szerző szánja: hogy az orvosi rendelés kiegészítését képezzék, hogy a betegek elmélyedjenek tartalmában, mert lelkiismeretes orvos úgyis megmondja a betegnek annyit, amennyit kell. Ilyen olvasmányok a betegek önmagukkal való foglalkozását növelik és végül olyan labirintusba hozzák, amelyből nincs menekvés. Betegeknek célszerűbb rövid utasításokat adni, mint amilyenek klinikákon és a háborúban katonáknál voltak forgalomban.

Herczeg.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK:

Schaffler József: A két testfél hőmérsékletének különbsége mint diagnosztikus segédeszköz. (49. oldal.)

Jánossy Gyula: Vizsgálatok a duodenum-szondával. (51. oldal.)

A Bpesti Kir. Orvosegyesület 1923 febr. 3-án tartott XII. és 1922 dec. 9-én tartott VIII. rendes tudományos üléséről. (53—54. old.)

A Közkórházi Orvostársulat 1923 jan. 31-én tartott üléséről. (58. oldal.)

Lapszemle. *Belorvostan.* — *Sebészet.* — *Szülészet és nőgyógyászat.* — *Bőr- és nemikórtan.* — *Gyermekorvostan.* — *Szemészet.* (58—60. oldal.)

Vegyes hírek. (60. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem II. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: báró Kéty László dr. egyetemi ny. r. tanár.)

A két testfél hőmérsékletének különbsége mint diagnosztikus segédeszköz.

Írta: Schaffler József dr.

A test hőmérsékének megállapítása a legrégebb időkben tapintás útján történt. Már ezen módszer alkalmazásával is jó tájékozódást nyertünk afelől, hogy lázas-e a vizsgált egyén, vagy sem, illetve a vizsgáló testhője és a vizsgálandó testhője között feltűnő-e a differentia. Ezen módszer azonban nem minden esetben adott kielégítő eredményt, mert a test felületének hőmérséke tapintás által tájékoztat ugyan afelől, vajjon láz van-e jelen, de ezen hőmérsék nem minden esetben egyenlő a test belső hőmérsékével. Magyarázható ez abból, hogy a bőr hőmérséke nemcsak a vér hőmérsékétől, hanem az időegységben átáramló vér mennyiségétől és a hőleadás körülményeitől is függ. Így pl. rázóhideg esetén tapintással a bőrfelületi hőmérsék alacsonyabb lehet szemben a vér hőmérsékével, mely thermometerrel mérve magasabb hőmérséketet mutat. Ennek okát *Liebermeister* a peripheriás véredények görcsös összehúzódásában látja.

A lázas állapotnak tapintás által való meghatározását követte a thermometer rendszeres használata. Az első hőmérséklet *Sanctorius* (1556—1626) végezte, később *Boerhave* (1668—1738) és *Haën* végeztek hőméréseket, de a tulajdonképpeni rendszeres hőmérőzés alapját *Wunderlich* vetette meg. 1850 óta mint nélkülözhetetlen vizsgáló módszert alkalmazzák. (Lásd *Kéty*:¹ *Diagnostika* 1914.) A test hőmérsékének thermometerrel való megállapítása a szájüregben, a hüvelyben, a végbélben és a hónaljokban történik. Mind a négy esetben oly újgról van szó, melyet lágyrészek jól körülzárnak. Fontos körülmény, hogy a thermometer higanyt tartalmazó része lehető legnagyobb felülettel feküdjék az említett üregek falához és a lehülést okozható küllevegőtől megóvassék. Az így nyert értékek megközelítőleg a test belső hőmérsékének értékét adják. Érthető, hogy azon üregekben, melyek rendszerint zártak (végbél, hüvely), a hőmérsék a legjobban megközelíti a test belső hőmérsékét. Ezzel szemben a szájüreg és hónaljárok hőmérséke a küllevegővel érintkezhetnek s így annak lehetősége adva van, hogy a küllevegő, a szájüreg és hónaljárok levegője közötti kicserélődés folytán lehülés s így kevésbé pontos értékek adatai adódnak. Ezen üregek csak azon esetben adják a test belső hőmérsékének értékét, ha hosszasan zárva tartatnak, így kb. 5—10 percig. *Fürbringer*² vizsgálataiból adódott az a tapasztalat, hogy hőmérséknél inkább érvényesül a melegvezetés, mint a párolgási hő; a hónaljárok alapos kitörése nem olyan fontos tényező,

mint annak teljes zárása. Az újabban forgalomba kerülő 1 perces idővel használatos hőmérők is 3—5 perc időt igényelnek a pontos eredmény leolvasása szempontjából (hónalj, szájüreg). A végbélben és hüvelyben mért hőmérsék mindig 0'2^o—0'5^o-kal magasabb értéket ad, mint a hónaljárokban. A hőmérséknek, mely a végbélben történik, *Wintritz*³ nagy híve, s csakis a rectalis és vaginalis hőmérsékek eredményeit tartja megbízhatóknak. A hőmérséknek egész különös módjáról számol be *Zondek*,⁴ ki troicart-al vezetett be finom capillaris hőmérőt különféle szervekbe és szövetekbe, és állapította meg ezek hőmérsékét. *Joshimura*⁵ a bal szívfélből nyert vérhőmérsékét 0'3^o-kal alacsonyabbnak találta viszonyítva a jobb szívfélből nyert vérhőmérsékéhez, melyet a vér tüdőbeli útjában való lehülésnek tulajdonít. *Claude Bernard*⁶ állatnál a legmagasabb hőmérsékét a májvényében mérve nyerte 39'7^o-kal.

A testhőmérsékének helybeli csökkenése és emelkedése régen ismeretes dolog. Helybeli hőmérsékcsökkenés, helybeli vérkeringési zavarnak a következménye. Előfordul: vivőérthrombosisnál vagy verőeres emboliánál és régi bénulásoknál. Helybeli hőemelkedés előfordul minden lobos területen, ha az a bőrön, vagy nem nagyon mélyen a testfelület alatt székel. *Kothe*⁷ arthritissnél localisan a gyulladt területen 5'0^o differentiát észlelt. Továbbá rövid ideig hőemelkedést mutatnak heveny bénulásoknál a bénult részek (agyvérzés, embolia okozta féloldali bénulás); haemicraniánál, trigeminusneuralgiánál néha a fájdalmas területen körülírt hőemelkedés észlelhető. Hysteriánál az egyik testfél hőmérséke is emelkedett lehet.

Az eddig említett hőmérési eljárások azonban a két testfél hőmérsékének külön-külön és összehasonlító módon való mérésére figyelemmel nem voltak. *Sorgo*⁸ közül egy esetet, ahol a jobb- és baloldali testfél hőmérsékében 0'1^o—2'1^o-ig terjedő differentiaikat észlelt. Újabban *Pok*⁹ 4—5 esetet közöl, ahol a két testfél hőmérséke között 0'1^o—0'9^o—1'1^o-ig terjedő differentiaik voltak. Az esetek gynecológias megbetegedések. Ezen észlelése kapcsán a két testfél hőmérsékének különbözőségét differential-diagnostikus segédeszköznek fogja fel és a következőképen értelmezi:

A két testfél hőmérsékletének különbözősége nincsen jelen általános lázas fertőző megbetegedéseknél. Olyan megbetegedéseknél, ahol a betegség helye az egyik testfélben van csak meg, a hőmérsékbeni különbség is ezen oldalon magasabb, még akkor is, ha később a megbetegedés továbbterjedésében a másik oldalra is áttérjed. A beteg oldali testfél hőmérséke magasabb, mint az ép, vagy kevésbé megtámadott. Ha kétoldali megbetegedésről van szó, úgy mindig a súlyosabban megbetegedett, illetve kiterjedtebb, vagy friss gócot magában foglaló oldalon jelentkezik a magasabb hőmérsék. *Pok* esetei adnexitumor, extrauterin graviditás, appendicitis, chr. adnexitis voltak. Ezen eseteinél észlelt hőmérsékbeni különbség diagnostikus segédeszközül szolgált s megerősítette feltevéseit. Egészséges egyéneken végzett hőmérési eltéréseket nem mutattak.

1921 decemberben, tehát még *Pok* dolgozatának megjelenése előtt észleltem a következő esetet:

Az egyes köresetek bővebb tárgyalására e helyen kitérni nem akarunk, a felsorolt eseteket napokig, hetekig, sőt néhány esetben hónapokon keresztül észleltük és a feltüntetett magasabb hőmérsékértékekben a napi maximum és minimum értékeket jelöltük meg.

A 100 esetből nyert adatokon áttekintve, magyarázatra vár az, vajjon mi okozza a testfél hőmérsékének ezen magasabb voltát és milyen értékes útmutatású szolgálat differential-diagnostikus célra. Ha az ép szervezetű egyének végzett hőmérések eredményeit vesszük figyelembe, úgy arra kell gondolnunk, hogy néhány tizedfokú különbség a két testfél között physiologiás körülmények között is előfordul, és pedig változóan a jobb és baloldal között. A legnagyobb % a baloldalra esik, és ha ehhez hozzácsatoljuk a szívujjoknál nyert értékeket, ahol minden esetben baloldalra esett a magasabb hőmérsék, úgy talán mechanikai magyarázattal élhetünk, mely egyrészt a véráramlás sebességében, másrészt a bőr hajszálérrendszerének fejlettségében és sűrűbb elágazódásában, vagy tágultabb voltában volna keresendő, kiindulva azon feltevésből, hogy a test hőmérsékének mérésekor a hajszálérrendszer által a testfelülethez juttatott vérmennyiségnek volna ez esetben szerepe. Nem szabad továbbá figyelem nélkül hagyni a hajszálérrendszer helyi viszonyait sem, valamint a véráram surlódását a keringés alatt, továbbá anatómiai viszonyokat, mint a szív és nagyerek baloldali elhelyeződését. A sympathicus idegrendszer részéről fennálló befolyás is mint előidéző ok figyelmet érdemel.

A többi vizsgált esemből nyert tapasztalat szerint a magasabb hőmérsék az esetek nagy részében a góccoldalon jelentkezik, kisebb részben ezzel ellenkező oldalon, és néhány esetben semmi különbség sincsen jelen. Ezen adatokra támaszkodva azon végkövetkeztetésnek kellene kifejezést adnunk, hogy differential-diagnostikus értéket — olyan értelemben, hogy előtűnik a góc fekvését egyik vagy másik testfélben megjelölje — nem tulajdoníthatunk. A nyert tapasztalatokból egyelőre annyit mondhatunk, hogy a hőmérsékbeni különbség az esetek 80—90%-ában jelen van, ennek diagnostikus hasznát nem látjuk és egyelőre keletkezésének magyarázatát sem tudjuk adni. Feltehető, hogy az anatómiai viszonyokban, esetleg a bőr hajszálérrendszerében vagy más egyéb tényezőkben keresendő az ok, és így ezt nyílt kérdésként kell hagynunk addig, míg tüzetesebb vizsgálatokkal és megfigyelésekkel ehhez közelebb férhetünk.

Észlelésünk egy része Pok dolgozatának megjelenése előtti és a közlésre azon, Pok felfogásával ellentmondó eredmények készítették, melyeket fentebb felsoroltunk; egyszersmind felhíva a figyelmet arra, hogy differential-diagnostikus értéket ilyen adatoknak nem tulajdoníthatunk.

Irodalom. ¹ Kéty: Diagnostika 1914. ² Fürbringer: Berl. klin. Woch. 1916. ³ Zondek: Münch. med. Woch. 1919. Nr. 46—48. ⁴ Joschimura: Pflügers Archiv 126. 1909. ⁵ Claude Bernard: Leçons sur la chaleur animale. Paris 1876. ⁶ Kothe: Münch. med. Woch. 1904. Nr. 31. ⁷ Sorgo: Neurologisches Zentralbl. 1902. Nr. 14—17. ⁸ Pok: Wiener klin. Woch. 1922. Nr. 6.

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

Vizsgálatok a duodenum-szondával.¹

Írta: Jánossy Gyula dr. tanársegéd.

A duodenum-szondázással módszer jutott birtokunkba, mely lehetővé teszi élő ember duodenum-nedvének megvizsgálását. Mióta Einhorn és Gross e módszert először alkalmazták, sokan igyekeztek egyrészt a szondázás nehézkes technikáját javítani, másrészt a nedv megvizsgálásával egyes betegségek diagnosztikáját megkönnyíteni. Szondázásra az Einhorn-szonda bizonyult legalkalmasabbnak, mely vékony, egy méter hosszú, 8 mm. körfogatú, nehezen összelapítható gummicső, végén tojásdad alakú lyukakkal ellátott fém olívával.

¹ A debreceni orvosegyesület 1922 november 18-iki ülésén tartott előadása.

A módszer technikai részéről csak annyit említek meg, hogy a szondát reggel éhgyomorral, kb. 50 cm. távolságig a beteggel ülő helyzetben lenyeletjük, ezután a beteget jobb oldalára fektetjük s várjuk míg a szonda súlyánál és a peristaltika továbbító mozgása segítségével bejut a duodenumba. Célszerű a beteg derekát kissé alá párnázni, ezáltal elérjük azt, hogy a beteg gyomrának legmélyebb pontja a pylorus lesz.

A gyomorból rendszeren zölds, zavaros gyomornedvet kapunk s abban a pillanatban, amint az olíva a pylorushoz ért, zavaros, epés váladék ürül. Ritkán a létrejött regurgitatio miatt a gyomorból is kapunk epés váladékot. A duodenumból kapott váladék rendszeren kristálytiszta, aranyárga folyadék. Fajsúlya 1010—1012, cholesterol-tartalma 0'30—0'145%, szárazanyaga 1'4—1'6%, bilirubint mindig tartalmaz, melyről azonban majd később szólok. A tiszta duodenumnedv időnkint megzavarosodik. Einhorn még egyik legújabb dolgozatában is a zavarosodásból fontos diagnostikai következtetéseket von le: gyuladós folyamatokra következtet. A mi tapasztalataink azt mutatták, hogy duodenitis, cholangitis stb. nem okoz észrevehető megzavarosodást, még a genyes cholecistitis okozta zavarosodás is alig észrevehető. A zavarosodás oka rendszeren a gyomornedv duodenumba való ürülése; ezt bizonyítja az is, hogy az ilyen zavaros duodenumnedv alcalicitása mindig csökkent, a nedv gyakran szabad sósavat is tartalmaz és bilirubintartalma mindig kevés. A duodenumnedv tehát a vörös kongópapirost legfeljebb periodusosan kékíti, azaz szabad sósavat állandóan nem tartalmaz.

Nagyon sokszor észleltük azonban, különösen hyperaciditások betegekben, hogy a kék lakmust vörösítette, tehát a duodenumnedv a szondázás egész művelete alatt igen enyhén savanyú vegyhatást adott. A duodenumnedv „közömbösítő képességének“ e zavarát Einhorn pilorusfekélyre jellemzőnek tartja. E tünetet mi nemcsak ulcusban szenvedőkön észleltük, s véleményünk szerint létrehozhatja a szondázás műveletével járó vöngálás ulcus nélkül is.

Állatkísérletek, sebészi észlelések azt mutatták, hogy a duodenum éhező állapotban üres s időnkint sokszor csak óras időközökben ürül bele epe és pancreasnedv. Duodenum-szondázással azonban a duodenumból állandóan kapunk váladékot; a szondázás műveletének hatására úgy látszik az összes emésztőmirigyek enyhe secretiója: nyálfolys, kisfokú gyomor, pancreas, epeelválasztás egyaránt észlelhető. A duodenumnedvben, hacsak obstructio nem volt, minden esetben ki tudtuk mutatni a pancreas fermentumait Stepp és mások észleléseivel ellentétben. A duodenumnedv azonban lényegesen különbözik attól a váladéktól, mely a duodenumfistulás állapotában a duodenumból időnkint ürül. E váladék sokkal hígabb és összetétele meglehetősen állandó. Inkább ahhoz a váladékhoz hasonlít, mely az epehólyag nélkül élő állat állandóan nyitott Vater-papilláján ürül.

Stepp szerint a duodenumnedv tulajdonképpen kissé felhígult májepének tekinthető. Stepp és majdnem valamennyi észlelő azt tapasztalta, hogy hosszabb-rövidebb időközökben a duodenumnedv aranyárga színe megváltozik. Erre vonatkozólag az az általános vélemény, hogy az epehólyag időnként besűrűsödött epét présel ki magából s ez az úgynevezett hólyagepe okozza a sötét színt. Valóban e sötétebb árnyalat 1—5 percnyi ürülés után ismét megvilágosodik. A mi tapasztalataink azt mutatták, hogy ily periodusosan ürülő sötétebb váladék epehólyag nélküli emberből is nyerhető, tehát nemcsak az epehólyag besűrűsödött váladéka festheti sötétebbre az úgynevezett májepét. Úgy látszik létrehozhatja egyszerűen a máj fokozott secretiója is bizonyos ingerek hatása alatt. Magában ez az észlelés is megdönti Steppnek sok föltevését. Stepp ugyanis az időnként ürülő sűrű epeartalmú váladékot a hólyagból származtatja, bizonyos anyagokat fecskendez a duodenumba, melynek hatására állítólag az epehólyag sima izmai összehúzódnak s így mestersegesen is ki véli váltani a hólyag reflexét. A hólyag-reflex ki nem váltódásából az epehólyagműködés funkciózavarára következtet. Eltekintve az előbb említettekől, mi

50 eset közül 11 esetben nem kaptuk meg az epehólyag-reflexet pepton hatására. E 11 eset közül hat beteg egészen biztosan egészséges epehólyaggal és epeutakkal rendelkezett. (Műtét.) Kipróbáltuk a buillon (Stepp), a magnesium sulfat (Lyon), sötét tea (Lepehne) segítségével is az epehólyag reflexét kiváltani, az anyagokat a duodenumba adva, azonban ez anyagok sem bizonyultak megbízhatóbbaknak, ugyanígy voltunk bőr alá, vagy duodenumba adott pylorocarpinnal (Stepp, Lepehne).

Különböző anyagoknak, főleg a Stepp által ajánlott peptonnak és a Lyon által ajánlott magnesiumsulfátnak az az elég nagy hátrányuk is van, hogy aránylag nagy mennyiséget (30 cm³-ig) kell a duodenumba vinni. Ha az oldatokat gyorsan visszük be, úgy antiperistaltika váltódik ki, mely a duodenumszondát visszalökheti a gyomorba. Ezt a kellemetlenséget az oldat lassú bevitelével könnyű elkerülni, de a legritkább esetben kerülhetjük el tapasztalataink szerint a regurgitációt. A duodenumba vitt oldatoknak, főleg a lúgos peptonnak kis része a nyitott pyloruson regurgitál a gyomorba. A gyomorban nagy savválasztás indul meg s a gyomortartalom nemcsak közömbösíti a regurgitált pepton, hanem a duodenumba kiürülve savanyúvá, világossá és zavarossá teszi a duodenum nedvét, melyben ilyenkor igen sok a detritus és flocculus. A regurgitatio megtörténtéről úgy győződünk meg, hogy a Witte-peptonoldathoz barium sulfatot kevertünk és a beteget Röntgennel vizsgáltuk. A barium egy része a gyomorban adott árnyékot. A gyomortartalom a duodenumba jutva, ott összekeveredik a szintén secernálódó pancreasnedvvel és epével s oly viszonyokat teremt, hogy lehetetlen eligazodni.

Mindezek az észleletek alapján ingatták meg Stepp és Rothman-Manheim vizsgálatait, kik külön-külön vizsgálják a sötét és világos duodenumnedv sejttartalmát és ebből cholecistitisre, illetőleg cholangitisre következtetnek aszerint, hogy melyik részletben találtak több leukocytát és desquamált hámsejtet. Szerintük az egyes epeporcióban megszapordott sejtés alakelemek a megfelelő epeutakban lefolyó gyulladásos folyamat jelei. Eltekintve attól, hogy a sejtek a bélben igen gyorsan megemésződnek s mi már félóra múlva a sejteknek legfeljebb magját találtuk meg, teljesen ép epehólyagú, műtéttel ellenőrzött esetben is találtunk a sötétebb duodenumnedv-részletben nagyszámú leukocytát és desquamált hámsejtet. Ha a duodenumnedv üledékét akarjuk vizsgálni, tanácsos a nedvet egyharmad volumen 10%-os formalinnal és 100 Co-ra való melegítéssel conserválni (Manheim). A hólyagepében található kristályok (Einhorn) oly ritkán találhatók, hogy gyakorlati szempontból alig jönnek számításba.

Medak és Pribram a duodenumnedv urobilinogen, urobilin és cholesterin tartalmát vizsgálták. Véleményük szerint a duodenumnedvben kimutatható urobilin (urobilingen) az epeutak enterogen infectiójának diagnosztizálásakor értékesíthető. Szerintük negatív urobilinpróba enterogen infectió ellen szól. Viszont ellenkezőjét nem állítják, „relatív májelégtelenség is vezethet urobilinocholiához”. Strauss és Hahn saját methodusukkal több-kevesebb urobilingent minden epés duodenumnedvben találtak, az urobilingen koncentrációja a hólyagepében mindig nagyobb volt, mint a májepében. Lepehne főleg anaemia perniciosások duodenumnedvében talált sok urobilingent, de ki tudta mutatni majdnem mindenkinek hólyagepéjében. Lepehne módszerével mi is azt találtuk, hogy urobilingen pleiochromiások duodenumnedvében mutatható ki legjobban. Cholangitises duodenumnedvének csak sötétebb portiójában találtuk meg.

Az epe cholesterintartalmának csökkenése a máj működési zavarára mutat. Medak és Pribram ugyanis az epe csökkent cholesterintartalmával egyidejűleg hypercholesterinaemiát, tehát retentiót észleltek. Létrejön obstructio, degeneratív folyamatok (uraemia, diabetes), hypertrophia májcirrhosis stb. eseteiben.

Igen értékesek és gyakorlati szempontból ezidőszereint legfontosabbak azok a vizsgálatok, amelyek a duodenumnedv bilirubin tartalmára vonatkoznak. Hyman van der Bergh eljárása bilirubin quantitativ kimutatására

vérben és duodenumnedvben egyaránt alkalmas és egyszerű. A vörösvérsejt széteséséből származó és a vérben kis mennyiségben állandóan keringő bilirubint a máj választja ki, úgyhogy a duodenumnedv állandóan tartalmaz bilirubint és származékait. Van der Bergh rájött arra is, hogy a vérben rendszeren keringő bilirubin különbözik a máj által már kiválasztott bilirubintól, tehát a vérben keringő bilirubin a májon át történő kiválasztás közben megváltozik. Míg a vérben állandóan keringő bilirubin alkoholos közegben adja a diazo-próbát, vizes oldásban pedig nem, addig a máj által kiválasztott bilirubin vizes közegben is pozitív reakciót ad. Azt a bilirubin reakciót, mely csak alkoholos közegben pozitív, nevezi *v. d. Bergh* indirect reakciónak, míg amely vizes közegben is adja, azt direct reakciónak. Igen fontos e tény a különböző icterusok diagnosztizálásának szempontjából, mert ha a vérben oly bilirubint tudok kimutatni, amely már egyszer a májon át kiválasztódott, kétségtelen, hogy obstructio van jelen, azaz az epefesték kiürülésének akadály a májon túl van. E vizsgálat sok beteg duodenum-szondázását feleslegessé teszi, azonban még mindig elég sok eset lesz, akit diagnostikai szempontból mégis kénytelenek vagyunk megszondázni.

Ha a szervezetben vörösvérsejt széteséssel járó folyamat van, úgy a vérben a bilirubin megszapordik. Az ép máj azonban, ha e megszapordás nem túlnagy, gyorsan kiválasztja, sőt találunk olyan beteget is, akinek bár vörösvérsejt széteséssel járó megbetegedése van, vérbilirubinja megszapordva vagy alig lesz, vagy egyáltalában nem lesz. De ha az ily beteget duodenum-szondázzuk, a duodenumnedvben igen megszapordott bilirubinértéket fogunk kapni. Ha a máj igen sok epefestéket választ ki, pleiochromiáról beszélünk, s tapasztalatunk szerint éppen a pleiochromia diagnosztizálása szempontjából van fontossága a duodenum-szondázásnak.

A bélben nagymennyiségben található epefesték és származékai pleiochromiának jelei, a duodenumnedvben a megszapordott festékanyagok, így elsősorban a bilirubin ugyanezt jelentik. Eppinger legmegbízhatóbbnak tartja a bélsár stercobilintartalmának meghatározását. Ez azonban körülményes és nehezen beszerezhető műszert igénylő feladat, a *v. d. Bergh* methodusa ellenben oly egyszerű, hogy házi laboratóriumában bárki könnyen elvégezheti. Kérdés azonban, hogy a duodenumnedv bilirubintartalmának meghatározásával lehet-e pótolni a körülményes stercobilin-meghatározást. Mi éppen ezért igyekeztünk kikeresíteni a zavaró körülményeket, mely törekvésünkben nagy segítségünkre volt Lepehne egyik múlt évben megjelent dolgozata, amelyben a pleiochromiákat osztályozza. Primár pleiochromiának nevezi azt a pleiochromiát, amely valóban vörösvérsejt széteséssel járó folyamat következménye. Tünete állandó, egyenletes, sötét epeválasztás nagy bilirubinértékekkel. Ha az ilyen beteget többször megszondázzuk, heteken, sőt hónapokon át megszapordott bilirubinértéket fogunk találni. Egészen másként van a dolog, ha ú. n. lezajló icterusról van szó. A bilirubin értéke a vérben gyorsan csökken, a májon át az akadály megszűnésével nemcsak az epeutakon besűrűsödött epe választódik ki, hanem a vérben felhalmozódott sok bilirubin is igyekszik ismét kiürülni és ilyen módon a duodenumnedv bilirubin tartalma nagyon megszapordik, tehát pleiochromia jön létre. E pleiochromia azonban gyorsan, pár nap alatt megszűnik az icterus gyors javulásával. Az ilyen pleiochromiát nevezi Lepehne secundár pleiochromiának.

Ha duodenum-szondázást igen gyorsan végzem és esetleg csak abból a duodenumnedvből veszek váladékot, amely sötétszínű s időnként az epehólyagból ürül, megtörténhetik, hogy a duodenumnedvben nagy bilirubinértéket mutatok ki s ezáltal helytelenül pleiochromiát diagnosztizálok. Az így létrejövő látszólagos pleiochromia a pseudopleiochromia. Ezt nagyon könnyen elkerülhetem, ha a beteget félóráig figyelem.

Ha a felsorolt zavaró körülményekre figyelünk, a duodenum-szondázás segítségével nyert nedv vizsgálata teljesen pótolja tapasztalatunk szerint a bélsár festékanyagainak vizsgálatát s az ú. n. primár pleiochromia

megállapítása a duodenum-szondázás segítségével legtöbbször könnyen sikerül.

Fontos dolog azonban, hogy tulajdonképpen milyen bilirubinértéknél kezdődik a pleiochromia. *Lepehne* 3—9 Bergh-egységre teszi a rendes duodenumnedv bilirubintartalmát. Mások valamivel magasabbnak találták ezeket az értékeket. Mi 57 eseten végzett vizsgálataink alapján, mely esetek között 37 észlelést még a Jendrassik-féle II. sz. belklinikán végeztünk (a bilirubinmeghatározásokat ott *Cserna* tanársegéd végezte), 30-ra tesszük azt az értéket, melyen felül pleiochromiáról lehet beszélni.

A duodenumnedv vizsgálatát tanácsos a vér bilirubintartalmával együtt vizsgálni s akkor az alább összeállított táblázat szerint az icterus okának megállapítása könnyű feladat.

	Bilirubin		Direct diazo-reactio a vérrel	Diagnosis
	duodenumban	vérből		
1	sok	rendesen több	negatív	Vörösvér-széteséssel járó megbetegedés
2	sok	gyorsan csökken	kezdetben pos., majd negatív	Gyógyuló obstructio
3	kevés	sok	negatív	Máj működési zavara obstructio nélkül
4	kevés v. hiányzik	sok	positív	Obstructio

Mint a táblázatból látható, a duodenum szondázásnak főleg akkor van jelentősége, ha a vörösvérsejt-széteséssel járó megbetegedéseket akarjuk elkülöníteni a máj működési zavara okozta icterusoktól.

Az elmondottakban foglaltam össze azokat a tapasztalatokat, melyeket mi a duodenum-szondázással szereztünk. Hangsúlyozom, hogy a roppant körülményes és igen sok időt igénylő vizsgálatok miatt minden részletkérdésre figyelmünk nem terjedhetett ki, a debreceni belklinikán további vizsgálatok vannak folyamatban, főleg az epehólyagreflex viselkedésére vonatkozólag, továbbá annak megállapítására, hogy diagnostikailag mennyiben értékesíthető a máj parenchyma-megbetegedéseinek a *Strisower* által ajánlott duodenum-albumen vizsgálata, azaz az albuminocholia.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 február 3-án tartott XII. rendes tudományos üléséről.

Elnök: Sarbó Artur.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutatás.

Schuszter Gyula és Holitsch Rezső: Az „encephalographiáról”. A koponyaüri megbetegedések diagnostikájának mai fejlettségénél is elég gyakori eset, hogy még az sem állapítható meg biztosan, vajon egyáltalában van-e daganat az agyban, vagy sem („pseudotumor”). Sokszor a topicus kórismezésben tévedünk. Ezért igyekeztek Röntgen-sugárral a koponya belsejébe is némi világosságot vetni, azonban e képek az agynak állapotáról nem adnak felvilágosítást. Az amerikai *Dandynek* ötlete, hogy az agykamrák liquora helyibe levegőt fúj be és így készít Röntgen-képet. Mivel a levegő sokkal jobban keresztülbocsátja a Röntgen-sugárt, mint az agyállomány, e képeken jól látható az agykamrák nagysága, alakja, helyzete és az agykamrákkal szomszédos részletek alakbeli változásai. *Dandy* punctiót tűvel a koponyán, a corpus collosumon keresztül fujta be a levegőt (*Ventriculographia*). A német *Bingel* módosította eljárás („encephalographia”) abban áll, hogy lumbal punctióval bocsátunk le a liquor és ugyanazon tűn keresztül ugyanannyi levegőt fujunk be. A levegő a gerincoszlop subarachnoidalis üregében felszáll és a *Magendie*-féle likon keresztül jut az agykamrákba. Vétítve

mutatja a normalis viszonyoknak megfelelő képeket, amelyeken felismerhető a *thalamus opticus*, a *corpus striatum*, a *forix*, *corpus callosum*, *septum pellucidum* stb., jól láthatók az agy subarachnoidealis üregeibe behatoló levegő folytán az agy egyes gyrusai, a *fissura longitudinalis cerebri*, a *falx cerebri* és az agyalapi nagy cysternák, a *tentorium cerebelli* és több más részlet is.

Schuszter Gyula: 11 betegnél végzett levegőtöltést az agyüregbe. Közülük az egyik, aki általános carcinosisban szenvedett, 36 órával a műtét után comában meghalt. A beteg idős ember volt; a boncolás kiderítette, hogy mindkét tüdeje, veséi tele voltak babnyi, a lágy agyburka lencsényi metastasisokkal. A beavatkozást, ami eldönti, hogy centralis, duralis vagy corticalis tumorról van-e szó, csak oly betegnél szabad elvégezni, akinek van még teherbíróképesége. A legtöbb esetben csak 1—2 napig tartó fejfájás és szédülés fordult elő; hányás csak akkor, ha ettek a műtét előtt. Sikerült egy ökölnyi, baloldali, homloklebenyi dermoid cystát e módon kimutatni; a beteg a műtétet kiállotta és semmiféle bénulás tünete nem maradt.

Hozzászólás.

Henszelmann Aladár: Irodalmi adatok szerint sok exitust követelt már ez a mindennél, még a pneumoperitoneumnál is súlyosabb kórisme beavatkozás, veszélyes collapsusokat elég gyakoriaknak mondanak. Ezért ő még nem tudta magát az eljárás megkísérlésére elhatározni. Csak ott volna az megengedhető, hol mint egyetlen mentés, súlyos agyműtét jön szóba s ennek nyújthatnánk topikus-diagnostikus támpontot vele, feltéve, hogy a szokásos neurológiai vizsgálati módszerekkel célt nem értünk.

Korányi Sándor: Egy halálos eset kapcsán az encephalographiát jogosultnak csak olyan esetben tartja, ha életbevágó műtét indicatiojának vagy contraindicatiojának különben el nem érhető biztos megállapításáról van szó.

Kelen Béla: Az eljárás veszélyesebb, mint az irodalom mutatja, mert a halálos esetek közül sokat nem közölnek. Bár a diagnostika terén kétségtelen haladást jelent, mégis csak az előtte szólók által jellegzett desperatus esetekben volna szabad igénybe venni.

Winternitz Arnold: Amikor tumor és hydrocephalus közti diagnózisról van szó, az eljárás nélkülözhetetlen.

Bókay János: Tekintettel az elmondottakra, nem tarthatja megengedhetőnek, hogy ezen kényes diagnostikai beavatkozás ambulánsan végeztessék.

Zárószó.

Schuszter Gyula: A betegek 1—2 napig fekszenek a műtét után. Reménytelen s nagyon leromlott betegeknek nem szabad elvégezni, mert ezek elpusztulhatnak. Az irodalomban leírt halálos esetek majdnem mind cachexiás betegek esetei voltak. Csak steril műtétben, kellő assistentia mellett szabad végezni; a fejfájás és nyugtalanság ellen szükséges egy kevés narcoticum.

Előadás.

1. **Hammer Dezső:** A cyan használata a fertőtlenítésben. Ismerteti a fertőző betegségek elleni védekezésben a féregmentesítés fontosságát és módjait. A módszerek bizonytalansága vagy nehézsége miatt kutattak oly gázok után, amelyekkel a fertőtlenítés a helyszínen elvégezhető: s a kéndioxid és cyanhydrogén-gáz beváltak. E kísérleteket a proletárdictatura akadályozta meg és így csak 1920-ban kezdődtek azok újra meg.

Ismerteti a cyanhydrogén mérgező hatását, ami a vele való munkát nagyon veszedelmessé és felelősségteljessé teszi. Felsorolja mindazon feltételeket és szabályokat, amelyek e munkát végzésekor szükségesek és úgy irodalmi adatok, mint saját tapasztalatai alapján azt véli, hogy a cyanhydrogen olyan esetekben, amelyekben a betegséget férgek terjesztik, vagy terjeszthetik, felhasználandó és használata a kellő gondossággal, gyakorlat mellett veszedelemmel nem jár.

A fertőtlenítő intézet 1920 óta 323 cyános fertőtlenítést végzett, nemcsak lakásokban, hanem egész épületekben is. A 323 fertőtlenítésből csak egyetlen egy esetben történt két halálos eset, a vizsgálat szerint a meghaltak gondatlanságából.

Végül bemutatja a lübecki *Drägerwerke* által szerkesztett oxygenbelégző-készüléket, amely pyroxylitl dolgozik. Az oxygen a pyroxylitből a kilégzett levegőben lévő szén-sav és vízgőzök útján fejlődik. Szerinte a készülék a cyannal szemben teljes biztonságot nem nyújt, s így a készülék javításra és módosításra szorul.

Hozzászólás.

Id. Liebermann Leó: A féregtelenítendő szobában nyirkos, nedves ruhát vagy ágyneműt nem szabad tartani s nagyon fontos azon folyadékot, melyből a cyanhydrogen fejlődött, kiöntés előtt vasgálicoldattal és mézstejjel vagy nátronlúggal keverni, hogy a még benne levő cyan megköttessék.

Előadás.

2. Steiner Béla: A liquor cerebrospinalis cukortartalmának diagnosztikus jelentőségéről. Tárgyalja azon kórismei nehézségeket, melyek atypikus lefolyású meningitis tuberculosaiban másrészt meningealis tünetű egyéb megbetegedésekben felmerülnek. Kitér a liquor-diagnostika módszereire és jelzi annak hiányait. Ismerteti 210 vizsgálat alapján a liquor cukortartalmának kórismei jelentőségét a meningitisek és a meningitiseket utánzó kórképek elkülönítésekör és ábrákban mutatja a cukorgörbe különböző kialakulását meningitis tuberculosa és meningitis serosa esetében. Végül egy egyszerű eljárását demonstrálja, melynek segítségével a gyakorló orvos a rendelőóráján is meghatározhatja a liquor cukortartalmát.

Hozzászólás.

Csáki László: A III. sz. belklinikai anyagán liquor-cukor- és refractio-vizsgálatokat végeztek közel 100 esetben. A normalis l.-cukor 48—60 mgr-százalék között ingadozik; encephalitis, epilepsia, luesnél 90 mgr-százalékot is elér, meningitiseknél mindig 40 mgr-százalék alatt marad. A l.-cukormeghatározás az esetleges glukolysis miatt frissen végeztessek. A liquor-refractio érték (legtöbbször 1'3352) független a globulin-reactióktól, ezért valószínű, hogy a globulinmegszaporodás az albumin-globulin quotiens megváltozásával jár együtt. A normalis liquor konyhasótartalma 0'68—0'72 százalék. Magasabb: epilepsia, encephalitis, incompensált nephritis, némely diabetes és idegrendszeri lues esetében. Meningitisben mindig 0'68 százalék alá csökken. A legmagasabb meningitisek értéke is alacsonyabb, mint a legalacsonyabb nem meningitises. Több, az észlelés első napján klinikailag kétes esetben a vizsgálat a diagnosist eldönti. A liquor csökkenése a betegség előhaladásával fokozódik és mindig a vérésvó konyhasótartalmának elég jelentékeny csökkenése kíséri. Methodikai okból a gyors, egyszerű s igen pontos **Korányi-féle** chloridmeghatározás a bonyolultabb és megbízhatatlanabb **Bang-féle** cukoreljárással szemben — már a glukolysis miatt is — feltétlen előnyben részesítendő.

Keller Kálmán: Előadónak gyermekekre vonatkozó adatai felnőtteken is teljes megerősítést nyertek. A liquornak csökkent cukortartalma (0'04—0'02 százalék és ez alatt) a meningitis körjelzésére nagyfontosságú. Kívánatos, hogy a módszer az orvosi köztudatba minél inkább átmenjen.

Zárószó.

Steiner Béla (a zárószó szövege nem érkezett be).

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1922 december hó 9-én megtartott VIII. rendes tudományos üléséről.

Elnök: **Hutyra Ferenc.** Jegyző: **Lehocky-Semmelweis K.**

Bemutató.

Rosenthal Jenő: Spasmusoldó szerek hatásáról oesophagus-spasmus egy esete kapcsán. 22 éves férfibeteg hét év óta beteg. Az ősszel nyelési zavarai támadtak, a falat nem jut a gyomorba. amint egy keveset eszik, az ételt csakhamar kihányja. Ez az állapot egyre súlyosabb lett. A Röntgen-vizsgálat azt mutatta, hogy a baryum suspensio az oesophagus alsó kitágult részében megakad; a tágulat a cardia felé kúpszerűen szűkül, szélei élesek, rajta telődési hiány nincs. Ilyenformán az oesophagus legsalsó, illetve a cardia felső szélén szűkület kétségtelen, de kérdés, hogy az akadály oka organicus elváltozás-e, avagy spasmus. Atropin és papaverin külön-külön nem segítettek. Ezután papaverint és atropint együtt alkalmaztak troparin-injectio formájában, melynek hatására 30 perc múlva a töltésnek $\frac{2}{3}$ része a gyomorba jutott. Tehát a szűkület legalább részben spasmus által tartatik fenn. Szebben bizonyította azonban ezt egy másik kísérlet, melyet adrenalinval és papaverinnal tettek. Ha a betegnek $\frac{1}{2}$ cm³ adrenalint és 4 cgr. papaverint

adtak, akkor 5 perc múlva a baryum suspensio fele, 10 perc múlva pedig úgyszólván az egész töltés a gyomorban volt. Ez utóbbi kísérlet megismételtetett olyképp, hogy az adrenalin és papaverin $\frac{1}{2}$ óráig a fecskendőben összekeverve állott, ekkor a hatás jelentékenyen csökkent; 30 perc múlva a töltésnek fele jutott csak a gyomorba. Kutatták, hogy vajjon melyik factor az, ami a spasmust csökkenti: a kísérletet tisztán tonogennel ismételték meg. Ekkor is jó hatást láttak, de a kiürülés nem volt oly gyors, mint amidőn azt papaverinnal együtt alkalmazták. A szükséges tonogen- és papaverin-mennyiség *tonolysin* néven van forgalomban és kiválóan alkalmas annak eldöntésére, hogy a gyomorbélractus valamely részén mutatkozó elváltozás spasticus vagy organicus természetű-e.

b) **Mély besugárással kezelt caudatumor esete.** Egy 26 éves férfibeteg betegsége 1918 őszén kezdődött. Ekkor vette észre, hogy vizelete nehezen indul meg; csakhamar combjaiban szűrő fájdalmat érzett, $\frac{1}{2}$ évvel később járása rosszabbodott, vizeleti zavarai fokozódtak. Antilueses kúraban eredménytelenül részesült. Végül járnai sem tudott és vizelete csöpög. Felvételekor mindkét alsó végtagja béna; a térdreflex jobboldalt jól, baloldalt gyengén váltható ki. Az Achilles-in-reflex hiányzik. Az V. lumbalis, valamint az I—V. sacralis segmentum bőrterülete anasthaesiás, cauda-sérülésekre jellemző elrendezéssel. Kereszt-tájának megfelelően mérsékelten elődomborodó, ökölnyi, nyomásra érzékeny resistentia volt tapintható, melyből próbapunctióra vérrel kevert szövetcafatok nyerhetők. Histologiai vizsgálat azt mutatta, hogy a daganat kötőszöveti eredetű és rosszindulatú. A daganat műtéti beavatkozásra nem lévén alkalmas, besugárást végeztek. Az elődomboruló daganat körkörösén nyolc segmentumban, a peripheriás részletei további nyolc segmentumban sugározattak be hátulról; elülről pedig az inguinális nyirokcsomók bevonásával összesen szintén nyolc mező alkalmaztatott. A besugárzás tartama csaknem 14 óra volt. Egy héttel ezután bénult végtagjaiban heves fájdalmak léptek fel és lassanként az alsó végtagok izomereje visszatért. Az ágyban mozgatni tudja végtagjait; két hónappal a besugárzás után az izomerő annyira javult, hogy a beteg lábára állt. Ugyanezen idő alatt a kiterjedt érzési eltérések szintén jobbára visszafejlődtek. Öt hónappal az első után végeztetett második besugárzás, mely után egy hónappal kezdett a beteg újból járnai és azóta mindjobban javul. A besugárzások még háromszor ismételtettek meg; legutóbb egy hónappal ezelőtt. A vizeleti és székleteti zavarok csökkenése csak nehezen javul. A besugárzás óta elmúlt csaknem két év alatt az állapot egyre jobb, recidivák nem mutatkoznak.

Hozzászólások:

1. Henszelmann Aladár: A bemutatott első esetet 1918 tavaszán észlelte a diagnosztikai klinikán három hónapig. A cardiospasmus abszolút volt folyadék-ingerekkel szemben, míg a sűrűbb ételt kb. egy liter víz ráívásával tudta csak átjuttatni a cardián; a vizet s általában a folyadékokat mindig és változatlan mennyiségben kihányta. Sokféle physikalís és chemiai módszerrel próbálták a spasmust legyőzni (a legnagyobb kaliberű sonda is könnyen áthatolt a cardián), de sikertelenül. Adrenalinval nem kísérleteztek.

2. Ötvös Ervin: Az esetet a Pál-féle beosztás alapján idősült hypertoniás görcsnek tartja, melyben a kinetikai összetevő alig jutott szerephez. Ezért volt hatástalan a papaverin. Atropintól több esetben cardiospasmust látott keletkezni. Az adrenalin épűgy, mint az uzara, a tonust csökkenti sympathicus izgalom révén.

3. Révész Vidor: Amilyen jól válik be pylorospasmusnál a papaverin és csak florid ulcusok vagy acut cholelithiasis eseteiben hagy cserben, annyira nem számíthatunk rá cardiospasmusnál. Utóbbi aetiologiája nem egységes. Cardiospasmus megállapítására legjobb eredménnyel azt az ismert fogást használja, hogy a pangó kontrast-ételre egy pohár ivóvizet itat. Erre rendszerint azonnal megnyílik a cardia és a nyelöcső kiürül. Adrenalinval nem próbálkozott, de nyereségnek tartaná úgy diagnosztikai, mint therapeutikus szempontból, ha szabályszerűen lehetne a hatására számítani.

Bemutató:

2. Szilárd Pál: Eljárás a fehérvérsejtek izolálására. Egy eljárást ismert, amelyet a fehérvérsejteknek a vérből izolálá-

sára dolgozott ki. Lényege: ecetsavnak és borkősavnak a keverékével haemolysálni a vörösvérsejteket és azután a vörösvérsejtek és a thrombocyták anyagát kálilug főlöslégében oldani.

Hozzászólások Tóth István mult ülésbeli előadásához:

Gál Félix: A II. női-klinikán a Röntgen-kezelés régebben kis dosisokkal történt, most Symmetrie géppel, rendszeren két ülésben. Mérőeszköz a iontoquantimeter. Az eredmények jobbak, mint a régié, úgy időmegtakarítás, mint recidívák és a dermatitisek szempontjából. A műteti és röntgenezett anyag áttekintésekor több, általános, biológiai szempontból érdekes kérdésre nézve nyerünk felvilágosítást. Kivett petefészkek vizsgálata azt mutatja, hogy az ovulatio és menstruatio időpontja közt nincs szabályos összefüggés; erre vallanak az egy ülésben végzett Röntgen-castratiókor tett tapasztalatok is. Az atreticus folliculusok nem teszik azt a benyomást, mintha működő, interstitialis mirigyek volnának. A kiesési tünetek szoros kapcsolatban vannak a folliculus-működéssel. Valószínű, hogy amenorrhéa asszonyoknak is van bizonyos fokig folliculus-működése. A myomás vérzések előidézésében a méhnyálkahártya is szerepet játszik. Így curetrettelt esetekben sokkal kisebb sugárdosis szükséges az amenorrhéa elérésére. A besugárzott és azután operált myomák vizsgálata nem arra mutat, hogy bennük specificus elváltozás megy végbe a sugarak hatása alatt. A méhkiirtáskor bennhagyott petefészkek sorvadásra hajlamos, de hosszabb ideig működhet, addig, míg a szervezet a hiányhoz alkalmazkodik. A petefészkek két egymástól független funkciójú van; egyik a menstruatióval kapcsolatos, másik a szervezet egyensúlyában szerepel; a kettő, úgy látszik, magasabb központ befolyása alatt áll.

Mansfeld Ottó: 1914-ben tartott itt előadást „a myomák és metropathiák sugaras kezeléséről”. Azóta a Röntgen-technika sokat haladt. Mégis a klinika anyagában ismét pontosan 84/0-ban sikerült csak amenorrhéát elérni. Ugyanezt az eredményt érte el már Hegar műteti castratióval. Ebből következik, hogy a jóindulatú méhvérzéseknek mintegy 160/0-a a petefészkek működésének kikapcsolása után is tovább fennállhat, még pedig valószínűleg a belső genitáliák varicositása folytán. Ezen semmi-féle Röntgen-kezelés sem segíthet. Az utolsó évek vizsgálatai mindjobban kiderítik a petefészkek nélkülözhetetlenségét a nő közérzetére nézve. Ezért az ideális myomakezelés az volna, mely sértetlen hagyja az ovarium funkcióját. A radicalis műtét-nél megfogható ugyan egyik vagy mindkét ovarium, de ezek hamar elsorvadnak. Ezért a radicalis műtétekkel kapcsolatban petefészkeket is ültet át, melyek évekig is működnek. Ezt ajánlja a műtétek kiegészítésére és a sugaras kezelésnél a féldali eljárás figyelembevételét.

Somogyi Rezső: Nagy myoma Röntgen-besugárzásakor célszerű a castratiós dosisnál többet alkalmazni. Gyenge egyéneknél a röntgenkater csökkentésére ajánlatos a castratiót több ülésben végezni.

Scipiades Elemér: Elégtétellel hallja, hogy a Tóth tanár által előadottak támogatják 1911-ben e helyen elfoglalt álláspontját. Ettől kezdve, de kivált Krönignek 1910-ben a Röntgen-kezelést ajánló közleménye óta, egész raja támadt oly közléseknek, melyek a myoma kezelését tisztán a Röntgen-kezelés egyoldalú nézőpontjából világitották meg. Nem csoda, hogy ez egészen megzavarhatta a gyakorlóorvost, azt a hitet keltvén, hogy talán a kés most már feleslegessé is vált, sőt még a szakember is dilemmában volt. Hogy helyes conclusióra jusson, össze kellett hasonlítani a Röntgen-kezelés előtti helyzetet avval, amit a Röntgen-terápiával szerzett tízéves tapasztalásának köszönhet. E célra Tauffer tanárnak „25 év myoma-terápiája” c. dolgozatát választotta, melyben azt közli, hogy: 1. megoperálta összes myomás betegeknek 33,2%-át; 2. ellenben nem operálta meg és mind röntgennel kezelt myomás betegeknek 65%-át. Ebből az a tanulság, hogy a röntgen-terápia a legtekintélyesebb nőorvosok anyagában a myoma operálандóságának számarányán nem változtatott.

Ó azonban ezzel nem elégedett meg, hanem elindulva Gausstól, a referenstől, végigmenve az ottani előadókon egész Doederleinig, összefoglalta azon inditációkat is, melyek mellett a Röntgen-terápia legnagyobb szószólói a myomát ma is még operálандónak tartják. Ekkor kitűnt, hogy szerintük kezelendő marad: 1. az olyan 40 éven felüli egyének myomája, mely kicsiny, interstitialis, szövődmény nélküli és tisztán vérzéses panaszokat okoz; 2. az olyan egyének myomája, akiknél valami okból operálni nem lehet.

S hogy ez nemcsak 1920-ban volt igazság, hanem 1922-ben is az, mutatja az, hogy Tóth tanár, akinek klinikáján 3 Röntgen-apparátus dolgozik, ma nemcsak 11%-kal operál több myomát, mint annak idején Tauffer, de mutatja az is, hogy Tóth operabilitási arányszáma közel jár hozzájáruló 43,2%-os arányszámához, noha az ő osztályának külön Röntgen-apparátusa nincsen. Annak tehát, aki a myoma műteti és Röntgen-terápiáját szembeállítva óhajlja kritizálni, mindenekelőtt azt kell megmondania, mennyi ma nála a myoma operabilitása és mennyi volt a Röntgen-időszak előtt.

Tóth klinikai anyagát magáneseivel összekevervén, megállapíthatatlan, hogy myomás anyaga milyen nőgyógyászati beteglétszámnak képezi részét. Így fekvő nőbeteganyagom 37%-át (144 eset) kitevő myomás anyagommal anyaga nem állítható szembe. Így is látszik azonban, hogy ő prognosticailag is könnyebb fajsúlyú anyagon dolgozik. De vannak közös tanulságaink is; pl. hogy a myoma magaráhagyva sem egészen veszélytelen betegség. Nála 80-ra, nálam pedig 31-re esett az a harmadik eset, mely műteti kezelés nélkül vezetett el (97%). Nálam is kb. 14%-ban más betegség, pl. carcinoma, adnex, ovarialis daganat stb., adta az inditációt a kezelésre, a myoma csak e betegségekhez társuló szövődmény volt. Kb. 65%-ban, azaz 93 esetben adta meg a műtétet elsősorban az inditációt, szemközt Tóthnak 212 esetével. Ezek közül palliativ operáltunk nyolcat (93 = 8,6%), ebből senkit se veszítettünk el. 71%-ot azért, mert a daganat igen nagy volt, 10,7%-ot azért, mert a vérzéseken és fájdalmakon kívül vizelési panaszokat is okozott, végül 25,0%-ot azért, mert a munaképtelenségig fokozott fájdalmakat is okozott.

Inditációiban azon előírásokhoz alkalmazkodott, amiket a német nőorvosok 1920-iki congressusa írt elő. Más tanulságot nem vonhat le, mint azt, hogy:

1. a Röntgen-sugár a myomák műteti inditációin és a műtétek arányszámán semmit sem változtatott;
2. a sugárkezelés csupán a myomák palliativ kezelésének vált egyik leghatásosabb, ha nem is veszélytelen eszközévé;
3. éppen a Doederlein- és Tauffer-féle therapiák számarányai mutatják, hogy a Röntgent ma is még egyesek némi polypragmásiával alkalmazzák. Szívesen állapítja meg, hogy Tóth tanár, aki betegeknek nem összességét, mint Doederlein, hanem csak 70%-át röntgenezi, ezek közé nem tartozik. Örömmel szögezi le továbbá, hogy teljesen egyező igazságokhoz jutottak.

Lovrich József: Tóth tanár módját adta a helyzet tisztázásának. Azt hitte, hogy itt lezárt akták előtt áll, hisz több mint 10 éve annyira jők ezen a téren az eredmények, hogy jobbák nem is lehetnek. Ma már csak az a vita tárgya, hogy egyszer vagy többször sugározzák-e be a bizonyosan meggyógyuló myomás betegeket. Már 8 éve, hogy a müncheni Röntgen-gyűlésen a malignus daganatok operációjáról nem kisebb operateur, mint Doederlein mondott le. Tóth a korhatárt 40 évben állapítja meg. Ezt ő nem fogadja el, mert elvből minden beteget, mielőtt műtetre bocsátanak, Röntgen-kezelésre küldenek. Csak ha a Röntgen-kezelés eredménytelen marad, operálják a beteget. Elvük: mindenáron Röntgen és csak kivételesen műtét. Megelőzőleg meg kell győződni, nincs-e szétesés, necrosis, myoma-e és jó- vagy rosszindulatú-e a daganat? A diagnosis nem mindig olyan egyszerű, mint azt a tankönyvek leírják. Ezen a réven kerültek olyan myomaműtétekhez, ahol cystára vagy egyébre tették a diagnosis! A malignitás diagnosisa kezdetben nehéz. Épp ezen esetekben souverain szer a Röntgen. Láttak olyan rosszindulatú petefészkdaganatot, melyet eltávolítani nem lehetett. Ismételt Röntgen-kezelés után a hashártyán kiszórt gókok eltűntek s a fiatal beteg máshova fordulva műtétért, megoperáltatott anélkül, hogy a Röntgen-kezelés előtti papillifer burjánzást látták volna a hashártyán. Ez azt mutatja, hogy inoperabilis esetek Röntgen-kezelés által operabilissé válnak. A Röntgen hatása nem vonatkozhatik kizárólag az ovariumokra; nem Röntgen-castratióról van szó. A sugár sorvasztja a daganat elemeit is. Példát adnak erre azon esetek, ahol a climacteriumban kezdik meg a Röntgen-kezelést és a daganat elapad. A Röntgen-ausea jelentéken s még a radio-silexgéppel való kezelés esetében is alig tart 24 órán túl. A kiesési tünetek sem súlyosabbak Röntgen, mint műtét után. Nem szívesen hagyják műtét-nél bent az ovariumokat, mert ezekből daganat fejlődhet; de meg úgyis hamar el szoktak sorvadni. Röntgen utáni égést egyetlen esetben sem láttak, de egyéb szervek sérülését sem észlelték, bár a belgyógyászok a bél- és hólyagtüneteket a Röntgen-kezelésre szeretik hárítani. Műtétet végeztek közel 10 év alatt 158-szor, és pedig 64 esetben laparotomiát, 4 esetben vaginalis exstirpatiót, 32 ízben lecsavarást és enucleatiót és 58-szor explorativ curettet. 207 myomabeteg közül tehát 158-szor operáltak; a 64 laparotomiából 57-szer Chrobak-műtétet, 4-szer enucleatiót és 3-szor total exstirpatiót esínáltak. Összegezve, elfogadja Tóth tanár conclusióját a műtétekre vonatkozólag azon változtatással, hogy: complicatio nélküli beteget sohasem operálnak, amíg Röntgen-kezelés alá nem vették. Tehát előbb Röntgen és csak ha ez nem használ, van helye a műtétnek.

Kelen Béla: Előadó a röntgenezés veszélyeit túlsótét színekkel festette és véleménye nem sorozatos tudományos megfigyeléseken alapszik, hanem csak oly egyéni impressio, mely a kritika világitásában nem áll meg. A Röntgen-sugarak hatása általánosságban és részleteiben ma már ismeretes annyira, mint bármely más farmakológiai ágensé. A dosismérés gyakorlatilag megoldottnak tekinthető. Idioszinkrasiával 6000-et megközelítő eset közül egyben sem találkozott. Hozzáértő kezében felégetések és egyéb veszélyek nem fenyegetnek. Belsővérzés és Röntgen-cachexia csak olyan nagy dosisokra következhetnek be, amelyek myomakezeléskor szóba sem jönnek. A röntgenezését követő nausea kellemetlen állapot ugyan, de jelentőség nélküli; ezt jelzi a tréfás „Káter” elnevezés is; narcosis után is van ilyen. A kiesési tünetek statisztikai adatok alapján röntgenezés után kisebbek, mint operatív castratio után. A röntgenezés utáni recidivák ritkák és újabb kicsiny dosisokra gyógyulnak. A gyógyulás gyorsabb, mint operatio után. A röntgenezésnek utókövetkezménye és mortalitása nincsen: ezzel szemben az operatióknak a legnagyobb dexteritás mellett is legalább 30% mortalitása van. Igaz, hogy helytelen Röntgen-kezeléssel nagy károkat lehet tenni, azért helyénvaló lenne, hogy a Röntgen-therapiát csak olyanoknak engednék meg, akik vizsgát tettek. Az I. női klinikán és az egyetemi Központi Röntgen-intézetben eddig 5491 beteget röntgeneztek. Ezek közül 2822 myoma- és ovarialis eredetű vérzés. 361 uterinalis vérzést már a modern radio-silexkészülékkel kezeltek. Ezekről pontos statisztikát ezidőszereit még nem tud adni, mert a betegek egy része megszállott területen lakik és nem volt még utánvizsgálható. Az amenorrhoea azonban minden betegnél bekövetkezett és recidiva eddig nem jutott tudomására. A fiatal kor csak akkor contraindicatio, ha a termékenység megtartására kell törekednünk: ilyen esetekben is lehet azonban kisebb dosissal temporár amenorrhoeát, oligo- vagy spaniomenorrhoeát elérni, ami után a fertilitás egy idő múlva ismét visszatér.

Tauffer Vilmos: Öreg professornak ritkán jut ki az a szerencse, hogy hosszú munkálkodásának színhelyével még nyugdíjas korban is állandó szellemi kapcsolatban maradjon: ennek a kiváltságos helyzetnek köszöni, hogy a myomatherapia fejlődésének történetét a kezdettől a mai napig folytonosságban tekintheti át.

Csak kevesen vannak kartársai közül, kik visszatekinthetnek az orvosegyesület 4 évtized előtti tudományos életére, amikor először szólt a myomák műtéti gyógyításáról, amikor drága tanpénzét fizette az emberiség — halálozás révén — a nagy haladás kilátásainak azon magas cél felé, ahová manapság már eljutottunk. Lélekemelő az öregekre az a büszke megállapítás, hogy manapság myomás betegek többé nem kell betegségében meghalnia, ha intelligenciája és jószerecséje olyan orvoshoz vezet, ki kora megismeréseinek birtokában van és rendelkezik azon műtői készséggel, mely a gyógyításhoz szükséges.

E tétel nagy igazságát a gyógyegyen levő discussio bizonyítja, mely ezerre menő statistika alapján megállapítja, hogy a perfect műtő kezei között a halálozás a műtét rovására még egy százalékot sem tesz ki.

Ezen megállapítás után a tudomány érdekében még vitakozhatunk afelett is, hogy melyik esetben alkalmazunk sugaras kezelést és hol van helye a műtétnek, mert a végeredmény az, hogy minden myomás beteget meg tudnak gyógyítani, kinek szervezete, organumait más, vagy következményes betegség meg nem rontotta. Ezt a lélekemelő tényt constatálja most, negyven év után.

Frigyesi József: 2300 laparotomia közül csak 330 laparotomiát végzett myoma miatt; összesen 430 myomaműtétet csinált kétszer annyi idő alatt, mint az előadó; bizonyosága ez annak, hogy csak azt operálta, mit feltétlenül meg kellett operálnia. A sugaras kezelést kiterjedten használta. Egy bizonyos körben éppúgy megvan a sugaras kezelésnek ma is az indicatioja, jogosultsága. Nagyon helytelen volna, ha ma, itt a felszólalások kapcsán azt hinnék, hogy vannak, akik myomát sugaras kezeléssel gyógyítanak s vannak, akik operálnak. Ma éppúgy hozzátartozik egy nőgyógyászati intézményhez a sugaras kezelésre való berendezés, mint a műtőterem. Ha a sugaras kezelés szerepét meg akarjuk állapítani, tisztában kell lennünk azzal, hogy az a myoma-complicatio legnagyobb részében még a tüneteket sem szünteti, tehát egyáltalán nincs helyén. Anyagában complicatio 36700-ban (147 esetben) fordultak elő. És ez inkább a valóságnál kisebb szám, mert a complicatio a legtöbb statistika szerint az esetek felét teszik ki. Az esetek felében tehát teljesen eredménytelen a sugaras kezelés. Megnehezíti a helyzetet az is, hogy úgy a myoma, mint a complicatio diagnosztikája sokszor nehéz. Egy másik csoportja az eseteknek a nem túl nagy, nyomási tüneteket nem okozó, csak vérzéssel járó myomák, amelyeknek főtünetét, a vérzést, a sugaras kezelés 90, de talán 100%-ban is megszünteti castratio útján. Ez a climaxhoz közel álló, 40-es, nem neuropathikus nőnél jogosult. Ha azonban fiatalabból van szó, azt az eljárást, mely a daganatot megtartja és a nőt egészséges petefészkeiktől fosztja meg, nem lehet a sebészi eljárással

összehasonlítani. Még néhány évvel ezelőtt azt hittük, hogyha egy nő uterusát kiirtjuk, a visszamaradó petefészkek elsorvadnak; ez ma túlhaladott álláspont. Hivatkozik Grammaticati, Paukon, Werth, Mandel és Bürger közleményeire, de megerősítheti azt saját tapasztalatával is. Ha a petefészkeket megtartjuk, amelyek a legújabb kutatások és saját tapasztalásai szerint nem sorvadnak el, nemcsak a hevülések és egyéb vasomotorikus vagy psychikus tünetek maradnak el az esetek nagy részében, hanem elmaradnak a castratio után észlelhető anyagcserezavarok és a nemi szervek másodlagos változásai. Éppen ezért minden fiatalabb nőnél legalább az egyik petefészket a műtétkor megtartja; így járt el eseteinek 422 százalékában. Újabbban pedig a kiesési tünetek elkerülése szempontjából igen jó eredményeket ért el az egyik petefészket megtartásán kívül a másik petefészket autotransplantációjával. A myomaenucleatio pedig össze sem hasonlítható a sugaras kezeléssel, mert itt a nőnek belső nemi szervei megmaradnak, a nő nemcsak menstruálni tud, de teherbe is juthat. E myomagócoknak sugaras kezeléssel való kocsányosítása új dolog, amiről sohasem hallott. Az összes 431 esetből elvesztett 4 beteget: a mortalitás 1160/0. A műtét tehát lényegesen veszített veszélyességéből, ez mutatja azt is, hogy közömbös az eredmény szempontjából, hogy valaki kórházi vagy klinikai osztályon operál-e. Nem érti Lovrich álláspontját, ki a myomás beteget előbb röntgenezi, curettezi és csak ezek eredménytelensége után operálja; hiszen a műtét sokkal kevesebb bajjal jár, mint ezen előző kezelések. Lovrichnak eszébe juttatja az idei innsbrucki congressuson Mayernek, Aschnernek, Neunak előadásait, majd a lipcei congressuson Holzknechtnek előadását, ki ezen kívül Prágában és Bécsben is elmondotta előadását a sugaras kezelés okozta károkról, késői külső és belső sérülésekről, és aki a „Röntgenkatert” az egész szervezet igen súlyos általános megbetegedésének tartja. A közel-multrán látott egy halálesetet (tűdőembolia), egy másik esetben bélvérzést sugaras kezelés után. A sugaras kezelést tehát a nem túl nagy, nyomási tüneteket nem okozó myomák esetében csak a negyvenes években levő nőbetegeknél vagy olyanoknál tartja helyénvalónak, hol a műtét valamely okból nem végezhető.

Henszelmann Aladár: Irodalmi adatok alapján rámutat arra, hogy a Röntgen-sugár nemcsak a petefészket sorvasztja, hanem a myoma szöveteleire és a méh nyálkahártyájára is hat. Kedvező hatása tehát nem egyszerűen „röntgencastrálás”. Az ú. n. petefészkekadagnak egy ülésben való leadását nem kell erőltetnünk; sietésre rendszerint nincs szükség. Hiszen ezen, dogmaként meghatározott adagnak nincs egészen komoly alapja, mert nem ismerjük a besugárzandó petefészkek életképességét. Vannak olyan, a climaxban levő petefészkek, melyeket csak érinteni kell a sugárral és már megindul bennük a soradás. Ezért teljesen célravezető, mert az amenorrhoeát előidézi, ha 3—4 hetenkint ismételt kisebb R.-dosissal látjuk el a beteget. Sokszor már az első besugárzásra beköszönt és végleges marad a menopause. A hiánytünetek és a Röntgenansea ily kezelési móddal minimálisak vagy, nem is jelentkeznek.

Révész Vidor: A Frigyesi említette halálesetet kellőképpen megvilágítja, mert kezén ment az eset keresztül. Egy 60 éves nő kapott Frigyesi kórházától kezelésre, kinek carcinomáját kövérsége miatt nem akarták megoperálni. A kezelés után a kórtörténet adatai szerint közérzése jó volt, lázalan aznap és két napon át. Másnap fennjárás közben hirtelen rosszul lett, arca cyanotikussá, légzése dyspnoéssá vált s néhány perc múlva meghalt. A boncolás a coronariák elmeszesedését, myocarditist, szívdilatatiót és egy, az arteria pulmonalisban ülő 30 cm hosszú és összekerekedett emboliát mutatott ki. Az uterus körüli erekben rögösödést nem találtak; az embolust a vena femoralisból származottnak tartják. Ebből világos, hogy a halálnak a Röntgenkezeléshez semmi köze, hiszen pl. a Tóth professor esetei azon csoportjából, amelyek tagjait se meg nem operálták, se nem röntgenézték, ugyanilyen módon három beteg halt meg.

1920 óta kizárólag csak egy ülésben kezeli a myomákat, fibromákat és metropathiákat és az eredménnyel a legnagyobb mértékben meg van elégedve. Anyagát nőgyógyászoktól kapja, ezért az jórészt olyanokból áll, akiket komoly indokból nem volt kedvük az illetőknek megoperálni, vagy akik semmiképpen sem akarták magukat megoperáltatni. 69 egy ülésben kezelt betegek közül 57-nek ismeri a további sorsát és ezek mindegyikénél beállt a menopause. Nála egy ilyen kezelés 92 percig tart. Előnyei: a betegnek csak egy izben kell megjelennie, ami, tekintve az utazás, lakásszerzés, ellátás stb. sok kellemetlenségét és költségét, nagyon kényelmes. Minthogy csak egyszer veszi igénybe a beteg bőrét, kitűnően meg tudja védeni. További előny, hogy az ovariumok interstitialis sejteinek működése megmarad és hogy a dosis megfelelő csökkentésével az amenorrhoeát időlegessé tudjuk tenni, úgyhogy 1—2 év múlva újból visszatérjen. Végül fontos előnye az is, hogy ha bármilyen okból nem állana be az amenorrhoea, pld. ha hibás volt a diagnosis stb., azt módunkban van megállapítani és a szükséges műtétről nem késünk le.

Holitsch Rezső: (kézirátát nem küldte be).

Bársony János: Tóth tanár szép statisztikájához megjegyzi, hogy ma már kisebb ingadozásokkal közel ilyen jó eredményekkel dolgoznak a modernül felszerelt klinikák. A myomaoperációk mortalitását 40%-ban lehet megállapítani, ami a mult-hoz viszonyítva kb. 20% javulást tüntet fel.

Minden klinikának vannak hosszú, sima sorozatai s utánuk néha egymásután egy-egy pneumonia, genyes műtét, embolia vagy narcosis, avagy anaesthesiás halál. Annyi formában leleskedik a baj, hogy csak válogatott anyag operációval érhetőek el a 100%-os bizonyos gyógyulást.

Az ő statisztikája magában foglalja az 1919 áprilisig operált anyagot, mely időpontig 405 myomaoperációjuk volt; az azóta eltelt három év alatt csak 66 ilyen daganatot operáltak. Utóbbi időben e daganatok nagyobb részét Röntgennel kezelték. Bogdanovics a klinikán az abdominalis műtétek rovására 27% mortalitást mutatott ki; az utóbbi 66 esetre 15% műteti halál esik.

Részletekben négy tétel van, amelyhez szólni akar: 1. a thrombosis, 2. a malignitás, 3. a kiesések, 4. a Röntgen-sugárzás kérdése.

1. Meglepi, hogy milyen kevés thrombosis szerepel Tóth tanár statisztikájában. E helyen már többször hallotta emlegetni, hogy a thrombosis infectió eredménye. Igen, van ilyen is; de van sok asepticus thrombosis is úgy a nem operatív, mint az operatív gynaecológiában, szülészetben, a sebészet, meg a belklinikák gyakorlatában egyaránt. A fibromyomások szíve a fokozott munka, meg vérvesztések folytán gyakran degeneráltak, vérük összetétele is megváltozik és mindenesetre nagy százalékban legalább is vérszegények ezen asszonyok, akik között már arteriosclerosist is gyakran találhatni.

2. A malignus degeneratiót illetőleg eltérők a vélemények. Pfannenstiel egyet sem látott, Warnekross pedig a Bumm-klinikáról 100%-ra teszi a rosszindulatúan elváltozott fibromyomákat. Berreiter viszont azt tartja, hogy a malignitás igen ritka. A malignus elváltozás legfeljebb 05%-ot tehet ki, de ez azután a legmagasabb szám is.

3. A kiesések bekövetkezhetnek úgy operációk, mint sugárzás után, fiatalokban nagyobb mértékben, mint a climaxhoz közeledőkben. Általában azonban operációkra a kiesés tünetei sokkal erősebbek, ha t. i. az ovariumokat is kivesszük. Prophylaxisból szokás az ovariumokat, vagy legalább az egyiket bent hagyni. A berlini Nagel is rendszerint benthagyja az ovariumokat; egyik operáltjánál azután 8 év múlva mind a két benthagyott ovariumban carcinoma fejlődött. Ő is látott így cystát keletkezni. A sugárzás után a kiesés tünetei nem minden esetben szoktak bekövetkezni. Éppen ezt a körülményt szokás felhozni az interstitium belső secretió természetével. Organoterápiával, akár operatív, akár sugaras az a kiesés, sokat lehet segíteni.

4. A Röntgen-sugárzást myomák ellen nagyon használja. A legműtétkedvelőbb német klinikák is erre az álláspontra húzódtak vissza. Krönig, Bumm, Franz, Doederlein nagyon igénybeveszik a sugarakat a myomatherápiában. A fiatal Zweifel 1920-i kimutatása szerint Doederlein 79%-ban sugaraz és csak 21%-ban operál; a besugárzott daganatok 87%-ban megkisebbedtek. A Wertheim-klinika assistensének, Wernernek a közleménye szerint 3—4 sugárzásra kezd a daganat kisebbedni, de volt olyan is, akiben a kúra befejezése után csak hat hónap múlva kezdett a daganat zsugorodni.

A legtöbb daganat a 40—50 közt kíván therapiát. Nagel azt mondja, hogy 90% semmi vagy csak conservatív kezelést igényel; a 20—30 éves közt ritka a fibromyoma uteri s ha lának is ilyet, ezek még rendszerint kicsinyek és súlyos tüneteket nem okoznak. A legtöbb latolgatást a 30—40 éves közt már nagyrafejlődött myomák kívánják.

Ő a következő állásponton van: 1. 20—30 év között kis, alig tünetező myomáknál lehet várakozni; talán valamire kiválk a daganat, s akkor könnyű kiirtani. 2. 40—50 közt, közel a climaxhoz, 85%-ban sikeres a sugaras kezelés. E korban csak a nagy daganatok, a sugarakkal szemben refraktár esetek, a fájdalomokat okozó, beszorult daganatok, vagy azok operálandók, akik maguk kívánják, hogy megoperáltassanak. 3. A 30—40 év volna leginkább az operatív therapia ideje. Ilyenkor még a szív többnyire jó s a sugaras kezelésnek sem az ovariumokra, sem a daganat szöveteire nincsen meg az a jó befolyása, mint a climaxos éveken. Úgy hogy ő is azt látta, hogy míg 40—50 között 85%-ban pozitív és 15% negatív volt az eredmény, addig 30—40 között éppen fordítva van az. A besugárzás tökéletesedésével e korban is emelkedni fog a gyógyulás percentje. Ma még azonban úgy áll a dolog, hogy a fiatalok kevés tünettől járó myomáival szemben lehet várakozni; de a climaxos időkben általában a sugaras therapia az uralkodó. A 30—40 év közt azonban a növekvő, erős tüneteket okozó daganattal szemben legkönyebben határozza el magát az operációra. Éppúgy a nagy tumorok, az ú. n. „Riesenmyomák” therapiájában, ha egyébként megvannak a feltételei az operálhatásnak, azé az elsőség.

Arra, hogy az operatív therapia nem éppen közömbös, a Bumm-klinikának 1912-ből származó statisztikáját idézi, és pedig azért, mert ez Bummnak éppen 183 privát operációjára vonatkozik. A halálozás 109% volt, igazán kitünő eredmény; azonban a 183 asszony közül az egyik Douglas-tályogot, nyolc bronchopneumoniát, öt emboliát, kettő thrombosit, három uretersértést (egy vesekiirtással) és három hólyagszűkítést mutat, tehát 21 olyan nagy betegséget, amelyek akármelyikében könnyen meg lehet halni.

Befejezésül idézi a másik berlini capacitásnak, a parallel professornak, Franznak 1917-ben az „Ärztliche Fortbildung”-ban közölt véleményét. Franz írta 1913-ban: „Die Röntgentherapie hat von den Gynäkologen im Anfang nicht viel Liebe erfahren, und, meine Herren, das ist auch verständlich. Wir Gynäkologen haben bei der Myomtherapie viel Lorbeeren gepflückt. Die operative Methode ist prachtvoll ausgebildet und man kann sagen, — ich selber habe noch nicht einmal 1 Proz. Mortalität bei ungefähr 250 Myomaoperationen gehabt —, dass man sich von einer solchen Sache, die einem Ruhm und sonst noch etwas bringt, nicht allzugern trennt. Aber es hilft doch nun einmal nichts. Wenn nun irgend jemand meiner Angehörigen ein Myom hätte, und ich würde als Arzt die Entscheidung zu treffen haben zwischen einer operativen und einer nicht operativen Behandlung, so muss ich ehrlich zu mir selber sein und sagen: ich probiere es erst einmal mit der nichtoperativen Behandlung”... „Dem einen Toten nützt es nichts, wenn die Mortalität 05 Proz. ist, und den Angehörigen nützt es auch nichts, und deshalb muss man es begrüssen, wenn das, was bisher erreicht worden ist, sich auf die Dauer bewährt, dass man ein Mittel hat, Myome und klimakterische Blutungen in den meisten Fällen mit ausserordentlicher Sicherheit ohne Operation zu heilen.”

Hozzászóló azt tartja, hogy a vitára: „a myomatherápiában operatív-e vagy Röntgen-sugárzás”, ez a pár szó adja meg legjobban a választ.

Zárószó.

Tóth István: Előadását az a vezérgondolat irányította, hogy elmondja, miféle következtetések szűrhetők le azon eredményekből, amiket a myoma gyógyításának úgy a sugaras, mint pedig a műteti módjával öt esztendő alatt elérni tudott. Nem általánosságokat mondott, nem irodalmi közlésekre hivatkozott, hanem saját tapasztalatait adta elő. Többre becsülte azt, amit az ember önmaga lát, megfigyel és tapasztal, mint azt, amit mások leírnak. Voltak hozzászólók, akik kést soha életükben nem vettek kezükbe s csak röntgeneznek, mások viszont csak operáltak és nem röntgeneztek s csak kevesen voltak, akik mind a kettőt csinálták; az utóbbiak véleményét tartja a legbecsesebbnek.

Előadó őszintén kiterítette magát. Megmutatta műtéteinek s még nagyobb számú sugaras kezelésének sikereit épúgy, mint gyengéjét: a mortalitást, a morbiditást, az eredménytelenséget, mindezt részletes táblázatokkal illusztrálva. Ezzel szemben a röntgenológusok csak sikerekről számoltak be, egy szóval sem említve, sőt tagadva a Röntgen-ártalmakat. Kelen Béla tagtárs talán maga sem hiszi, hogy röntgenezés következtében nem halt meg még senki. Különben átnyújtja Kelennek az utolsó évek irodalmából összeszedett 30—40 közlésnek kivonatát, ami mind a Röntgen-ártalomról szól; talál benne sok súlyos sérülést, nem egy halálosat is. Azután megmutatja a „Monatsschrift für Gynaecologie” éppen ma kezébe került legutolsó számát is, amelyben többek között Lick nevű szerző 372 sugaras kezelésről számol be, akik közül elsőfokú égést szenvedett 12, másodfokú 3 és harmadfokú 1; ez utóbbi meg is halt. Ugyanitt hólyag Röntgenbesugárzás után hónapok múlva fellépett súlyos Müllergangraenát és fistulákat ír le. Mivel nem minden szervezet egyformán érzékeny a sugarakkal szemben, nem elég az árammérték sem; de különben is a kezelésfolyamat alatt az áram erősségének ingadozása is veszélyt rejt magában, amire az utóbbi időben lettek csak figyelmesek. Így nem tartja indokoltnak Kelen állítását, hogy elkerülhető a Röntgen-sérülés; mindnyájan láttunk szomorú eseteket. Előadónak klinikáján végzett sugaras kezeléseket után dermatitisek mellett egy Röntgen-fekélyről van tudomása. Hogy a Röntgen-sugárnak a szervezetre minő hatása van, azt ma teljesen senki sem ismeri, Kelen sem ismerheti. Azt is mondja Kelen, nála 100% a gyógyulás, recidiva nincs; talán csak nem tud róla. Előadó által operált, előbb röntgenezett myomások közül csak négyet röntgeneztek klinikáján, a többi 21-et mások kezelték; nem szólt róla, de el kell árulnia most, hogy ezek egy részét éppen Kelen tagtárs röntgenezte. Tehát a sugaras kezelés amellett, hogy nem minden esetben éri el célját, éppen nem közömbös dolog. Az sem mellékes, hogy milyen psychikus hatásokat vált ki maga a Röntgen-kezelés, amikor a betegnek — egyik hozzászóló szavai szerint — „csak 92 percig” kell a röntgen alatt feküdni. Miért nem próbálta ezt ki egy röntgenológus, és vajon milyen súlyos tüneteket okozó megbetegedés vinné rá őket arra, hogy ezért magukon Röntgen-castratiót végeztessenek?

Haladás a Röntgen-therapia, mert ma a legjobb palliatív eszköz, mert módot nyújt arra, hogy ahol a műtét veszedelmes,

kivihetetlen, ez eszközzel még sokat segíthetünk. Nem helyezte egymással szembe az operatív s a Röntgen-therapiát, mert megindokolt indicatio alapján mindegyiket használja.

Milyen nagyjelentőségű a petefészek visszahagyása a műtét alkalmával, hivatkozik ismertetet táblázatára, amiből kitűnik, hogy ha sikerült műtétnél a petefészek megtartania, 61%-ban semmiféle hevülés nem bántja az asszonyt, míg a Röntgencastratio után csak 19% maradt ettől mentes.

Bársony tanár a betegek iránt való legnemesebb intenciótól vezérelve, ha operálásról vagy palliatív kezeléssel van szó, rendszeren az utóbbi pártján van, talán mert szakorvosi nevelését a legtiszteltemélőbb conservatív mestertől nyerte. Ugyancsak ő az előadónál sokkal kedvezőlenebb külföldi statistikákat olvasott fel, ami nem bizonyíték. Ha kevesli az előadó számadatait, vegye hozzá a Tauffer, Scipiades, Frigyesi statistikáját, s látni fogja, hogy ez összevéve is jobb azoknál. Az operatív therapia sem érte még el tetőfokát, halad, javul, ha nem is a mortalitást, hanem a morbiditást illetőleg; csak arra utal, amit Bársony tanár felolvasott, hogy milyen aránytalanul kevés a thrombosis előadónál mások adataival szemben; eredményét, mint jelezte, az asepsis mellett a jó technikának tudja be. Bársony tanár véleményének nagy súlya az, hogy ő is hasonló körülmények közt dolgozik mind a két eljárással s nem is lát nagy különbséget kettőjük véleménye között, ha azt másképpen formulázzák is meg.

Nem ajánlja, hogy a submucosus myomák kikocsányosodását megvárják: ez sok fájdalommal, vérzéssel, a szervezet leromlásával jár, sőt nem egyszer a fertőzés, a daganat szétesésének veszélyével. Az új n. kiesési tünetekre vonatkozólag hivatkozik arra a pár száz levélre, melyeket operált és röntgenezett betegeitől gyűjtött össze, s amelyekből kiderült, hogy elég sok asszony életét tesszük elviselhetetlenné a kiesési tünetekkel, míg ha legalább az egyik petefészeket benthagyjuk, legtöbbször minden bajtól mentes marad. Azt sem látja be, hogy miért nem hagyjuk bent a petefészeket csak azért, mert esetleg degenerálhat, s talán jó- vagy rosszindulatú daganat képződésére adhat alkalmat, amikor analogiaként a Chrobak-műtétnél benthagyjuk a portiót, bár ezen is képződhet rákos megbetegedés.

Scipiades azon kifogására, hogy a magánbetegeket nem helyes ilyen statistikában szerepeltetni, azt válaszolja, hogy az elenyésző csekélyszámú sanatoriumbetegtől eltekintve, a többi mind a klinikán operáltak, ápolták s ezek kórtörténetét éppen olyan pontossággal vezették, mint a többi klinikai betegét.

Ismétli: ideálisnak a myoma gyógyításában az operatív terapiát tartja; azonban ahol nem tud operálni, ott megalkuszik és röntgenez. Éppúgy, mint Bársony tanár és mint minden becsületes orvos, előadó is sokat szenved, ha operált betegét veszélyben látja; de nem riad vissza a késtől, ha — mint eredményei mutatják — csekély áldozat árán annyi embertársának adhatja vissza teljes egészségét, életkedvét. És hogy nemcsak embertársait illetőleg gondolkodott így, legyen szabad hivatkoznia arra, hogy epekőbaja miatt közel 20 évvel ezelőtt, abban az időben operáltatta meg magát, amikor még az epehólyagkiirtásnak 20% volt a mortalitása. A kés kiirtja a beteg szervet, a myomás méhet; megtartja az épet, a petefészeket; rendet csinál a megnyitott hasürben, oldja az összenövéseket, kimetszi a beteg appendixet, ha kell, a beteg méhkiirtókat; a Röntgen-sugár teljes hatása még ismeretlen, csak egy bizonyos, hogy a myoma terapiájában az ép szervet teszi tönkre és a beteget hagyja meg.

Visszatekintve a lefolyt magas színvonalú vitára, azon jóleső érzéssel fejezi be szavait, hogy sok fáradsága, amit előadásának előkészítésére fordított, meghozta gyümölcsét éppen azokban a hozzászólásokban, amik itt elhangzottak, amik előadóra nézve fölülte megisztelők.

Hozzászólás.

Göbl Albin: Huszéves hentessegéd 40°C lázzal, bradycardiával, kérdésekre nem reagáló állapotban, nagyfokú nyugtalansággal került az osztályra, állandóan hossz tengelye körül balról jobbra forogván. A boncolás a domináló centralis tüneteket leptomeningitis haemorrhagicával magyarázta, mely a jobb arcfélen levő kicsiny pustula malignából fejlődött ki és három nap alatt halálhoz vezetett.

Buday István: Anthraxnál a hatás nem specifikus, Dél-Amerikában normal löserummal 4%-ra tudták leszorítani a halálozást és a Szent László-kórházban, hol fajlagos serumot adnak, ritka az exitus. A serumhatás első phasisában gátolja a capillaris exsudatiót és csökkenti a vérékenységet, míg a hatás második phasisa némely individuumban ellenkező értelmű (serumbetegség).

Torday Árpád: b) Mikulicz-féle betegség esete. Egy 23 éves egyetemi hallgatónak 16 éves kora óta mindkét parotis-és állalatti tája duzzadt. A vérkép leukopeniát mutat. Eredetere vonatkozólag valószínűleg az inactiv csúcsfolyamattal függ össze.

Bemutató.

2. **Elischer Ernő:** Jejunalis invaginatio kétméteres bélcsonkolással gyógyult esete. A 24 éves beteg jejunalis invaginatioját bélpolypos okozta. A bél elhalása miatt resectio vált szükségessé, két méter hosszúságban; egyesítés Murphy-gombbal. Síma gyógyulás. A Murphy-gomb csak hat hét múlva távozott.

Hozzászólás.

Ilk Viktor: Incarcerált combsérvnél végzett vékonybél-resectio alkalmával a nagyon legyöngült nőbetegnél Murphy-gombbal egyesítést alkalmazva ascendáló invaginatio keletkezett, amint az az obductoinál kiderült. Ebben az esetben a Murphy-gomb váltotta ki az invaginációt.

Bemutató.

3. **Zimányi Vidor:** Dobúri fistula-tünet iskolaesete. Röviden összefoglalja a belső fül vizsgálati módszereit, ezeknek klinikai értékelését s ennek kapcsán egy betegen kiváltható classikus fistulatünetet demonstrál.

Előadás.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: A finomabb physikalisk tudógümőkór-diagnostika köréből. Foglalkozik a dobos kopogtatási hanggal, amelyet úgy a korai diagnózisra nézve, mint a disseminált tudógümőkór felismerésére nagyon jelentősnek tart. A parenchymás dobos kopogtatási hangot (szövetrelaxatio, csökkent légtartalom) a dobos üreghangtól különbözteti meg; utóbbinak más zöngéje van s több-kevésbé metalliája is. Majd rátér a hallgatódzás fejezetére s hangsúlyozza a francia iskola (Grancher) érdemeit. Részletesen foglalkozik a gyöngült légzés diagnostikai fontosságával. Vázolja a bronchialis légzés keletkezését a Marek-féle vizsgálatok szerint. A bűgások és nedves szörtyzörejek diagnostikus és prognostikus fejtegetésével bőven foglalkozik, felhívja Rumpf és Schmidt szörtyzörejek nélküli, nem consonans rhonchusokkal járó esetek mind rosszabb sanatoriumi eredményeket adnak. Végül a Laemnc által leírt bronchophonia jelentőségével foglalkozik. Szól a rendes beszédhang és a köhögés tüdőcsövi hangzásáról s legvégül a suttogó hang bronchophoniáját ismerteti, melyet a helytelen pectoroquia aphona kifejezés helyett bronchophonia sussuransnak nevezne s melynek még jelentékeny szerepet jósol a gümőkór detail diagnostikájában.

A Közkórházi Orvostársulat 1923 január 31-én tartott üléséről.

Elnök: Donáth Gyula.

Jegyző: Toldy Loránt.

Bemutató:

1. **Torday Árpád:** a) Anthrax oedema esete. A beteg alsó szemhéján felvétel előtt négy nappal pattanás keletkezett, ami nőtt, de nem volt fájdalmas, Incindáltak s a bacteriologiai lelet alapján tették át hozzá. A bal arcfél duzzadt, a bal pofa nyálkahártyáján a felső praemolarissal szemben diónyi beszűremkedés, amelynek felülete piszkosfehér lepedékes; hőmérsék 39°C. Négynapi serumkezelésre az oedema enged, de a láz állandóan magas, a beteg nyugtalan, a pulsus szapora. Collargolkezelés 0'04 gr intravenás collargol után a láz megszűnik, s attól kezdve láztalan. Az oltások kétszer megismételtettek, a tizedik napon anaphylaxia mutatkozott. A szemhéjak bőre a huszadik napon leöklődik, a beteg jól lát, a pofa infiltrációja megszűnik, a váladékból az anthrax bacillusok eltűntek.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A „trépol“ hatása a vesére. Kollert V., Strasser N., és Rosner R. (Wiener klin. Wochenschrift 1923. 3. sz.)

Francia szerzők kezdeményezésére a bismutnak trépol (kalium-natrium-tartaro-bismutat) alakjában antilueses kezelésre való használata különösen kénesérzékeny egyéneknél meglehetősen tért hódított a készítménynek a vesékre állítólag teljesen ártalmatlan volta miatt. Szerzők vizsgálataik szerint a trépol hatása a vesére teljesen analog a kénesóhatással, amennyiben tisztára degeneratív jellegű nephrosist okoz (bismutnephrosis), melynek fő jellemvonásai: albuminuria hiánya és vesehámszövetek az üledékben való megjelenése, nagyrészt hengeralakban elrendeződve, minden átmenettel a finom és durván szemcsézett hengerekbe. Kis adagok polyuriát, nagyobb adagok oliguriát okoznak. A bántalom vizsgálataik szerint a nephrosis-

nak az az alakja, mely kizárólag localis veseelváltozásban nyilvánul meg az általános anyagcsere zavara nélkül (oedema, albuminuria hiánya). Állatkísérleteikben, ahol a gyógyszeres adagnál jóval nagyobb mennyiséget alkalmaztak, az elváltozások teljesen megegyeznek a kénésömérgezés okozta vesebántalommal. Tapasztalataik alapján trépol-kezelés előtt ajánlatos teljes funkcióvisevizsgálatot végezni és a kúra alatt a vizeletet — főképen az üledékre — ellenőrizni. A trépolnak diuresis hatása is van, mely azonban a kénésökészítményeknél jóval kisebb.

Cserna dr.

A cholangitis lentáról. Loewenhardt. (Klin. Wochenschrift. 1923. 5. sz.)

Három esetet közöl, melyek mindegyikére ráillik ezen újabban használt elnevezés. A három közül két betegnek pár évvel ezelőtt sokizületi csúza volt. A betegség lassan, lappangva kezdődik (innen az elnevezés), rossz közérzettel és kis bélhuruttal; egyideig a bőr nem icterusos, később az icterus kifejezett lesz. A máj megnagyobbodott és néha úgy nyomásra, mint spontán fájdalmas. A lép is mindig nagyobb és puha. A láz szabálytalan, remittáló; láztalan szak után rendszerint hidegrázással emelkedik. Két esetben a vérből nem haemolisáló streptococcus tenyésztett ki; a harmadik esetben csak kétszer próbálták kitenyészteni a kórokozót. Leukocytosis időnként mindhárom esetben volt. Egy beteg meggyógyult, kettő meghalt. A boncolásnál gömbsejtes beszűrődést és kis tályogokat találtak az epeutak körül. A gyógykezelést illetőleg súlyos esetben a choledochus drénezése jöhetne szóba. A kórfolyamat lényege az, hogy a bacteriumok, melyek már régen a vérben keringenek (sokizületi csúz), egyszerre az epeutakban okoznak súlyos gyulladást. A cholangitis lentát véleménye szerint többféle bacterium okozhatja.

Sarvay dr.

Hypophysis és elhízottság. Knipping H. W. (Deutsche med. Woch. 1923. 1. sz.)

Újabb 16 eset, mely Plaut Rahel eredményeit igazolja. Elhízottság esetén a fajlagos dinamikai hatás alacsony, mely azonban két esetben adott präphyson (a hypophysis elülső lebenyéből készült kivonat) hatására rendessé lett. Hypophysis eredetű törpeségben és cachexiában e hatás hasonlóan viselkedik.

Kiss József dr.

Sebészet.

Az alagsövezés kérdése golyvaműtétek után. Ujhelyi. (Archiv f. klin. Chirurgie 1922. 122. kötet.)

Szerző a berlini sebészeti klinika 323 esetére támaszkodva, arra az álláspontra helyezkedik, hogy a golyvaműtét után az alagsövezés nem szükséges. Szerinte az alagsövezés nem gátolja meg a vérömleny és savó felhalmozódását, mert a nagy sebfeületet nem lehet kellőképpen alagsövezni; a csövek tapasztalat szerint véralvadékkal el szoktak dugulni; fertőzés terjedését csak akkor akadályozzák meg, ha a cső véletlenül éppen a fertőzött területre vezet. A felhalmozódott vérömleny vagy savógyülemet, mindig könnyen el tudjuk utólag távolítani. A cső könnyen lehet másodlagos fertőzéseknek kapuja és a helyén mindig csunya heg marad.

Lumniczer dr.

A nyelőcsőbe került idegen testek műtéti kezelése, különös tekintettel a műtéti javallatokra. Kilián. (Archiv f. klin. Chir. 1922. 122. kötet.)

Szerző 18 esetet közöl és azonkívül nagy irodalom alapján tárgyalja a nyelőcsőbe került idegen testek tüneteit és szövődeményeit és a műtéti javallatokat következőkben foglalja össze: I. Absolut javallatok. a) Ha az idegen test vértelen úton nem távolítható el. b) Átfürödés esetén. c) Emphysema esetén. d) Fertőzés fellépésekor. e) Vérzésnél vagy nagyfokú vérszegénységnél. f) Nyelőcső légsősipolynál. II. Relativ javallatok. a) Nagy láz. b) A nyálkahártya nagyfokú sérüléseinél. c) Ha az oesophagoscopiát nem tudjuk végrehajtani. III. Idült esetekben. a) Ha a fertőzés továbbterjedését látjuk. b) Ha az első műtét eredménytelen volt. c) Vérzésnél és vérszegénységnél. d) Nyelőcső légsősipolynál. e) Áttéti tályogoknál. A műtétet lehető gyorsan kell végrehajtani. Műtéti módok nyakon: oesophagotomia cervicalis externa; mediastinumban: az előbbi metszést meghosszabbító a iugulumig terjedő metszés. Mellkasi oesophagotomiát csak leg-ritkább esetekben ajánl. Cardia körül fekvő idegentesteknél gastrotomiát javasol. Utókezelésnél bőséges alagsövezést és azt tartja fontosnak, hogy a nyelőcső lehetőleg nyugalomban tartassék.

Lumniczer dr.

Megakadályozza-e biztosan mostani műtéti eljárásaink valamelyike a gyomorfekély kiújulását ill. a műtét utáni vékonybél-fekélyt? Haberer. (Archiv für klin. Chirurgie 122. k. 2. f. 1922.)

Példákkal igazolja, hogy a ma használatos műtéti eljárások egyike sem gátolja meg biztosan a műtét utáni vékonybél-

fekély létrejövetelét, akár a Finsterer-féle „kiiktatási resectiót”, akár a teljes antrum resectiót végezzük is. Egyedül az a tapasztalati tény biztos, hogy a műtét utáni vékonybél-fekély ellen a legjobb védelmet a Bilioth I. resectio nyújtja.

Czirer dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Az eklampsia kezelése. Dr. Werner Pál egyet. m. tanár (Wiener med. Wochenschrift, 1923. II. szám.)

Abban az esetben, ha a szülést nagyobb műtét nélkül befejezhetjük, fejezzük be a szülést. Ha ez lehetetlen, alkalmazzuk a Stroganoff-Engelmann-eljárást. Meghatározott időközben adunk a betegeknek morphiuminjectiókat és chloralhydratot, azonkívül veneseccióval 300—400 cm³ vért bocsátunk le. Újabb gyógyszerek közül nagyon jó hatású a thyreoidin; görcsoldó hatásánál fogva pedig a papaverin. A veronalnatrium-injectiók pótolják, sőt mondhatjuk felülmúlják a chloralhydrat hatását. Fontos a gondos prophylaxis. Ha észrevesszük, hogy egy terhes nőnél oedemák lépnek fel, ha vizeletében fehérje jelentkezik, ha fokozódik a vérnyomás, rendeljük el a teljes ágynyugalmat, szorítsuk meg a folyadékfelvételt és vonjuk el tőle a só- és fehérjegyúrtó ételeket. Ha pedig oly symptomák — mint fejfájás, szédülés vagy látászavarok — jelentkeznek, úgy alkalmazzuk bőségesen a jelzett narcoticumokat és ne riadjunk vissza a venesecciótól sem.

L. Magyar Árpád.

Az inoperabilis uterus cc. kezelése. Dr. Orthner Ferenc (Wiener klin. Wochenschrift, 1923. I. szám.)

Excochleatióval sikerült átmenetileg könnyebbülést szerezni a betegnek. Tartósabb és jobb eredményeket érhetünk el az arteria hypogastrica extraperitoneális lekötésével. Ezen aránylag kicsiny műtéttel vérszegénnyé tesszük a beteg területet és ezzel megszüntetjük az állandó rendetlen vérzéseket és az undorító bűzös folyást. Így megszüntetve a betegnek legkellemelenebb panaszait, elérhetjük, hogy az így kezelt betegek gyorsan gyarapszanak testileg, lelkiileg. Önbizalmuk visszatér és nincsen kizárva, hogy ezen operációval párhuzamosan alkalmazott Röntgen-radium-kezelés teljes gyógyulást is hozhat.

L. Magyar Árpád.

Bőr- és nemikórtan.

Terpentintherapia bőrbetegségeknél. Oscar Levin és Emil Rose. (Archives of Dermatology and Syphilology. 1922 nov.)

Szerzők 15%-os oldatot (Olei Terebenthinae rect. grta. 15'0, Anesthesini, Chinini hydrochlorici aa grma. 0'5, Olei Olivarum steril. ad grta. 100'0) használtak intraglutealisan. Az oldatból felnőtteknek 4—7 naponként 0'5—1 ccm-t, gyermeknek 5 éven felül 4—7 naponként 0'24 ccm-t, 5 éven alul hetenként egyszer 0'06—0'12 ccm-t adtak. Betegek helyi fájdalom nélkül jól tűrik. Fehérjét vizeletben ritkán észleltek. Agyéktáji fájdalom vagy albuminuria jelentkezése esetén a befecskendezéseket azonnal megszakították. Pityriasis rosea, pustulosus, indurált acnés folyamatok és impetigo Bockhart eseteiben javulást láttak. Meglepő javulást és végleges gyógyulást észleltek abscessusok, ecthyma, erysipelas, furunculosis, sycosis vulgaris és lupoid sycosis azon eseteiben is, amelyek más kezeléseknél ellentáltak. Follicularis pyogen folyamatoknál röntgenbesugárzással kapcsolatosan ajánlják.

Földvári.

Az induratio penis plastica. C. B. Hörnicke. (Münch. med. Woch. 1923. No. 1. 13. lap.)

A betegség leginkább 30 év fölötti férfiaknál észlelhető. A penis hátán porcszerű, 1—2 koronányi nagyságú, a corpora cavernosa penissel összefüggő lemez keletkezik. Fölötte a bőr mozgatható. Szövettanilag leginkább a keloidhoz hasonlítható. Előfordulhat benne néha mézlerakódás, porc- és csontképződés. Okáról semmi biztosat nem tudunk. Differentiális diagnózis tekintetében tumorok, gomma, traumák eredmény, gyulladáisos jelenségek jönnek tekintetbe. Malignus tumor dudoros, bőrrel összekapcsolódik, exulcerálódik, glansra is ráterjed. vizeleti zavart okozhat. Idült gyulladáisos folyamatok mindig a corpora cavernosában székelenek. Biztos terapia nincs, néha Röntgen- vagy radiumkezeléssel, máskor műtéttel érünk célt.

Somogyi.

Ultraviolet sugarak alkalmazása erythema induratumnál. E. Lawrence Oliver. (Archives of Dermatology and Syphilology. 1922 nov.)

Lawrence öt fiatalkorú nőnél, akiknek alszárain ki nem fekélyesedett indurált erythemák voltak, rászorított Kromayer-lámpával egy-két percig való megvilágítást alkalmazott. Kevéséssé fájdalmas gyulladáisos tünetek, majd 2—6 hét alatt többnyire pigmentatio hátrahagyásával recidivamentes gyógyulás következett.

Földvári.

Főként nyálkahártyákra localisálódó erythema exsudativum.
Leo Wertheim, Wien. (Derm. Zeitschrift. 1922. 3. sz.)

Általánosan ismert, hogy az erythema exsudativum multi-forme a bőrjelenségeken kívül a nyálkahártyákon is okozhat elváltozásokat. Így leggyakrabban a szájban. Szerző esetében a patientsnek a jobb első felső praemolarison fogfistulája van. A családban reumatikus megbetegedések. Patientsnél első ízben a szájban különböző nagyságú hyperaemiás környékű hólyagok mellett a kezeken jellegzetes kiütések. Conjunctivitis catarrhalis. Félévvel később ugyanannál szájjelenségek, egy héttel ezek után pedig a jobb alszáron és bal láb hüvelykén bullosus erythemás jelenségek, Conjunctivitis apró kis hólyagokkal. A kiütéseket végtagfájdalmak előzték meg. A folyamat oka szerző szerint az öröklött rheumaticus dispositio mellett a genyes fogfistula. A megkísérelt Neosalvarsan-infusiók (2 esetben à 0'3 g) a szájjelenségekre előnyösen hatottak. Czibor.

Gyermekorvostan.

Lactana-tej, egy új fehérje-gyógytápszer. Stubenrauch.
(M. m. W. 1922. 32. sz.)

Az eredeti Finkelstein-féle fehérjetej körülményes elkészítési módja, valamint a pót-praeparatumok (larosan, plasmon etc.) nem kielégítő volta újabb fehérjetej-praeparatum előállítását vonta maga után. A lactana-tej, melyet a müncheni Lactana-Werke állítanak elő, egy fehér szemcsés, kellemes szagú por, vízben, tejben jól oldódik s hosszú ideig eláll romlás nélkül. Dyspepsia és paranterális táplálkozási zavar esetében 12—24 órai koplalás után a következő összetételű táplálkozást adja: a kornak megfelelő hígítású víz vagy nyálka-tej keverékhez 50/0 tápcukor és 2^o lactana-tej. A székletek javultak s pár nap múlva más szénhidrátot is lehetett adni. Szerző 26 esetben próbálta ki jó eredménnyel. Tüdős dr.

Újfajta melegítőszekrény koraszülött, gyenge, lehült csecsemők részére. E. Nobel. (Klinische Wochenschrift 1923. 3. szám.)

Egyszerű koporsófedél alakú, részben fából, részben bádög-ből készült szekrény, amely rövidebb, mint az újszülöttnak hossza. Egyik rövid oldalán a nyak számára félkörös kivágása van. Feneke nincsen, teteje üvegezett és felnyitható. Egy 16 gyertyás, egyszerű szénzálas villanylámpa képezi a fűtőtestet, s egy alul fekvő forgatható hőmérő segítségével lehet a belső hőmérsékletet ellenőrizni. Az egész készülék mint egy bura kerül a csecsemő fölé, úgy, hogy annak feje kívül marad s így friss levegőt lélegezhet be. Viszont könnyű a csecsemőt tisztán tartani, mert akár meztelenül is fekdühet a készülékben s az ablakon át könnyen ellenőrizhetjük székelését és vizeletét.

Bókay Zoltán dr.

Szemészet.

Ingerrel gyógyító eljárás (Reizkörpertherapie) a szemészetben. R. Cords (Köln). (Klin. Wochenschrift, 1923. 4. sz.)

A szerző összefoglalóan ismerteti a specificus proteintherapiának a szemészetben alkalmazását. Megemlíti a tejen kívül a következő szereket: aolan, ophthalmosan, cascosan, löserum, deuteroalbumose, yatrencasein, vistosan stb. Majd a specificus anyagok közül a fontosabbak: typhus vaccina, Ponderof-féle eljárás, afenil, collargól, lecithin, krysolgan. Mindezeket felülmúlja a tej, amelynek legszembevetőbb hatása a felnöttek gonoblennorrhoeájánál észlelhető, olyannyira, hogy ilyen esetben a tejinjectio elmulasztása műhibának mondható. Újszülötteknél a hatása már kétséges. Hasonló, igen jó eredménye van a proteintherapiának az acut iritisnél, infectiosus sérüléseknél és a postoperatív infekciónál. Jó hatást láttak még egyes szerzők keratitis scrophulosánál. Trachománál csak a pannusra van kevés befolyása. Ulcus serpens corneaenál eltérőek a vélemények, épügy scleritisnél is. Üvegtesti borusságra, vérzésre, chorioiditisre, chorioretinitisre alig van hatása. Meglepő volt Heine közlése; akinek állítólag 11 retinitis albuminuricánál sikerült a látást tejinjectióval megjavítani. Horay G. dr.

VEGYES HÍREK

Az Orvosi Hetilap 2. száma, mit nem mertünk elég nagy példányszámban nyomtatni, teljesen elfogyott. Hogy a még érkező reclamatiókat és utólag belépő előfizetéseket kielégíthessük, szívesen vásárolunk portementesen beküldött 2. számot 50 K-ért. Az 1., 2. és 3. számokban megjelent s az új kereseti adóról szóló cikk különnyomatai 100 K-ért kaphatók kiadóhivatalunkban mérsékelt számban (100 pld.).

A német Heubner-jutalomdíj ez évben Degkwitz docensnek ítéltetett oda, a kanyaró prophylaxisával foglalkozó munkálatainak elismeréséül.

A bud. k. Orvosegyesület február 10-iki ülésének napirendje. Bemutatás. Bókay János: a) Prolongált intubatio három éves croup-betegnél. b) Exanthema subitum (Zahorsky—Veeder—Hempelmann) esete hat hónapos csecsemőnél. Előadás. 1. Gerlóczy Géza: A vér szerkezetének „stabilitási tényezője”. 2. Szilárd Pál: Újabb adatok a Röntgen-hatás ismeretéhez leukaeimiában.

Pályadíjak a „MAGNOL”-nak nevezett fertőtlenítő szer tanulmányozására. A Chinoin Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Rt. igazgatósága 40—40.000 korona pályadíjat ajánlott fel olyan két önálló munkát díjazására, amelyek egyike a „Magnol”-nak nevezett fertőtlenítő szernek az általános orvosi gyakorlatban, másika ugyanennek a szernek a szülészetben való használhatóságát teszik tanulmány tárgyává. A pályázaton kizárólag Magyarország területén gyakorlatra jogosult orvosok vehetnek részt és a pályaműveknek a „Magnol”-lal elért gyakorlati eredményekre kell támaszkodniuk; kizárólag elméleti alapokon mozgó tanulmányok nem részesülnek díjazásban. — A pályaműveket 1923. évi november hó 1-ig a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszteriumhoz kell benyújtani jellege alatt. A díjak a miniszter által alakítandó bírálóbizottság fogja odaítélni.

Diétás főzőkurzus. A III. számú belklinikai diéta konyháján folyó évi március hó 1-től 16-ig gyakorlati diétetikai főzőkurzus kezdődik 12 orvos számára. A kurzus 10 előadásból áll és esténként 1/46-től 8 óráig tart. Jelentkezéseket elfogad és felvilágosításokkal szolgál a diéta konyhát vezető tanársegéd. (VIII., Ludoviceum-utca 2. Telefon: J. 2—29 és J. 132—92.)

Soxhlet Ferencet a müncheni technika nyugalmozott tanárát január 13-án ünnepelték, 75-ik születésnapja alkalmából. Az érdemes tanár nevét a tudomány terén megörökítette az általa inaugurált Soxhlet-eljárással, mely a csecsemőtáplálás terén jelentékeny haladást jelentett.

A Budapesti Orvosi Kaszinó január hó 30-án tartotta 26. rendezévi közgyűlését. A tisztújítást a következő eredményre juttatták meg. Tiszteletbeli tagok: Hüttl Hümér. Löw Sámuel. Schrank Simon. Elnök: Temesváry Rezső. Alelnökök: Alapy Henrik, Benedict Henrik, Friedrich Vilmos. Főtitkár: Forbát Sándor. Titkár: Linhardt Alfréd. Klubigazgató: Gerő Ármán. Helyettes klubigazgató: Spetz Gyula. Háznagy: Insekt Arnold. Gazdák: Józsa Jenő, Mezei Károly. Jegyzők: Arányi Aladár, Finn Náthán. Pénztáros: Himmler Izsó. Könyvtáros: Adler Oszkár. Másodkönyvtáros: Fogarassy Viktor. Ellenőr: Erdélyi Sándor. Igazgatósági tagok: Demkó Béla, Deutsch Ernő, Emődi Aladár, Farkas Dániel, Gellért Elemér, Gerber Béla, Kaufmann Pál, Lichtmann Samu, Medvei Béla, Patai Samu, Rosenák Miksa, Sági Lajos. Ezenkívül 48 választmányi tagot választottak.

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

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

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

Előfizetésről további tudnivalók: Az 1922-ből 1923-ra átnyúló, vagy most megújított régi öszzegű előfizetéseket csak úgy fogadhatjuk el, ha az 1923-ra eső, vagy most beküldött összeg az új előfizetési összegek valamelyikére kiegészítették.

Kérjük az előfizetés gyors beküldését, hogy a következő számot kellő példányban nyomathassuk és küldhessük szét. Később belépő előfizetőknek az a kívánsága, hogy a már megjelent számok nekik megküldessenek, csak igen korlátoltan lesz kielégíthető.

Külföldi előfizetések a Magy. Orsz. Közp. Takarékpénztár Kálvin-téri fiókjában nyitott chequeszámlákra átutalással küldhetők be. Ezek egy évre a következők: Ausztriában 84.000 o. K.; Németországban 10.000 M.; Jugoszláviában 150 din.; Cseh-Szlovákiában 50 cs. K.; Romániában 250 lei; Amerikában 2 dol.; Hollandiában 3 frt; Angliában 6 sh; Franciaországban 20 fr; Schweizban 7 fr; Olaszországban 25 lira; egyébütt 3500 magyar korona.

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 KÖZLÉSEK:

Kelen Béla dr.: † Röntgen. (61. oldal.)

Szenger Gyula Cornél: A máj sugárgombás megbetegedéséről. (62. oldal.)

Hedry Miklós: Sugárgombás elváltozások talaján támadt rákos daganatok. (63. oldal.)

Csáky László: A festődési index értékeléséről. (64. oldal.)

Vértes Lajos: „Aljodan” a központi idegrendszer betegségeinél. (66. oldal.)

A Bpesti Kir. Orvosegyesület 1923 febr. 23-án tartott XIII. rendes tudományos üléséről. (67. oldal.)

A debreceni orvosegyesület 1922 november 18-iki, 25-iki, dec. 2-iki és 9-iki ülése. (68—69. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Gyermekorvostan. — Bőr- és nemikórtan. — Fülgyógyászat. (69—71. oldal.)

Könyvismertetés. (71. oldal.)

Vegyes hírek. (72. oldal.)

† RÖNTGEN

1845 március 27 — 1923 február 10.

A nemzetek egyetemes nagy Pantheonjába költözött egy lángész! Röntgen meghalt, hogy neve örökéletű legyen! A tudomány tisztelettel hajtja meg zászlaját koporsójánál: nagy volt, mint éles megfigyelésű bűvár és mint megfontolt szavú gondolkodó egyaránt. Physikus volt és megmaradt mindvégig annak. Felfedezésének orvosi alkalmazásába nem szólt bele sohasem. Keveset beszélt, nem hamarkodott el semmit, de kevés szóval sokat tudott mondani. S amit évtizedek előtt mondott, annak minden szava megingathatatlanul áll ma is.

Felfedezéséről 1895 decemberében „Über eine neue Art von Strahlen” című közlemény keretében számolt be mindössze 11 oldalon, de milyen szédületesen sokat tudott ilyen szűk helyen elmondani. 1896 és 1897-ben még két hasonló című rövid cikket írt, s azután nem volt több mondanivalója, de nem is lehetett, mert ezen három cikkben meírta a Röntgen-sugarak physikáját oly részletesen, hogy lényegesen új dolgot csak 17 év múlva Laue tudott mondani, aki 1912-ben a Röntgen-sugarak interferenciáját fedezte fel. Röntgen már az első alkalommal kidolgozta az átvilágítás és röntgenografálás technikáját és találmányát készen adta át az orvosi diagnostika számára. Az első technika persze a mostanihoz képest primitív volt. Azóta orvosok és technikusok ezrei foglalkoztak az eljárás tökéletesítésével és az idevágó munkálatok száma könyvtárakat tölt meg. Az első időben egy medence-felvételehez egy-két órai expositio volt szükséges, ma már erre akár egy másodpercnél is törtése is elegendő. A röntgenológia nélkülözhetetlen segédeszközzé lett az orvosi tudomány összes ágainak és nevezetes eredményeket ért el addig gyógyíthatatlannak tartott betegségek gyógyításában.

Röntgen felfedezéséből új felfedezések, korszakalkotó új nézőpontok sarjadztak ki, melyek a physikát és chemiát teljesen új alapokra fektették. A Röntgen-sugarak megismerésének szoros folyamánya a radioaktivitás felfedezése, az anyag mibenlétének, az atomok és molekulák szerkezetének felkutatása és ismerete és ki győznék azt e szűk helyen felsorolni, hogy még mi minden?

Wilhelm Konrad Röntgen született 1845 márc. 27-én Lennepben. Oklevelét 1869-ben Zürichben nyerte, azután tanárségéd lett Kundt oldalán Würzburgban. 1874-ben magántanár Strassburgban, majd 76-ban rendkívüli tanár lett ugyanott. 1879-ben rendes tanárrá választották Gieszenben, 1888-ban Würzburgba hívták, hol a róla elnevezett sugarakat felfedezte. 1899-ben a müncheni physikai tanszék vezetését vette át. 1901-ben elnyerte a Nobel-díjat. Számos kitüntetést és érdemrendet kapott. 1903-ban az excellentiás-címmel tüntették ki. Münchenben f. hó 10-én bekövetkezett haláláig szerény visszavonultságban élt. Temetését kívánsága szerint folyó hó 13-án elhamvasztották.

Röntgent megelőzőleg a kathodsugarak physikájával a magyar származású Lénárd foglalkozott intenzíven és e téren jelentős eredményeket ért el. Neki sikerült a kathodsugarakat a légritkított kisülési cső belsejéből kihozni. Ha tovább foglalkozott volna vele, talán ő lett volna a Röntgen-sugarak felfedezője. De Lénárdot kísérletei folytatásában külső körülmények megakasztották: meghalt a világhírű Herz professor, az elektromos hullámok felfedezője és Lénárd, mint assistense, irodalmi hagyatékának a rendezését vette át. A kathodsugarakkal való kísérletezést Röntgen folytatta. Sötétben végzett kísérletei közben véletlenül egy fluoreszkáló ernyő állott a közelben, mely minden kisülés alkalmával felvillant. Röntgent a felvillanás eleinte zavarta és az ernyőt félre akarta állítani, amikor meglepetve látta, hogy keze csontjainak az árnyéka megjelent az ernyőn. Azonnal tisztában volt vele, hogy ez a kathodsugárzástól nem származhatik, s hogy egy eddig ismeretlen sugárzással van dolga, mely láthatatlan és amely átlátszóan testeken keresztül hatol.

Ha Röntgent felfedezésére így a véletlen vezette is, érdemeiből ez nem von le semmit, hisz a kathodsugarak akkor már jó 30 esztendeje ismeretesek voltak és a kathodsugaraknak a csőfalba ütődésekor mindig keletkeztek Röntgen-sugarak, mégsem fedezte fel őket senki, mert a bűvárok figyelmét a cső belsejében lefolyó jelenségek kötötték le teljesen. Röntgen az első pillanatban felismerte

a kifelé induló sugarak jelentőségét és azokat szerényen „X-sugaraknak” nevezte el.

Röntgen felfedezését az orvosi világnak a würzburgi „Physikalisch-medizinische Gesellschaft” 1916 január 23-iki ülésében mutatta be, ahol az elnöklő Kölliker javaslatára a sugarak közlekedésével „Röntgen-sugár” elnevezést nyertek. Kicsinyeskedés a francia nemzet részéről, ha azokat következetesen ma is X-sugaraknak nevezi. Nagy hadvezérek neve elhomályosulhat akkor, amikor a szenvedő emberiség Röntgen nevét még mindig áldva emlegeti!

Kelen Béla dr.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Verebely Tibor egy. ny. r. tanár.)

A máj sugárgombás megbetegedéséről.

Írta: Seenger Gyula Cornél dr. tanársegéd.

A máj sugárgombás megbetegedésének néhány esetét lévén alkalmunk a klinikán megfigyelni, ennek kapcsán a baj keletkezési lehetőségeire kívánok az alábbiakban rámutatni.

1. S. J. 42 éves gépész, kinek jobb bordaíve alatt fájdalmas daganata támadt. A daganat legnagyobb domborulatán keresztül hatolunk be, amikor is kitűnik, hogy a máj bal lebenyében ökölnyi tályog van, melyből jellemző sárga geny ürül apró szemcsékkel, s ezek aktinomyces telepeknek bizonyultak. Bő feltérés után jodoform-tamponade. Helybeli és intravenás jódkezelésre három hét után gyógyultan hagyja el a klinikát. Azóta még kétszer jelentkezett a klinikán sebvonalanak ki-kiújuló kisebb beszűrődésével, amelyek kikaparásra s újabb gyógyadásra gyógyultak. A máj újabb fertőzésének jelei eddig nem mutatkoztak.

2. T. S. 29 éves gazdálkodó esete a máj sugárgombás megbetegedésének traumás eredete szempontjából érdekes. Betegsége 1920 szeptember közepe táján kezdődött azzal, hogy nehéz hordót emelt, ekkor hirtelen szűró fájdalmakat érzett jobb bordaíve alatt. Harmadnapra egy kocsioldalról leesett és jobb oldalát megütötte. Harmadnapra daganata keletkezett az epehólyag tájékán, amely feszítő fájdalmat okozott neki, s lázassá tette.

Fájdalma és daganata lassan elmúlt, de lázai remittálva állandóan emelkedő tendenciát mutattak rázóhidegekkel (40°). 10 év előtt gyomorfekélye volt, amely belgyógyászati kezelésre gyógyult. Vizsgálatnál daganata az epehólyag tájékán ült, a légzőmozgást követve, tömött tapintatú, közepén homályosan hullámzó; felette tompa kopogtatási hang, amely a májjal összefolyik. Fehérvérszámja 30.400.

Műtétkor kitűnik, hogy a daganat a rectus és a peritoneum alatt foglal helyet. A peritoneum megnyitásokor lúdtójsányi tályogba jutunk, amelyben máj-sequester látható. Tályogüreg kitisztítása után tamponáljuk; két hét múlva elhagyja a klinikát.

Műtét után hat héttel újból felvesszük. Ez idő alatt eleinte jól volt, később lázas lett, jobb oldalában szúrás érzett és bűzös genyest köpött. Felvételtkor a máj megnagyobbodott, csaknem a köldökig ér; nyomásra fájdalmas. Jobboldalt a IX. h. csigolya tövisnyúlványának magasságától lefelé tomputat. A rekesz hátul nem mozog, elől keveset tér ki a rendes magasságban. A tüdőben jobboldalt a tomputat helyén szőröcsögés, próbapunctiókor véres, sok leukocytát tartalmazó izzadmány ürül. Lába remittáló; leukocyták száma 24.000, vörösvérsejtek száma 2.300.000.

A II. műtét median laparotomia volt a köldök felett. A peritoneum megnyitásokor látjuk, hogy a máj a hasfalhoz tapadt; ennek szétválasztása után kitűnik, hogy egyrészt a máj jobb alsó és külső részében, másrészt a bal megnagyobbodott lebenyben szintén tályog van. Az előbbi megközelítése céljából haránt-metszés. Dacára az óvatos előrehaladásnak, a máj lebenye és a cseplesz közötti tályog megnyílik és a még nem tamponálható hasüregbe ömlik. A geny kitörése után a hasat tamponáljuk. Ezután indul meg az említett jobboldali férfikölnyi és a kisebb bal tályog tulajdonképeni megnyitása. Mindkettő öblös, többrekeszű üreg, mely laza sarjakkal telt s genyesen beivódott környezetű. A genyben és genycafatokban typosus aktinomykosis-telepek. Műtét után ötödnapra halál.

A boncolás eredménye: genyes hashártyagyulladás, 300 cm³ geny a Douglasban. A megnagyobbodott máj állománya petyhüdt. A májban az említett két tályogon kívül még egy

gyermekökölnyi a máj jobb lebenyének domborulatán, és egy kisebb tojsányi, a bal lebeny hátsó részében fészkel.

A gyomor pylorikus része után a duodenum felé a tályog ötkoronásnyi nyíláson kilyukadt. Vena portae és hepatica szabad. A jobb tüdő alsó lebenyében, közel a rekesz felszínéhez, diónyi elhatárolt szürkészöldes, genyet tartalmazó tályogür, felette ép mellhártya. Az egész szervezetben másutt aktinomykosisra utaló elváltozás nincsen.

3. Sz. V. 35 éves ügyvéd. Heveny vakbél-tályog-műtét után hat hónapig egészséges volt, azután egyre fokozódó, főleg éjjeli fájdalmi támadtak jobb bordaíve alatt. Sárgasága nem volt; karlsbadi kúrára s fektetésre sem javult állapota, sőt lázas lett (39°5'). Fehérvérszámja 15.000; pulsus szapora, peritoneális tünet nincsen. Okt. 20-án csúcspolyammal és empyema vesicae felleae kórismével műtétet végeztünk át az I. sz. belklinikától.

Kehr-metszésből hatoltunk be. A klinikai vizsgálatnál tapintott daganat az egyenes hasizomban fekszik, azért a mellő rectus-hüvelyt felpraeparálva, behatolunk a rectusba és kb. 1 cm mélyen az izomállományban jókora üregbe jutunk, melyből nagy nyomás alatt buggyanik elő sűrű, tejfalszerű, zöldessárgás szemcséket tartalmazó geny. Tamponade. Górcsövi vizsgálat aktinomyces-gombát állapított meg.

A seb gyógyulása elég gyorsan halad, de a beteg állandóan lázas és leromlik. Meglévő csúcspolyamatahoz kétoldali pneumonia járul s mivel köpetében aktinomyces szemcsék nem mutathatók ki, a meglévő tbc.-nek kiújulására gondoltunk és ezért újból az I. sz. belklinikára helyeztük át ltt csúcspolyamata mellett kétoldali pneumoniát állapítottak meg. Köpetében sem aktinomyces gombát, sem Koch-bacillust nem találtak. Állandó, magas remittáló láz gyötri, amely mindinkább septicus jellegűt ölt, szív működése gyengül, légzése dyspnoeás lesz, s XII. 31-én meghal.

A boncolásnál a hasüreg megnyitásokor kitűnik, hogy a caecum és a felszálló vastagbél lapszerint a fali hashártyához odanőtt. A máj felszíne az epehólyag körül hegesen a hasfalhoz nőtt, de a műtét helyén sehol genyedés nincsen. A lép septikusan megnagyobbodott. A máj a rendesnél nagyobb, a jobb lebeny domborulatát lepedék borítja. A máj állományában apró rekeszes tályogok vannak, melyekre jellemző, hogy legfeljebb lencsényiek, rostos tokkal körülvettek s zöldessárga szemcsékkel kevert genyet tartalmaznak. A máj hilusában nagyobb tályogcsoport, amelynek közepe ellágyult s bűzös zöldes genyet tartalmaz. A vena portaenek és a vena hepaticának a tályoghoz közeli ágai rögzösödtek. Az epehólyag körül is egy kisebb diónyi tályogcsoport. A mellhártya lemezei között baloldalt sűrű 20 cm³ geny, amelyben typosus aktinomyces szemcsék vannak. A tömött bal tüdő metszéslapján elgenyedő góc thrombotisált erekkel; jobb oldalon hasonló elváltozás.

Mikroszkop alatt a vena portae és hepatica ágait kitöltő rögök belsejében, valamint a tályogokéban nagyszámú sugárgombatelep látható, ugyanígy a tüdő ereiben és verőereinek thrombusaiban is aktinomyces telepek vannak. A tüdő mikroszkopos leletéből is a haematogen fertőzés lehetőségére kell gondolnunk; érdekes, hogy a periphlebitis, majd thromboendophlebitis aktinomykotica az a kép, amely az infectio útját jelöli.

4. K. G. 25 éves kihordó betegsége 1920 szept. 9-én kezdődött jobboldali szűrésokkal és hidegrázással. A II. sz. belklinikától empyema thor. kórismével kaptuk. Felvételtkor a jobb tüdő alsó felében a májjal összefüggő tomputatot találunk. A máj két ujjnyira túlhalad a bordaíven és a tomputat helyén nyomásra fájdalmas. Időnként erős köhögési roham jelentkezik genyes köpettel. Hőmérsék 38,4. Röntgen-vizsgálatnál tiszta tüdőcsúcsok. A jobb rekeszfél erősen feltölt, közte és a mellkasfal között mély belégzéskor tüdőárnyék. Probapunctióval a IX. bordaközben bűzös eves genyet kapunk.

Első műtét 1920 szept. 18-án; bordaresectio után transpleurális behatolás a máj domborulatához, mely a rekeszszel összenőtt. Genyet nem találunk. Tamponade. Minthogy a beteg állandóan lázas s jobb oldalában fájdalmi fokozódnak, a sebet újból feltárjuk, a tomputat legnagyobb domborulatán ferde metszéssel behatolva. Így laposan tovaterjedő tályogüregbe jutunk a perirenális tájon, amelynek genye tele van apró szemcsékkel, a górcső szerint aktinomyces telepekkel.

További két hónap alatt elől a proc. xyph. és köldök között újabb beszűrődés fejlődik jellemző aktinomykoticus geny-tartalommal, amelyet január 12-én nyitunk meg. A tályog a máj jobb lebenyéhez vezet. A tályogüreg kikaparása után jobbra áztatott tamponade. A beteg állandóan romlik, dacára az intravenás ezüstsalvansan- és jódkezelésnek. Június 28-án beáll a halál.

5. S. J. 41 éves nőbeteg, akit még 1913-ban Dollinger professor úr vezetése alatt észleltem. Betegsége 1912 májusában kezdődött gyomorpanaszokkal, függetlenül az étkezéstől. Állandóan lázas és beteg volt. Gyomorvizsgálat és Weber negatív. Röntgen a gyomor nagy görbületén árnyékkiesést mutatott. Eköz.

ben a daganat nő és fájdalomossá lesz, hőmérséke 39 körüli, intermittáló jellegű, ezért eleinte elgenyedt echinococcusra gondoltunk. Az epigastriumban ökolnyi daganat volt tapintható, amely a májjal és a hasfallal összefüggött. Január 15-én műtét. A tályogban jellemző aktinomyces szemcsék. Mivel a beteg állapota nem javult, január 24-én újból műtét. A régi metszés megnagyobbításakor a bal májlebebenyebe jutunk, amely hegesen a hasfalhoz nőtt. Ezután a hasüreget megnyitjuk és kitűnik, hogy a jobb májlebebenyben a máj ép szövetéből kiemelkedő sárgástestér tályogocskák vannak. Az epehólyag ép, a choledochus szabaddal. A hassebet a felső végéig zárjuk, ahová a bal májlebebeny bevarrjuk. Röntgen- és jodkáliumkezelésre a beteg rövidesen javult. A szövetvizsgálat céljából kivágott májban aktinomykosis telepek.

Összefoglalva az öt esetet, a máj sugárgomba-megbetegedésének aetiologiájára nézve értékes támpontot nyerünk egyrészt a vérpálya útján való fertőzésre, másrészt traumás alapon keletkezésre.

Általános behatolási kapuja a szájnyalukhártya, a légző-tractus és gyomorbélhuzam. Ez utóbbiak közül leggyakoribb a féregnyúlvány és a vakbél; ezek a legsúlyosabb formák. Magában a féregnyúlványban rohamot nem okoz ugyan a gomba, de egy előző roham kóros termékeiben utólag megtelepedve módosíthatja a betegség lefolyását, amely annyira jellemző, hogy bonctanilag bizonyos típusokat lehet kifejlődésében megkülönböztetni; ilyenek a parietális, az iliacális, a vertebrális, a scrotális, a paranephriticus és a metastatisáló alakok, amelyek közé tartozik a májba áttételeket okozó, csaknem minden esetben végzetes forma.

Mellesleg megjegyezve, a közelmúltban igen érdekes alakját észleltük a sugárgombás fertőzésnek, még pedig a lymphadenitis aktinomykoticát, amikor is a lágylektáji mirigyeket elfoglaló, sérülés nélkül keletkezett hatalmas sugárgombás beszűrődés támadt baloldalon.

Ami a máj sugárgombás megbetegedésének aetiologiáját illeti, kétféle lehetőség áll fenn: egyik, hogy fertőzés áttérése útján (per contiguitatem) jön létre, a másik, hogy a vérpálya útján történik; az utóbbi a gyakoribb. Ez utóbbinak rendes útja a vena portae, de lehet az arteria hepatica is, amilyen Mordies egy esete, ahol a felső-állkapocs aktinomykosisa okoz ökolnyi májtályogot. A fertőzésnek a vena portaen át való terjedésnek legszebb példáit az emésztőcsatorna szolgáltatja, hol elsősorban is a féregnyúlvány a behatolás kapuja. Maga az appendicitis nem szükségképpen mutatja a sugárgombás fertőzés jellemző képét, sőt, mint harmadik esetünkben, sikeres műtét után teljesen, véglegesen meg is gyógyulhat; a műtét előtt támad még a vena portaeben a thrombosis, majd thrombophlebitis, melynek leszakadt vérrögei okozzák a májtályogokat.

Némely szerző, mint pl. Litten, nem tudta kimutatni a fertőzés terjedésének útját. Egyes esetekben a fertőzés kapuja talán a bőr, noha behatolási helyét nem lehet kimutatni, úgyhogy primär májaktinomykosisallal állunk szemben. Ilyen a mi 1., 2. és 5-ik számú esetünk. Persze ennek a lehetőségnek felvétele csak akkor jogosult, ha sem a betegség körelőzményében nem mutatható ki oly elváltozás, mely — ha talán gyógyult is — aktinomykoticus lehetett, sem a boncolásnál nem található ilyen lefolyású idült gyulladás nyoma, illetőleg valamelyes lappangó tünet nélküli góc. Eppen ezért jogosult egyes szerzőknek, mint Aribandnak az a véleménye, hogy elsődleges májaktinomykosis nincs, hanem csak az lehetséges, hogy az elsődleges kapu begyógyul és a másodlagos májaktinomykosis lesz az uralkodó.

A sugárgomba vivőjeként igen gyakran a szalmaszál, illetve toklászrészlet szerepel, amelynek rágása útján jut a gomba a szervezetbe. Maier 30 esete közül majdnem mindegyiknél ki volt mutatható a fűneműnek maradványa.

5-ik számú esetünkben is szerepel a körelőzményben a szalmaszál, amelyet a beteg állandóan fogtisztításra használt.

A májaktinomykosis képe igen sokszerű, mondhatnánk esetről-esetre különböző. Általánosságban: daganatszerű (heges, sarjadzások) és tályogos formát szokás megkülönböztetni. Az utóbbinak korai szakára az elszórt góccok jellemzők, később ezek nagyobb üregekké folynak össze.

Brunner szerint az ilyen összefolyó telepek mélyen ülők és igen ritkák.

A májaktinomykosis formája az 1., 2. és 5-ik esetünkben tumorszerű volt, ami embernél ritka, inkább állatnál jellemző.

A kórisme felállításához legtöbbször a próbacsapolás vagy a próbalaparatomia szükséges.

Kétségtelen, hogy általában véve a sugárgomba-megbetegedés jóval elterjedtebb, mint azt a közvélemény gondolja. Így az I. számú sebészeti klinikán évenként 25—30 eset fordul meg, s bizonyára van olyan, amely még gondos vizsgálat ellenére is kikerüli a figyelmet.

Ezért minden hosszantartó és elszórt góccokban jelentkező, chronicus, kemény beszűrődéssel járó folyamatnál figyelni kell az aktinomykosis fertőzés lehetőségére annál is inkább, mivel megfelelő és idejekorán végzett műtéttel karöltve X-sugaras és jodkezeléssel a végzetes bajjal meg lehet birkózni.

Irodalom. Ariband: De l'actinomyose du foie. Thèse de Lyon 1897. Berard & Poucet: Traite clinique de l'actinomyose humaine. Paris 1898. Brunner: Tuberculose, Aktinomykose, Syphilis des Magendarmkanals. D. Chir. Lieb. 46. Wiehl: Über Aktinomykose der Leber. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. M. u. Chir. Bd. 22. Wuchworth: A case of acut actinomykosis. The Lancet, 1901. Godlee: A series of cases of actinomykosis. British. med. Journ. 1900. Langhaus: Drei Fälle von Aktinomykose. Korbl. für Schweiz. Aerzte 1888. Levy R.: Röntgenbestrahlung der Aktinomykose. Ztbl. f. Chir. No. 4. 1913. Litten: Ein Fall von Aktinomykosis Leberabscess. D. med. Wsch. S. 3. 900. Korányi: Zoonosen. Nothnagel, Bd. V. 1. Maier R.: Die Behandlung der Aktinomykosen in der Wöllflerschen Klinik und ihre Ergebnisse. Beitz klin. Chir. Bd. 63. Mordies: Large actinomykosis of the upper jaw. Journ. of Pathol. and Bact. Bd. 8. Jochmann: Infektionskrankheiten. Poncet: Aktinomykose et grossesse. Gar. des Hop. 1906. No. 62. Buday: Orvosi Hetilap 1889. Taylor: A case of actinomykosis of the liver and lungs. Guys. Hosp. Rep. Bd. 48. 1892. Tilling: V. A. Bd. 207. Seenger: W. A. Bd. 213.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem II. sz. sebészeti klinikájának közleménye. (Igazgató: Kuzmik Pál egyet. ny. r. tanár.)

Sugárgombás elváltozások talaján támadt rákos daganatok.

Írta: Hedry Miklós dr. egyetemi tanársegéd.

Már Poncet is figyelmeztetett azokra a differenciális diagnostikai nehézségekre, amik szerinte például aktinomykosisnak bőrcarcinomától való elhatárolásakor és viszont felmerülhetnek. Úgy látszik azonban, hogy a sugárgombás és bőrcarcinomás elváltozások nemcsak külső megjelenésük formájában, hanem kórereditük mineműségében is összetelálkozhatnak. Ezt bizonyítaná két esetünk, amelyekben sugárgombás elváltozások talaján carcinoma keletkezését észlelhettük. Ez az összetelálkozás eseteinkben nem pusztán véletlen, hanem jól megfigyelhető oki kapcsolatot folytán adódott. Ugyanis szem elől nem téveszthető ingerhatásokra, és pedig tartós mechanikai insultusokra keletkeztek, előbb a sugárgombás elváltozások, amelyek viszont kortáni természetűknél fogva ugyancsak tartós izgalmakat rejtve magukban, az őket előidéző ingerhatásokba belekapcsolódtak, s így a megtámadott szövetek izgalma folytatódagasan, sőt mondhatnók hatványozottan ébren tartották.

I. eset: B. L. 46 éves napszámos. Jelenlegi baja állítása szerint 1914-ben kezdődött. A jobboldali pofa nyálkahártyáján az alsó cariosus II. zápfog magasságában kb. borsónyi hólyag keletkezett, mely lassan nőtt. Idővel deszkakemény daganata keletkezett az alsó állkapocs corpusán, úgyhogy az ételt nem tudta megrágni. Az állkapocs jobboldali vízszintes szára felett kb. férfikölnyi térfogatnagyságú daganat, mely alapjával szorosan összekapaszkodott. A jobb százugtól kiindulva, fölfelé a járomcsontig terjedően a bőr hyperaemiás és szederjesen elszíneződött. Ezen hely közepén kb. gyermektenyényi területen, az arc összes rétegein áthatoló, egyenetlen, dudoros szélű, bűzös lepedékek borított fekély foglal helyet, melyen sáncszerű kiemelkedések és sipolynylások láthatók. Nyomásra a fekélyből szürkésárga, jellegzetes, kölesnyi szemcsék ürülnek. A tejfelszerű,

folyékony genyben zöldessárga darabos szemcséket jól kivehetünk. Górcső alatt az aktinomykosis-telepek típusos szerkezetét találtuk, melyek GRAM szerint festődtek. Nyelés, rágás, beszéd, nagy fokban korlátozott. Mogyorónyi, mozgatható, kulcsosont feletti mirigyek tapinthatók.

Leírt esetünkben a szúvas fog által okozott pofa-nyálkahártya sérülése szerepel mint locus minoris resistentiae, amelyen keresztül a fertőzés kórokozója behatolt. A több ízben végzett próbakimetszések megfelelő szövettani képet nyújtottak. A sorozatos készítményeken sikerült a kóros hámburjánzás rákos mivoltait megállapítani. Fenti esetünkben primár aktinomykosis mellett, secundár úton fejlődött az elszarusodó laphámrák.

II. eset: D. J. 35 éves pékmeszter. 1921 novemberében a nyelvén tömölt göböcskét észlelt, mely fájdalmas volt és idővel kerek és éles simaszélű fekélyé esett széjjel. Orvosa luest konstatált, 12 Hg. injectiót, folyékony orvosságot és 80 adag szürke kenőcsöt rendelt. Allapota neosalvarsan 4 egymásutáni adagolására sem javult. A nyelv bal oldalán, a nyelvcsücsötől kb. egy harántujnyira hátrafelé, részben a nyelv állományába, részben a szájfénékre is ráterjedő, kb. koronányi, szabálytalan, öblösen kirágott, deszkakemény tapintatú, bűzös szövetcafatokkal és gombosüfejni szürkésárgás szemcsékkel telt fekély látható. A moláris fogak mediális széle cariosus. A nyelv alig mozog, nagyrészt a szájfénékhez rögzített. Nagyfokú stomatitis, fogakon mindenütt szürkésbarna lerakódás, pyalismus, mérsékelt szájjár. A geny-secretio rendkívül bűzös és profus volt. A bal állkapocszöglet alatt két kemény, kb. mogyorónyi mozgatható mirigy. A genyben és a granulatiós szövetben górcsővilág típusos sugárgomba-telepek láthatók, melyek GRAM szerint festődnek. Próbakimetszések alkalmával az előző esettel hasonló módon az elszarusodó laphámrák képét találtuk.

Mindkét esetünkben a cariosus fogak szerepelnek aetiologiai tényezőként. A szúvas fogak az aktinomykosis eseteiben általában, itt is mint „gomba-depót” nagy szerepet játszanak. Ép bőrön, vagy nyálkahártyán keresztül a fertőzés a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

Baracz közleményei szerint a localisatio szempontjából az állkapocs aktinomykosisa a leggyakoribb (az esetek 50%-át képviseli a szervezetben másutt fellépő aktinomykosisal szemben). A szájjüregben nem egyedül a szúvas fogak, hanem kicsiny, hámtól fosztott területek, melyek rágáskor sérülésekre és rhagadokra alkalmat nyújtanak, képesek ezen fertőző agens átérésztetni. Moosbrugger szerint az infectio akkor jöhet létre, hogyha a szöveteknek folytonosság-megszakítása által behatolási kapu létesül a gomba számára. Kantorovicz szerint az aktinomykotikus „Druse”-k feltűnő hosszú időn keresztül a gyökcsatornában élhetnek és virulensek maradhatnak.

Leírt eseteinkből arra a következtetésre jutottunk, hogy sugárgombás góccok rákos elfajulása bizonyos időn belül nagyon is elvárható. A sugárgomba kimutatása az elváltozások előrehaladt rákos elfajulásakor nehézségekbe ütközik ugyan, de gondos vizsgálattal kimutatható. Tagadhatatlan, hogy a lob megindította hámburjánzás és a daganatos hámburjánzás mégis valami összefüggésben lehetnek egymással. Israel szerint az aktinomykosisnak „daganatképző tendenciája van; ahol a gomba vegetál, ott idővel genyedés áll be”. Bruckhardt közöl egy esetet, hol a vastagbél aktinomykosisa adeno-carcinomával fordult elő. Itt az aktinomykosis primár keletkezési módja nincs bizonyítva.

Roufflandis az Archiv für Dermatologie und Syphilis 1896—97. XXII. kötetében cancroid-szerű bőrbántalomról számol be, aktinomykotikus lefolyással, mely klinikai tulajdonságában, localisatiójában és sárga szemcsével az aktinomykosis képének felelt meg, negatív górcsővi lelettel. Ezen affectióra egyelőre egy terminus technicust adott az irodalom részére, „Dermite perleé à allure clinique d'actinomycose” néven.

Az aktinomykosis terapiája sokat vitatott kérdés. Az eredmények azt igazolták, hogy célszerű az operatív beavatkozás mellett belső kezelést is végezni. Bevan 1904. dec. 4-én a chicagói sebész kongresszuson részletesen beszámolt az aktinomykosisról és annak terapiájáról. Tapasztalatai szerint a jodkáli adagolása és a Röntgen-sugarak alkalmazása által eredményes therapiai hatás érhető el. Első esetünkben megpróbálkoztunk ezen kombinált „aktino-chemiai” kezeléssel és azt tapasztaltuk, hogy az első besugárzásra a secretio egy csapásra megszűnt. Az aktino-chemiai kezelést Levy főleg a recidiváló és technikai szempontból nehezen hozzáférhető eseteknél ajánlja.

Nocard és Sterson az aktinomykosis terapiájában a kálium-jodatumot alkalmazták, mint specificumot. A jodkáliumot főképpen a francia iskola ajánlotta és nagy dózisokban, 8—10 gr. pro die rendelték. Az eredmények alig számbavehetőek. Az arsenallal való kezeléssel inkább a roborálást célozzuk, localisan ellenben keveset hat.

Neves sebészek az aktinomykosis daganatba való intraparenchymás injectiókat ajánlanak, és pedig sublimat, kreosot, chlorzink, jodkáli-oldat, jodinctura, lapis-oldat, anilinfesték-oldatok, jodipin, kereskedésbeli forma-in 1%-os glycerines oldatát. (Hochenegg, Illich, Rudniew, Trojanow, Rajewszky, Kreibich, Trinkler stb.). Megpróbálkoztunk Baracz által ajánlott 0.5%-os rézgalic-oldalnak intraparenchymás befecskendezésével, de alig számbavehető eredményt értünk el, ami véleményünk szerint kizárólag a rákos elfajulásnak tulajdonítható.

Prutz állatkísérletekkel bebizonyította (aktinomyces oltásokkal), hogy a sugárgomba életképességét a jodkálium semmiképpen nem befolyásolta; a gomba a kísérleti állatokban tovább szaporodott, sőt más állatba beoltva, dacára, hogy az is jodkálium hatásának lett kitéve, tovább szaporodott. Az embernél csak annyiban tekinthető specificumnak, vagy a gyógyulást kedvezően befolyásoló szernek, hogy a gyulladáshoz termékek felszívódását elősegíti és a góccok gyorsabb elfolyósodásához vezethet. A jodkálium a műtéti beavatkozást nem szoríthatja háttérbe, hanem az eseteket operabilitás szempontjából mintegy előkészíti.

Összefoglalás: Az aktinomykosisnak mint tartós ingerhatást fenntartó és sejtburjánzást elősegítő tényezőnek, úgy látszik, szerepe lehet a valódi daganatok létrehozásában, így például „praecarcinomás” irritációt is létesíthet a szövetekben.

Ha nem is minden aktinomykosisos eset vezet rák keletkezéséhez, mégis különösen az egyre kiújuló aktinomykosis eseteiben okvetlen vizgezzünk akár többszöri próbaexcisiót is és szövettani vizsgálatot. Igaz, hogy pl. a regionáris nyirokcsomók makroszkopos viselkedése is már bizonyos mértékben útmutatásul szolgálhat, mert míg pl. tiszta sugárgombás megbetegedés esetén vagy nincsenek megnagyobbodva, vagy ha fertőződtek s ennek folytán megnagyobbodtak, akkor a felettük levő bőrrel is összekapaszkodottak, addig a carcinomás áttéteket mögábe rejtő nyirokcsomók alapjuk felett eleinte szabadon mozgathatók.

Mindamellett mint egyedül megbízható támpont kizárólag a histologiai lelet szerepelhet, melynek alapján a conservatív, vagy radicalis therapia mellett dönthetünk.

Közlemény a kir. magy. tudományegyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Báró Korányi Sándor dr. egy. ny. r. tanár.)

A festődési index értékeléséről.

Írta: Csáki László dr.

Festődési index alatt az egy vörösvérsejtre eső haemoglobint szokás érteni, egynek véve a normalist. E definitióból folyik, hogy a meghatározás tulajdonképpen egy kétismeretlenes egyenletre ad választ. Ha ugyanis egy vörsejt Hb.-tartalma megváltozik, úgy ennek két módja lehetséges: 1. A vörsejt megtartja normalis Hb.-concentrációját (vagyis egységnyi térfogatában ugyanannyi Hb. marad) és emellett nagysága változik, vagy 2. a nagysága marad változatlan és a Hb. koncentrációja lesz különböző (vagyis anyagának egységnyi térfogatában több vagy kevesebb a Hb.).

Tehát pl. az egységnél nagyobb F. I.¹ nem mondhatja meg, hogy a két lehetőség közül az adott esetben melyik van jelen; e kérdést azonban eldöntjük, ha e két ismeretlenes egyenlet mellé még egy egyenletet állítunk fel, mely az egyik ismeretlen tényezőt tartalmazza: és ez az ú. n. V. I.¹ meghatározása. Ez felvilágosítást ad arra nézve, hogy egy vörsejt Hb.-jának a F. I.-ben kifejezett

¹ A továbbiakban a következő rövidítéseket fogom használni: F. I. = festődési index; V. I. = volumenindex.

szaporulatában mennyiben vesz részt a V. V. térfogat-változása.

Capp² már 1903-ban felállította a V. I. fogalmát, ami alatt analog a F. I.-szel egy törtet értett, melynek számlálója a talált és normalis volumen viszonya, a nevezője pedig a talált és normalis V. V.-szám viszonya.

A klinikusok közül Bönninger³ volt az első, aki felismerte a V. V. térfogatmérésének immár nemcsak theoretikus jelentőségét. Számos kísérletben megdöntötte mindazon ellenvetéseket, melyeket a legtöbb kézikönyv — még ma is — a V. V.-térfogatmérés legegyszerűbb methodusa: a haematokrit ellen emelt; úgy hogy azt mondhatjuk, hogy a methodus pontosság és használati egyszerűség tekintetében semmivel sem áll a legtöbb szokásos klinikai meghatározás mögött.⁴

A vérsajt térfogatának pontos ismerete különösen fontos az anaemia perniciosás F. I.-növekedés értékelésének kérdésében.

Az 1911-i berlini haematologiai congressuson e megnagyobbodás megmagyarázásául több theoria merült fel. Pappenheim egy hyperchrom degenerativ folyamatot, a Hb.-nak methaemoglobinná alakulását vette fel okul, mely erősebben festene, mint a Hb. Ezt a lehetőséget azóta elvetették, mert a spektroskopiai vizsgálat alkalmából kitént, hogy az anaemia perniciosánál is Hb.-ról és nem methaemoglobinnól van szó. Schultz szerint a hyperchromsejtek a felesleges Hb. adsorptiója folytán jönnek létre. Bönninger a makrocytosisra helyezte a fősúlyt; a discussio során ez utóbbi lehetőséget teljesen elvetették, pedig láthatjuk, hogy a legújabb vizsgálatok Bönningernek adnak igazat.

Ez összehasonlító vizsgálatokhoz a következő indexek kiszámítása szükséges:

F. I. a. = absolut f. i. = az egy vörösvérsejtre eső Hb. a normalist egységnek véve.

F. I. r. = relativ f. i. = a vörösvérsejt anyagának térfogategységére eső Hb. a normalist egységnek véve.

V. I. = volumindex = egy vörösvérsejt nagysága a normalist egységnek véve.

Az indexek számítása a következő:

$$F. I. a. = \frac{Hb. x}{Hb. n} \times \frac{szám n.}{szám X}$$

$$F. I. r. = \frac{Hb. x}{Hb. n} \times \frac{vol. n.}{vol. x}$$

$$V. I. = \frac{vol. x}{vol. n.} \times \frac{szám n.}{szám x.}$$

hol X a talált és n a normalis érték.

A V. V.-t a Bürker-féle eszközzel többnyire két pipettával számoltam, a Hb.-t Sahli haemometerével, a V. V.-volumen a Hedin-féle haematokrittal határoztam meg, mely eszközöket normalis férfi- és női-értékekre (23 esetben) kikalibráltam. Normalis középtételeim voltak: Férfinél 5,000,000 V. V.-re 90% Hb. és 46% volumen, nőnél 4,500,000 V. V.-re 80% Hb. és 42% volumen. Összehasonlító vizsgálatoknál főleg arra kell ügyelnünk, hogy a vizsgálat összes körülményei azonosak legyenek: mindig ugyanazon haematokritben, ugyanazon centrifugán és forgásszám mellett ugyanannyi ideig centrifugáljunk.

Normalis egyéneknek az indexek 0.85—1.05 körül ingadoznak, vagyis 10%-nyi eltérést az egységtől még nem tekinthetünk kórosnak. Azonban egy és ugyanazon betegnél a parallel és több ízben végzett meghatározások sohasem adtak 5%-nál nagyobb eltérést.

12 anaemia perniciosa esetben végzett vizsgálatomban (vizsgálatok száma 24) a F. I. növekedését kivétel

nélkül a V. I. arányos növekedése kísérte, vagyis nemcsak igaznak kell mondanunk Bönninger felvételét, hogy az anaemia perniciosánál a Hb.-szaporulat a térfogattövekedéssel parallel halad, hanem kimondhatjuk, hogy az anaemia perniciosánál a V. V. Hb.-jának a F. I.-ben kifejezett szaporulatát csakis a V. V.-térfogat, és nem a Hb.-concentratio növekedésének kell tulajdonítani. Egyszer sem találtam, hogy a V. V. anyagának egységnyi térfogata a normalisnál több Hb.-t tartalmazzon, ami Capp-nak azon felvétele mellett szól, hogy a normalis V. V. Hb.-tartalma a sejtnek Hb.-nal való telítését jelenti: kisebb V. V. nem tartalmazhatja a normalis nagyságú V. V.-re eső Hb.-t, épúgy mint a Hb.-ban gazdagabb V. V. a nagyságát is vele arányosan növeli.

Különösen tanulságosak azon esetek, hol a progressio folyamán az indexek változását is figyelemmel kísérhettem: a V. V. nagysága fokozatosan nő, ugyan-csak nő, de nem oly mértékben a Hb.-tartalma.

Ha a technikai viszonyok folytán összes vizsgálataim táblázatait nem is mellékelhetem, nem mulaszthatom el, egypár eset adatait példaképpen bemutatni:

H. Péter, aplasticus anaemia.

	V. V. sz.	Vol. %	Hb. %	F. I. a.	V. I.	F. I. r.
V. 13.	1,080,000	14.8	36	1.48	1.52	0.97
V. 22.	800,000	11.2	27	1.50	1.56	0.97
VI. 14.	970,000	16.8	39	1.80	1.93	0.94

F. András, Biermer-anaemia.

	V. V. sz.	Vol. %	Hb. %	F. I. a.	V. I.	F. I. r.
VI. 28.	1,340,000	17.8	44	1.49	1.48	1.01
VII. 23.	1,510,000	26.5	59	1.76	1.77	0.99

T. Imréné, Biermer-anaemia.

	V. V. sz.	Vol. %	Hb. %	F. I. a.	V. I.	F. I. r.
X. 14.	1,290,000	21.0	58	1.78	1.78	1.00
XII. 28.	1,120,000	14.1	38	1.42	1.39	1.03 (arsenkúra)
II. 10.	1,190,000	18.3	44	1.65	1.65	1.00
V. 23.	1,450,000	22.0	51	1.59	1.63	0.98

Az utolsó oszlopban feltüntetett relatio F. I.-nek, vagyis a V. V. anyagának térfogat egységére eső Hb.-nak változatlan normalis értéke minden kétséget kizárva bizonyítja felvételünk igazságát.

Vizsgálataimat más betegségekre is kiterjesztettem. (A részletes dolgozat a Zeitschrift f. klin. Med.-ben jelenik meg.) Itt még csak a vesebajosoknál végzett vizsgálatokra óhajtok röviden kitérni.

Bönninger a vizsgálati alapján oda concludál, hogy vesebajoknál a vérsajtek nem duzzadnak, vagyis nem vesznek részt az általános hydropsban.

Vizsgálataimnál a vesebajosok két csoportja éles különbséget mutat a V. V. nagyságát illetően: még pedig ahol nagy oedemák álltak előtérben, ott kivétel nélkül mikrocytosist, az oedema nélküli vesebajoknál normalis vérsajttérfogatot találtam. Ennek a magyarázatát egyszerűen abban vélem látni, hogy a vérsajtre inpermeabilis konyhasónak a plasmában való felszaporodása zsugorítja a vérsajtet, viszont a permeabilis ureum nem okoz nagyságváltozást. Egnéhány esetben a vizsgálatokat ki is egészítettem a serum chlorjának, maradék-nitrogén-jének és fagyáspontcsökkenésének meghatározásával, aminek eredménye tényleg arra mutat, hogy a mikrocytosistis vagyis a nagy oedemás esetekben a chlor % jelen-tékenyen megnőtt, míg normalis vérsajttérfogat mellett a chlor % értéke is normalis volt.

Felvételemet bizonyítja az is, hogy az oedemák fel-szívódása és kiürítése után a chlor % növekedés és a mikrocytosistis megszűnt.

Végül még csak annyit kívánok megjegyezni, hogy a V. V. térfogatának ismerete felvilágosítást nyújthat mind-azon tényezőről, mely valamely módon a térfogatot be-folyásolja, így pl. a serum aciditásának eltolódásáról is. Ha azonban kisebb változásokat is értékelni akarunk, akkor a methodica pontosságát is fokozniuk kell. Így pl. a dyspnoénál fellépő változások a kísérleti hibáknál nem várhatók nagyobbaknak, miután Bönninger defibrinált véren

² Journal of med. res. 1903. Vol. X. 3.

³ Berl. klin. Woch. 1909. 161. — Zeitschr. für exp. Path. u. Th. 1912. S. 1. és 1919. S. 63. — Zeitschr. für. klin. Med. 1920.

⁴ Ugyane kérdésről ír még Schminke: Münch. med. Woch. 1911. 21.

CO₂-ot vezetett át és a sejtek volumnövekedése csak 60%-ot tett ki. Ennyi tehát a CO₂-al telített sejtek duzzadása, in vivo a CO₂ telítettségtől függő változás tehát ennél csak kisebb lehet.

Több vitiumos, emphysemás dyspnoë esetében tényleg nem kaptam kifejezett eltéréseket.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem elme- és kórtani klinikájának közleménye. (Igazgató: Moravcsik Ernő Emil dr. egy. ny. r. tanár.)

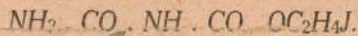
„Aljodan“ a központi idegrendszer betegségeinél.

Írta: Vértes Lajos dr. volt klinikai tanársegéd.

Az idegrendszer betegségei közül főleg két csoportba tartozóknál szoktuk gyakrabban alkalmazni a jodot. Az egyik a luetikus alapon fejlődő betegségek csoportja, a másik az arteriosclerosis kapcsán keletkezők. Ezeket kívül az utóbbi években az enkephalitis tüneteinek jötték szóba a jodkészítmények.

A klinikai tapasztalatok mutatták, hogy a jodvegyületek jó hatása kétségen felül áll, de ez az eredmény nem nagyfokú és nem tartós. Ennek oka valószínűleg az, hogy a legtöbb jodkészítmény nem neurotrop: a jod ionjai nem képesek az agyszövetbe behatolni, holott feltehető, hogy jobb és tartósabb eredmény eléréséhez, különösen luetikus megbetegedéseknél, ép ez a tulajdonság szükséges.

Ilyen neurotrop sajátja van a Chinoin-gyógyszer-gyár „Aljodan“ nevű új készítményének, s ezért célszerűnek látszott kipróbálása. A gyógyszerrel állatokon végzett kísérleteiről Issekutz Béla és Tukats Sándor „A carbaminsavas és az alopansavas halogen aethylesterek pharmacologiai vizsgálata“ című cikkükben számoltak be.¹ Ebből megtudjuk, hogy az új készítmény alopansavas jod aethytester, képlete:



49,2 százalék jodot tartalmaz. Állatkísérletek azt mutatják, hogy a mérgeessége igen csekély, a gyomron változatlanul halad át, a bélhuzamból gyorsan, szívódik fel, teljesen függetlenül a táplálkozástól, körülbelül 95,5–97,5 százaléka. Egy része bomlatlanul kerül a vérkeringésbe s a lipotrop tulajdonságának megfelelően oszlik meg a szervezetben, miért is minden esetben kimutatható volt a jod az agyban és a zsírszövetben. Ezek az állatkísérleti eredmények arra utaltak, hogy idegrendszeri megbetegedések esetében jó eredményt lehet majd az aljodannal elérni s beteganyagunkon eddig nyert tapasztalatok ezen reményre feljogosítanak.

Összesen 16 betegnél próbáltuk ki a gyógyszert. Átlag 6–8 hétig szedték, naponta háromszor 25-öt. Az orvos-ság nem okozott egyszer sem gyomor- vagy bélzavarokat, a betegek szívesen szedték. Mérgező hatást sohase tapasztaltunk; mint kisebb kellemetlenség mutatkozott egy ízben egész rövid ideig tartó nátha és egy betegnél csekély orrcse, míg a többi 14 betegnél semmiféle kellemetlen mellékhatást nem jelentkezett.

Diagnosis szerint csoportosítva öt betegnél dementia paralytica, egynél tabes dorsalis, ötnél enkephalitis, kettőnél arteriosclerosis volt. Ezenkívül még három beteg szedte, akik közül kettő chronicus alkoholista volt arteriosclerotikus elváltozásokkal, míg a harmadiknál régi lobos folyamat maradványaként jelentkező epilepsia mutatkozott.

A dementia paralyticában szenvedő betegekkel a klinikán használatos higanyalicilat és neosalvarsanból álló kezelést befejezte után szoktuk 6–8 hétig szedtetni a jodot. Újabbban a kezelést lázt gerjesztő eljárással is kombináljuk, vagy a higany- és neosalvarsanon kívül adva a lázt gerjesztő anyagot, vagy csak higanyinjekcióval kombinálva azt. Az öt paralytikus közül kettő higanyalicilat- és neosalvarsaninjekciókat kapott s annak befejeztével aljodant, kettő higanyalicilat-, neosalvarsan- és lázger-

jesztő injekciók után szedte az aljodant, egy pedig higanyalicilat- és lázgerjesztő injekciók befejeztével. Az öt beteg közül egynek állapota keveset javult, egynél nagyfokú javulás közben hirtelen fellépő apoplectiform rosszullet kapcsán beállott az exitus, kettőnél nagyfokú javulás állott be, amely lehetővé tette, hogy elbocsássuk őket haza, hogy azután két hónap múlva megismételhessük a kezelést, egy betegnél annyira javultak a tünetek, hogy visszanyerte újra munkaképességét. Ennek a betegnek rövid kórtörténete a következő:

K. G. 40 éves állomásfőnök. Felv. 1922 jún. 2-án, elbocsáttatott 1922 szept. 29-én. Az anamnestikus adatok szerint 1905-ben keményfekélye volt, amelyet orvosa kb. egy hétig kezelt szürkekenőccsel. 1921-ben szédülés és vértódulás mutatkozott nála, amely egyre fokozódott, úgy-hogy 1922 februárban Pestre jött. Az itt végzett vérvizsgálat szerint Wassermann: +++, mire hat neosalvarsant kapott, de állapota nem javult s ezért júniusban jelentkezett a klinikán felvétel céljából. Főpanaszai ekkor: álmatlanság, nyugtalanság, nem tud dolgozni, nincs maradása, feledékeny. Az objectiv vizsgálat azt mutatta, hogy pupillái szabálytalanok, a bal tágabb, mint a jobb, fényre, consensualisan és összetérítésre nem reagálnak. Facialis innerválás rendben, Romberg negativ, Achilles- és térd-reflexei fokozottak. Vérvizsgálata: Wassermann ++, Sachs Georgi +, Meinicke ++. Dysarthria nem mutatkozott. Psychikus vizsgálatnál főleg hypochondrikus jellegű panaszok mutatkoztak, amelyek kiterjedtek az egész testre és sűrűn változott tartalmukban. Szédült, szorongó érzései voltak, hangulata depressióss volt, mindig telve panaszokkal, lesóványodott, keveset evett, rosszul aludt. A szó-páros vizsgálatnál felolvasás után azonnal 30–40 százalék hiba mutatkozott. A beteg 12 higanyalicilat és 45 gramm neosalvarsaninjekción kívül 12 tejinjekciót kapott. Utóbbiak után magas láz jelentkezett mindig. A klinikai tartózkodás utolsó hat hetében aljodant szedett, naponta háromszor 25 centigrammot. Elbocsátásakor hypochondriás jellegű panaszai teljesen megszűntek, jól aludt, étvágya volt, meghízott, hangulata állandóan vidám, a körülményekhez alkalmazkodó, munkakedve és -képessége helyreállott. A pupillák elváltozása fennállott ekkor is, a vérvizsgálat elbocsátásakor Wassermann —, Sachs Georgi —, Meinicke —.

A tabes dorsalisban szenvedő beteg higanyalicilat-injekciókon kívül phlogetankúrát kapott, majd nyolc héten keresztül naponta háromszor 25 centigramm aljodant. Állapotában javulás állott be, testileg sokat erősödött, lancináló fájdalmai és kínzó övérése nagy fokban csökkentek.

Az öt enkephalitiszes beteg közül egynek állapota nem változott, egynél kisebb javulás állott be, míg háromnak állapota szépen javult. A betegeknek az aljodant megelőzőleg a szokásos egyéb eljárásokat is alkalmaztuk, így villany- és szénsavas fürdőket, scopolamint, nagyobb adagú arseninjekciókat intravenásan stb. Az egyik betegnek, akinél nagyobb fokú javulás mutatkozott, rövid kórtörténete a következő:

B. F. 37 éves földműves, felvételt 1922 ápr. 24-én, elbocsáttatott 1922 aug. 9-én. Az anamnestikus adatokból kivehető, hogy 1918-ban betegedett meg, 3 hétig spanyol-betegsége volt magas lázzal. Nagyfokú aluszékonyság mutatkozott ekkor nála, még nappal is aludt csaknem állandóan, lassan ez megszűnt és fokozatosan álmatlanságba csapott át. Erős nyáladás állott fenn. A láz és aluszékonyság megszűntével is állandóan fáradt volt, nem tudott dolgozni, feküdt csaknem egész nap. 1920 augusztusban kissé javult állapota, élénkebb és mozgékonyabb lett, 1922 elején újra visszaesett.

Klinikai felvételtkor pupillái szabálytalanok, a rendesnél lassabban és kisebb terjedelemben reagálnak fényre és alkalmazkodásra. Bal facialisa parietikus, Romberg negativ. Térd- és Achilles-reflexek élénkebb, pathologikus reflex nincs. Testtartása merev, nehékes, arckifejezése mozdulatlan, arca zsírosan fénylő. Nagyhullámú reszketés mutatkozik mindkét felső, alsó végtagon, a baloldalon erősebb ez, mint a jobbon. Érzésvizsgálat nem mutat elváltozást. Erős nyálfolysa van, spontán alig beszél,

¹ Magy. Orv. Arch. 1922. évf. 225. 1.

fekszik egész nap az ágyban mereven, mozdulatlanul. Sokat alszik nappal is. Járása mereven csoszogó. Vérvizsgálata: Wassermann —, Sachs Georgi —, Meinicke —. Klinikai tartózkodása alatt eleinte Mirion-injectiókat kapott, később tej- és intravenás arseninjectionokat, az utolsó hat hétben aljodant, háromszor naponta 25 centigrammot. Állapota lényegesen megjavult, egész nap fent volt, járkált, beszélgetett a többi beteggel, mozdulatai frissebbek lettek, spontán mozgékonyasága nagy fokban élénkült, nyáladzása csökkent, hizott 3 kilót.

A hátralevő 5 beteg közül 2 arteriosclerosis diagnossal állott a klinikán kezelés alatt, 2 chronikus alkoholistá volt arteriosclerotikus elváltozásokkal, 1 pedig régebben lezajlott gyulladáson alapuló epilepsiát mutatott. 6 hétig szedték az aljodant, 3-szor naponta 0'25-öt s mind az öt lényeges javulást mutatott elbocsátásakor.

Eddig azt látjuk, hogy az Aljodannak mérgező vagy kellemetlen mellékhatása nincs, a betegek szívesen szedik s csaknem az összes esetekben javulás állott be a betegek állapotában.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 február 10-én tartott XIII. rendes tudományos üléséről.

Elnök: Hutyra Ferenc.

Jegyző: Fekete Sándor.

Bemutatók:

1. Bókay János: *Prolongált intubatio hároméves croup-betegnél.*

Mindazon esetekben, hol az intubatio folyamán decubitalis fekélyződésre van gyanu, a másodlagos légcsömetszés helyett az O'Dwyer által ajánlott prolongált intubatiót alkalmazza, midőn is az ebonit-tubust az úgynevezett bronz-gyógytubussal váltja fel, melynek karcsú nyaki részlete gelatinával bevont és timsópporral imprágnált. Míg a külföldön a croup-praxisban a másodlagos légcsömetszést átlag 34%-ban gyakorolják, addig bemutatott sokkalta nagyobb anyagon a fenti eljárás mellett alig 5%-ban végzi. Prolongált intubatiós eseteink száma (a 2200-at meghaladó intubatiós croup statistikájában) 100-on felül van s köztük olyan is, ahol a tubusok összefekvési ideje 546, illetőleg 637 óra volt.

A bemutatott 3 éves gyermeknél a tubusok fekvési ideje 377 órát tett ki. Úgy véli, hogy a decubitalis fekélyződés csak csekély lehetett s jórészt glottis-görcs gátolta a végleges extubatiót. A tubus végleges eltávolítása morphin-injectio alkalmazása mellett sikerült.

Hozzászólás. Gerlőczy Zsigmond: Csak a közelmúltban is volt hasonló esete, amelyben egyesített csecsemőt több mint két héten át kellett tubuson tartani és végre is tracheotomia mellőzésével prolongált intubatióval meggyógyítani. Voltak intubált esetei, amelyek 4—500 órán át tartó tubage-tartam után tracheotomia nélkül meggyógyultak. Ilyen esetekben, ha t. i. nem kiterjedtebb decubitus okozza az extubálás után a minduntalan gyorsan fokozódó stenosis, hasznosnak tartja bromkészítmény adagolását.

2. Bókay János: *Exanthema subitum (Zahorsky-Veeder-Hempelmann) esete hathónapos csecsemőnél.* Kórképét amerikai szerzők ismertették legutóbb. Az esetek száma eddig gyér s további észleletek szükségesek, hogy megállapíthassuk, vajjon egy új heveny fertőző gyermekbetegséggel állunk-e szemben. A betegség hirtelen kezdődik, erős lázzal, mely négy napig tart csekély remissiókkal, a közérzet alig változik, toroktünetek nincsenek, a légutak és a gyomorbelhuzam részéről semmi rendellenesség, a vizelet rendes, lépduzzanat nincsen, a nyaki és tarkómirigyek nem duzzadtak. A lázas időszakra jellegzetes a nagyfokú leukopenia 80—90% lymphocytával. Az ötödik napon a láz kritikusán esik s ezzel egyidejűleg a törzsön, arcon és végtagokon megjelenik a jellegzetes halványrózsaszínű, maculopapulás, morbilliszzerű kiütés, mely 24 óra alatt nyom nélkül eltűnik, s ezzel a betegség véget is ér. Szövődmények, hámlás, utóbántalmak nincsenek. A kórképet eddig jórészt két éven aluli gyermekeknél látták. Ragályzóképeséget nem állapítottak meg. Enyhe morbilli és rubeola kizárható. Esetét 6 hónapos csecsemő-

nél csak a legutóbbi időben észlelte. A tünetek s a lefolyás teljesen megegyeznek az amerikai leírók adataival.

Hozzászólás. Gerlőczy Zsigmond: Kérdezi, hogy a Zaborosky-féle esetekben biztosan kizárható volt-e a typh. exanthematicus abortiv alakja, mert az 1910-i typh. exanth.-járványban voltak olyan észlelései, amelyekben hasonló lázmenet és jó közérzet mellett a kritikus hőleesés után tört ki a morbilliszzerű exanthema. Ezek azonban kétségtelenül typh. exanthematicus esetek voltak.

Bókay János: A betegek jó közérzete, a kiütés minősége és gyors eltűnése az exanthemás typhus abortiv alakját is kizárja.

Előadás:

1. Gerlőczy Géza: *A vér szerkezetének „stabilitási tényezője”* olyan számérték, amely a vérsajt sympexis mértékének pontos kifejezésére alkalmas. Kiszámítása Stokes esőcseppek esési sebességét meghatározó képleteinek a vére alkalmazása útján történik. Gyakorlati jelentősége nemcsak az, hogy a vérsajtsülyedés ellenőrzésének közvetett módja helyett közvetlenül magának a kicsapódásnak mértékét adja, de az is, hogy alkalmazásával bonyolult kérdések egyszerű számítással megoldhatók, pl.: rövid úton meghatározható a vérsajt fajsúlya, a vér viscositása stb.

Hozzászólás. Darányi Gyula: Sok száz vizsgálat alapján szól hozzá. Eddigélő főleg csak az ép és kóros vér közti cytologiai különbségeket vizsgálták és csak újabban irányult az érdeklődés a vér kolloidchemiai tulajdonságai felé. Erre sarkalt a vérsajtsülyedés reakciójának ismerete. Okait teljes szabotossággal ma sem ismerjük, de közelebb vittek ahhoz Gerlőczy vizsgálatai. Legfontosabb itt a vér oldott fehérjéinek a dispersitása, melyben mélyebben lekvő okok szerepelnek, mint az egyszerű fibrinogén megszaporodás, ahogy Frisch és Starlinger gondolták. Ezt mutatja az általa ismertett serumstabilitási reactio, melynél a globulinokon és albuminokon kívül polypeptidek és más fehérjebomlástermékek is lényeges szerepet játszanak.

Berger Iván: Helytelenül használják a vérsajtsülyedésre a „gyorsulás” kifejezést, mert itt egyenletes mozgásról van szó. Sűrűlódásos közegben gyorsulás nincs. A Stokes-féle formulá molekulákra, ionokra is lehet alkalmazni, ilyenkor azonban correctióval kell élni.

Gerlőczy Géza: Kolloidális oldatok részecskéi nagyságuk meghatározásához *Handovsky* szerinti előfeltétel, hogy azo nagysága 100 mm-t meghaladjon. A gyors vérsajtsülyedés oka illetőleg Darányival egy nézetben van.

2. Szilárd Pál: *Újabb adatok a röntgenhatás ismereteléhez leukaemiában.* Számos besugárzott betegen végzett vizsgálata alapján kimutatja, hogy ezeknek szervezetében sem leukolysin nem keletkezik, sem cholin nem képződik a physiologiásné nagyobb mennyiségben, ellenben besugárzás után a leukaemiás fehérvérsejteknek már különben is kisebb resistentiája még jobban szenved. Éppen ezért az indirect hatást nem tartja eléggé megalapozottnak, hanem valószínűnek gondolja, hogy a sejtek számának megkevesbedése közvetlenül a sugarak behatása alatt támad.

Hozzászólás. Rosenthal Jenő: Néhány évvel ezelőtt, midőn a leukaemiának mély besugárzással való kezelésével foglalkoztak, kísérleteket tettek arra, hogy miként vezet a röntgenbesugárzás a fehérvérsejtszámnak néha igen jelentős és gyors eséséhez. Első kísérletük arra irányult, vajjon leukaemiás betegek izolált fehérvérsejtjei Röntgen útján elpusztíthatók-e? Azonban az ilyen fehérvérsejt-emulsió sejtjei besugárzás után nem változott, másrészt a fehérvérsejt biológiai funkciói besugárzás előtt és után egyformák maradtak. A második lehetőség az volt, vajjon a besugárzott leukaemiások savójában van-e oly anyag, mely in vitro vagy in vivo a fehérvérsejtszámot csökkenti. Ha besugárzott leukaemiás egyén savóját fehérvérsejt-emulsióval hozták össze, a fehérvérsejtszám nem változott. Ha azonban ugyanezen egyének savóját be nem sugárzott leukaemiások bőre alá fecskendezték, úgy ezek fehérvérsejtszáma jelentékenyen esett. A kísérletnél nem szerepelhetett nonspecifikus fehérvérsejt, mert nembesugárzott leukaemiás vagy normális egyének vérsavójára, vagy besugárzott nemleukaemiás egyének savójára nem következett be esés. Hogy a savóban átvitt anyag a be nem sugárzott egyén fehérvérsejtjeit oldotta-e, vagy pedig annak csontvelőműködésére fejtett-e ki gátló hatást, csak a purinanyagcsere vizsgálatával dönthető el. Az erre vonatkozó vizsgálatai eddig nem vezettek egyöntetű eredményre.

Rusnyák István: A fehérvérsejtekből in vitro oly anyag képződik, mely állatokba fecskendezve leukopeniát idéz elő. Ez az anyag minden valószínűség szerint fehérvérsejtszámlétesítő

áll; leukaemiás és normális sejtek között e tekintetben különbség nincs.

Szilárd Pál: Rosenthal hozzászólására megjegyzi, hogy maga is végzett két hasonló kísérletet, befecskendezvén a besugárzott leukaemiás betegnek erősen activ savóját be nem sugárzott leukaemiás betegbe, azonban kifejezett leukopeniát egy esetben sem észlelt. A betegek hőmérséke hidegrázászerűen magasba szökött, 24 óra alatt láztlanná lettek. A vérben azonban semmi lényegesebb elváltozást nem látott. *Rusznák* tagtársnak válaszolva megemlíti, hogy maga is hét esztendő óta foglalkozik a leukaemia aetiologiájának a problémájával. Vizsgálatai hasonlítanak a *Rusznákéi*hoz, egészben véve azonban mégis más alapokon nyugszanak.

Bálint Rezső: Az ellentét Rosenthal és Szilárd kísérletei közt talán a sugárzó energia intenzitásában kereshető, Rosenthal t. i. erősebb sugárzást alkalmazott, mint Szilárd.

Szilárd Pál: Bálint professor észrevételére megemlíti, hogy a példaképen, ismertetett eset hét esete közül az egyetlen volt, amelynél a fehérvérsejtek száma még az utolsó besugárzás után 3 hét múlva is relative magas maradt (480.000-ről 80.000-re csökkentvén). A többiben azonban a kisebb intenzitású besugárzások dacára is lényegesen rövidebb idő alatt a fehérvérsejtek kifejezettebben csökkentek s a physiologiás értékeket jobban megközelítették.

A debreceni orvosgyesület 1922 november 18-iki ülése.

Elnök: Tüdös Kálmán.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Bemutatók:

Petheő János: Két haemophilias beteget mutat be. Véralvadás 23—35 perc között, vér calciumtartalma 0'02, 0'04. Hosszas intravenás jodcalciumkezelés után a viszonyok normálisak lettek, véralvadás 57 perc, vérmészükör 0'12—0'14 mg-o/ó taradandóan.

Markó Dezső: Spontán pneumoperitoneumot demonstrál, mely valószínűleg ulcusos alapon fejlődött és spontán gyógyult. A kb. 500 cm³ levegő egy hét alatt szívódott fel. Az esettel kapcsolatban számos mesterséges diagnostikai pneumoperitoneum lépét demonstrálja.

Schmidt Lajos: Tizenhét éves gyomorátűródás gyógyult betéről számol be. Az átűródás kezelése csak műtét lehet, a prognosis attól függ, hogy az átűródástól műtéti mennyi idő eltelte után 12 órán innen 20—30 százalék a mortalitás, 12 órán túl 0—80 százalék. A beteg tizenhét éves átűródással, diffus genyves peritonitissal, rossz állapotban került műtetre. A praepylorusos ulcúst elvarrta, cseplezzel fedte és hátsó anastomosist égzett. A gyógyulás zavartalan volt.

Follmann János: Autoserummal kezelt pellagrás beteget mutat be. A beteg 14-szer 5 cm³ savót kapott intraglutealisan s a bőrtünetei visszafejlődtek, élénken viselkedik, munkában segédkezik.

Hozzászóló: Kreiker Aladár: A pellagrának elég gyakori tünetét, a hemeralopiát a betegen kimutatni nem sikerült. A Gullstram-féle réses lámpával talált azonban egy cataractaformát, amely (udtával az irodalomban eddig leírva nincs; a kérgben elül és hátul apró, meglehetősen szabályos, korongalakú, nagyszámú, élénkfehér foltot talált, mely átvilágításakor a legfinomabb porszerű homálnak látszott.

Előadások:

Jánossy Gyula: A duodenum-szondázás diagnostikai értékéről. (Egész terjedelmében közzétük 5. számunkban.)

Ambrus József: A scarlatos vérkép. Lényeges különbség a serumbetegség és a scarlatos vérképe között nincs. Serum beadása után észlelhető leukopenia az egyéntől függ, differentialis diagnostikai különbségnek el nem fogadható. Számos esetben észlelhető a hyperleukocytosis. Leukopeniával kezdődő scarlatot morbilli és rubeola után észleltünk. A neutrophil leukocyták megszorodásával nem egyidejű az eosinophilek megszorodása. Kezdetben eosinophilszaporulatról beszélhetünk, az 5—6 napon csap át hypereosinophiliába. Állandó eosinophilia az orvosra nézve megnyugtató jel. Jöndulatú szövödmények megjelenése előtt hirtelen megkevesbednek, de sohasem tűnnek el teljesen, néhány nap múlva újra elérik a kezdeti százalékot; prognostikailag — rövid időre előre — igen értékes. Az eltűnésben három typos különíthető el: 1. parallel a szívizom és más degenerációjával esik a százalék; az első alkalommal észlelt 0 százalék után 1—2 napig él még a beteg; 2. rosszindulatú genyves szövödmények idején; a scarlat tulajdonképpen lezajlott, a lymphocyták csaknem azonos módon viselkednek az eosinophilekkel; 3. a kezdetől fogva exanthema nélküli rosszindulatú scarlat teljesen eosinophilia nélkül zajlik le.

Az acetonuria fordítottan arányos az eosinophiliával. Sok-

szor észlelhető, hogy a későbbi hetekben áll be az eosinophilia, mint a lassú regeneratio jele.

A basophil leukocyták kezdetben hiányoznak, vagy elszórtan találhatók, typosus esetekben a negyedik héttől kezdve lassú emelkedés észlelhető, mely egy esetben 2—3 százalékot ért el. A Rheder-féle diptocheták létezése nem bebizonyított. Septicus eseteknél a neutrophil leukocyták kékre festődnek May-Grünwaldal. (Demarus eljárásával festve.)

1922 november 25-iki ülés.

Elnök: Szontagh Félix.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Bemutatók:

1. **Sarkadi Sándor:** Cseplez retrograd incarceration miatt megoperált beteget mutat be. Gyakorlatilag fontosnak tartja a belek retrograd incarcerationját. Felhívja a figyelmet a retrograd incarceration diagnositikájára.

2. **Keller Ferenc:** Két súlyos, kénnel tökéletesen meggyógyított chronikus arthritises beteget mutat be. Ennek kapcsán a belklinikán 34 esetben adott kénolaj-therapia eredményéről számol be, ezek közül 6 tökéletesen gyógyult, 24 majdnem teljesen és csak 4 ankylosis esetében maradt a therapia meddő. Végül az adagolás módját ismerteteli.

3. **Kreiker Aladár és Orsós Jenő:** Az *Imre-Blaskovics-féle plastika* — az ívben eltolt karélyal történő fedés — elméleti alapjainak és előnyeinek rövid ismertetése után bemutatnak egy esetet, akin ezt az eddig csak az alsó szemhéj hiányainak fedezésére használt eljárást nagy nyaki bőrcarcinoma kiirtása után visszamaradt kb. fél férfitenyényi hiány pótlásakor alkalmazták. A hiány a bal fül alatt volt és a sternocleidomastoideus irányában oválisan haladt előre. A fedésre használt bőrképlet a nyakról a szegycsont közepéig haladó íves metszésből alakították ki. Kozmetikai és működési eredmény tökéletes.

4. **Thurzó Jenő (Benedek László helyett): Új lumbalpunctiós tűt mutat be az encephalographiás vizsgálatokhoz.** (Megjelent az Orvosi Hetilap 1922. 49. számában.)

Hozzászóló: Molnár Elek László: A levegőbefúvásra a két tüvel dolgozás kényelmetlen, akár ugyanazon, akár két egymásra következő lumbális közbe szúrunk be. A technika egyszerűsítésére ugyanilyen tűt készített, mely már pár hete birtokában van. A modell jó, csak a kivétel nem sikerült. A tű túl vastag és az oldalnyílások elhelyezése nem megfelelő. Csak azért szólal fel, mert valószínűleg másutt is sokan rájöttek ugyanerre a gondolatra, de éppen az előbbi hibák miatt nem vált be az ilyen tű. Ha ezt a modellt tökéletesítjük, a levegőbefúvás technikája sokkal könnyebb lesz.

Thurzó Jenő: A tű vastagsága nem okozhat hátrányt, mert a legvastagabb egyszerű lumbaltűhöz mérten készült. A tű végén lévő oldalnyílások bőr alatti emphysemát nem okoznak.

Előadás:

Máday István: Intelligentia-vizsgálatokról. Foglalkozik az intelligentia jegyeivel, feltételeivel, fajával és fejlődési fokaival, továbbá az intelligentia próbák (ú. n. testek) ismertetésével, amely kísérleteknél használatos számos újabb eszközt mutat be. A vizsgálatok fejlődését Riegertől (1889) kezdve a mai napig ismerteteli. Végül ismertet az értékelés módzóait (intelligentiakor-intelligentiahányados, százalék szerinti becslés, correlatiószámítás), valamint az intelligentia megoszlásának statisztikáját.

Hozzászóló Erdélyi Pál: A különböző miljöben felnőtt gyermekek intelligentia-vizsgálata is kell hogy különböző legyen, s erre a fenti próbák nem igen vannak tekintettel.

Thurzó Jenő: Gyermekpedagógiai szempontból az általános összehasonlítás miatt kötött sémak használatát nagyértékűnek tartja. Betegvizsgálatok terén inkább a szabadon választott módszereket tartja használhatóknak. Bemutatja saját összeállítását. A szópár-vizsgálatnál ajánlja az órával mért időmegjelölés helyett az állandó tempójú pontozást pozitív és negatív jelekkel, esetleg a hibás válaszszóval. (Tó-patak +)

Máday István: Az intelligensebb környezetben élő gyermek a vizsgálatoknál valóban kedvezőbb eredményt mutat, mint amelyet megérdemel, de a vizsgálati módszerek haladásával az ismereti és gyakorlási elemet mindinkább sikerül kiküszöbölni.

1922 december 2-iki ülés.

Elnök: Szontagh Félix.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Bemutatók:

1. **Hüttl Tivadar: Cysta arachnoidea traumatica.** 16 éves leánybeteget mutat be, ki 7 hónapos korában koponyasérülést szenvedett, 7 éves korában kezdődő görcsök eredete vitás volt, vajjon azok Jackson-typusú vagy genuin epilepsziának, avagy hysteriának felelnek-e meg. A nehézséget az okozta, hogy a sérülés helyén talált elváltozás a görcsös rohamok eredetét illetőleg felvilágosítást nem adott. A koponyaboltozat ezen helyén ugyanis a koponyacsont ötkoronásnyi darabon hiányzott, a fej-

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK:

Steiner Béla: A liquor cerebrospinalis cukortartalmának kórismei jelentőségéről. (73—76. oldal.)

Barcsay Kálmán: Neosalvarsan után jelentkezett arsen-melanosis és keratosis. (76—78. oldal.)

Bäcker Béla: Észleléseim a syphilisnek bismuttal való kezelése közben. (78—80. oldal.)

A Bpesti Kir. Orvosegyesület 1923 febr. 17-én tartott XIV. rendes tudományos üléséről. (80. oldal.)

Lapazemle. Belorvostan. — Sebészet. — Therapia. (80—84. oldal.)
Vegyes hírek. (84. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A „Stefánia“ gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika közleménye. (Igazgató: Bókay János dr. egyet. ny. r. tanár.)

A liquor cerebrospinalis cukortartalmának kórismei jelentőségéről.

Írta: Steiner Béla dr.

A liquor cerebrospinalis kémiai összetétele lényegesen eltér a vértől. Fehérjetartalma 0'5%-ot; calciumból 100 cm³-ben 5—5'2 mgr-ot tartalmaz (Halverson). Konyhasótartalma 0'6—0'7% között változik. Restnitrogéntartalma 10—17 mgr. Felületi feszültsége nagyobb (Kisch), hydrogenion koncentrációja alacsonyabb, mint a véré (Labat). A liquor cerebrospinalis redukáló sajátságát Deschamps és Bussy mutatták ki. Claude Bernard fölvette, hogy a redukáló anyag glucose. Zdareknek, Panzernek sikerült a glucoset a liquorban biztonsággal indentificálni. Qualitativ meghatározásról kívülök Nawratzki, Comba és Rossi számolnak be. Francia szerzőknek (Voisin, Sacard, Labat, Rousseau és Hutinel) hamar feltűnt, hogy a cukortartalom meningitisnél megfogy. Allard referatumban említi, hogy ezek az észleletek nem voltak egybehangzók, úgyhogy a cukormeghatározásnak Lannois és Quincke nézetével összhangzásban értéket nem tulajdonított. Hess és Pözl szerint is a liquor cerebrospinalis kémiai vizsgálata inkább pathologiai, mint diagnosztikus értékkel bír.

A liquor cerebrospinalis cukortartalmának quantitativ meghatározása is igen különböző eredményeket adott. Polonowski és Duhot szerint nyugalomban és éhes állapotban a vér és a liquor cerebrospinalis cukortartalma egyforma. Grimpert és Sicard 0'04—0'06%-ot, Gillard 0'04—0'056%-ot, Lannois és Boulud 0'04—0'05%-ot vett fel normalis értékül. Különböző megbetegedéseknél végzett cukormeghatározásokról is számos adattal rendelkezünk. Mestresat szerint a liquor cerebrospinalis cukortartalma agyhártyagyulladásnál 0'01%-ig csökkenhet. Löwy ezzel szemben meningitisnél a normalisnál magasabb (0'08—0'1%) értékről számol be. Briand és Rouguier paralisissnél normalis (0'045%), vagy emelkedett értékeket kapott; csak két esetben észlelt kismértékű csökkenést. Lopes szerint a liquor cerebrospinalis cukortartalma epilepsiánál normalis. Rohamnál és status epilepticusnál megfogy. Ezzel szemben Hess, Pözl és Borberg adatai szerint epilepsiánál a liquor cerebrospinalis cukortartalma emelkedett. Kahler hatalmas anyagon vizsgálta a liquor cerebrospinalis cukortartalmának változását a különböző megbete-

gedések során. Agyhártyagyulladásoknál két esetben normalis, egyébként éppúgy, mint Borberg alacsony értéket kapott. Epilepsiánál, apoplexiánál, enkephalomalatiánál, agytumornál és „essentialis hypertonia“ egy részénél magasabb értéket észlelt.

A gyermekkorra vonatkozólag újabb vizsgálatokat modern methodusokkal csak Schloss, Schroeder és Suzuki végeztek. Az eddigi eredmények pedig a sok ellentmondás dacára biztatóak voltak, úgyhogy vizsgálatainkat kiterjedt mértékben vettük fel. A liquor cerebrospinalis cukortartalmának meghatározására a Bang-methodust használtuk, melynek pontosságát a chemiailag tiszta szőlőcukoroldattal végzett vizsgálataink igazolták.

A liquor cerebrospinalis cukortartalmának normalis értékét pathologicus elváltozást nem mutató lumbalfolyadék vizsgálatából állapítottuk meg. Erre a célra lues congenita, hysteria és epilepsia be nem igazolt gyanújánál nyert liquor cerebrospinalist használtuk fel. Ezek a vizsgálatok azt mutatták, hogy a liquor normalis cukortartalma 0'055 és 0'08% között változik. Ezek az értékek megegyeznek Borbergnek és Eskuchennek (0'05—0'075%), valamint Kahlernek (0'06—0'08%) felnőttekre vonatkozólag a Bang-methodussal nyert adataival és azt mutatják, hogy éppúgy, mint a vércukornál, a felnőtt és gyermeki szervezet összetétele ebben a tekintetben megegyezik.

Beteg gyermekeken vizsgálataink befejezéséig 150 esetben végeztünk lumbal-punctiót. Minden alkalommal vizsgáltuk a fehérje (globulin) tartalmát, a sejtszámot, üledékben a sejtek mineműségét és bakteriumtartalmát. A cukortartalom vizsgálatától a következő kérdésekre vártunk feleletet:

I. Mutat-e a liquor cukortartalma a különböző betegségek folyamán quantitative olyan elváltozásokat, melyek az illető betegségre jellemzők?

II. Positiv lelet esetén sikerül-e elsősorban meningealis megbetegedéseket biztonsággal az eddigi eljárásoknál korábban felismerni?

III. Lehetséges-e a valódi meningitiseket az úgynevezett „pseudomeningitis“ képében jelentkező kórfarmáktól elkülöníteni?

A liquor cukortartalma meningitisnél és az öt utánzó kórfarmáknál.

A meningitis tbc.-ben szenvedő gyermekek a betegség különböző stádiumában kerültek észlelésünk alá. Mikor a kórkép teljesen kifejezett, a liquor vizsgálata csak megerősítését képezte a biztos diagnosistnak. Ennek példáját mutatja a következő észlelésünk:

B. György (15.392/1922) 4 hét óta beteg, lázas, rosszkedvű, étvágytalan és constipál. Két hét óta fejfájásról panaszkodik, mely négy napja igen kifejezett. Éjjel nyugtalan, feljegy, fogát csikorgatja. Mater tüdőcsúcshurut miatt kezelés alatt áll; testvére tbc.-ben mortuált.

Vizsgálatkor lesoványodott fiúgyermeket láttunk, kinél hónaljban, inginalis hajlatban több apró mirigyét tapintottunk. Pulsus arhythmias, száma 72. Positiv Kernig-, Trousseau- és Babinsky-tünet. Lábclonus, fokozott patellaris; jobboldalt hiányzó hasreflex.

A liquor cerebrospinalis fokozott nyomással ürül; viztisza. Háló képződik. Pándy + + +. Sejtszám 150. Üledékben igen sok lymphocytá, 1—2 tbc.-bacillus. Liquor-cukor 0'032‰.

Ebben az esetben a tbc.-bacillus kimutatása biztonsággal eldöntötte a kórismét. A liquor cukortartalma körülbelül a fele a normalis értéknek.

Valamennyi meningitis tbc.-ben szenvedő betegünk-nél constans és jellemző tulajdonságként észleltük a liquor cukortartalmának megfogyását.

Atypias esetekben a liquordiagnostica eddigi eljárásai mellett a meningealis tünetekkel járó megbetegedések differentialis diagnosisa sok nehézséggel jár. Ezek klinikai képét a következőkben jellemezhetjük.

A meningitis tuberculosa prodromalis stádiuma hiányozhat. A betegség hirtelen kezdődhet hányással, lázzal, mint egy infectiosus betegség. Ennek példája az alábbi eset:

G. Tibor (14.589/1922) 13 hónapos fiúgyermek. 9 hónapos koráig anyatején táplált. Normalis szülés. Tbc.-és anamnesis negativ. Állítólag mostanáig semmi betegsége nem volt. Anyja bemondása szerint egy nap óta lázas. Széklet rendes. Vizsgálatkor merev tekintet, tapintható, nem feszülő kutacs. 39 C° láz, szapora pulsus. Bal arcfélben clonicus görcsök; tág pupillák. Tarkómerevség nincs. Kernig, Brudzinski negativ. Az anamnesis acut megbetegedésre utal. A Kernig-, Brudzinski-tünet negativ volta, a tarkómerevség hiánya, a magas láz meningitis tbc. ellen szölt. Lumbal-punctiónál fokozott nyomással ürült a liquor. A Pándy-reactio negativ volt. Sejtszám 20. Üledékben lymphocyták. Culturáisan steril. A Pándy-reactio negativ volta kizárta egyelőre eddigi megfigyeléseink szerint a meningitis tbc. felvételét. A liquor cerebrospinalis cukortartalma 0'043‰ volt, tehát alacsonyabb a normalis értéknél. Ennek alapján az előző vizsgálatainkból nyert eredményeink folytán a Pándy-reactio negativ volta dacára felállítottuk a meningitis diagnosist, melyet a későbbi lefolyás és a sectiós jegyzőkönyv igazolt.

A meningitis tbc. egyik jellemző sajátága a gyermek viselkedésének megváltozása. Az eddig jókedvű gyermek apathicussá válik, nem játszik. Ezek a tünetek az esetek egy részében rövid tartam után eltűnnek, néhány napos, esetleg egy-két hetes remissio állhat be, úgy-hogy kételyünk támad a meningitis-diagnosist helyességében. Ilyen esetekben a liquorvizsgálaton kívül egyéb segédvizsgálatokat is el kell végeznünk. Ezek közé tartozik a vérkép értékelése. Matthes szerint meningitis tbc.-re jellemző a fehérvérsejtek alacsony száma. 15.000 fehérvérsejtet csak néhány esetben, 20.000-et csak egy alkalommal észlelt. 20 éves férfibetegénél 18.000 fehérvérsejt és kifejezett polynucleosis mellett biztonsággal zárta ki a meningitis tbc.-t. Kétségtelen, hogy meningitis tbc.-nél gyakori az alacsony fehérvérsejtszám; azonban a kivételek sem tartoznak a ritkaságok közé.

G. Tibor (14.589/1922)-nál a fehérvérsejtszám 21.000 volt. Qualitativ képben 67% leukocytát, 30% lymphocytát és 3% monocytát számoltunk. Boncolás megerősítette az ezen lelet dacára az alacsony liquorcukor-érték alapján felvett meningitis tbc. diagnosist.

A meningitis tbc. lázmenete igen változatos. Az esetek többségében rendellenül remittáló, sokszor csak igen kisfokú hőemelkedést látunk. Jelentkezhet azonban az esetek egy részében continua typusu láz, mikor azt a kérdést kell eldönteni, hogy meningealis symptomákat mutató typhussal, vagy meningitissel állunk-e szemben. Leucopenia, pulsus-lassubodás, positiv diazo-reactio mindkettőnél előfordulhat. Qualitativ vérkép lehet határozatlan, a Widal-reactio még negativ. A liquorban a Pándy-reactio lehet mindkettőnél negativ, vagy positiv. Sejtszaporodást typhusnál is észleltek. Ilyen esetekben biztonsággal dönti el a diagnosist a liquor cukortartalmának a vizsgálata: csökkent cukortartalom esetén biztos az

agyhártyagyulladás diagnosisa, normalis cukortartalom kizárja a meningitis felvételét.

Vizsgálataink során összehasonlító képet akartunk nyerni a liquor cukortartalma megfogyásának alakulásáról. Ebből a célból sorozatosan végzett punctiók alkalmával mindannyiszor meghatároztuk a liquor cukortartalmát. 33 észlelt meningitis esetünkből helyszűke miatt csak néhány példát közlünk.

Név	Jegyző-könyvi szám	Liquor cerebrospinalis cukortartalma	Pándy-reactio	Sejtszám	Háló	Üledék
G. Tibor	IX. 16.	I. 0'047 } 0'043‰ 0'039	—!	105	—	Lymphocyták
14589/922	IX. 19.	II. 0'024 } 0'025‰ 0'026	+	209	—	"
Meningitis tbc.	IX. 22.	III. 0'024 } 0'025‰ 0'026	++	103	—	"
	IX. 25.	IV. 0 } 0 0	++	120	—	"
	IX. 27.	V. 0 } 0 0	+++	130	—	"

Amint a fenti táblázat mutatja, meningitis tuberculosa a liquor-cukor lassú, fokozatos csökkenése jellemző. Csak egy esetben észleltünk kivételesen kisfokú emelkedést.

A liquor cukortartalmának megfogyása nem specifus meningitis tbc.-re, hanem más aetiologiájú agyhártyagyulladásnál is megtaláljuk.

Az alábbi adatokat meningitis cerebrospinalis epidemica lefolyása alatt nyertük.

Név	Jegyző-könyvi szám	Liquor cerebrospinalis cukortartalma	Pándy-reactio	Sejtszám	Háló	Üledék
B. László	I. 21.	VII. 0'01 } 0'015‰ 21. 0'02	+++			Igen sok leukocytá, mononuclearis sejtek; intracellularis diplococcusok
11509/922	II. 24.	VII. 0'003 } 0'0033‰ 24. 0'0035	+++			Liquor feltisztult, lymphocyták előtérben
	III. 26.	VII. 0'011 } 0'011‰ 26. 0'011	+++			Lymphocytosis
	IV. 28.	VII. 0'044 } 0'039‰ 28. 0'034	+++			
	V. 31.	VII. 0'037 } 0'04‰ 31. 0'042	+++			
	VI. 5.	VIII. 0'041 } 0'042‰ 5. 0'044	+++			

Vizsgálataink folyamán alkalmunk volt meningocele occipitalis esetében a műtét után közvetlenül sorozatos cukormeghatározásokat végezni. A lumbal-punctiót diagnosticus célból végeztük, miután magas láz lépett fel és genyes meningitis kifejlődésének a lehetősége fennállott.

Név	Jegyző-könyvi szám	Liquor cerebrospinalis cukortartalma	Pándy-reactio	Sejtszám	Háló	Üledék
L. Magda	I. 14.	IX. 0'067 } 0'0675‰*) 14. 0'068	—!	5	—	0
	II. 16.	IX. 0'045 } 0'0465‰ 16. 0'048	++	40	—	Lymphocyták
	III. 17.	IX. 0'036 } 0'037‰ 17. 0'038	++	10	+	"
	IV. 18.	IX. 0'014 } 0'019‰ 18. 0'021	+++	59	+	"
	V. 21.	IX. 0'038 } 0'0385‰ 21. 0'039	++	5	—	Elvéve egy-egy lymphocytá
	VI. 26.	IX. 0'06 } 0'06‰ 26. 0'06	—	2	—	

Ez az eset az úgynevezett „meningitis serosa” csoportba illik bele. Tanulságosnak tartjuk, hogy itt az operatio után közvetlenül még normalis értéket is kaptunk. A cukorcsökkenés után bekövetkező emelkedés újra elérte a normalis értéket. A cukorgörbe ezen alakulása éles ellentét-

*) Normalis érték.

ben áll a meningitis tbc.-nél talált fokozatosan csökkenő tendenciával.

A meningealis tünetek súlyossága és a talált anatómiai elváltozások foka között igen sok esetben nagy incongruentia mutatkozik. Ez a tapasztalati tény vezette Duprét, mikor a meningismus névvel jelölte mindazokat a kórformákat, hol az élőben talált meningealis tüneteket a boncolásnál anatómiai elváltozásokkal nem tudták megmagyarázni. A francia szerzők a meningismus és az úgynevezett pseudomeningitis (Bouchut) legkülönbözőbb aetiológiájú alakjait különböztették meg. Schulze Meningitis sine meningitideről írt. A szaporodó megfigyelések azonban arra mutattak, hogy a klinika ezen új fogalom bevezetésével semmit sem nyert, mert míg a fertőző betegségekhez észlelt meningismusok között az esetek egy részében valóban semmi elváltozást sem találtak (megfelelően Dupré meghatározásának: *indépendant de toute altération anatomique saisissable*), addig a többi esetben a legkülönbözőbb anatómiai elváltozások váltották ki a meningealis tüneteket: agy-oedema, hyperaemia, anaemia, haemorrhagiák. E mellett infectiosus betegségek kapcsán valódi meningitiseket is észleltek. A klinikusok egy része ezen ellentmondások miatt örömmel fogadta a Quincke által bevezetett meningitis serosa elnevezést, melynek főkritériuma a hypersecretorius vagy gyulladáson alapon létrejött, a rendesen acute fellépő liquor cerebrospinalis-megszaporodás okozta, intracranialis nyomásemelkedés. Azonban Quincke maga hangsúlyozza, hogy a meningitis serosa sem aetiologiailag, sem pathogeneticusan nem jelent egységes kórképet. Így a fertőző betegségekhez jelentkező tüneteket vagy toxin okozza, vagy az agy és agyhártyák körülírt mikrobás gócai. Emellett ők maguk sterilek maradhatnak, vagy csak kis mennyiségű és virulentiájú bakteriumot tartalmaznak. A bakteriologias aetologia előtérbe állítása is sok kérdést hagyott nyitva. Hutinel súlyos erysipelas esetében streptococcust mutatott ki a liquorban.

Meningealis tünetek, liquorelváltozások hiányoztak. Boncolás az agyban semmi kóros elváltozást nem mutatott. Olasz szerzők (Caronia és Auricchio) typhusos betegeknek 93%-ban találtak meg a liquorban a typhus-bacillust. Marta Ehrlich ezzel szemben Brudzinski intézetében typhusos betegeknek csak 13,3%-ban tudott meningealis tünetekről beszámolni. A baktérium jelenléte tehát az esetek igen nagy részében nem okoz meningealis tüneteket. Nehezíti az adatok helyes értékelését az a körülmény is, hogy Liebermeister croupus pneumoniae kapcsán három alkalommal mutatott ki mikroszkopice genyes gyulladást a spinalis burkokban, melyek klinikailag semmi tünetet nem okoztak.

A meningitis serosa klinikai képe igen változatos. Egyik oldalon odaszámítják a fertőző betegségekhez felépő, az esetek többségében rövid ideig tartó „meningismusos” eseteket, másrészt a hetekig eltartó, lefolyásában hol meningitis tbc.-t, hol agydaganatot utánzó kórformákat. Matthes nézete szerint csak akkor állíthatjuk fel a meningitis serosa diagnózisát, ha a serosus gyulladás kifejezéseken a liquor fehérje- és sejttartalma megszáporodott.

Kétségtelen, hogy az esetek egy részében a klinikai megfigyelés révén könnyű az esetek szétválasztása. A fertőző betegségeket bevezető meningealis tünetek az alapbetegségnek adnak helyet. A cystitisnél észlelhető cerebrális tünetek, melyekre Goepfert és Bókay irányították rá a figyelmet, kellő magyarázatot nyernek a pozitív vizeletleletben. Az esetek egy részében azonban annyira előtérben állanak a meningealis symptomák, hogy Gröer szerint a klinikai jelekből nem állíthatjuk meg biztosan, hogy agyi izgalmi jelenségek, vagy valódi meningitis kiváltotta tünetek okozzák-e a kórképet.

A liquor-vizsgálatnál a Pándy-reactio gyakran pozitív. Több alkalommal észleltünk hálóképződést, kisebb-nagyobbokú sejtszaporodást. Mindezek a jelenségek azonban meningitis tbc.-nél is észlelhetők, úgyhogy a diagnózis felállításában a liquor vizsgálata sem ad mindig biztos támpontot. Munkánk folyamán volt alkalmunk

nehány esetet észlelni, mikor a liquor cukortartalmának a vizsgálatra biztonsággal döntötte el a diagnózist.

B. István két és fél éves, 10 nap óta beteg. Nyugtalan, végtagjait fájlalja. Három nap óta febris continua. Hányingere van, köhög. Naponta egyszer hig, vizes széklet. A pupillák szűkek, fényre renyhén reagálnak. Mérsékelt tarkómerevség, igen kifejezett Trousseau, pozitív Brudzinski- és Kernig-tünet. Pulsus arhythmiás, száma 140. Máj, lép nem tapintható. Lumbalpunkciókor fokozott nyomás mellett vizes liquor ürül, melyben Pándy negatív, sejtszám 8, cultura steril; liquorcukor 6,060%. A következő napon fellünő volt a nyugtalanság; éjjel felsikolt; vadász-kutyafekvés. Tarkómerevség, hyperaesthesia fokozódott, constipal. Pirquet- és Widal-reactio negatív.

Liquorvizsgálatkor Pándy pozitív, üledékben lymphocyták, sejtszám 20. Baktériumok nincsenek. A liquor cukortartalma 0,059%. A klinikai kép, a pozitív Pándy-reactio alapján hajlandók lettünk volna a meningitis tbc. kórisméjét felállítani. A normalis cukortartalom azonban ezen felvéss ellen szól. A gyermek észlelésünk harmadik napján exítált. Boncoláskor typhus abdominalist állapítottak meg; az agyhártyák vérböck voltak. Ez az észlelés mutatja, hogy Zappert nézete, mely szerint a laboratoriumi segédeszközök elegendenek a meningitis tbc. és a typhus differentialis diagnózisához, correctióra szorul. A liquor cukortartalma megállapításával biztonsággal zárhatjuk ki ily esetekben a meningitis tuberculosát.

Eiselsberg egyik legutóbbi közleményében hangsúlyozta, hogy az agytályog klinikai felismerése az agydiagnostica legnehezebb feladatai közé tartozik. Oppenheim és Zappert az agytályog diagnosztikájához elegendetelnek tartja valamely kiváltó momentum jelenlétét (trauma, fülfolyás, az orr genyes megbetegedése, szervezetben levő valamely genyes góc).

Az agytályog elkülönítése agydaganattal és meningitissel szemben sokszor nehézségbe ütközik. Zappert figyelmeztet rá, hogy a lassú kifejlődés, a láz hiánya, az agynyomásos tünetek jelenléte, a gyakori gócreakciók annyira hasonlóak, hogy klinikailag az agydaganatot és agytályogot sokszor nem tudjuk szétválasztani. Csak a pangásos papilla szokott agytályognál hiányozni. Az agytályog láztalan vagy subfebrilis stádiumában pedig fejfájást, hányást, pulsuslassubbodást észlelhetünk, úgyhogy a tünetek meningitis tbc.-re utalnak. Fontosnak tartja a psychicus viselkedés megfigyelését, mely agytályognál az időnkint jelentkező fejfájás, hányás után újra normalis, míg meningitissel az apathia tovább észlelhető. Ezek a differentialis diagnosticus különbségek azonban csak relatív értékűek. Pangásos papilla mindkettőnél előfordul, csak a százalékos arány nagyobb agydaganatnál. A psychicus viselkedés megváltozása pedig meningitis tbc.-nél sem constans, mert az esetek egy részében hosszabb-rövidebb ideig tartó remissiókat itt is észlelhetünk. A láztalan és subfebrilis lefolyás mellett pedig continua typosú láz is előfordul. Rothmann szerint a lumbal-punctatum agytályognál a legtöbbször tiszta és bakteriummentes. Más szerzők az üledékben lymphocytosist (Fleischmann) és leukocytosist (Wolf és Voss) is észleltek.

Az agytályog, agydaganat és meningitis tbc. közötti differentialis diagnosisiban igen értékes adatokat szolgáltat a liquor cerebrospinalis cukortartalmának megállapítása. Ennek egy példáját mutatja a következő esetünk:

K. Tibor két és fél éves fiú ez év júniusában scarlatinában megbetegedett, ami június végén simán lezajlott. Hosszabb időn keresztül feje fájt, ez augusztus hónapban megszűnt. Október közepén újra hirtelen lázas lett, fejét fájlalta.

A gyermek szenvedő arckifejezésű. Pupillák tágak, fényre alig reagálnak. Szemét ritkán nyitja ki teljesen. Tarkómerevség; Brudzinski negatív. In- és bőrreflexek kiválthatók. Trousseau gyengén pozitív. Lumbalpunkciónál igen fokozott nyomással 30 cm³ liquor ürül. Pándy-reactio pozitív, sejtszám 130; üledékben kizárólag lymphocyták. Baktériumot nem találtunk. A liquorvizsgálat eredménye meningitis tbc.-re utal. A liquor cukortartalma 0,055% volt a normalis érték alsó határán. A betegség további lefolyása alatt a tarkómerevség erősen kifejeződött; pozitív Trousseau-, negatív Kernig-tünetet észleltünk. A gyermek apathicus, constipal. Futólagos göctünetek jelentkeztek; a bal facialis, a bal felső és alsó végtag paresise, majd strabismus convergens. Kifejezett pangásos papilla. Az észlelés tizedik napján a gyermek eszméletlen állapotban fekszik. Jobb szem pupillája fellünően tág. Arhythmiás pulsus, cyanoticus nyálkahártya. Majd tüdőoedema lépett fel és a gyermek exítált.

A liquor cerebrospinalis vizsgálatainak eredményei a következők voltak:

Név Jegyző- könyvi szám	Liquor cerebrospinalis cukortartalma	Pándy- reactio	Sejt- szám	Háló	Üledék	
K. Tibor	I. IX. 0'054 25. 0'056	}	0'055 ⁰ / ₁₀	+	103	— Kizárólag lymphocyták; bakteriumot nem találtunk
	II. IX. 0'057 27. 0'061					
	III. IX. 0'062 29. 0'063	}	0'0625 ⁰ / ₁₀	++	27	"
	IV. IX. 0'0595 30. 0'06					
	V. X. 0'06 2. 0'062	}	0'061 ⁰ / ₁₀	++	10	"
	VI. X. 0'07 4. 0'071					
	VII. X. 0'062 6. 0'065	}	0'063 ⁰ / ₁₀	+++	8	"
	VIII. X. 0'08 8. 0'081					

A Pándy-reactio positiv volta, a fokozott nyomás, a kezdetben erősen megszorodott sejtszám, a bakteriummentes, kizárólag lymphocytákat tartalmazó üledék meningitis tbc.-re utalt. A liquor cukortartalmának normalis volta, sőt emelkedő tendenciája folytán a meningitis tbc.-t kizártuk annak dacára, hogy a láz is inkább meningitis, mint tályog, vagy daganat mellett szólt. Az agytumor és agytályog közötti differentialis diagnosisban agytályog ellen értékeltük a genyedéses folyamatok teljes hiányát, az apathia növekedését, a continua-typusú, semmi remissiót nem mutató lázgörbét. Genyedéses folyamat ellen szólt a vérlelet is, mely 6100 fehérvérsejtet, a qualitativ vérképben 6% pálcikamagvú, 67% segmentált magvú leukocytát, 3% eosinophil-sejtet, 21% lymphocytát és 3% monocytát mutatott. Valószínűségi diagnosisunk agytumor vagy enkephalitis volt, bár a sejtszám feltűnő megszorodottsága ezekre nem typicus.

Boncoláskor a frontális lebenyben két, egymástól elhatárolt, kis almányi, tömött fallal körülvett tályogot találtak, melynek falát belülről sárgás pyogenhártya és 2—3 mm széles szűrűs tömött réteg alkotta. A tályog tartalma közepesen sűrű sárga geny volt.

Epikrisis: Az agyabscessus és meningitis tbc. közötti differentialis diagnosisban a liquor cukortartalmának vizsgálata biztos támpontot nyújt. Miután az agydaganatok csak egy részénél találtak a liquorban megnövekedett cukortartalmat, ezek elkülönítése az agyabscessustól a liquor cerebrospinalis cukortartalmának alapján nem lehetséges.

A meningealis tüneteket mutató megbetegedések közé tartozik a Heine-Medin azon alakja, melyet Wickmann mint meningitises formát különített el. Wickmann szerint főleg azon esetek felismerése okoz nehézséget, ahol az előtérben álló meningealis tüneteket (tarkómerevség, tonicus görcs, fokozott patellaris reflex) bénulás nem követi. Ilyen eseteket ír le Bókay és Netter. Azonban a typusos lefolyású Heine-Medin-alakoknál is gyakran észlelünk tarkómerevséget, hányást, convulsiókat.

A lumbal-punctatumban elég gyakori a positiv Pándy-reactio, hálóképződés. A sejtszám kissé megszorodott; üledékben lymphocytákat látunk. Ezen banális lelet mellett fontos segédeszközül szolgálhat a liquor cukormeghatározása. Két esetben volt alkalmunk acut Heine-Medin esetében a lumbalfolyadék cukortartalmát meghatározni.

Név, Jegyző- könyvi szám	Liquor cerebrospinalis cukortartalma	Pándy- reactio	Sejt- szám	Háló	Üledék	
K. Gyula	0'086	}	0'0845 ⁰ / ₁₀	—	3	— Lymphocyták
	0'0831					
Cs. Ferenc 14061/922	0'1051	}	0'104 ⁰ / ₁₀	+	8	+ Néhány lymphocytá
	0'104					
Az acut tünetek le- zajlása után:	0'061	}	0'06 ⁰ / ₁₀	—	—	—
	0'06					

Ezen két eset azt mutatja, hogy a Heine-Medin és a meningitis elkülönítő kórisméjében a liquor cerebrospinalis

cukortartalmának meghatározása értékes leletet szolgáltat.

A liquor cerebrospinalis cukortartalmának vizsgálatából összefoglalóan a következő diagnosticus következtetéseket vonhatjuk le:

1. A liquor cerebrospinalis cukortartalma meningitisnél csökkent. A csökkenés sokszor az első kimutatható pathologicus elváltozás.

2. A cukortartalom meningitis tbc.-nél sokszor a halál előtt 24—48 órával Bang-methodussal már nem mutatható ki.

3. Ha a cukortartalom előzetes megfogás után újra eléri a normalis értéket, úgy a meningitis tbc.-t biztosan kizárhatjuk.

4. Meningismusos tünetek között lefolyó typhusnál, agyabscessusnál, otitis mediánál, fertőző betegségek kezdetén, vagy azok lefolyásában jelentkező cerebrális tünetcsoportnál a liquor cerebrospinalis cukortartalma normalis.

5. Poliomyelitis acut stadiumában, tetanusnál, agytumoránál a lumbalfolyadék cukortartalma emelkedett.

Irodalom. Matthes: „Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten.“ Berlin 1922. Widmaier: Münchener med. Wochenschrift 1921. Nr. 25. Rominger: Münchener med. Wochenschrift 1919., 1381. old. Archiv f. Kinderheilkunde 64. kötet. Quincke: Deutsche med. Wochenschrift. 1905., 45. szám. Therapeutische Monatshefte. 1914., 28. kötet. Fleischmann: Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten. 1918., 102. kötet, 1—2. füzet. Schönfeld: Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. 1919., 64. köt., 300. oldal. Gröer: Zeitschrift für Kinderheilkunde. 1921., 21. kötet, 220. old. Löwy: Wiener klin. Wochenschrift. 1916. 34. szám. Sergent: Revue Neurol. 1908. 1105., old. Hutinel: „Les maladies des Enfants“ 1909. Allard: Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde. III. kötet. Panzer: Wiener klin. Wochenschrift. 1899., 31. szám. Hess és Pözl: Wiener klin. Wochenschrift. 1910., 29. szám. Dejerine: Sémiologie des Affections du Système Nerveux. Paris. Bókay: Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1914., 80. köt., 133. old., 1918., 87. köt., 181. old. Zappert: Krankheiten des Nervensystems im Kindesalter. Leipzig. 1922. Kahler: Wiener klin. Wochenschrift. 1922., Nr. 1. Preisich és Fleisch: Orvosi Hetilap 1904. II. gyermekgyógyászati melléklet.

A XVII. sz. katonakórház bőr- és venereás osztályának közleménye. (Kórházparancsnok: Sötér Elek dr. orvos-alezredes.)

Neosalvarsan után jelentkezett arsenmelanosis és keratosis.

Közli: Barcsay Kálmán dr. orvosőrnagy, osztályfőorvos.

Egész sorát találjuk a salvarsan-aera előtt, de a salvarsan-irodalomban is a bőrön jelentkező acut arsenmérgezés eseteinek; e mérgezés láz kíséretében erythemiában, később dermatitis exfoliatívában, nagylemezes hámlásban és a vesék laesiójában nyilvánul.

Sokkal kisebb már a salvarsan-aera előtt közölt azon esetek száma, amelyekben arsen kis adagjainak hosszabb ideig — heteken, hónapokon, sőt éveken át — alkalmazására a bőr időszült intoxicatiója fejlődött arsenmelanosis és keratosis alakjában.

Stahl ismert összefoglaló munkájában 67 ilyen arsenicistmust ír le részletesen; azóta csupán hárommal bővült ez a szám.

Még kevesebb, mondhatni alig néhány — szám szerint 11 — arsenmelanosisról és keratosisról számol be az irodalom salvarsan egy vagy több adagja után. Ilyen esetem a következő:

A 24 éves, erőteljes, jól táplált férfibeteget 1920 szeptember 3-án a következő állapottal vettük fel osztályunkra:

A bőr egész terjedelmében, a végtagok feszítő oldalán vastagabb rétegű s nagyobb pikkelyekből álló, egyéb helyein vékonyabb és kisebb pikkelyű, meglehetősen tapadó, feszes, általában véve nagylemezű, szürkésbarna színű hámlást mutat. Azokon a helyeken, ahol a hámlás kisebbfokú, jobban áttűnik a bőr sötétebb, szürkésbarna, csokoládészíne; ilyen az arc, nyak, has és a végtagok hajlító felszíne. A nyálkahártyákon ilyen pigmentationnak nyoma sincs.

A tenyereken, még inkább a talpakon nagyfokú, részarányosan elhelyezett, tömött, síma felületű, csak helyenként repedéseket mutató hyperkeratosiszt találunk, amely a keratoma palmare

et plantere hereditariumra emlékeztet. Mindkét vállon s a kereszt-tájon kb. tenyérnyi területen a bőr lobos, beszűrődött, excoriált, nedvező. Ezt leszámítva, a bőr száraz tapintatú, nem rugalmas; a beszáradt, többrétegű, szorosan tapadó pikkelyek pedig mintegy pánccszerű burkolatot alkotva, a beteget a mozgásban nagy fokban akadályozzák; a betegnek subjectiv panaszja is csupán az elkerülhetetlen mozgáskor a bőr könnyebb sebezhetősége miatt beálló fájdalmakra szorítkozik. A hajzat és a körmök rendese, úgyszintén a táplálékfelvétel és székletét is. A belső szervek részéről kóros eltérés nincs. A hőmérsék 38^o. A vizelet fajsúlya 1028; kóros alkotórész, fehérje, arsen vagy kéneső nem mutatható ki benne; napi mennyisége: 1200 gramm. Excitio végzésébe a beteg nem egyezik bele.

Az anamnesisből a következő derül ki:

Az 1917-ben a penisen fejlődött fekélyes folyamatnál nem volt eldönthető, vajjon lueses eredetű-e, de azért mégis 15 emarinjectióval egyidejűleg három (0'30, 0'45, 0'60) salvarsan-injectiót kapott. Az utolsó adag salvarsan után magas láz, icterus, s ezt követőleg az egész bőrre kiterjedő, élénk-vörösszínű kiütés jelentkezett, amelyet a bőrnek barna színeződése és nagylemezes hámlás követett. Keratosisról a beteg nem tesz említést; ugyanakkor májtáji fájdalmai is voltak. Öt hónapi kezelés után gyógyult.

Ez év márciusában primaer sclerosist szerzett. Júniusban kiütések jelentek a törzsön. Wassermann-reactio ++++. Júliusban 2 kéneső-salicyl-injectiót kapott és 23 kenést végzett. Augusztus 13-án 0'30 g neosalvarsant kapott intravenás infusio alakjában; másnap — augusztus 14-én — az egész bőrön élénk vörös, összefolyó kiütés jelentkezett magas láz kíséretében.

Augusztus 16-án az egész bőrön hámlás indult meg; a bőr elszíneződése augusztus hó végén lett nyilvánvalóvá; a vizeletben akkor fehérje volt kimutatható.

Szeptember 7. Közömbös kenőcsök és fürdők használatára a nagyfokú pikkelyfelrakódás eltűnt, a bőr már puha tapintatú és síma, nem oly száraz. Most még élénkebben tűnik elő a bőr csokoládébarna színe. A három napig fennállott 38—39^o C^o hőemelkedés a vállakon és a kereszt-tájon leírt, lobos beszűrődésre vezethető vissza; lobellenes kezelésre ezek a beszűrődések visszafejlesztettek, s a beteg láztalan.

Szeptember 14. Keratolitikus és puhító kenőcsökre megfürdők a keratosis gyógyulása jól folyik; a közérzet is jó, a beteg elhagyhatja az ágyat.

A vázolt klinikai kép oly élénk kifejezője az időszűlt arsen-intoxicatióknak, hogy a diagnosis differenciálását nem tartanám szükségesnek; mégis a teljesség kedvéért megemlítem, hogy a kéneső-ártalom elmaradhatlan jelei a különböző hámképleteken — stomatitis, arteritis, vese-hám-laesio — esetünkben nem voltak jelen; viszont kéneső-intoxicatió nál sem melanosist, sem keratosis nincs. Addison-kórbán a nyálkahártyák is pigmentáltak és keratosis nincs. A pityriasis rubra Hebrae, valamint a vörheny is ilyen hámlással jár, de egyikben sincs melanosist és keratosis.

Bár az arsen mint gyógyszer és mint mérgező évszázadok óta ismeretes, mégis csupán néhány évtizede annak, hogy a bőr chronicus arsen-intoxicatiójáról az irodalomban közlések jelentek meg. Az első arsen-keratosis Wilson írta le 1873-ban, az első melanosist pedig Morro 1886-ban. Mindkettő aetiologiája még ma sincs tisztázva. Hauck szerint a melanosist haematogen eredetű, de ennek ellene szól az, hogy a nyálkahártyákon nem jelenik meg pigment. A festékszemcsék főleg a basalis sejtekben találhatók, de előfordulnak extracellularisan is. A keratosis aetiologiája sem ismeretes: specialis histologiai képe nincs, szövettanilag megegyezik a keratoma palmare et plantare hereditariummal. Csupán a klinikai kép az, amelynek tekintetében az összes szerzők felfogása egységes: a melanosist két alakja van; az egyik általános, a másikban ép, nem pigmentált szigeteket pigmentált foltok vesznek körül. A keratosisnak egyik alakja diffus, síma felületű; a másik szemölcszerű, kúp alakú képletekből álló, részarányosan elhelyezett keratosis a tenyereken és talpakon.

Stahl előbb említett összefoglaló munkája szerint az arsen-melanosist és keratosis kisebb arsen-adagoknak hetekig, hónapokig, sőt évekig adagolása után lassan, minden lobos jelenség nélkül fejlődött ki; de említést tesz három esetről, melyekben patkányméreggel történt mérgezés után az arsen-intoxicatio acut alakja, láz, erythema scarlatiniforme és hámlás vezette be a melanosist és keratosis; ennek dacára kiemeli Stahl, hogy az a két

melanosist-keratosis, amely összefoglaló munkája megjelenése (1916) előtt lett ismertté, a salvarsannal összefüggésbe nem hozható, mert nem hihető, hogy a salvarsan rövid ideig tartó behatására ez az affectio kifejlődhesse.

Bármily tiszteletreméltó tehát az a munka, amelyet Stahl az addig ismert és a köztakarón localisált idült arsen-intoxicatiók méltatásával és összefoglalásával végzett, az ő álláspontja ma már meghaladott, ami kiderül abból, ha szembeállítjuk a jelenleg hozzáférhető salvarsan-irodalomban azóta közölt azon arsen-melanosist- és keratosis-eseteket, melyek salvarsan adagolására jelentkeztek.

Pürckhauer több ezer salvarsan-injectio után egy esetben látott arsen-melanosist és keratosis, még pedig nyolc kéneső-salicyl és öt adag 0'3 gr-os salvarsan adása után; felveszi, hogy a rövid időközökben alkalmazott salvarsan cumulálólólag hatott, s hogy a salvarsan talán nem kötetik mind le a spirochaeták által, s miután a kezdeti adagok sterilizáltak a szervezetet, az arsen többi része szabaddá válva kifejtette mérgező hatását.

Philipp typusát írja le a 10 kenés és két (0'45 gr-os) neosalvarsan után fejlődött arsen-intoxicatióknak: láz, exfoliativ dermatitis, nagylemezes hámlás, a tenyereken, talpakon hyperkeratosis; a neosalvarsan-adagok relativ nagyságában keresi az okot.

Grön esetében 0'4 gr neosalvarsan infusioja után (kéneső nélkül) erythema scarlatiniforme, utána exfoliativ dermatitis, nagylemezes hámlás, melanosist, a hajzat és a körmök trophiás zavara fejlődött; azt hiszi, hogy a salvarsanban foglalt arsen nem okozhatja a melanodermiát, mert arsen-melanosist rendszerint kisebb arsen-adagoknak hosszabb ideig tartó használatára jelentkezik.

Heller három esetét írja le a salvarsan után észlelt arsen-melanosist- és keratosisnak. A többször említett lázas erythema scarlatiniforme dermatitis exfoliativa, nagylemezes hámlás, melanosist és keratosis követte. Ez az arsen-intoxicatio combinált kéneső-salvarsankezelésre (10 Hg salicyl. inj. és két salvarsan) jelentkezett. Heller szerint eme súlyos arsen-intoxicatióban a szervezet túlérzékenysége játszik szerepet.

Rosenthal esetében nyolc mercinol és 10 neosalvarsan (à 0'45 gr) adagolása után az erythema scarlatiniforme dermatitis exfoliativa alakját vette fel, s ezt nagylemezes hámlás, s a tenyerek-talpak keratosisa követte. Ez a klinikai kép teljesen azonos volt azon arsen-intoxicatióval, melyet ő a salvarsan-aera előtt 1902-ben észlelt; szintén túlérzékenységet vesz fel okul.

Riecke is említ egy arsen-melanosist-keratosis esetet salvarsan után.

Említésreméltó az is, hogy Wechselmann 60,000 salvarsan-injectio után sem látott oly intoxicatiós körképet, amely lázas dermatitis exfoliativa után melanosist vagy keratosisal végződött volna. Minden combinált kéneső-salvarsankezelés kapcsán észlelt exanthemát kéneső-ártalomra vezet vissza, s tagadja, hogy az exfoliativ dermatitis arsenjelenség; szerinte inkább pustulosus kiütések, pemphigus és zoster alakjában jelentkeznek az arsen-intoxicatio. Kétségtelen, hogy ma már ez az álláspont is meghaladott. Mert ha a salvarsankezelés kezdeti szakában nehéz, sőt lehetetlen eldönteni, hogy a combinált kéneső-salvarsankezelés kapcsán jelentkező azon lázas erythema scarlatiniforme és exfoliativ dermatitis, amelyet mindkét gyógyszer okozhat, melyeknek a rovására irandó: az eddig észlelt esetek nagy számában következetesen ismétlődő ama jelenség, hogy az említett körkép salvarsan ismételt adagolására jelentkezett csupán, nem hagy kétséget aziránt, hogy ilyen esetekben salvarsan-, illetőleg arsenhatással állunk szemben.

A kölni orvostársulat által megbízott salvarsan-bizottság 1920 elején 225.780 salvarsan-injectio kapcsán e kérdésről oly irányban döntött, hogy tekintettel arra, hogy a kéneső okozta intoxicatio a bőrön hasonló körkép alakjában jelentkezik, mint azt az arsen okozta, szigorúan véve minden combinált kéneső-salvarsankezelésnél az ilyen exfoliativ dermatitis eredetét kétségesnek kellene mondanunk. De mégis csak ott nevezhetjük a kór okozó-

ját kétségesnek, ahol a salvarsan-adagok igen kicsinyek voltak, s a kéneső-adagokkal szemben háttérbe szorultak, úgy, hogy a kéneső-ártalom valószínűbb. A rendelkezésre álló anyag bizonyította, hogy a salvarsan játssza ezen toxicus dermatosisokban a főszerepet és semmi esetre sem jöhet a kéneső elsősorban tekintetbe.

A bizotóság rendelkezésére állott nagy anyagban az idült arsen-intoxicatióknak csupán egy esete — egy arsen-melanosis — találtatott.

Megállapítást nyert az is, hogy nincs támpont arra nézve, hogy melyik salvarsan-készítmény és mily adag játssza a főszerepet ezen toxicus dermatosis felidézésében.

Észlelt esetem a többivel együtt azt látszik igazolni, hogy nemcsak ismételt, de egyszeri kisebb adag salvarsan is alkalmas arra, hogy az idült arsen-intoxica io alakjait: arsen-melanosist és keratosist létesítse, tehát olyan elváltozásokat hozzon létre a köztakarón, amelyek a salvarsan-aera előtt rendszerint kisebb arsen-adagok hosszú ideig tartó alkalmazására jelentkeztek, s hogy a bőr arsen-intoxicatiója felidézésében a többi tényező mellett bizonyára az idiosyncrasia játssza a főszerepet.

Hogy arsen, illetve salvarsan egyszeri adagja is előidézheti a bőr idült intoxicatióját, arra a jelen eseten kívül példa a *Stahl* által említett három mérgezés patkány-méreggel, ahol heveny arsen-mérgezéshez közvetlenül csatlakozott az arsen-melanosis-keratosis, továbbá *Grön* esete, amelyben szintén egy salvarsan-adagra jelentkezett arsen-melanosis.

A leírt esetből kitűnik az is, hogy a kevésbbé toxicus neosalvarsan egy adagja éppúgy okozhat arsen-melanosist és keratosist, mint a régi salvarsan.

Irodalom: *Grön*, M. m. W. 1912; *Wechselmann*, Archiv f. Derm. 1912; M. m. W. 1915. *Philipp*, M. m. W. 1915. *Rosenthal*, Berl. kl. W. 1917. *Pürckhauer*, M. m. W. 1917. *Riecke*, Handb. der Haut- und Geschlechtskrankh. 1918. *Hauck*, Prakt. Ergebnisse der Haut- u. Geschlechtskrankh. 1918. *Stahl*, Derm. Wochenschrift 1916. *Meirowsky*, M. m. W. 1920. *Heller*, Berl. kl. W. 1918. *Ullmann*, Archiv f. Derm. 1912. *Eyraud*, Annales de Derm. et de Syph. 1911. *Löwenberg*, Dermatologische Zeitschrift 1912.

A székesfővárosi Szt. István kórház bőr- és nemibeteg osztályának közleménye. (Főorvos: Dr. Poór Ferenc egyetemi magántanár.)

Észleléseim a syphilisnek bismuttal való kezelése közben.

Írta: *Bácker Béla dr.* kórházi segédorvos.

A syphilis gyógyítására új szer alkalmazott Levaditi, aki, miután Balzer a bismutó spirillocid hatását megismerte, azt a lues-therapiába bevezette. Tekintve a bismutkérdés elsőrangú fontosságát, nem tartottuk feleslegesnek vele behatóan foglalkozni. Kísérleteink csatlakoznak azon kísérletsorozathoz, melynek eredményét *Guszmán* és *Pogány*¹ közléseiből ismerjük. Vegyes beteganyaggal kísérletezték a Poliklinikán *Lehner* és *Radnai*,² akik gyógyszerül a *Chenal* és *Douillet* által előállított borkősavas kálium-natrium bismutot választották, ami Trepol név alatt került forgalomba.

Mint hogy már az első kísérletezők kiemelik a bismut kitűnő hatását a syphilises infiltratumok felszívódására, kísérleteink fő anyagát a syphilises oedema-induratumok képezték. A férfiak syphilisének igen kellemetlen és sokszor igen makacs gyógyulási hajlamú complicatiója a phimosis. Mi kísérleteinkben a bismutnak különösen erre a jelenségre gyakorolt hatását tanulmányoztuk.

Kísérleteink kezdetén összes betegeinket úgy spirochaetára, mint Wassermannra megvizsgáltuk. A Wassermann-vizsgálatokat hetenként megismételtük. Kísérleteink folyamán összes betegeinket naponként megfigyeltük és róluk pontos jegyzeteket vezettünk, így igyekeztünk a kezelés klinikumát teljes részletességgel kidolgozni.

¹ Orv. Hetilap 29, 30. ² Gyógyászat 15. sz.

Midőn *Mendel* az elemeket atomsúlyuk szerint róla elnevezett rendszerben csoportosította, arra az érdekes felfedezésre jutott, hogy az egymáshoz közelálló atomsúlyú elemek igen hasonló chemiai, physikai, physiologiai tulajdonságokkal bírnak.

Közelfekvő volt tehát a gondolat, hogy midőn a kéneső mint antisiphilitikum jól bevált, egy vele olyan rokon elemet kerestek, mely mint antisiphiliticum legalább is egyenrangú legyen vele, de nélkülözze a kénesőkezelésnek esetleges kellemetlen melléküneteit. Tudvalevő dolog, hogy az összes nehézfémek erős bakteriotropiájukkal tűnnek ki. Így az ezüst mint gonorrhoea-specificum, a réz a *Ducrey*-féle streptobacillus és talán a *tbc. bacillus*ának megölője, míg a kéneső már rég időkől fogva mint a syphilis kezelésének főfaktorá szerepelt. Midőn olyan szer után kutattak, mely versenyez a kéneső spirillocid hatásával, de nélkülözi annak kellemetlen mellékhatásait, a választás a kéneső legközelebbi rokonára, a bismutra esett. Hogy bevált-e ez a választás, tekintve a syphilisnek hosszú ciklusos lefolyását, csak hosszú évek szorgos kutatásai fogják eldönthetni.

A bismut chemiailag a metalloidek közé tartozik, de physiologiailag inkább a nehézfémek csoportjába sorolható. Az organismusra különösen intravenás alkalmazásban bizonyult felette veszélyesnek. Ezzel a kérdéssel *Giemsa*³ foglalkozott behatóan, aki állatkísérleteiben úgy subcutan, mint intravenásan alkalmazta a bismutot. Kísérleti anyagul a braziliai *Horta* és *Ganns* által előállított bismutyl-tartarátot fecskendezte be, mely, eltérőleg a többi kísérleti anyagoktól, vízben igen könnyen oldható bismutvegyület volt. Kísérleteiből kitűnik, hogy a bismutdosis bene tolerata-ja tízszer, a dosis letalis pedig hússzor kisebb intravenásan, mint subcutan.

A bismut erőyes spirillocid hatását majdnem minden kísérletező elismeri. Nagyjából ugyan egy véleményen vannak az összes szerzők a klinikai tünetek elmúlásának idejére vonatkozóan is.

51 kísérletes gyógyításunk közben, egynek kivételével — melyben összehasonlítás céljából a Trepolt használtuk —, a *Richter*-gyár által előállított dikálium-bismutot-tartarátot alkalmaztuk, ami bismuolul néven ampullákban kerül forgalomba. Használat előtt az ampullákat pár percig erősen kell rázni, amire is használatra kész suspensiót kapunk.

A szer izom közé való befecskendezését 51 betegnél, összesen 437 esetben végeztük. Ezen befecskendezések után infiltrációkat több ízben, de nekrosist sohasem tapasztaltunk. Az infiltrációk a nagyobb mennyiségű injeciált anyag ellenére sem voltak olyan fájdalmasak, mint amilyeneket kevesebb vehiculum-mennyiségű kéneső bevitelénél tapasztaltunk. Kijelenthetjük, hogy a szer alkalmazása semmi veszéllyel, sőt nagyobb kellemetlenséggel sem jár. Tekintve, hogy a bismut intravenásan alkalmazva hatványozottan toxicusabb, mint intramusculárisan, lelkiismeretesebben vizsgálandó, mint a kénesőnél, hogy a beszűrt canüll nyomán megjelenik-e a veszélyt jelző vércsepp vagy sem. A beadás technikája megegyezik az oldhatatlan kéneső-sók intramusculáris adagolásával, csak itt a suspensiót lehetőleg mélyen az izmok közé kell juttatni, mert a zsírszövetbe került bismut nagyobb infiltrációt csinál, mint hasonló körülmények között a kéneső tenné. Eseteinkben infiltrációt több ízben tapasztaltunk, amíg az eredeti anyagot használtuk, mely oleum sesamival, később oleum olivarummal készült. Észleléseink alapján az előállító gyár a további kísérleti anyagot hígabb vehiculumokkal állította elő. Tanácsunkra az oleum paraffini és ol. amygdalarummal készítették suspensiókat. Kísérleteinkből kitűnt, hogy a legjobb összeállítás a 2 cm³ oleum paraffiniben suspendált 0.20 gr bismuolul volt. A további kísérleteinkben ezt használva, infiltrációt sokkal ritkább esetben tapasztaltunk, akkor is minimális fájdalommal.

A szer kellemetlen mellékhatásaként fel kell említenünk, hogy úgy mint a kénesőnél, itt is találunk idiosyncrasiás tüneteket, de ezeknek lefolyása sokkal enyhébb, mint amannál. Az első injectio két ízben járt

³ Münch. med. Woch. 15. sz.

lázás mozgalommal, mely minden utána következő injectiónál ismétlődött, de ezen lázas állapot csak fél napig állott fenn és maximális hőmérsék a 38°-ot sohasem haladta meg.

Hasonló kellemetlen jelenség volt a három esetben igen erős Jarisch-Herxheimer-reactio, mely ha a belső szervezetben is úgy jelentkezik, mint a köztakarón, úgy igen megdölgendő dolog, hogy a szert egy heveny encephalitis lueticánál alkalmazzuk-e vagy sem. Egy esetben a második injectio után kifejezett icterus lépett fel, erős fejfájás és acut látásromlástól kísérve. Újból megkísérelt injectióra a fejfájás és látásromlás megismétlődött. Itt határozott neurorecidivás tünetről lévén szó, a bismut további adagolását nem kockáztattuk meg ismét. A több szerző által feljegyzett bismut-albuminuriát csak egy esetben, akkor is csak nyomokban észlelhetjük.

A bismut hatásának tulajdonítható a gingivának különösen az alsó metszőfogak gyökénél igen hamar jelentkező impregnatioja, melyet rendszerint a gingivának egy-egy csekély duzzanata előz meg. Eltérően a kénesőtől, a bismut csak igen ritka esetben idéz elő ulcusokat a gingiván, de akkor is rendszeren csak cariosus foggyökök mellett, rendszerint a jobb alsó hátsó moláris fog buccáján. A bismut-ulcus gyógyulási tendenciája igen jó. Kezelésért kísérleteink tanulsága szerint leginkább célra vezető jodtincturával, de ami ennél is jobb, 10%-os argentum-nitricummal végezni. Érdekes észlelésként említhetjük fel, hogy egy betegünkél a bismut-impregnatiót csak az aranyfogai mellett láttuk kifejlődni. Rendszeresen ápolott fogú egyéneknél a bismut kellemetlen szájtünetekkel nem járt. A kúrjuk után utóészlelésre jelentkező betegekél azt tapasztaltuk, hogy ez a bismut-impregnatio idővel mind halványabb és halványabb lesz és végre le is kopik.

Ezen kellemetlen mellékhatásokkal szemben áll a bismutnak sok kiváló tulajdonsága.

A bismutnak jó hatása a syphilitis jelenségekre kifejezést nyer mindjárt a baj kezdetén jelentkező sclerosisonál. A két-három injectio után megkezdődik a primaer laesio behámozódása, de a teljes felszívódás csak hét-nyolc injectio után következik be. A syphilitis litymaszűkületek induratioja már az első injectióra szemmel láthatóan csökken. A teljes oldódás eseteink legnagyobb részénél már a harmadik-negyedik injectio után következett be. Három esetünkben a phimosis még a tizenkettedik injectio után is fennállott és figyelemreméltó jelenség, hogy ezen makacs eseteknél a Wassermann is erősen pozitív maradt még a tizenkettedik injectio után is.

Bámulatos, néha tünetényszerű az a hatás, melyet a bismut a korai és néha a késői secundaer jelenségre gyakorolt. Több ízben tapasztaltuk, hogy már az első-második injectio után számos condyloma és nagy kiterjedésű erodált papula-tömegek tűntek el és szívódtak fel pár nap alatt, egy kis feketés pigmentációt hagyva hátra. Makacsabbul állnak már ellen a törzs papulái, melyeknek teljes eltüntetésére hét-nyolc, néha több injectio is szükséges.

Feltétlenül jó hatását tapasztaltuk a bismutnak a tertiär jelenségekre is. Az első injectiókra a kifejelyesedett gumma secretiója kevesebb, a sequestrált gumma-részlet kiesik, a gumma csakhamar elveszti fekélyjellegét és egy egészségesen granuláló sebhez lesz hasonlóvá. A gumma teljes begranulálása és teljes gyógyulása nagyon függ annak helyzetétől és nagyságától. Az ellágyulás kezdetén lévő gummák prompt felszívódását több ízben volt alkalmunk észlelni, ha azonban már az elhalt részek sequestrálódása megtörtént, úgy a gyógyulás az előbb vázolt módon folyt le.

Megemlítjük, hogy a dermatitist, mely a kéneső-intoxicatióknak noha nem gyakori, de igen kellemetlen tünete, bismutos kezelésnél egyetlen egy esetben sem észleltük.

Ami a bismut-kezelésnek a Wassermann-reactio megváltoztatására tett hatását illeti, itt különbséget kell tennünk a korai és késői syphilitis állapotok között. Mert amíg a Wassermann-reactio a primär és secundär esetek nagy részében ingadozik, a tertiär esetek semmi

változást nem mutatnak. Általában azt tapasztaltuk, hogy a Wassermann-reactio ingadozása egyenes függvénye a klinikai tünetek elmúlásának. Azon esetekben, midőn a klinikai tünetek egyik napról a másik napra elmúltak, ott a Wassermann-reactio is feltűnő gyorsan változott negatívvá. Két esetünkben a ++++ pozitív Wassermann-reactio a harmadik injectio után negatívvá változott. Általában azt tapasztaltuk, hogy Wassermann-reactio negatívvá tétele nem lytikusan — mint ami a tiszta kénesőkezelésre jellemző —, hanem kritikusan esik le, mint amit a tiszta salvarsan-kezeléseknél tapasztaltak. Általában a primär és korai secundär esetek pozitív Wassermann-reactiójának változása a tiz-tizenkettedik injectio után várható, ellentétben ezzel a tertiär esetek a tizenkét injectióból álló első kúrára negatívvá sohasem váltak.

Tévedések elkerülése végett a Wassermann-vizsgálatokat a székesfevárosi Bakteriologiai Intézet ellenőrző kísérletei is igazolják, amiért is e helyen Vass Bernát dr. professor úrnak és Joós Ilona dr. úrnőnek az ellenőrzésért a leghálásabb köszönetemet fejezem ki.

A bismut-kezelést összesen 51 esetben alkalmaztuk, számszerint 33 férfinnél és 18 nőnél. A férfiak közül első stádiumban hét, második stádiumban 24, a harmadik stádiumban két beteg volt.

A nőknél az eloszlás a következő: az első stádiumban kettő, a második stádiumban 10, a harmadikban hat beteg volt.

Eseteink egytől-egyig mintegy iskolapéldái voltak a manifest syphilitisnek, a tüneteken kívül részint pozitív Wassermann-lelettel, ennek hiányában kimutatható spirochaetákkal. Eseteinkben kizárólag csak bismuolt adagoltunk minden kéneső-, neosalvarsan- vagy jodkúra nélkül. A bismuolt adagolása férfiaknál másod-, nőknél harmadnaponként történt, esetenként 0.20 gr intragluteálisan.

A bismut a leghatásosabb a syphilitis secundär-stádiumában. Ennek a stádiumnak a manifestatiót tünteti el leggyorsabban. A primär affectiónál a felszívódás gyorsasága a kéneső + neosalvarsan combinált adagolásánál észlelt gyorsasággal történik. A Wassermann-reactio az első-második stádiumban a 33 férfi közül pozitív maradt 19 egyénnél. A 18 nőbeteg közül pozitív maradt egynél. Ennek a nagy különbségnek magyarázata pedig abban a tényben rejlik, hogy míg a nők közül elégtelen kúrával csak egy hagyta el a kórházat, addig a férfiaknál ez 11 esetben történt. A harmadik stádiumban lévő betegekél a Wassermann-reactio sem férfiaknál, sem nőknél egyáltalán nem változott.

Az eltávozott betegek közül egyeseket hetenkint volt alkalmunk ismétellen megfigyelni és Wassermann-reactiójukat ellenőrizni. Ezek még két hónap után is recidiva-mentesek maradtak negatív Wassermann megtartása mellett. Úgy tapasztaltuk az időnként megjelenő betegekél, hogy az előzőleg erős gingivalis impregnatio később mind halványabb és halványabb lesz.

Tekintve, hogy itt egy új szerről van szó, melynek gyógyító hatása bár szemmel látható, mégis, a syphilitis természeténél fogva, hosszú évek kellenek ahhoz, hogy határozott véleményt formálhassunk róla. Ezért tehát nyilvántartjuk bismuttal kezelt betegeinket, hogy esetleg felszólíthassuk őket további kezelésre, vagy amennyiben szükségessé válnék, őket egy erélyes higany + neosalvarsan-kúrának vessük alá.

Mindezeket összegezve kitűnik az, hogy a bismuolt igen jó antisiphilitikumnak ígérkezik, tekintve azonban a syphilitis megbetegedések sokoldalúságát és a betegség hosszú ciklusos lefolyását, még hosszú időbe fog kerülni, míg ezen sokoldalú betegség összes kórformáiban gyógyító vizsgálódásaink alá kerül. Vajjon a fentebb vázolt eredmények tartósak-e és remélhető-e a beteg végleges gyógyulása tisztán bismut-kezeléssel, arra természetesen a válasz még nem adható meg és csak évek múlva várható. Nagyon rövid az idő ahhoz, hogy a szer felett végleges, határozott véleményt mondjunk ki. Annyit azonban az esetek megfigyelése nyomán megállapíthatunk, hogy a kezdet igen sokat ígérő és a bismut-therapiának a syphilitis gyógykezelésben jövője van.

Tekintve, hogy itt egy olyan szerről van szó, melyet

az általános syphilis-therapiába való bevezetés előtt minél több ízben ki kell próbálni, hogy használhatósága és ártalmatlan volta kitűnjék, ajánljuk a minél szélesebb körben való kísérletezést, de figyelmeztetjük a kísérletezőket, hogy betegeiket úgy a kísérlet alatt, mint utána állandó megfigyelés alatt tartsák.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 február 17-én tartott XIV. rendes tudományos üléséről.

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

Bemutatók:

1. **Karoliny Lajos:** *Xanthomatosis a mesenteriumban.* Cholesterin esterek felhalmozódását mutatja be a mesenterialis nyirokcsomók körül. Az elváltozás oka gyanánt hypercholesterinaemiát, arteriosclerosist és a nyirokcsomók megbetegedését jelöli meg.

Bemutatók:

2. **Liebermann Tódor:** *Bilateralis pansinusitis ismételt műtétekkel gyógyult esete.* Kb. 10 év óta szenvedett szakadallan főfájásban. A rhinológiai lelet jobboldali ethmoiditist és Highmore-genyedést állapított meg. 1921. IV. a jobboldali rostralabyrinthus és ékőből műtéte, csak javulással. 1921. V. a jobboldali Highmore műtéte Denker szerint, lényeges javulással. A baloldali kp. kagyló szabaddátétele céljából septum resectio 1921. X. 1-én. Okt. 17-én a baloldali rostasejtek és Highmore kitakarítása, 1922. V. Killian-Kuhnt-műtét. Teljes gyógyulás.

Fontos, hogy régi melléküreggyenedések pansinusitisekkel lehetnek, s hogy a pansinusitist nem kell az életveszélyes decortatio faciei műtétével kezelni, hanem elintézzhetjük lépésenként is nagyobb beavatkozás és veszély nélkül.

A Denker-féle műtétet az alsó kagyló teljes épségben tartása mellett végzi; az eset tanúsága szerint az orr felé való levezetés később sem szenved ezáltal.

Hozzászólás. Zimányi Vidor: Az orr összes melléküregeinek idült genyes gyulladása aránylag a ritkább megbetegedések közé tartozik. Érthető tehát, hogy még napjainkban sem alakult ki egységes felfogás a kezelést illetően. A vélemények megoszlának az endonasalis beavatkozás és radicalis kitakarítás közt. A Zita-kórház orr- és gégebetegosztályán ápolat három beteg esetét közli, akik közül két betegen az összes melléküregek megbetegedése miatt Killian- és Denker-műtét végeztetett. A rostasejtek kitakarítása pedig részint a Highmore, részint a homloküregben keresztül történt. Mindkét beteg — akiken előzőleg egész sorozat endonasalis beavatkozást csináltak — a radicalis kitakarítás után teljesen meggyógyult. Ezen két esettel is támogatni gondolja ama felfogást, hogy több orrmelléküreg idült genyede csak legritkább esetben gyógyítható conservativ, illetve endonasalis úton s előbb-utóbb radicalis beavatkozás válik szükségessé.

Liebermann Tódor: Megállapítja, hogy az álláspontok között különbség nincs. Nem irtózik a külső műtétektől, de nem is fogja egy kalap alá az acut és chronikus eseteket. Hogy pedig a Killian- vagy a Denker-féle műtétet nem csatolta a rostasejt-operatiót, az a lépésenként való indicatio következménye volt: remélte, hogy egyik-másik műtétet elkerülheti.

Bemutatók:

3. **Henszelmann Aladár:** *Újabb adatok a vastagbél-felfűvés használhatóságához.*

A máj, lép és epehólyag vizsgálata terén a legutóbbi két évben szerzett tapasztalatairól számol be. A levegőklysmás vizsgálatot eredményesen gyakorolja a vese, főleg a vándorvese és az üres gyomor röntgenvizszojainak a leolvasásában. A kórismézést átvilágítással végzi; felvételt csak musealis értékű esetben csinál előzetes átvilágítás után, 23 felvett képpel demonstrálja az eljárásnak még sok más téren való diagnostikai használhatóságát.

Hozzászólás. Korányi Sándor br.: Évek előtt Elischer próbalkozott meg a vesék láthatóvá tételével a Korányi Frigyes által ajánlott helyzetben a vesék kikopogtatására, amelyben a máj és a lép a veséktől eltávolodnak. Ajánlja e módszer kipróbálását a Korányi Frigyes-féle helyzetben a vesék vizsgálatára.

Henszelmann Aladár: Elischer Gyulának ezen kísérleteiről tudomása volt; hivatkozott is ezekre egyik régebbi dolgozatában.

Mindenesetre meg fogja kísérni a vese levegőklysmás röntgenvizsgálatát a Korányi Frigyes-féle helyzetben.

Előadás:

Farkas Sándor: *A művégtagszerkesztés újabb módszereiről.* A felsővégtag-prothesisek közül csak az ú. n. activ műkaroknak és a munkakaroknak van értelme. A munkakarokat főként a földműveléssel foglalkozó rokkantjaink használják nagy meglepéssel, míg az ipari munkások — legalább is a mi viszonyaink közepette — meglehetősen negligálják. Az activ karok közül eredményes mechanikai munkára használható a Carnes-réndszerű, erőáttétel segélyével mozgatható Vértes-féle kéz. Tökéletes kozmetikus hatás elérésére kiváló a new-yorki Marks-társaság által készített, ötvözet-huzalaktól mérsékeltlen merevített gummikéz. Ezen műkéznek ujjait a csonkított meglévő kezével behajlíthatja, e helyzetben a tárgyat felemelheti s azután ismét tetszésszerű helyzetbe hozhatja anélkül, hogy környezete észrevevén.

A műleges alsóvégtag-constructiók között egyre nagyobb tért hódít magának a fa (különösen bizonyos fűzfa-fajok), pergamentbőrrel és cellon-lakkal bevonva. Ilyen faanyagból készültek a Marks-prothesisek. Ezen alsóvégtag-prothesiseknél a bokaizület teljesen hiányozván, a járás s állás stabil; a lépésnek sima legördülését a gummilábféj elasticitása adja meg. A Markséhoz hasonlóképen fából készültek az amerikai Bryant testvérek s Pomeroy-féle constructiók is. Többek között egy, az előadás napján Marks-féle prothesissal ellátott 13 éves alszáramputáltat mutat be; hat órai használat után az illető nagyszerűen járt.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az epeütmegbetegedések chemotherapiája. *Singer Gusztáv.* (Münc. med. Woch. 1923., 3. sz.)

A máj és epeutak oly gyakori és súlyos infectiók megbetegedésénél antisepsis hatása van a salicylsavnak és derivatumainak, mint olyan szernek, melyről kísérletileg bebizonyosodott, hogy bejut a májba. Az enterohepaticus keringési kör ismerete szerint az epesavnak különös affinitása van a májszövethez és kísérletileg az is bizonyos, hogy nemcsak a bél, hanem a vérpálya útján a szervezetbe jutott epesavak is eljutnak a májba. Az volna a feladat, hogy a kolloidfémeknek, különösen az ezüstnek valamely epesavval képzett származéka volna előállítható, melynek különösebb elektív affinitása volna a májhoz. Körülbelül ilyenféle tulajdonságú szer a Merk-féle „Choleval”, melyben ugyan az epesavcomponens csak mint védő- (Schutz-) colloid szerepel. A choleval 2 százalékos oldatának 15–20 cm³-e intravenásan beadható veszély nélkül; ezt alkalmazta ő sok esetben, köztük olyanokban is, ahol igen nagy, hosszú ideig tartó lázas állapot, súlyos obstructió icterus, ismételt görcsök voltak észlelhetők. Az a tapasztalata, hogy a könnyebb esetekben 1–2, a nehezebbeknél több, körülbelül 3 napos időközben adott intravenás cholevalinectio a lázat hamarosan megszünteti. Néhány esetben a beékelt kő is mobilizálódott és kiürült cholevalinectio után és ezután tartós jó állapot következett. Az ilyen észleletek után azt hiszi a szerző, hogy a choleval az epeválasztást élénkebbé teszi, ezenkívül a vastagbél-peristaltikára is ingerelő hatása van. *Keleti József dr.*

A véráram sebessége. *Koch Eberhard.* (D. Arch. für klin. Med. 1922., 140. k., 1–2. f.)

A véráram sebességének mérésére a fluoresceinnel végzett módszer a legalkalmasabb; a jobb kar vénájába fluoresceint fecskendezünk be és annak megjelenését a bal kar vénás vérében 5 másodpercenként vett vérpróbákban ellenőrizzük. Ilyen módszerrel szerző 400 egészséges és beteg emberen igyekezett a véráram sebességét meghatározni. Egészséges emberen a vér egy-szeri körülfordulásának ideje átlag 207 mp.; 25 mp.-nél ez az idő sohasem nagyobb, a testsúlytól és a test nagyságától lényegesen nem függ. A leglassúbb véráramlást a keringés elégtelensége alkalmával találta, ahol 63-as értéket is észlelt és nem hiszi, hogy ennél nagyobb lassúbbodás az élettel összeegyeztelhető volna; 7 beteg közül, kiken ez az érték 50-nél nagyobb volt, 6 néhány héten belül meghalt. Kompenzált billentyűhibás betegek háromnegyed részében a véráram lassúbbodása volt észlelhető, a legnagyobb érték 33 volt olyan betegen, akin a kezdődő dekompenzátság tünetei voltak megállapíthatók. Kis fokban hypertoniás, arteriosclerosisos betegek felének véráramlása kissé

lassúbbodott volt, nagyobb fokban hypertoniás, részben nephritises betegekben pedig nagyobbfokú lassúbbodás volt észlelhető, emellett azonban mindkét esetben rendes értékek is fordulnak elő; hasonló esetben a véráram lassúbbodása természetesen a szív munka csökkenésének következménye és azért a dekompenzálódással karöltve a legnagyobb értékek is előfordulhatnak. Polycythaemiás betegekben a rendesnél jóval nagyobb, anaemiás betegekben pedig kisebb értékeket talált, a legkisebbet (10 mp.) anaemia perniciosa betegben. Lázás betegekben talált értékek a rendesnek alsó határán vannak. A kis vércső területére szorító megbetegedésekben is végzett ilyen irányú vizsgálatokat: pneumoniás és kiterjedt tüdőtuberculosisos beteg véráramlását legtöbbször gyorsabbnak, emphysemás betegét pedig gyakran lassúbbnak találta. Nehezen magyarázható a véráram kisfokú lassúbbodása icterusos és nagyobbfokú lassúbbodása diabetezes betegben. A fluorescein eljárás alkalmas annak megállapítására is, vajjon a véráram sebessége therapiás beavatkozásokkal mimódon befolyásolható és különösen alkalmas latens keringési insufficiencia megállapítására.

Boros dr.

Sebészet.

Csontújképződés csonthártyából. A lig. interosseum fejlődéséről az alszáron és az alkaron. *Martin B.* (Arch. für klin. Chir. 1922., 120. kötet, 4. füzet.)

A fibula újképződése részleges eltávolítás után nem magyarázható egyszerűen a csonthártyából. A csontújképződés vagy úgy történik, hogy a csonthártyához tapadt corticalis darabkákból indul ki a regeneratio, vagy úgy, hogy a sípcsontból eredő, a lig. interosseumon áthaladó ingerek kezdeményezik a folyamat megindulását. Göröcsövi vizsgálatai alapján úgy látja, hogy az embrióban az alszár lig. interosseuma már kifejldött, amikor az alszár még fel sem ismerhető. Ezzel magyarázza az alszár és az alkar csontújképződésében felmerülő különbségeket.

Neuber.

A daganatok keletkezéséről. *E. Schwarz.* (D. m. W., 4. szám.)

A daganatok keletkezésére vonatkozó feltevéseket és a kísérletileg állatoknál előidézett daganatokat ismerteti (spirochaetarak patkányoknál, májarcoma és bőrrák egereknél és nyulaknál). Megemlíti Stahrnak a cipészhüvelykujj rákjáról tett tapasztalatait s saját két megfigyelt esetét írja le, melyek egyikeben a gyűrűsujjban bennrekedt tüske állandó ingere fibromát, másikában egy szabász hüvelykujján a szabászolló megerősítő nyomása orsósejtes sarcomát idézett elő.

Eseteivel azt akarja bizonyítani, hogy az ilyenemű daganatok előidézésének a beható inger a legfontosabb momentuma, amennyiben szöveti vagy sejtdispozícióinak felvételéről az előfordulás helye miatt nem igen lehet szó.

Borsos.

Néhány megjegyzés a pyelonephritisekről és azoknak ezüstsókkal való kezeléséről. *Robert Kummer,* Genève. (Journal d'Urologie. XIV., Nr. 3., 187. old.)

A nem tuberculoticus pyelonephritisekről, cystitisekről és azok kezeléséről számol be 30 eset kapcsán. A pyelonephritisek előfordulására — számos statisztika szerint — nem szerint és a megbetegedett oldal szerint kb. ugyanaz. A pyelonephritist elősegítő factorok közé elsősorban a distendált vesemedencét és a velejáró retentiót sorozza, mely után sorrendben a renalis ptosis, a diuresis lefokozott volta s a constipatio következnek. A fertőzés útja lehet ascendáló, descendáló, vagy haematogen, lymphaticus pályán tovaterjedő. Szerző hat esetben nem tudta megállapítani a fertőzés kiindulási pontját. A bacteriumok, melyek pyelonephritist okoznak, szinte a következők sorrendben állnak: coli, streptococcus, staphylococcus, influenza bac., gonococcus. A pyelitisek és pyelonephritisek eseteiben igen sok téves diagnosis történt, amely szerző szerint felületes vizsgálat eredménye. 16 hozzá küldött acut appendicitis valamennyi pyelonephritisnek bizonyult s a műteti beavatkozás céljából küldött betegek a pyelonephritis kezelése után gyógyultan távoztak osztályáról. A pyelonephritisek kezelése belsőleg, helybelileg és műteti úton történik. Belsőleg antisepticumokkal, urotropin, borovitin, collargol 2 százalékos oldata naponta háromszor egy evőkanállal. Localisan pyelummosások és instillatiók alakjában. Mosáshoz 10—20 százalékos collargolt, instillatióhoz 1—3 százalékos AgNO₃-ot használt. Intravenás therapia céljára electargolból (sec Clin) 10 cm³-t adagol. A műteti kezelést nephropexiából áll oly esetekben, amelyeknél a kiváltó momentum határozottan a ptosisnak volt tulajdonítható. Őt esetben végezte kitűnő eredménnyel. A localis kezelést és műteti beavatkozást csak akkor végzi, ha az állandó kathetertől, illetve az állandó urether-kathetertől gyógyulás nem eredményezhető. A leközölt 30 kórtörténet minden esetben gyógyulásról számol be. A kezelés után a lázak szűnnek, a hidegrázások elmaradnak s rövidesen megjavul a beteg általános állapota. Recidivát 30 eset közül kettőt látott, melyek néhány napi kezelés (pyelumöblítés és instillatio) után gyógyultak.

Schnitzer.

Működési vesediagnostika sajátlagos szervezeti vagy szerekekkel. *E. Rehn és L. Günzburg.* (Wochenschrift 1923., 1. sz.)

Sebészi vesebetegyeknél a separált vizelet H-ion-concentratiójának a meghatározását ajánlja. A vizsgálat előtt két órával 20 cepp acid. hydrochl. dil. 300—400 cm³ vizezt ad a betegnek és meghatározza a p. h.-t az urether kath.-rel felfogott vizeletben. Azután 4 százalékos NaHCO₃-oldat 40 cm³-ét fecskendezi be intravenásan s több ízben ph.-meghatározásokat végez. Kifejezett veseinsufficienciánál a H-ion-concentratio a NaHCO₃ inj. után is ugyanolyan marad, mint előtte. Jól működő vesék vizeletében 2—7 perc alatt a ph. 10-val emelkedik. A vizsgálatokat a Michaelis által ajánlott indicatorokkal végzik.

Borza dr.

A vizelet levezetéséről a glans penis és a corpora cavernosák makacs, körülírt gyulladással elváltozásainál. *Leon Theveut és de Rougemont.* Lyon. (Journal d'Urologie. XIV. k., 3. sz., 177. old.)

Szerzők a régi felfogástól eltérőleg csak azon gyulladással genyes folyamatokat akarják „penitis” névvel jelölni, amelyek a fascia penis alatt lokalizálódtak. Cikkükben főként az idült kankós hügycsősipolyokkal foglalkoznak. A glanson és a corp. cavernosákon áttört sipolyjáratokat a gáltáji vizeletsipolyokkal azonosoknak tartják. A sipolyok mentén keletkező tályogoknak bő feltárását és cauterisálását ajánlják a fennálló betegség oki kezelése mellett. A hosszasan fennálló vizeletsipolyok gyökeres gyógykezelését főként abban látják, hogy a vizeletet a gyógykezelés tartamára más úton vezetik le. Amennyiben elegendő, csak állandó kathetert alkalmaznak, ha azonban szükségesnek látszik, úgy sectio által, vagy urethrotomia externát végeznek.

Schnitzer.

Therapia.

A röntgenezés ártalmairól az utolsó öt év irodalmi adatai alapján.

Közlő: *Liebmann István dr.,* a II. sz. nőiklinika gyakornoka.

A röntgenbesugárzás előnyét szokták felhozni az operatív beavatkozással szemben a kezelés egyszerű s veszélytelen voltát. Hogy régebben, a röntgentechnika alacsonyabb foka mellett milyen mélyreható és veszedelmes bántalmak léptek fel, az az irodalmi adatokból közismert. Hogy azonban még ma sem vagyunk olyan röntgengépek és olyan sugárzási eljárások birtokában, amelyek még a leggondosabb filtrálás és adagolás mellett is a veszedelemtől mentesek volnának, azt az utolsó öt év szakirodalmának áttekintése mutatja. Míg régebben a hiányos filtrálás mellett, főképen a bőrsérülés volt a sugárkezelés káros eredménye, addig ma, amidőn mélyreható, kemény sugárzással dolgozunk, a mélyben fekvő szervek veszedelmesebb bántalmai a gyakoriak. A nőgyógyászatban használt röntgenbesugárzások főképen a beléket veszélyeztetik, azokon elhalásokat okozhatnak. A legnagyobb baj az, hogy az elhalások egyrészt sértetlen bőrfelület mögött észrevétlenül ketekedhetnek, másrészt, hogy a besugárzás után nemcsak kevés idővel, hanem hónapokkal, sőt évek múltán is kifejlődhetnek. Hogy nem ártalmatlan az eljárás, azt az esetek többségében fellépő, a besugárzás után rövidebb-hosszabb időre jelentkező rosszullét, az úgynevezett „röntgenkater”¹ bizonyítja, melynek oka egyelőre ismeretlen, de valószínűleg a gyomorbeltraktust érő sugárzás eredménye. (Schmidt.) Az a baj, hogy egyrészt gyógyító eljárásainkhoz mélyreható, kemény sugárzást kell alkalmaznunk, mely azután nemcsak a beteg szervben, hanem annak környezetében is hozhat létre elváltozásokat; másrészt, hogy a sugarak szűrése, az alkalmazott sugár-adagok kiszámítása és pontos alkalmazása az eszközök tökéletlenségénél fogva még ma is sok kívánnivalót hagy hátra. Nem tudjuk azonban sohasem megmondani, hogy ismételt sugárzással az egyes szervek, vagy a bőr még mennyit tartottak vissza az előzőleg alkalmazott besugárzásokból, s így az adagok alkalmazásánál fogva nem ismerjük az adag igazi nagyságát: azt hisszük, hogy a tűrhető maximális alkalmazzuk, pedig már túl vagyunk rajta. Beteg és egészséges szervek sugárérékenysége között sincsen meg az a nagy különbség, amelyet régebben feltételeztünk s így megtörténhetik, hogy valamelyik ép szerv a mélyben már necrotizál, amidőn a fölötté levő carcinomában még ép ráksejtek találhatók. Nagy veszedelem továbbá, hogy sohasem tudjuk, hogy a röntgenbántalom a sugárzás után mikor és mely formában fog fellépni, illetőleg hogy a késői panaszokból mit és mennyit kell a röntgenbesugárzás rovására írni. Hogy az egyes röntgenártalmaknak, mint fekélyeknek, elhalásoknak milyen rossz gyógyulási hajlama van, az közismert.

Nem mondható tehát a röntgensugárral való kezelés veszélytelennek, mert ha nincsen is meg az operációval járó közvetlen veszély, mégis jól meg kell gondolnunk, hogy a mai, ú. n. modern eljárás mellett is még mindig fordulnak elő évekig fennálló, szinte gyógyíthatatlan, mélyreterjedő fekélyesedések és

¹ Gyűjtő szakkifejezés a könnyebb röntgenártalmakra.

oly kiterjedt, csak hónapok múltán jelentkező bélelhalások, melyek előbb-utóbb megölik a beteget.

Összeállítottuk az utolsó 5 év ezirányú, rendelkezésünkre álló irodalmát, de helyszüke miatt ebből csak szemelvényeket közölhetünk.

Schwere Darm- und Hautschädigung bei Röntgen-therapie mit Schwerfilter. Franque. (Cblt. f. Gynäk. 1918. 1. o.)

Három röntgenkezelés, utána II—III. fokú bőrkiütés lépett fel, majd hányás, meteorismus, diarrhoea, kólika és igen súlyos collapsus. Később javulás, de a beteg súlyos hysteriás állapotba került, gyakori hányással, vizeletvisszatartással és táplálkozási zavarokkal. Óva int mélytherapiának gyorsan való alkalmazásától.

Franz. (Berl. Med. Gesellsch. 1917. jún. 6-i ülés.)

Portiocarcinomás betegnél minden besugárzás után röntgenkater lépett fel, az utolsó után egy hóval a beteg meghalt. A boncolás eredménye: súlyos ulcerosus enteritis, melyet a kemény sugárzás okozott.

Die Gefahren der sehr harten Röntgenstrahlen. Schmidt. (Fortschr. d. Röntgenstr. 25. k. 314. l.)

Röntgenkater mindig a gyomorbéltractus bántalmára vezető visszafelé. Csak akkor lép fel, ha a gyomorbéltractust direct éri sugárzás. A mélypenetrációs sugárzásnál igen nagy a mellék-sérülés veszedelme. A kezelőszemélyzet és az orvos védekezése is igen nehéz. Ezeket hiúsul meg a penetrációs mélybesugárzás praktikus kivitele, valamint azon, hogy néhány a mélyben fekvő szerv radiosensibilisebb, mint a pathológiás képletek.

Hautveränderungen bei Strahlentherapie und Karzinom. Weishaupt. (Arch. f. Gynaek. 1918. 1—2. f.)

Tíz esetről számol be. Recidiváló, nemi szervekből kiinduló lágyéktáji carcinomát kis adagokkal, részben radiummal, részben röntgennel kezeltek. A sugárkezelés alatt a bőr nyirok-útjaiban csomócskák és nagymennyiségű elszórt ráksejtörmög lépett fel, amely a keresztcsont és a combok táját lepte el. Nincs kizárva, hogy a kis sugármennyiség „ingerlőadag”-ként hatott és sietette a ráksejtek gyors tovatérését.

Vulva laphámrák sugaras kezelése után a symphysistól egészen a lágyékhajlatokig bőrcsomócskák léptek fel; e bőrmegvastagodásokban nem lehetett ráksejteket találni, csak egy helyen volt gyanús hámburjánzás.

Úgy látszik, hogy a kis adagú röntgensugár előmozdítja ilyen kis bőrcsomócskák keletkezését.

Hat besugárzás okozta bőrfekélyesedés anatómiai vizsgálatánál mélyre terjedő diffusnecrosist, szöveti duzzadást, vérzéseket s az érfalak pusztulását találták. Erősebb égéseknél a fekélyek környékén az idegek is el voltak halva. A röntgenfekélyek igen fájdalmas volta az idegeket nyomó duzzadásokra, beszűrődésekre és egyes idegsegmentumok tönkremenésére vezethető vissza.

Haendly. (Archiv f. Gynaek. 1918. 1—2.)

Operabilis portiocarcinoma röntgenbesugárzása után hat hétre a beteg meghal. Boncolásnál: az ileum nyálkahártyájának nagy része elhalt.

Cervixcarcinoma besugárzása után három hónappal a beteg meghal. Boncolásnál: bőrelhalások, nagyfokú bél- és hólyag-nyálkahártya pusztulás.

Operabilis portiocarcinoma röntgen-mesothorium kezelése után hat hónappal a beteg meghal. Boncolásnál: a végbél-nyálkahártya, valamint a hólyag nyálkahártyája nagy részben elhalt; chronikus ileus rectumstenosis következtében.

Ezen esetekben az ártalmak oly minőségűek voltak, hogy azokért kizárólag a sugárzás teendő felelőssé. Túladagolás nem forgott fenn, mert erről csak akkor lehetne beszélni, ha a sugárzást akkor is folytatták volna, amidőn az összes ráksejtek már elpusztultak. Mindezen esetekben azonban még találtak szövettanilag ép ráksejteket. E sejtek újonnan való keletkezéséről, a sugárzás esetleges ingerlő hatása következtében, az esetek elhelyezkedése s a használt technika mellett szó nem lehetett.

A sugarak egy bizonyos erősségtől fogva pusztító hatást fejtenek ki. Legelső hatásuk abban áll, hogy a capillarisokat kitágítják (Ricker), ezáltal a capillaris keringésben stasist hozva létre. Ezen érbántalmazottság következményei azután a késői elhalások.

Die Schädigung durch Röntgenstrahlen und ihre strafrechtliche Beurteilung. Bucky. (Vierteljahrsschr. für gerichtliche Medizin und öffentl. Sanitätswesen. 3. Folge. 56 k. Suppl.)

Röntgensugárzással szemben idiosynkrasia áll fenn. Esetleges törvényszéki tárgyalásnál röntgensugárzás okozta sérülések miatt gondatlanságból okozott testi sértésről lehet szó.

Schädigung des Rectums nach erfolgreicher Behandlung eines Uterussarcoms durch Röntgen- und Mesothoriumbestrahlung. Schröder. (Inaug. Dissert. Greifswald. 1918.)

41 éves asszony cervix sarcomája miatt kétszeri röntgen- és radiumkezelés. Egy hónap múlva a rectumban sötétvörös, szemcsés, könnyen vérző nyálkahártya mellett duzzanat látható egészen az ampulla bejáratáig.

Zur Kasuistik der Röntgenhäden nach Tiefbestrahlung. Pranter. (Mitt. a. d. Grenzgeb. 31. k. 930. l.)

Myoma uteri miatt röntgenbesugárzás. Két évvel ezután dermatitis nélkül fekélyek keletkeznek. Ez jellemző a késői bántalom fellépésére és egyáltalában sok keménység okozta sérülésre, mely dermatitis nélkül mindjárt subcutan duzzanat lép fel, mely zsírnecrosisra hívja fel a figyelmet, melyet viszont a hajszálerek endotheljenek bántalmazottsága magyaráz meg. Részben a bőr, részben a zsírréteg kiesése adja azután a mélyreterjedő, nehezen gyógyuló fekélyt. Szintén egyes személyek idiosynkrasiáját veszi fel röntgensugárzással szemben.

Röntgenulcus. Lexer. (M. m. W. 1919. 338. o.)

Tíz átvilágítás után a hátón nagy fekély keletkezett.

Doppelseitiges Mamma-carcinom (Röntgencarcinom). Depenthal. (M. m. W. 1919. 1354. o.)

Röntgenkezelő több ujját és a bal karját carcinoma miatt eltávolították. Hét évre rá kétoldali emlődaganata, majd áttételek keletkeztek s a beteg meghalt. Minden valószínűség szerint az emlődaganat a röntgensugárzás káros hatásaként keletkezett.

Über Bestrahlungsnecrosen des Darmes. Fischer. (Strahlentherapie. 13. k. 2. f.)

Röntgenkezelésnél tekintetbe veendő, hogy a normális szövetek is igen nagy érzékenységgel bírnak a röntgensugarakkal szemben. Eckelt egyik esetében mammacarcinomát oly erősen sugároztak be, hogy ott másodfokú égés keletkezett, mégis a besugárzott bőrcsomócskában még ép carcinoma-szövetet találtak.

A legérdekesebb mélybesugárzási sérüléseket a beleken és a torkon találjuk a többi belső szerv mellett.

Portiocarcinoma miatt röntgenbesugárzás, majd radiumkezelés. Négy héttel ezután a beteg meghal. Boncolásnál: a belekben nagy, krátterszerű fekélytömeg.

Prostatatumor röntgenkezelése után vér- és genyszékelés, majd a beteg meghal. Boncolásnál: a belekben égés következtében előállott fekélyek, elhalások, bélsárlistula.

Portio- és vaginacarcinoma. Röntgenbesugárzás. Általános állapot rosszabbodik, vizeletvisszatartás, a beteg meghal. Boncolásnál: a bélkacsok nagy része egész hosszában elhalt.

Ilyen fekélyesedések más megbetegedésnél nem igen találhatók, igen karakterisztikusak, még dysenterias fekélyekkel sem mutatnak anatómiailag hasonlóságot. Acutabban ható ártalomnál oly elváltozások keletkeznek, amelyekel általában röntgenkezeléseknek nevezhetünk. Minél nagyobbok a pusztítás, annál nehezebb a gyógyulás. Éppúgy, mint ahogy keletkeznek a bőrön is mélyrehatóbb elváltozások — elhalások — az erek bántalmazottsága következtében, éppúgy megkülönböztethetjük a beleken is a bélhám felületesebb bántalmazottságait és mélyebbre terjedő késői ártalmakat érmegbetegedés következtében. Így érthető, hogy sok esetben a béltünetek csak jóval a sugárzás után lépnek fel. A bélnyálkahártya a legsugárérzékenyebb szervek közé tartozik. Halálos kimenetelű bélsérülést láttak még bőrsérülés nélkül: Franz, Franz és Orth.

Bestrahlungsschäden. Benthin. (Strahlentherapie. XI. k. 1. f.)

Heynemann két esetében eredetileg jóindulatú megbetegedés (myoma) besugárzására corpuscarcinoma fejlődött ki.

Különös exanthemákról írnak, mint röntgenártalomról: Heinecke, Adler, Amreich. A vérkép átmeneti alteratiójáról: Treber, Nürnberg, Arnold. Myodegeneratio cordist látott röntgenbesugárzás után: Peham. Collapsustüneteket: Riehl Foudroyans sepsist; Meyer. Peritonitist, phlegmonet, tubagenyedést, bacteriaemiát: Bumm. Eberer és Fülth 45 besugárzott betege közül 13 panaszkodott levertségről, étvágytalanságról. Súlyvesztéséget öt esetben találtak.

Kezeléseit legtöbbször röntgennel és radiummal kombináltan végezte. Betegeinek csak 30%-a volt panaszmentes a kezelés után. Két esetében az eredeti megbetegedéstől függetlenül súlyos cachexia lépett fel, egy esetben igen erős hányás, szívgyöngeségi roham. Több esetben látott vaginalis, egy esetben bélvérzést és időnként elég magas és hosszú ideig tartó hőmérsékletemelkedéseket.

Über Röntgenschädigungen der Haut und ihre Ursachen. Petersen und Hellmann. (Strahlentherapie, 11. k. 1. f.)

Egymagában ártalmatlan filtrált röntgensugármennyiségek ismétlésénél egyes esetekben hosszabb-rövidebb idő után, nagyrészt csak az utolsó kezelés után évekként, röntgenfekélyek keletkeznek. Szöveletlenül bizonyították, hogy már néhány kezelés után a bőrnek más képletei mellett főképpen a capillarisok endothelje szenved nagyobb bántalmat, ami gyakori sugárzás után értágulatokra és elzáródásokra vezet. Ez nyilvánvalóan az endothel csekély regenerációs képességének következménye, amely így a cumulatiót lehetővé tesz. A késői bántalmak keletkezésének magyarázata az, hogy a sugárzás következtében mindenekelőtt a capillarisok elvesztik azon-képességüket, hogy a bőr vérszükségletéhez alkalmazkodjanak, így a bőr hyparaemiás ingerekkel szemben védekezni nem tud, főképpen akkor nem,

hogya valamely operatív beavatkozás, sok edény átvágása után, vérellátásában befolyásolja.

Erstickungstod nach Röntgenbestrahlung eines Medias-tinaltumors (Lymphogranulom). Czepa. (Strahlentherapie, 12. k., 1. f.)

Két és fél órával 30 perces mellkasi besugárzás után igen erős légszomj, majd négy és fél óra múlva a beteg meghal. A halál oka röntgenbesugárzás okozta erős reactiv mirigyduzzanatot volt.

Tod nach Röntgenverbrennung. Liek. (D. m. W. 1921. 34. sz.)

273 mélybesugárzásban részesített beteg közül 3 szenvedett harmadfokú égést, köztük egy a röntgenfekély áttörése következtében beállott peritonitis kapcsán meghalt. Számolni kell esetről-esetre a bőr változó sugárérzékenységgel.

Zur Frage des „Chronisch indurierten Hautödems“ und der „Hartstrahlenschädigung“. Mühlmann. (Fortschritte d. R. 27. k. 4. füzet.)

A bőr alatti sejtek, főképpen a zsírszövet felette hajlamossak chronikusan lefolyó gyulladásra, duzzanatképződés alakjában, mint az intensív sugárzás következménye. Emellett rendszeren a bőrön pigmentation kívül más elváltozás nem is látható. Féllehet úgy könnyű, mint nehéz fémszűrő használata mellett, egyszerű, vagy többszöri besugárzás után (cumulatio). Gyulladás legtöbbször azon szövetrészekben látható, melyek zsírral bőségesen ellátottak. A zsírréteg nagyobbodásával emelkedik a szövet rész sugárérzékenysége. Főképpen akkor érzékeny a zsírszövet, ha laza, petyhüdt bőr fedi (öregebb asszonyok alhasa). A duzzanat úgy látszik már nem sokkal a besugárzás után keletkezik s bizonyos idő múlva fájdalomssá válik. Lefolyása chronikus. A gyulladás magasabb foka mellett elhalás, fekélyesedés lép fel. A bőrfekély oka a fekélyalatti szövet elhalásában keresendő; csak igen kis hajlandóságot mutat gyógyulásra, valószínűleg az érelváltozások miatt.

Röntgenschädigungen. Jaksch. (Ref. Fortschritte d. R. 27. k. 6. f.)

A röntgenbesugárzás a bőrön és a haemopoetikus rendszerben hoz létre elváltozásokat. A sugárzás távolhatása: nervosus és psychikus zavarok, nephritis és a mindenkoron halálosan végződő toxemia.

Egyik esetében röntgenfekély csak több mint háromévi kezelés után gyógyult. Utal arra, hogy egészen rövid, 50 másodpercig tartó filter nélküli besugárzás bár fekélyt nem, de tartós pigmentációt idézhet elő.

Über Heiserkeit nach Röntgenbestrahlung am Halse. Hahn. (Cbl. f. Chirurg. 1919. 36. sz.)

Tuberculoitikus nyaki lymphomák sugárkezelése után több esetben a reactiomeses külső bőr mellett rekedtség föllépését észlelték, főképpen oly egyéneknél, akiket egyidőben két oldalról sugaroztak be. Hinsberg több helyen oedemákat talált, amelyeket ő sugárzási reactióként fogott fel. Jellemző volt a sugárzási reactióra az a körülmény, hogy a több hétig tartó tünet minden kezeléssel dacolt s azután magától eltűnt.

Die Ursache der Röntgenschädigungen und Winke zu ihrer Vermeidung. Holfelder. (Med. kl. 1921. 681. o.)

A sejt specifikus functiója sugárzás hatására fokozódhat, vagy pedig ez a sejt növesi ingerként hathat. Az adag emelkedésénél az izgatottság hatásból bénító hatás válhat, majd még további emelkedés esetén a sejt kötőszövetes, vagy hyalinis degeneratiókat eshet áldozatul. Ha végül még magasabbra emelkedik a dosis, egyszerre vagy kis idő múlva sejtihalás következhet be. A röntgenártalom is besorozható ebbe a skálába. A működési, illetőleg növesi inger okozta ártalmak közé tartozik a Basedow-betegség elégtelen besugárzása következtében beállott súlyos, esetenként halálos állapotrosszabbodás, a thymusbesugárzás után főképpen gyermekeknél látott fulladásos halál. Rosszindulatú daganat elégtelen besugárzás által növekedésnek indul.

A sejt működés benuvása és a sejtelfajulás csoportjába tartozik nők és férfiak akaratlanul sterilizálása, a Basedow-és golyvabetegek túlságos besugárzása létrehozta myxoedema, valamint az idült indurált bőroedema körképe, mely főképpen erősen kifejezett zsírpárnájú egyéneknél gyakori.

Legsúlyosabb a sejtihalálódás elváltozás. Fekély nemcsak túlادagolás kapcsán léphet fel közvetlenül, hanem kis, sokszor adott cumuláló adagok kapcsán, sőt 1/2–3 évi lappangási idő után is, az ú. n. késői fekély képeiben. A röntgenbesugárzás ártalmas hatása a közérzetet illetőleg a könnyebb kateriól egészen a súlyos kahexiáig fokozódhat. Az általános állapot zavarát valószínűleg a belső secretió mirigyek bántalmazottságára vezethető vissza.

Über den Röntgenkater. Groedel und Lossel. (Verhandlungen der deutschen Röntgen-Gesellschaft, 1921. 72. o.)

Röntgenkater okát illetőleg még nem alakult ki egységes nézet. A szerzők többsége hajlandó az okot a gyomor túlságos sugárérzékenységre vezetni vissza s ezek szerint a kater a gyomor nyálkahártya primár vagy secundár (szórt sugárzás) általi

ingerlésére jön létre. 81 esetet vizsgáltak, melyek eredménye szerint a direct gyomor nyálkahártyabántalmazottság nem lehet az okozati momentum. Minden teszteset annál erősebben reagál, mennél több mirigyszövetet ér a sugárzás. Úgy látszik tehát, hogy mirigyes szervek szétesési termékeiről van szó, amelyek azután a keringés által az agyba jutnak és a hányási centrumra hatva, hajlamossá egyéneknél náuseát váltanak ki.

Über die Idiosyncrasie gegen Röntgenstrahlen. Strauss (M. m. W. 1920. 225. old.)

Nem minden röntgenártalom kerülhető el s így ez törvényszerű tárgyalás esetén műhibának nem tekintendő. Ha szorosabban véve nincsen is idiosyncrasia röntgenbesugárzással szemben, mégis a személyi érzékenység oly tág határok közt mozoghat, hogy azáltal ártalom jöhet létre. Több esetet közöl, amelyekben egészen kis, rövid ideig tartó röntgenbesugárzás után kiterjedt sérülés jött létre. Egyik esetében a háti bőrképző idiószinergia lehet szó, amennyiben ugyanezen bőrrészlet, valamint ugyanezen egyén mellbőre több ízben ugyanazon sugármennyiséget jól tűrte.

Über Röntgenschädigungen der Urinblase. Müller. (Strahlen-therapie 13. k. 1. f.)

Két esetében röntgenbesugárzás után a húgyhólyag nehezen gyógyuló fekélyesedése keletkezett. Händly, a Bumm-klinikáról, az esetek nagyobb seriáját közli, melyekben hólyagbántalmakat látott, könnyű hámlélokódástól súlyos gangraenescáló hólyaghüvelysipolyig.

Schädigung einer menschlichen Frucht durch Röntgenstrahlen. (Aschenheim. Strahlentherapie 11. k. 2. f.)

3 1/2 éves gyermek; anyját a vele való terhesség idején röntgenézték. A gyermek imbecilis, mikrocephal, Little-tyushoz hasonló spasmusokban szenved. A körkép előterében a szem elváltozásai állanak: kétoldali mikrophthalmia, a jobb oldalon csészealakú lencsehomály és az opticusnak majdnem teljes hiánya. A bal oldalon opticus atrophia, kétoldali chorioretinitis. A tünetek a két szem fejlődési akadályozottságát mutatják s az érhártya idült gyulladását. Hogy ezen elváltozások a röntgenezés következményei, amellet szól a logikus, időbeli összefüggés, valamint az állatkísérletek, melyek besugárzott állatok magzatainál hasonló elváltozásokat mutatnak. Hogy vajjon tisztán csak fejlődési akadályozottságról, vagy gyulladásról, vagy mindkettőről volt-e szó, megállapítani nem lehetett.

Röntgenschädigung. Fall von primärer Geschwürsbildung unter dem Einfluss von Röntgenstrahlen und secundärer Geschwürsbildung im röntgengeschädigten Gewebe oberflächlicher Natur an ein und derselben Patientin. Reiner. (Med. kl. 1921. 319. o.)

Pruritus ani miatt besugárzott betegnél a vulván és a vagina nyálkahártyáján súlyos röntgen-bántalmazottság lépett fel. Miután a sugárzás után fellépett fekély kb. 1 év múlva gyógyul impetigoszerű dermatitis mellett újból súlyos szétesés lépett fel a bántalmazott felületen, amely igen nagy fájdalmat okozott.

Tod an Peritonitis nach Röntgenbestrahlung bei Peritoneal-karzinose. Schönleber. (Strahlentherapie. 13 k. 1 f.)

Gyomorkarcinoma miatt sugárkezelés. Az első 3 kezelés után könnyű kater, igen kis fokú bőrreactio. 3 nappal az utolsót besugárzás után hőmérsékletemelkedés, hányás, hasfájás, 1 nap: mulva peritonitis s másnap a beteg meghal. A boncolás adatai szerint a peritonitis úgy magyarázható, hogy a mesenterialis nyirokmirigyek fekélyes szétesése következtében a belekből jövő nyirokutak megnyitottak, miáltal a bélbacteriumok részére nyitva volt az út a szabad hasüregbe.

További irodalom. Heimann: Ctbl. f. G., 1918, 217. old. Belot et Chavasse: Journ. de Radiol. et d'Electrol., 2. k. Chaillous et Laquerriere: J. d. R. et d'Electr., 3. k. Bensaud et Antoine: Presse med., 1919, 27. sz. Top: Rev. Neurol., 1918, 228. o. Winkler: Ctbl. f. Röntg., 8. k. 155. o. Meyer: D. m. W., 1918, 1165. o. Mühlmann: Fortsch. d. Röntg., 26. k. 14. o. Marschik: W. kl. M., 1919, 24. sz. Iwanow: Derm. Woch., 1918, 278. o. Franqué: Strahlentherapie, X. k. 2–3. f. Heck: Strahlentherapie, X. k. 2–3. f. Nehr Korn: Strahlentherapie, X. k., 2–3. f. Heiner: Röntgenologia, I. k. 5. f. Schlichting: D. m. W., 1920, 48. sz. Bordier: Arch. d'Electr. med. 1921. Birch-Hirschfeld: Strahlentherapie, 12. k. 2. f. Wetzel: Strahlentherapie, 12. k. 2. f. Pordes: Med. kl., 1921, 1146. o. Schmidt: D. m. W., 1917, 7. sz. Hernemann-Johnson: Brit. med. Journ., 1919, 30–34. sz. Politzer: M. kl., 1919, 457. o. Schaumann: Annal. de Dermat., 1916, 120. old. Wagner: M. kl., 1918, 897. old. Nehr Korn: M. kl., 1913, 780. old. Weinert: Ctbl. f. R., 1918, 307. o. Kren: Arch. f. dermat. Ref. 25. k. 55. f. Weil: Paris. Med., 1919, 81. o. Metcalfe: Proceed. of the Roy. Soc. of med., 1919, 13. o. Penso: Nederlandsche Tydschr. v. Geneesk., 1919, 1. 26. sz. Eymer: Cbl. f. Gyn., 1918, 49. sz. Little: Royal Soc. of med. Sect. of dermat., 1918, 4. sz. Schmidt: Röntg entaschenbuch, 8. k. 99. o. Secher: Nord. med. Arch., 51. k. 1. f.

VEGYES HÍREK

Az Orvosi Hetilap 2-ik száma, mit nem mertünk elég nagy példányszámban nyomtatni, teljesen elfogyott. Hogy a még érkező reclamatiókat és utólag belépő előfizetőket kielégíthessük, szívesen vásárolunk portómentesen beküldött második számot 50 koronáért. Az 1., 2. és 3-ik számokban megjelent, új kereseti adóról szóló cikk különnyomatai 100 koronáért kaphatók kiadóhivatalunkban mérsékelt számban. (100 pld.)

Első számunk is fogytán van. Mivel ezt 5000 példányban mutatóként küldtük szét, reméljük, hogy sok kartársunk ki fog segíteni bennünket visszaküldött példányokkal, miket a 25 K-ért vásárolunk meg.

A Bud. Kir. Orvosegyesület 1923. február 24-i ülésének napirendje: Bemutatás: Elischer Ernő: Emberfejnyi hepatitis-cysta műtéttel gyógyult esete. Előadás: Buday Kálmán: 1. A hypophysis eredetű cachexiáról. 2. Baló József: A hypophysis mellső lebenyének elhalásáról és ennek következményeiről.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztai főorvosi hivatal kimutatása szerint jan. 14-től febr. 10-ig előfordult hasi hagymáz 49 (11), küteges hagymáz 12 (3), kanyaró 192 (16), vörheny 131 (11), szamárhurut 67 (9), roncsoló torok- és gégeleob 61 (15), influenza 23 (2), gyermekágyi láz 2 (0), bárányhimlő 109 (0), járv. fültömírgylob 127 (0), vérhas 30 (5), járv. agygerinc-agyhártyalob 1 (0), trachoma 65 (0), lépfene 2 (1). Hólyagos himlő, ázsiai cholera, veszettség, takonykór nem fordult elő. A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

Új folyóirat indult meg „Bőrgyógyászati, Urológiai és Venerológiai Szemle” címmel Egyedi D. dr. és Lehner J. dr. szerkesztésében. Szerkesztőség és kiadóhivatal: VIII., Bérkocsis-utca 16. Telefon: József 72—73. Előfizetés félévre 600 K. A kis nyolcadformájú 1. füzet 8 oldalon Török Lajos, Unterberg Hugó eredeti cikkeit, 6 oldalon összefoglaló ismertetéseket és köresetteket s 4 oldalon lapszemlét tartalmaz. A kis füzet havonta jelenik meg.

Franciaországban a születési arányszám lényegesen csökkent a „Journal Officiel” közleménye szerint az 1922. év első felében az előző év hasonló szakával szemben.

	1922 I. felében	1921 I. felében
Élve született	396.726	421.180
Halálozások száma	387.681	348.829
Születési többlet	9.045	72.851
Házasságok száma	193.454	238.185
Elvadások száma	14.305	15.567

Amint látható, egyrészt az élveszültek száma 25.000-rel kevesebb, viszont a halálozások száma 40.000-rel több, mint 1921 első 6 hónapjában, minekfolytán a természetes szaporodási többlet az előző év szaporodási többletének csak a nyolcadrészét teszi ki. Ugyanakkor a megkötött házasságok száma 1922 I. felében, mint látjuk, 45.000-rel kevesebb, mint az előző év I. felében. Magában a 3.000.000 lakosú Párisban a szaporodási többlet csak 1379 volt, míg az előző évben e szám 1921-et tett ki. (D. M. W. 1923.) B. Z.

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

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

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

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

Külföldi előfizetések a Magy. Orsz. Közp. Takarékpénztár Kálvin-téri fiókjában nyitott chequeszámlánkra átutalással küldhetők be. Ezek egy évre a következők: Ausztriában 84.000 o. K; Németországban 10.000 M; Jugoszláviában 150 din.; Cseh-Szlovákiában 50 cs. K; Romániában 250 lei; Amerikában 2 dol.; Hollandiában 3 frt; Angliában 6 sh; Franciaországban 20 fr; Schweizban 7 fr; Olaszországban 25 lira; egyébütt 3500 magyar korona.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

M E G J E L E N T !

MAGYARORSZÁG ORVOSAINAK ÉVKÖNYVE ÉS CÍMTÁRA

33. évfolyam 1923. évre

Az összes megrendelt és kifizetett példányok a jövő hét folyamán expedíáltnak

Boltí ára 2000 korona

„PETŐFI” IRODALMI VÁLLALAT
Budapest VII Kertész-u. 16. Telefon: József 106-47

Pantostat, Quarclámpa, Zeiss, Mikroskop, Diathermia-készülékek 110-220 Volt egyen- és váltóáramra, jó állapotban, előnyös áron átvehető: KELETI J. BUDAPEST, IV. KERÜLET, KORONAHERCEG-UTCA 17. SZÁM

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

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

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

Hűvösvölgyi Park-sanatorium Klimatikus, physicalis és diétás gyógyintézet Budapest I, Hidegkúti-út 78. Telefon: 50-37 és 145-90. Bel-idegbetegek és üdülők részére hő- és fogókúra. Vízgyógyintézet, elektrotherapia, orvosi labororium. Bejárók részére vízgyógyintézet is.

RÖNTGEN-ODELGA

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest.

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

Iszapkúrák orvosi felügyelet mellett Dr. Pajor-Sanatoriumban

Budapest VIII, Vas-utca 17. Ugyanitt Zander-massage és vízkúrák.

„NUTRICIA”
ZAB LISZT
„NUTRICIA”
ZAB DERCE
„NUTRICIA”
ZAB PEHELY
„NUTRICIA” tejüzemi és tápszeripari rt., Buda-
pest, I. ker., Attila-utca 21. Telefon: 54-00

IRODALMAT
KÉSZSÉGGEL KÜLD
A FŐKÖRLETÁR

NERVINDO
BARABÁS
SEDATIVUM
ROBORANS
Napi adagja:
3 evőkanál.
TUVOL
TABL. LIVÉ URSI COMP.
FRANKL.
TÖRV. VEDVE
a legbátrabbakéért
URINANTISEPTICUM
Napi adagja:
háromszor 2-3
tablettát

II. RÁKÓCZI FERENCZ GYÓGYSZERTÁR * BUDAPEST *
VII. RÁKÓCZI-UTCA 22.